ISBN 9952-8091-0-7

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

Современные достижения азербайджанской медицины

Yarım-illik elmi-praktiki jurnal

Полугодовой научно-практический журнал

№2/2006

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

Yarım-illik elmi-praktiki jurnal

Nəşr edən:
Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Dövlət elmi tibb kitabxanası

Baş redaktor:
akademik B.A.Ağayev

Redaksiya Kollegiyası:
İ.İ.Ağayev, A.E.Dadaşova, H.H.Qabulov,
M.Q.Məmmədov (baş redaktorun müavini), Ə.N.Orucova,
Y.U.Pirəliyeva, R.A.Pirverdiyeva (məsul katib), R.S.Zeynalov

Redaksiya Heyyəti:

F.F.Ağayev
Ç.A.Əlizədə
E.M.Əliyeva
N.M.Huseynov
T.H.Huseynova
S.B.İmamverdiyev
A.Ə.Kərimov
S.N.Kərimov
Q.Ş.Qarayev
Z.O.Qarayev
E.M.Qasımov
H.Ə.Qədirova
F.Ə.Quliyev
R.N.Məmmədhəsənov
Ə.V.Musayev
S.K.Musayev
Q.M.Nəsrullayeva
A.A.Sultanov
R.K.Şirəliyeva
V.G.Verdiyev

İCMALLAR - ОБЗОРЫ

ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА В БОРЬБЕ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

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

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

Исполнилось 25 лет с того момента, когда в 21-ом номере еженедельного бюллетеня, издаваемого CDC (Национальным Центром США по контролю за заболеваниями), появилась двухстраничное сообщение Дональда Френсиса и соавторов о весьма необычных случаях пневмоцистной пневмонии, отмеченных в Лос Анджелесе у группы молодых мужчин, а в 26-ом номере этого же бюллетеня - публикация А.Фридмана о случаях саркомы Капоши, также возникшей у молодых людей [8, 15]. Целенаправленное изучение этих и зарегистрированных позднее аналогичных случаев позволило придти к заключению о том, что эти заболевания являются лишь проявлением финальной стадии ранее неизвестной болезни.

В феврале 1982 г. Майкл Готлиб из Калифорнийского университета (г.Лос-Анджелес) и его коллеги Ф.Сигал и Г.Мазур назвали это заболевание "синдромом приобретенного иммунодефицита" (СПИД). Предложенный для временного использования, этот термин закрепился в медицинской литературе и ныне широко используется во всем мире.

Масштабы возможного распространения СПИД начали осознаваться лишь после доказательства вирусной природы СПИД и открытия в 1983-1984 гг. его возбудителя - вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), а двадцать лет назад, в конце 1986 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала Глобальную программу борьбы со СПИД. В 1996 г. вместо нее была создана ныне функционирующая Объединенная программа ООН - UNAIDS в реализации которой были задействованы все 6 агентств ООН: ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, UNPA (фонд по народонаселению), UNDP (фонд программы развития) и Всемирный банк.

Между тем, сегодня приходится признать, что вопреки большим усилиям и финансовым затратам правительств многих стран и десятков международных организаций (в том числе, и ООН), остановить распространение ВИЧ в мире пока не удалось. Человечество уже на протяжении четверти века продолжает оставаться перед вполне реальной угрозой, ставящей под сомнение даже его существование [11].

Хотя четверть века по историческим меркам - небольшой срок, он позволяет подвести какие-то итоги. Поэтому в данной статье, приуроченной ко Всемирному дню СПИД, мы попытались кратко охарактеризовать не только современную ситуацию с распространением ВИЧ-инфекции, но и рассмотреть достигнутые за 25 лет успехи в борьбе с ней и наметившиеся за это время перспективы противодействия эпидемии.

Сегодня, в начале XXI века, распространение ВИЧ-инфекции приобрело характер пандемии - она стала одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний и заняла весьма существенное место в общей заболеваемости и смертности населения планеты.

По официальным оценкам экспертов ВОЗ, всего за 25 с небольшим лет развития пандемии ВИЧ-инфекции от СПИДа умерло около 25 млн человек. Считается, что в настоящее время этим вирусом инфицировано более 40 млн человек, однако ряд авторитетных ученых полагает, что в реальности этим вирусом инфицировано не менее 80 млн человек, что составляет около 1% жителей нашей планеты. И если в Австралии и Океании, часть населения, зараженная ВИЧ, составляет от 0,3%, то в южной части Африки этот показатель достигает 15% и более (расчеты показывают, что инфекцией поражено не менее 10% населения Африки, а в отдельных городах Африки ВИЧ заражено более 50% взрослого населения) [7, 18].

В Азербайджане ситуация с распространением ВИЧ-инфекции также является напряженной [14]. В дни, когда статья готовилась к печати, согласно данным Республиканского Центра борьбы со СПИДом она представлялась следующей. За 20 лет, прошедших с момента начала здесь лабораторно-диагностических исследований, было зарегистрировано 1007 случаев инфицирования ВИЧ (что составило 11,8 случаев на 100 тысяч населения), в том числе, 953 случая среди граждан страны. При этом, 80,7% инфицированных составляют лица в возрасте 15-39 лет. За этот же период отмечено 200 случаев заболевания СПИД, от которых уже умерло 111 жителей Азербайджана [2].

Учитывая, что распространение инфекции продолжается, логично ожидать, что ВИЧ-инфекция уже в ближайшее десятилетие станет одним из наиболее распространенных заболеваний, способным оказывать существенное неблагоприятное воздействие на социально-экономическую сферу жизни во многих странах мира.

Негативные социальные последствия эпидемии, в первую очередь, могут выразиться в возрастании в целом ряде стран доли нетрудоспособной части населения, нуждающейся в лечении и социальной поддержке, в сокращении резервов рабочей силы, в снижении темпов экономическеского развития.

Влияние эпидемии на состояние мирового здравоохранения не ограничится оттоком средств и кадров в область диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции из других областей медицины и его вынужденной структурной перестройкой, но и отрицательно скажется на практической деятельности медиков самых различных специальностей [11, 12, 13].

Необычайная медико-социальная опасность ВИЧ-инфекции предопределяется целым рядом вполне объективных обстоятельств.

Как известно, в основе СПИД лежит вызванный ВИЧ дефект иммунитета, развитие которого проявляется, в первую очередь, в снижении резистентности организма не только к традиционным возбудителям инфекционных заболеваний человека, но и к условно-патогенным агентам, которые, не представляя опасности для человека с нормальным иммунитетом, являются возбудителями, так называемых оппортунистических инфекций. Развитие у ВИЧ-инфицированных лиц вторичных и оппортунистических инфекций, которые у них протекают особенно тяжело, становится одной из основных причин их гибели.

Широкое распространение ВИЧ-инфекции повлияло и на мировую статистику онкологических заболеваний - примерно у трети ВИЧ-инфицированных лиц возникают злокачественные опухоли (в основном, саркома Капоши и лимфомы), быстрое прогрессирование которых у иммунокомпрометированных больных также приводит к их гибели.

И, наконец, для ВИЧ-инфекции весьма характерны разнообразные по клиническим проявлениям прогрессирующие поражения головного и спинного мозга, развивающиеся, как правило, независимо от последствий иммунодефицита и также вносящие свою вклад в формирование показателей смертности от СПИД. Не удивительно, что в итоге, примерно половина инфицированных ВИЧ погибает в среднем за 10 лет от момента заражения.

Важнейшей особенностью ВИЧ-инфекции является тот факт, что до сих пор не отмечены доказанные случаи спонтанной или терапевтически обусловленной элиминации ВИЧ из однажды инфицированного им организма человека. Большая часть случаев инфекции протекает годами, не сопровождаясь достаточно четкими клиническими проявлениями. Иначе говоря, ВИЧ-инфекция характеризуется длительным периодом субклинического течения, причем ВИЧ-инфицированные лица большую часть этого периода остаются потенциальными источниками ВИЧ-инфекции, опасными для тех, кто находится с ними в тесном, прежде всего, половом контакте.

Половой путь передачи ВИЧ является важнейшим естественным путем распространения инфекции - именно поэтому важной группой с высоким риском заражения являются лица, ведущие "сверхактивную" половую жизнь и вовлеченные в практику гомосексуальных отношений.

Вторым по значимости естественным путем передачи ВИЧ должен быть признан "вертикальный" - заражение новорожденных от инфицированных матерей, происходящее в момент родов (возможна и внутриутробная передача ВИЧ, вероятность которой возрастает при патологии плаценты), а также заражение детей при вскармливании молоком инфицированной матери.

В то же время, ВИЧ, подобно возбудителям других трансфузионных инфекций, способен передаваться посредством гемоконтактного механизма, реализуемого при механическом повреждении целостности кожи и наружных слизистых покровов.

Все разнообразные пути передачи ВИЧ посредством этого механизма можно объединить под рубрикой "парентеральный путь". Более того, в условиях интенсивного развития клинической медицины и широкомасштабного применения инвазивных лечебно-диагностических манипуляций и процедур, естественные пути распространения ВИЧ-инфекции, не утратив своего эпидемиологического значения, уступили ведущую роль в ее распространении парентеральному пути [9].

В силу последнего обстоятельства весьма важной в эпидемиологическом отношении группой высокого риска инфицирования ВИЧ несомненно являются потребители инъекционных наркотиков, которые во многих, прежде всего, в развивающихся странах мира, формируют наиболее важный резервуар инфекции, из которого она уже другими путями (главным образом, половым) проникает в широкие слои общества. Отметим, что среди выявленных в Азербайджане ВИЧ-инфицированных лиц более половины (56,7%) являются потребителями инъекционных наркотиков [3].

Касаясь вопроса о путях распространения ВИЧ-инфекции необходимо отметить два обстоятельства.

Во-первых, несмотря на то, что имеются отдельные сообщения об обнаружении РНК ВИЧ в слюне, слезах и поте, эти биожидкости не рассматриваются в качестве потенциальных факторов передачи инфекции. По этой же причине интенсивность передачи инфекции естественными путями не очень высока: даже при половых контактах в течение года заражаются лишь 30-35% постоянных половых партнеров, а от матери заражаются не более 50% детей, родившихся после ее инфицирования ВИЧ. При этом пока нет документированных данных о передаче ВИЧ воздушно-капельным, трансмиссивным и бытовым путями, как и возможности передачи ВИЧ посредством пищи и воды.

Во-вторых, известно, что инфекционность контаминированной ВИЧ крови примерно в 100 раз ниже, чем при инфекции, вызванной вирусом гепатита В. Однако, в среде потребителей инъекционных наркотиков она компенсируется частым внутривенным введением психотропных препаратов посредством контаминированных при общем использовании игл и шприцев [10].

К этому надо добавить, что низкая инфекционность самого ВИЧ и отсутствие его в окружающей среде в эпидемиологическом отношении полностью компенсируется длительностью периода "вирусоносительства", способностью ВИЧ передаваться от инфицированных матерей новорожденным и отсутствием стойкого постинфекционного иммунитета. Именно поэтому распространение ВИЧ не требует высокой плотности населения, необходимой для поддержания непрерывности эпидемий, вызываемых вирусами "остро текущих" инфекций типа гриппа, а растянутость эпидемического процесса во времени в данном случае, не формирует устойчивой популяции, а даже увеличивает ее инфицированность.

В заключение, говоря о медико-социальной значимости ВИЧ-инфекции, нельзя не остановиться на тех возможных последствиях ее глобального распространения, которые в обозримом будущем способны не только оказать влияние на эпидемиологическую ситуацию, прямо или косвенно связанную как с самой ВИЧ-инфекцией, так и с другими инфекциями, но и создать ряд других серьезных проблем для мирового здравоохранения.

Распространение ВИЧ-инфекции уже привело к формированию в мире многомиллионной армии иммунокомпрометированных лиц, численность которых продолжает неуклонно увеличиваться.

С одной стороны, эти лица, отличаясь депрессией естественной противоопухолевой резистентности, пермиссивны к злокачественным опухолям в несравненно большей степени, нежели иммуннокомпетентные лица. Увеличение доли таких лиц в общей популяции уже привело к заметному повышению мировых показателей заболеваемости саркомой Капоши и лимфомами. И вполне возможно, что в дальнейшем это может привести к увеличению числа и других онкологических заболеваний [4].

С другой стороны, ВИЧ-инфицированные лица имеют повышенную восприимчивость и к патогенным микроорганизмам и вирусам, а сниженная у них противоинфекционная резистентность резко повышает риск развития тяжелых, трудно поддающихся лечению форм инфекционных заболеваний с высокими показателями летальности. Такая ситуа-

ция уже сложилась в отношении туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Это же обстоятельство создает условия для распространения некоторых опасных инфекционных заболеваний (еще в конце прошлого века в Кении среди ВИЧ-инфицированных было отмечено увеличение числа заболеваний мелиоидозом), в том числе, уже "забытых" в отдельных регионах (в Танзанию, где более 10% населения инфицировано ВИЧ, вернулось уже почти забытое заболевание - проказа).

И, наконец, продолжающая распространяться иммунодепрессия "открывает" ворота для проникновения в популяцию людей возбудителей оппортунистических инфекций, которые в иммунодефицитной популяции могут обрести способность не только вызывать заболевания, но и конкурировать в эпидемических цепочках с другими патогенными агентами человека. О том, насколько иммунодефицит расширяет возможности колонизации организма различными микроорганизмами, могут свидетельствовать отдельные сообщения о заболеваниях, вызванных непатогенными микроорганизмами и, даже водорослями у ВИЧ-инфицированных лиц [4].

Расширение возможности циркуляции условно-патогенных возбудителей в иммунодефицитной популяции сопровождается частыми их пассажами в процессе поддержания эпидемиологической цепочки, что может приводить и к повышению их патогенности и, соответственно, риска их последующего проникновения в организм иммунокомпетентных лиц. Реальность такой возможности уже подтверждается данными о том, что в последние годы в разных странах мира среди иммунокомпетентных людей все чаще выявляется как пневмоцистная пневмония, так и внелегочный криптококкоз.

Следует также отметить, что после проведения курса лечения у иммунодефицитных больных (в том числе, больных СПИД) происходит более быстрое формирование полирезистентных штаммов не только патогенных (микобактерий туберкулеза), но и условно-патогенных микроорганизмов (кандид, токсоплазм и др.) [1, 12].

В ряде специальных экспериментов показано, что на фоне иммунодефицита может происходить заметное снижение видовой специфичности инфицирования вирусами. К примеру, сегодня широко обсуждается степень риска обретания патогенности для человека вирусом птичьего гриппа за счет его мутирования и реассортации, но часто упускается из виду возможность его проникновения в организм иммунокомпрометированных лиц. Между тем, такая возможность все же существует - однажды инфицировав человека, такой вирус может обрести рецепторы клеток человека и стать патогенным для него эпигенетическим путем [5].

В условиях увеличения численности иммунодефицитных популяций следует ожидать, что первоначально наибольшие преимущества в эпидемических цепочках будут приобретать возбудители высококонтагиозных инфекций с коротким инкубационным периодом, способные передаваться респираторным путем и устойчивые к средствам этиотропной терапии. Одновременно в сокращающейся по численности популяции иммунокомпетентных лиц будут преобладать инфекции, вызванные преимущественно отобранными в результате многолетнего медикаментозного "давления" возбудителями, отличающимися умеренной вирулентностью, более продолжительным инкубационным периодом, склонностью к длительному носительству и способностью долго поддерживаться в ограниченных изолированных группах населения.

Со временем такие инфекции среди иммунокомпетентных лиц будут вытесняться теми возбудителями, которые благодаря воздушно-капельному механизму передачи, будут проникать в их среду из иммунодефицитных популяций. Иначе говоря, в подобной ситуации станет реальной опасность массового проникновения в общество новых видов контагиозных и вирулентных биопатогенов.

И, наконец, следует особо подчеркнуть опасность генетической трансформации ВИЧ и ВИЧ-подобных вирусов, на реальность которой неоднократно указывалось в литературе. Проникновение видоизменных вирусов в популяцию ВИЧ при отсутствии селективного давления иммунной системы может создать условия для конкуренции между ними, их отдельными подтипами, эндогенными ретровирусами и другими мобильными элементами генома клетки. Такая конкуренция происходит в рамках генома хозяина, а ее конечная цель - усиление влияния на него. Это дает основания для опасений по поводу того, что дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции может привести к появлению новой инфекционной патологии, связаной с избирательным поражением жизненно важных участков генома человека [7].

В этой связи уместно вспомнить результаты исследований по изучению генетических рекомбинаций и модификаций ВИЧ, включая весьма рискованные опыты на трансгенных животных, имеющих в организме клетки иммунной системы человека и потому восприимчивых к ВИЧ. Будучи инфицированы, такие животные могут стать искусственными резервуарами ретровирусов человека.

Изложенное выше ставит закономерный вопрос - какими же средствами борьбы с инфекцией человечество располагает сейчас?

Необходимо особо подчеркнуть, что сегодня существует комплекс лабораторных методов, позволящих надежно выявлять инфекцию уже с самых ранних сроков инфицирования. Реализация этой возможности, создающей реальную предпосылку для ранней диагностики инфекции и своевременного выявления инфицированных взрослых и детей, к настоящему времени позволила существенно повысить показатели выявляемости больных СПИД и ВИЧ-инфицированных лиц во всем мире.

К сожалению, попытки разработать вакцину против ВИЧ-инфекции пока не увенчались успехом. Но вопреки мнению отдельных исследователей о том, что возможность создания такой вакцины представляется маловероятной вообще из-за большого генетического разнообразия ВИЧ, интенсивные исследования в этом направлении не прекращаются [20].

Необходимо особо отметить, что существенный прогресс достигнут в области лечения больных СПИД: уже существует более 20 противовирусных препаратов, активно подавляющих размножение ВИЧ. В зависимости от особенностей действия их объединяют в три группы - нуклеозидные и ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, а также ингибиторы протеазы.

Каждый их этих препаратов, применяясь в режиме монотерапии, дает лишь кратковременный (из-за селективного отбора возникающих при мутациях резистентных ВИЧ) вирусологический и клинический эффект. Сочетанное применение нескольких препаратов подавляет репродукцию ВИЧ, снижая частоту мутаций и, соответственно, риск возникновения новых устойчивых вариантов. Поэтому комбинированная противовирусная терапия несколькими препаратами из разных групп обеспечивает более длительную стабилизацию инфекции, хотя добиться полного уничтожения ВИЧ в организме пока не удается - при отмене терапии инфекция вновь активизируется. Принцип комбинированного и раннего применения таких препаратов лег в основу, так называемой, "высокоактивной антиретровирусной терапии" (ВААРТ) [6].

Применение ВААРТ, начавшееся с 1996 г., к настоящему времени позволило заметно снизить смертность от СПИД в США, Канаде, странах Евросоюза и Японии и добиться увеличения средней продолжительности жизни больных до 10 лет и более. Благодаря ВААРТ ВИЧ-инфекция сегодня перешла из разряда безнадежных заболеваний в разряд, хотя и не излечиваемых, но успешно лечимых болезней. И хотя сроки наблюдения успешного лечения ВИЧ-инфицированных пациентов лишь приближаются к 10 годам, есть основания надеяться на то, что эффект лечения может оказаться более продолжительным, особенно с учетом быстрого продвижения в практику новых и более эффективных противовирусных препаратов [19].

Надо отметить, что примение ВААРТ оказало влияние на некоторые эпидемиологические показатели. Так, после ее внедрения частота возникновения саркомы Капоши снизилась почти вдвое. Кроме того, применение ВААРТ снижает интенсивность передачи ВИЧ, и получающие ее ВИЧ-инфицированные лица менее заразны. В частности, показано, что назначение противовирусных препаратов ВИЧ-инфицированной женщине во время беременности и перинатальный период, а также ребенку в первые дни жизни позволяет снизить риск передачи ВИЧ почти в десять раз. Более того, высказано мнение о том, что замедление темпов эпидемии ВИЧ-инфекции в Европейком регионе и Северной Америке в конце 90-х гг XX в частично обусловлено именно появлением современных методов терапии.

Несмотря на то, что распространению этого метода лечения больных СПИД пока препятствует его высокая стоимость, масштабы его применения продолжают расширяться. Этот процесс ускоряется за счет активного вмешательства ряда крупных международных организаций, которые принимают серьезные меры по обеспечению доступности этих препаратов для людей, инфицированных ВИЧ, в развивающихся странах. К примеру, недавно начавшееся внедрение ВААРТ в нашей стране было непосредтвенно

связано с работой в этом направлении Глобального фонда развития.

Отмечая успехи, достигнутые за четверть века в области борьбы с ВИЧ-инфекцией, нельзя не признать, что несмотря на то, что на повестке дня остается важный вопрос - почему все до сих пор оказывавшиеся действенными в отношении многих инфекций профилактические и противоэпидемические мероприятия, а также усилия мирового сообщества не принесли желаемого результата в отношении ВИЧ-инфекции? Пытаясь дать на него ответ, следует особо подчеркнуть, что в основе недостаточно высокой профилактики ВИЧ-инфекции лежит ряд ее особенностей.

Во-первых, предположение, высказанное еще в конце 80-х гг. Дж.Манном - в тот период, руководителем Глобальной программы ВОЗ по борьбе со СПИД, о том, что в силу генетической гетерогенности мировой популяции и вероятного существования индивидов, конституционально резистентных к ВИЧ-инфекции, ее распространение по миру может рестриктироваться генетическими механизмами, частично подтвердилось. Оказалось, что у человека действительно имеются модифицированные гены, кодирующие синтез белков, эффективно конкурирующие с вирусными рецепторами и, тем самым, детерминирующие естественную резистентность к ВИЧ [17]. Однако, доля лиц, гомозиготных по этим генам в общей популяции настолько мала, что они вряд ли смогут сыграть существенную роль в формировании реального "барьера" на пути эпидемического процесса.

Во-вторых, ВИЧ отличается множественностью путей передачи, что существенно затрудняет локализацию и борьбу инфекцией. И если усилиями общественного здравоохранения удается поставить достаточно эффективный заслон распространению инфекции парентеральным путем, то достаточно сложно предотвратить "вертикальную" передачу вируса, не говоря уже о половом пути, поскольку вопрос о налаживании рискованных связей между людьми, не будучи регламентированы законом, всецело определяется их желанием, которое далеко не во всех случаях соотносится с реальным риском инфицирования.

Во-третьих, продолжительный инкубационный период делает невозможным применение обсервационно-карантинных мер, позволяя многим из инфицированных лиц на протяжение долгого времени оставаться невыявленным источником инфекции. Кроме того, часть больных СПИД'ом, в силу развившейся у них деменции не в сосотоянии воспринимать свое состояние с должной критикой.

В-четвертых, применение ВААРТ позволяет продлить жизнь больных, не обеспечивая, однако, их полного излечения. Раннему и, соответственно, более эффективному началу терапии препятствует весьма характерное для остающихся здоровыми ВИЧ-инфицированных лиц скептическое отношение к ней, известное специалистам как низкая "приверженность" лечению. На фоне же лечения происходит удлинение инкубационного и симптоматического периодов заболеваний, что приводит к все увеличивающемуся преобладанию скорости распространения ВИЧ над скоростью смерти инфицированных. А этот процесс ведет к прогрессирующему увеличению популяции ВИЧ-инфицированных лиц и больных СПИД.

Отмеченные выше обстоятельства привели к тому, что в исторически короткий период, за который инфекция успела распространится практически по всей территории земного шара, единая концептуальная модель противодействия эпидемии так и не была разработана. Очевидно, что в этих условиях наиболее эффективной пока должна быть признана социальная профилактика этой инфекции, в первую очередь, предпринимаемые сообществом меры по изменению поведения населения.

Благодаря этим мерам удалось сформировать определенные социально-экономические и культурные барьеры на пути дальнейшего распространения инфекции. Отметим, что в странах Западной Европы, Северной Америки и в Австралии обучение населения по специальным просветительским программам уже заметно повлияло на снижение темпов развития эпидемии. Однако, в развивающихся странах при низком уровне жизни и образованности населения и ограниченной доступности к средствам массовой информации ожидаемых результатов эти программы пока не дали.

Подводя итоги, можно заключить, что за минувшие четверть века в борьбе с ВИЧ-инфекцией человечеству удалось достичь определенных успехов, которые, однако, не позволили поставить перед ней надежный заслон.

В такой ситуации ВИЧ-инфекция и в обозримом будущем останется одной из самых

серьезных проблем здравоохранения и медицинской науки. Решение этой проблемы требует дальнейшей консолидации материальных, научно-технологических и интеллектуальных ресурсов всего мирового сообщества. Лишь при этом условии можно надеяться на то, что в борьбе с ВИЧ-инфекцией человечество сумеет выйти победителем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Е.С., Буланьков Ю.И. ВИЧ-инфекция. Элиста: АПП Джангар, 2006, 224 с.;
2. Кадырова А.А. Профилактика ВИЧ-инфекции в Азербайджане: вчера и сегодня. - В кн.: Мат-лы мемориальной научно-практ. конференции, посвященной памяти Г.А.Алиева. Баку, 2006, с.65-68;
3. Кадырова А.А., Дадашева А.Э. Служба профилактики ВИЧ-инфекции в Азербайджане. - Биомедицина, 2006, N.3, с.36-39;
4. Кадырова А.А., Мамедов М.К. Депрессия неспецифической иммунологической резистентности: значение и подходы к диагностике и лекарственной коррекции. - Экоэнергетика, 2005, N.1, с.42-46;
5. Кадырова А.А., Мамедов М.К. Птичий грипп: от эпизоотий к эпидемиям. - Биомедицина, 2006, N.1, с.4-10;
6. Клинические рекомендации: ВИЧ-инфекция и СПИД. Под ред. В.В.Покровского, М.: ГЭОТАР - Медгиз, 2006, 128 с.;
7. Мамедов М.К. Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека: успехи, перспективы и проблемы. - Биомедицина (Баку), 2006, N.1, с.41-47;
8. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Кадырова А.А. Онкологические аспекты инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека. - Биомедицина, 2006, N.3, с.3-10;
9. Мамедов М.К., Кадырова А.А., Дадашева А.Э. Место трансфузионных вирусных инфекций в эпидемиологической классификации. - Экоэнергетика (Баку), 2006, N.2,с.42-45;
10. Мамедов М.К., Кадырова А.А., Таги-заде Р.К., Дадашева А.Э. Трансфузионные вирусные инфекции - проблема современной медицины. - Соврем. достижения азербайджанской медицины, 2006, N.1, с.3-10;
11. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция наступает. - Терапевтический архив, 2004, N.4, с.9-14;
12. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. ВИЧ-инфекция. - СПб.: ООО Двадцать первый век, 2004, 694 с.;
13. Хайленко В.А., Агафонов В.А. Онко-СПИД - новая угроза. - В кн.: Мат-лы 4-го съезда онкологов и радиологов СНГ. Баку, 2006, с.26.;
14. Эмамъяри Г.А. Клинико-эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции и научные основы основы организации эпидемиологического надзора за этой инфекции в Азербайджане. Автореф... канд. мед. наук. Баку, 2006;
15. Centers for Disease Control. Pneumocystis pneumonia in Los Angeles. - Morbidity and Mortality Weekly Report, 1981, v.30, N.21, p.305-307;
16. Gallo R., Montagnier L. The discovery of HIV as the cause of AIDS. - New Engl. J. Med., 2003, v.349, p.2283-2285;
17. O"Brien S., Nelson G. Human genes that limit AIDS. - Nature Genetics, 2004, v.36, p.565-574;
18. Report on the global AIDS epidemic: executive summary. A UNAIDS 10-th special edition. Geneva, 2006, 28 p.;
19. Richman D. HIV chemotherapy. - Nature, 2001, v.410, p.995-1001;
20. Stratov I., De Rose R., Purcell D., Kent S. Vaccines and vaccine strategies against HIV. - Curr. Drug Targets, 2004, v.5, p.71-88.

SUMMARY

THE QUARTER OF CENTURY IN THE STRUGGLE WITH HIV-INFECTION

A. Kadiyrova, A. Dadasheva, M. Mamedov

The review dedicated to the International day of AIDS contains the basic information reflected main peculiarity of situation with HIV-infection spreading in the world and main achivements in the field of AIDS prevention.

Daxil olub: 29.11.2006

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR - ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

UŞAQLAR ARASINDA ROTAVİRUS İNFEKSİYASININ PROFİLAKTİKASININ SƏMƏRƏLƏŞDİRİLMƏSİ

A.A.Həmzəyeva

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı ş.

Həm sporadik xəstələnmələr, həm də müxtəlif intensivlikli alovlanmalar törədən rotavirusun yayılmasının öyrənilməsi təcrübəsi onun həddən artıq invaziv olduğunu göstərir və əksepidemik müdafiyə tədbirlərinin işlənib hazırlanması zəruriliyini tələb edir [1, 2, 3, 4]. Epidemik proses haqqında təlimə müvafiq olaraq, infeksion xəstəliklərlə mübarizə tədbirləri onun fasiləsizliyinin bir və ya bir neçə hissədə qırılması məqsədi daşıyır. İnfeksiyaya tutulmuş insanın RVİ-nin əsas infeksiya mənbəyi olduğu nəzərə alınmaqla və digər infeksion xəstəliklərlə oxşarlığına görə mübarizə tədbirlərini 3 qrupa bölmək olar: infeksiya mənbəyinə təsir, yoluxma amillərinə təsir və əhalinin qeyri həssaslığının artırılması.

RVİ-li xəstələrin ailə ocaqlarının epidemiolo]i müayinəsi 2 yaşa qədər uşaqların və təkrar etiologiyalı müəyyənləşdirilməmiş diareya hadisələri baş verdikdə müəyyən kontingentlərdən və uşaq müəssisələrindən olan böyüklərin xəstələnməsi zamanı vacibdir. Xəstələrlə təmasda olan uşaqlar üzərində tibbi müşahidə axırıncı xəstələnən şəxs təcrid olunduğu gündən etibarən 5 gün müddətində aparılır. Xəstələrlə təmasda olan uşaqların və böyüklərin RVİ-yə görə laborator müayinəsi aşağıdakı göstəricilər olduqda infeksianistin və epidemioloqun göstərişi üzrə aparılır: ailədə və ya uşaq kollektivində analoji klinikası olan təkrari KVX-nın baş verməsi, sanitar-gigiyenik rejimin kobud şəkildə pozulması, ocaqda qida müəssisələri işçilərinin və ona bərabər olan şəxslərin olması və s. Bir yaşa qədər xəstələnmiş uşağın anası mütləq laborator müayinədən keçməlidir. Rotavirusları nəcislə ifraz edən şəxslərin təkrar laborator müayinəsi 5-7 gün fasilə ilə aparılır.

İnfeksiya mənbəyinin lokallaşdırılmasına yönəldilmiş tədbirlər müxtəlifdir və antroponoz xəstəliklər zamanı, onlara rotavirus infeksiyası da aiddir, klinik və epidemioloji göstəricilərə görə onların ətrafdakılardan təcrid olunması xəstəkanaların infeksion şöbələrində həyata keçirilir [5, 6, 7].

İnfeksiyanın əsas yoluxma yollarının kəskinləşməsinə səbəb olan mühüm amil kimi sanitariya və gigiyena qaydalarına əməl edilməsinin vacibliyi aşkar edilmişdir, hətta sanitariya və gigiyena qaydalarına bəsit şəkildə belə əməl edilməsi (dezinfeksiyaedici vasitələrdən istifadə edilməklə əllərin təmizlənməsi, otaqların yığışdırılması, qoruyucu paltardan, maskalardan və əlcəklərdən istifadə edilməsi) KVİ-nin yayılmasını xeyli dərəcədə məhdudlaşdıra bilər.

Aparılan tədqiqatlar göstərmişdir ki, RV qastroenteritli xəstə uşaqların anaları çox vaxt təhsil səviyyəsi aşağı olan elementar sanitariya və gigiyena qaydalarına əməl etməyən evdar qadınlar olmuşdur.

Sosial-iqtisadi amillərin KVİ ilə xəstələnməyə təsiri məsələsi elmi ədəbiyyatda lazımı qədər öz əksini tapmasa da, bizə RVİ-nin yayılmasının sosial-iqtisadi amillərlə və infeksiyalaşmaya ilk dəfə məruz qalan uşaqların yaşı ilə əlaqədar müəyyən qanunauyğunluqları aşkar etmək müyəssər olmuşdur. İnkişaf etməkdə olan ölkələrdə uşaqların RVİ ilə ilk "görüşü" 6-9 aylıq dövrlərdə, yəni uşaqların tamamilə valideyn himayəsində olduğu vaxtlarda qeyd olunur, onların sosial-iqtisadi statusu, görünür, uşaqları yoluxmadan qorumağa imkan vermir. İnkişaf etmiş ölkələrdə törədici ilə ilk təmas statistik məlumatlara görə, artıq 9-15 aylarda, uşaqların nisbətən sərbəst və şübhəsiz ki, daha aktiv olduqları bir vaxtda baş verir ki, bu da onların infeksiyalaşması prosesini asanlaşdırır [1, 3, 5]. Latın Amerikalı uşaqları arasında KVİ-nin yayılmasına sosial-demoqrafik amillərin təsirinin qiymətləndirilməsinə dair xüsusi tədqiqatlarda hər hansı bir gigiyenik amillə deyil, yalnız ailənin say tərkibi ilə uşaqlarda KV-yə qarşı antitellərin olmasının korrelyasiyasının statistik əhali olduğunu göstərmişlər. Qeyd etmək lazımdır ki, rotaviruslar məlum dezinfeksiyaedici və gigiyenik yuyucu maddələrə qarşı nisbətən davamlıdırlar.

Onu da qeyd etməyi vacib hesab edirik ki, RV infeksiyasının profilaktikasının gigiyenik üsulları yalnız cüzi effekt verir və onlardan təşkilatı tədbirlərlə, həmçinin müasir yüksək effektivli dezinfeksiyaedici maddələrlə birlikdə kompleks şəkildə istifadə edilməlidir. Praktik tədbirlərin effektivliyini azaldan səbəblərdən biri odur ki, çox vaxt xəstələrin müalicəsi arzu olunan nəticəni vermir, xəstəlik isə klinik sağalmadan sonra virusgəzdiricilik mərhələsinə ke-

çir və törədicilərin xarici mühitdə yayılması baş verir. Bununla əlaqədar olaraq, profilaktik dezinfeksiyaedici vasitələr sistemi işləyib hazırlamaq məqsədilə rotavirusun bioloji xassələrinin hərtərəfli öyrənilməsi zərurəti yaranır.

Rotavirus xarici mühitdə davamsızdır və tezliklə inaktivləşir. Yüksək temperaturun RVİ törədicisinə mənfi təsir göstərməsi ilə əlaqədar olaraq, lazımi alətlərin qaynadılması yolu ilə RV-nin inaktivasiyasından geniş istifadə olunur. Avtoklavlaşdırılmadan istifadə etmək də məsləhət görülür. Biz RV-nin 6%-li H_2O_2, etanol, etanol-fenol dezinfektantına, xloraminə qarşı həssaslıq dərəcəsini təyin etmişik. Nəticələr cədvəldə ümumiləşdirilmişdir.

RV 6%-li H_2O_2 və etanola qarşı eyni dərəcədə yüksək həssaslığa malikdir - müvafiq olaraq 97,4±3,5% və 98,6±1,8% (χ^2=1,64; P>0,05). Etanol-fenol dezinfektantına qarşı həssaslıq da belə bir dərəcədə yüksəkdir - 96,8±3,1%(χ^2=0,86; P>0,05). Bununla bərabər xloraminə qarşı həssaslıq kifayət qədər yüksək deyil - 72,3±5,6% (χ^2=1,36; P>0,05).

Beləliklə, RV 4 dəqiqə təsir müddəti ərzində sınaqdan keçirilən bütün dezinfeksiyaedici preparatlara qarşı yüksək dərəcədə həssasdır, 2 dəqiqə təsir müddəti ərzində də xloramin istisna olmaqla, sınaqdan keçirilən bütün preparatlara qarşı yüksək həssaslığa malikdir. Hazırkı tədqiqatların nəticələri RV-nin dezinfeksiyaedici preparatlara qarşı həssaslığını düzgün qiymətləndirməyə imkan vermişdir.

Əksepidemik tədbirlər kompleksində aşağıdakılar öz aktuallığını itirməmişdir:

- infeksiya mənbəyini və yoluxma yollarını aşkar etmək məqsədilə mükəmməl epidemioloji müayinə;
- məktəbəqədər uşaq müəssisələrində, stasionarlarda qida bloklarında və s. işçilərə və məişət əşyalarına müntəzəm virusoloji nəzarət;
- su təchizatı, kanalizasiya, istehsalat müəssisələrinin və ərzaq məhsulları emalı zamanı sanitariya normalarına ciddi əməl edilməli;
- ayrı-ayrı yaşayış məntəqələrinin sanitar-gigiyenik vəziyyətinin və kommunal xidmətinin yaxşılaşdırılması;
- ətraf mühitin mühafizəsi və sağlamlaşdırılması.

Biz təkcə səmərəli müalicə taktikasının işlənib hazırlanması ilə kifayətlənməmiş, həm də uşaqlar arasında RVİ-nin yayılma səbəblərinin və qanunauyğunluqlarının aşkar edilməsinə dair geniş sosial-epidemioloji müayinələr aparmışıq. Tədqiqatların bu iki istiqamətinin nəticələrinin birləşdirilməsi bizə uşaqlar arasında RVİ-nin müalicə və profilaktikasının birləşmiş sxemini işləyib hazırlamağa imkan vermişdir.

Uşaqlar arasında RVİ-nin müalicə və profilaktikasına dair səmərəli tədbirlərin həyata keçirilməsinin elmi cəhətdən əsaslandırılmış sxeminin reallığı bir-biri ilə əlaqəli üç komponentə əsaslanmışdır. Birinci komponent əhalinin tibb müəssisələrinə müraciət etməsinin qaydaya salınmasını, xidmətlərin qiymətlərinin nizamlanmasını və onların hazırkı maddi imkanlara uyğunlaşdırılmasını nəzərdə tutur. Əhalinin tibb müəssisələrinə müraciət etmələrinin artırılması və onlara ixtisaslı yardım göstərilməsi onların arasında ümumi sağlamlığa nail olmaq üçün əsas şərtlərdən biridir. Bizim tərəfimizdən hazırlanan RVİ-nin yüksək effektivliyə malik kompleks müalicə taktikası isə uşaqlar arasında tətbiq olunmaq üçün daha məqbul və münasib olub, bu xəstəlikdən davamlı (residivsiz) sağlamlığa səbəb olacaqdır.

Sxemin ikinci komponenti - uşaq əhalisinin profilaktik müayinəsi də olduqca vacibdir. O, uşaqlar arasında xəstəlikləri erkən aşkar etməyə imkan verir ki, bu da uşaq əhalisi arasında ümumi xəstələnmənin azalmasına səbəb olacaqdır.

Sxemin üçüncü komponenti - əhali arasında aktiv sanitariya təşviqatı da çox mühümdür. Onun məqsədi RVİ, onun təzahürləri, infeksiya mənbələri, yoluxma yolları, şəxsi profilaktika barədə əsas məlumatları əhaliyə çatdırmaqdır. Sanitariya təşviqatının sadə görünməsinə baxmayaraq, onun səmərəliliyi çox yüksəkdir. Əvvələn, o, əhalinin tibb müəssisələrinə müraciətlərini artırır və bununla da əhalinin ev şəraitində sərbəst müalicə olunmaq imkanını aradan qaldırır. İkincisi, əhali arasında qidalanmanın səimərələşdirilməsi, orqanizmin immun korreksiyası, şəxsi gigiyenaya əməl edilməsi kimi RVİ-nin əhali arasında yayılmasını məhdudlaşdıran mühüm praktik tədbirləri tətbiq edir.

Beləliklə, aparılmış tədqiqatların nəticələri uşaqlar arasında RVİ-nin yayılmasının sosial-epidemioloji qanunauyğunluqlarını aşkara çıxarmağa və onların azaldılması üzrə tədbirlər təklif etməyə, həmçinin RVİ-nin kompleks müalicə taktikasını işləyib hazırlamağa imkan vermişdir ki, bu da yüksək effektivliyi ilə yanaşı, əla-

Cədvəl. RV-nin güclü təsirə malik dezinfektantlara qarşı həssaslığı

Dezinfektantlar	Təsir müddəti (dəq.)	RV-nin aktivasiyası (%)	Təsir müddəti (dəq.)	RV-nin inaktivasiyası
6%-li H_2O_2	2	97,4±3,5	4	100
Etanol	2	98,6±1,8	4	100
Xloramin	2	72,3±5,6	4	100
Etanol-fenol dezinfektantı	2	96,8±3,1	4	100

və təsirlərin və qoruyucu xarakterinin olmaması səbəbindən, bütün yaş qruplarından olan uşaqlar üçün münasibdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Марченко Л. Г., Неверов В. А, Русальчук В. В., Василев Б. Я. Клинические аспекты ротавирусной инфекции у взрослых. - Тезисы докладов международного симпозиума, посвященного году Л. Пастера "Идеи Пастера в борьбе с инфекциями". СПб., 1999, с.64.;

2. Машилов В. П. Ротавирусный гастроэнтерит у взрослых. - Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000, N.5, с.51-54;

3. Феклисова Л.В., Щебекова В.М., Шмелева Н.Е. Ротавирусная инфекция у детей. - М., 2001, 120 с.;

4. Bern C, Vnicomb L,, Gentsen J. R. et al. Rotavirus diarrhea in Bangladesh children: correlation of dissease severity with serotypes. - Clin. Microb., 2003, v.30 (12), p.3234-3238;

5. James V., Lambden P., Caul E. et al. Seroepidemiology of human group S rotavirus in the UR. - J. Med. Virol., 2002, v.52, N.1, p.86-91;

6. Maas D. R., Atkinson P. H. Primary sequence requirement for ER retention of rotavirus VP7. - J. Cell Biol., 2000, v.111, N.5, Pt.2, p.69;

7. Nakajima H., Muramoto K., Mikami T. et al. Rotavirus-associated gastroenteritis in adults. - Nippon. Shokakibyo. Gakkai. Zasshi., 2001, v.94 (12), p.805-812;

8. Shaw R, D., Hempson S. J., Mackow E. R. Rotavirus diarrhea is caused by nonreplieating viral particles. - Journal of Virology, 2001, v.69 (10), p.5946-5950.

SUMMARY

RATIONALIZATION OF THE PREVENTIVE MAINTENANCE ROTAVIRUS INFECTIONS TO INFECTIONS AMONGST CHILDREN

A. Gamzaeva

The measures directed on localization of the sources to infections, varied and at disease, to count; calculate; ist mounted - swarm pertains rotavirus infection, are realized insulation them from surrounding in infectious branches of the hospitals on clinical and epydemiological evidences.

Revealled need of observance rules of the sanitation and hygiene as important factor, promote interruption of the main ways of the issue to infections. Even idle time observance rules to sanitations and hygiene (processing the hands, cleaning the premiseses with underchanging the disinfecting facilities, use the defensive cloth, masks and gloves) can to a considerable extent block spreading rotavirus to infections.

We consider necessary to emphasize that hygiene ways preventive maintenances rotavirus to infections give only not-significant effect and must be used in complex with organizing measure, as well as with use modern disinfecting facilities.

Daxil olub: 02.09.2006

ОСОБЕННОСТИ БЫТОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПОЛУПУСТЫННОГО КЛИМАТА АЗЕРБАЙДЖАНА

Г. Г. Кабулов

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

К наиболее частым внешним факторам, способствующим развитию бронхиальной астмы, относятся бытовые аллергены. Они сенсибилизируют дыхательные пути, провоцируют и в дальнейшем поддерживают течение заболевания. Чаще всего в этом повинны аллергены домашней пыли, клещи рода Dermatophagoides и эпидермальные аллергены домашних животных [1, 4].

Аллергены домашней пыли являются основным фактором, предрасполагающим к манифестации бронхиальной астмы. Не менее важную роль в развитии бронхиальной астмы отводят клещам рода Dermatophagoides, которые являются важнейшим компонентом домашней пыли. Наиболее выраженными аллергенными свойствами обладают клещи домашней пыли, относящиеся к роду Dermatophagoides, семейства Pyroglyphidae, представители которых - Dermatophagoides pteronyssinus и Dermatophagoides farinae, составляют до 90% акарофауны в жилых помещениях [2, 6]. К аллергенам нередко сенсибилизирующим детей в домашний условиях относят эпидермис и другие продукты жизнедеятельности домашних животных. Наиболее часто встречается сенсибилизация к аллергенам кошек, собак. Аллергены кошек являются сильными сенсибилизаторами дыхательных путей человека. Основной аллерген белкового происхождения находится в шерсти кошек, в секрете сальных, и слюнных желез, в моче. Этот аллерген, благодаря маленьким размерам частиц, легко переносится по воздуху и вызывает быстрое возникновение симптомов бронхиальной астмы. У собак выделяют два важных аллергенных белка, которые находятся в собачьей шерсти и перхоти. Сенсибилизация к собакам распространена меньше, чем к кошкам [8]. Особое значение придаётся аллергенам домашних птиц, поскольку источниками их нередко выступают пуховые и перовые (в т. ч. постельные) принадлежности и изделия с которыми большинство детей контактирует каждый день.

Многочисленные научные исследования свидетельствуют о том, наряду с неудовлетворительным состоянием жилищ, развитие респираторной аллергии при бытовой сенсибилизации может быть связано с условиями внешней среды (состояние экологии, уровнем урбанизации). Изучению влияния неблагоприятных факторов внешней среды на возникновение БА посвящено 9-летнее эпидемиологическое исследование ECRHS (European Community Respiratory Health Survey). Авторы наблюдали 6588 здоровых лиц, которые в течение указанного периода подвергались воздействию ряда неблагоприятных факторов (вдыхание выхлопных газов, дыма, повышенная влажность, вредные испарения и др.). По окончании исследования у 3% наблюдаемых возникли жалобы, соответствующие поражению дыхательной системы. Статистический анализ демографических, эпидемиологических и клинических данных позволил ученым сделать вывод, что до 6% новых случаев БА могут провоцироваться негативным воздействием поллютантов [5]. В других исследованиях выполненных в различных странах, также была показана относительно большая распространенность бронхиальной астмы в регионах с загрязнения внешней среды вследствие бурной урбанизации и индустриализации [3, 7, 9].

Для выявления этиологической структуры бытовой сенсибилизации и выраженности сенсибилизации к бытовым аллергенам нами проведено анкетирование (в рамках международной программы "ISAAC"), и клинико-аллергологическое обследование у двух групп детей проживающих в условиях промышленного города и сельском местности, расположенных в полупустынном климатогеографическом регионе Азербайджана. При кожном тестирование (прик-тест) использованы аллергены домашней пыли, клещей рода Dermatophagoides pteronyssinus и Dermatophagoides farinae, микст-аллергены эпите-

Таблица 1.
Половая принадлежность детей из полупустынных регионов Азербайджана, у которых методом прик-теста была определена структура бытовой сенсибилизации

Регионы	Протестировано детей	Мальчики		Девочки	
		абс.	%%	абс.	%%
Город	187	88	47.1	99	52.9
Село	64	30	46.9	34	53.1
Всего	251	118	47	133	53

лия животных (собаки, кошки, хомяка, кролика, морской свинки) производства фирмы "Аллергофарма" (Германия).

В исследовании участвовало всего 251 детей, из которых 118 (47%) мальчика и 133 (53%) девочек.

В таблице 1 представлено количество детей из сравниваемых регионов, в которых было проведено исследование и их половая принадлежность.

Проведенные исследования выявили некоторые отличия в структуре бытовой сенсибилизации в исследуемых регионах Азербайджана. Полученные данные представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы у детей в сравниваемых регионах часто наблюдается сенсибилизация к бытовым аллергенам.

В городском регионе сенсибилизация к аллергенам домашней пыли наблюдается у 62.6% обследованных школьников. К клещам рода Dermatophagoides также выявлена частая сенсибилизация, которая обнаружена у 105 детей из 187 обследованных (56.1%). Обращает на себя внимание, что сравнительно реже дети, проживающие в этом регионе, сенсибилизированы к эпидермальным аллергенам в 51 случаев (27.3%). При опросе выяснилось, что 13 детей с сенсибилизацией к аллергенам эпителия домашних животных детей имеют домашних животных. Причем у 7 из них в доме живет кошка, у одного ребенка собака, один ребенок содержит попугая, а четверо детей имеют аквариумных рыбок.

При анализе результатов исследования у детей, проживающих в сельском регионе было обнаружено сравнительно частая сенсибилизация к аллергенам домашней пыли - у 33 (51.6 %) детей. Несколько реже среди детей этого региона обнаруживалась сенсибилизация к аллергенам клещей Dermatophagoides - у 27 (42.2%) детей. Отметим, что 14 из них имели сенсибилизацию к аллергенам домашней пыли.

В сельском регионе, сенсибилизация к эпидермальным аллергенам встречалась достаточно часто и была выявлена у 26 (40.6%) детей. У 13 детей(50%) из 26 с сенсибилизацией к эпидермальным аллергенам в доме жили домашние животные. Причём чаще всего это была собака - у 7 детей. В доме троих детей проживала кошка, у двоих - птица.

Резюмируя результаты этого исследования необходимо отметить, что у детей с бронхиальной астмой в сравниваемых регионах достаточно часто наблюдается сенсибилизация к бытовым аллергенам. Причём повышенная чувствительность к аллергенам домашней пыли и клеща рода Dermatophagoides была одинаково широко распространена в обоих исследуемых районах. Обращает на себя внимание тот факт, что на селе дети сравнительно часто были сенсибилизированы к эпидермальным аллергенам домашних животных.

Таблица 2.
Структура сенсибилизации к бытовым аллергенам у детей с бронхиальной астмой, проживающих в различных регионах Азербайджана

Регионы	Бытовые аллергены					
	Домашняя пыль		Дерматофагоиды		Эпидермальные	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Город	117	62,6	105	56,1	51	27,3
Село	33	51,6	27	42,2	26	40,6
Всего	150	59,8	132	52,6	77	30,7

Для оценки гиперчувствительности к бытовым аллергенам обследованных детей была применена шкала оценки прик-тестов. Согласно этой шкале, при постановки прик-тестов у детей отмечаются: сомнительная реакция (обозначается -), слабоположительная (1+), положительная (2+), резкоположительная (3+) и очень резко положительная (4+). Для простоты восприятия результатов, нами посредством статистической программы рассчитана средняя степень сенсибилизации к бытовым аллергенам у детей, принимавших участие в этом обследовании. Полученные результаты отражены в таблице 3.

Таблица 3.
Средняя выраженность сенсибилизации к бытовым аллергенам у обследованных детей с бронхиальной астмой, жителей регионов Азербайджана

№	Бытовые аллергены	РЕГИОНЫ	
		Город	Село
1.	Домашняя пыль	2.64±0.06*	1.79±0.07**
2.	Дерматофагоиды	2.42±0.08*	1.74±0.08**
3.	Эпидермальные	2.37±0.1*	2±0.12**

Как видно из таблицы, из сравниваемых регионов наименьшая чувствительность к бытовым аллергенам была выявлена среди детей, проживающих в сельском регионе. При сопоставлении значений средней выраженности сенсибилизации обращает на себя внимание, что в городском регионе на все бытовые аллергены наблюдается более выраженная чувствительность. Так в городе средняя выраженность сенсибилизации к домашней пыли и клещам рода Dermatophagoides была достоверно выше, чем у детей проживающих в сельском регионе ($p<0.001$).

Интересно, что несмотря на то, что в городе дети были меньше сенсибилизированы к эпидермальным аллергенам, тем не менее средняя выраженность сенсибилизации у них была достоверно выше по сравнению с детьми из сельского региона ($p=0.037$).

Таким образом, согласно итогам проведенного нами исследования по определению частоты и выраженности сенсибилизации у детей с бронхиальной астмой в двух различных районах Азербайджана можно отметить, что структура и степень сенсибилизации у детей в сравниваемых регионах имеет свои характерные особенности. Так, сенсибилизация к аллергенам домашней пыли и клещам рода Dermatophagoides у детей проживающих в условиях промышленного города заметно превышает таковую у сельчан. В то же время при исследовании сенсибилизации к аллергенам эпидермиса домашних животных (собаки, кошки, хомяка, кролика, морской свинки), оказалось, что в городе дети реже, чем в сельских районах сенсибилизированы к этой группе бытовых аллергенов. Другая особенность состояла в том, что у детей проживающих в условиях промышленного города, средняя выраженность сенсибилизации к бытовым аллергенам достоверно превышала аналогичные показатели детей из сельского региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианова Е.Н., Геппе Н.А., Рывкин А.И. Бронхиальная астма у детей. - Иваново, 2002, 267 с.;
2. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика", Москва, 1997;
3. Студеникин М.Я., Ефимова А.А. Актуальные проблемы влияния окружающей среды на здоровье детей. - М.: Медицина, 1998, с.7-18;
4. Andrew A., Peggy A., Roberts B., Michael W. Risk Factors for Pediatric Asthma. - Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2000, v.162, N.3, p.873-877;
5. ETAC. Early Treatment of the Atopic Child. First result. - The UCB Institute of Allergy, 2001.
6. Davila Gonzalez I, Moreno Rodilla E, Laffond Yges E, Lorente Toledano F. Hipersensibilidad a acaros en nuestro medio. - Rev Esp Alergol Inmunol Clin. 2000, v.15(2), p.126-31;
7. Global Initiative for Asthma, 2003. The global burden of asthma: A summary. - GINA. Available at: http://207.159.65.33/wadsetup/materials_03/sum.doc;
8. Pope A, Patterson R, Burge H. Indoor allergens: assessing and controlling adverse health effects. - National Academy of Sciences. Washington: National Academy Press, 1993;
9. Prevention of Allergy and Asthma. Interim report. ACI International. 12.6.2001. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergic in Childhood (ISAAC). Steering Committee. - Lancet, 1998, v.351, p.1225-3122.

SUMMARY

PARTICULARITIES OF EVERY DAY SENSEBILISATION OF CHILDREN LIVING IN SEMI-DESERT CLIMATE OF AZERBAIJAN

G. Kabulov

For revealing etiological structure of a household sensitization and intensity of a sensitization to household allergens questioning (within the framework of the international program "ISAAC"), and clinic and allergologic inspection of children living in industrial city and rural districts, located in semi desert region of Azerbaijan was carried out. Domestic dust, ticks of sort Dermatophagoides pteronyssinus and Dermatophagoides farinae and mixt-allergens (a dog, a cat, a hamster, the rabbit, guinea pig) were used for skin testing. 251 children were examined (118 (47 %) boys and 133 (53 %) girls).

According to results of our investigation, the sensitization to allergens of a domestic dust and ticks Dermatophagoides sort in industrial city children appreciably exceeds those at peasants. In children from city sensitization to pets allergens (a dog, a cat, a hamster, the rabbit, a porpoise), appeared less often, than in rural areas. In children living in industrial city, average expressiveness of a sensitization to household allergens significantly exceeded parameters of children from rural region.

Daxil olub: 05.09.2006

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ НЕГАЗООБМЕННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ В РАЗВИТИИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В.С.Рагимов, М.Г.Ашуров, В.С.Мирзоева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) является одной из актуальных проблем медицины и постоянно находится в центре внимания исследователей. Несмотря на последние достижения в диагностике и комплексном лечении ТЧМТ, процент смертности и степень инвалидности продолжают оставаться на высоком уровне [1]. Одной из причин высокой летальности являются экстракраниальные осложнения, развивающиеся в легких при ТЧМТ [2, 6, 7]. Известно, что при терминальных состояниях в венозной крови повышается количество различных токсинов и биологически активных веществ, в результате чего при ТЧМТ нарушается негазообменная функция легких. Эта нарушенная функция становится причиной легочной недостаточности [3, 4, 5].

В литературе последних лет уделено мало внимания динамике нарушений негазообменных функций легких у больных с ТЧМТ. Редко встречаются сведения о том, как изменяются биологически активные вещества адреналин, норадреналин, серотонин и молочная кислота у больных этой категории и о роли этих изменений в развитии ДВС. Именно по этой причине нами была поставлена цель изучения изменения негазообменной функции легких у больных с ТЧМТ и влияния этих изменений на систему гемостаза.

Цель работы. Изучить нарушения негазообменной функции легких в остром периоде ТЧМТ и ее роль в развитии диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) крови.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Научно-исследовательская работа была проведена с 2000 по

2006 годы в отделениях хирургической реанимации и нейрохирургии Клинического Медицинского Центра на 39 больных. Обследованные больные были разделены на 2 группы. В 1-ую группу вошли 18 больных (ушиб мозга тяжелой степени - 4 больных, ушиб мозга со сдавлением его внутримозговой гематомой - 12 больных, ушиб мозга средней и легкой степени со сдавлением его субдуральной гематомой - 2 больных). Во вторую группу вошли 21 больных. В эту группу вошли больные с ушибом мозга и сдавлением его гематомой в стадии глубокой декомпенсации. Тяжесть больных в 1 группе оценивалась в 8-12 баллов по шкале Глазго, во второй группе - в 3-8 баллов. Исследования проводились в 1, 3, 5, 7 и 9 дни. У всех больных определялись концентрация в венозной и артериальной крови адреналина, норадреналина, серотонина и лактата. Венозная кровь бралась из подключичной вены, артериальная кровь из бедренной артерии. В 1-ой группе больных осложнения не были отмечены. Во 2-ой группе больных на фоне респираторного дистресс-синдрома (РДС) развилась пневмония. Адреналин, норадреналин определялись флюориметрическим методом (Матлин Е.Ш.), серотонин - методом флюоресцентного нигидрина, молочная кислота - анализатором Финна (ФП-900). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием критерия Стьюдента.

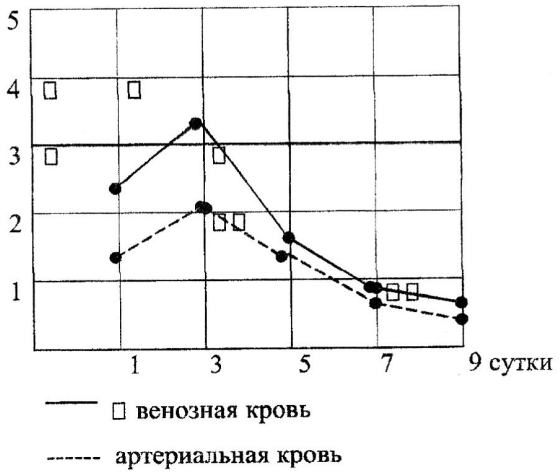


Рис.1. Динамика изменения адреналина в артериальной венозной крови больных 1-ой группы

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В 1-ой группе больных в смешанной артерио-венозной крови разницы в концентрации адреналина не обнаружено. В первые 3 суток в отличие от содержания адреналина в периферической крови, его содержание в венозной крови статистически было высоким. На протяжении всего периода обследования концентрация адреналина "до" и "после" легких была различной. В смешанной венозной крови концентрация норадреналина в течении 3-го дня снизилась по сравнению с первым днем и этот низкий показатель сохранялся до 5-го дня. На 7-ой день после травмы его концентрация не отличалась от контрольной группы. В крови после легких содержание норадреналина 3 дня оставалось низким ($p<0,001$) и постепенно снижалось до 7 дня.

В первые 7 дней наблюдалась заметная разница в содержании свободного серотонина в венозной и артериальной крови. Концентрация свободного серотонина как в венозной, так и в артериальной крови повышалась до 3-го дня, а затем снизилась.

В первые 7 дней наблюдалась заметная разница в содержании свободного серотони-

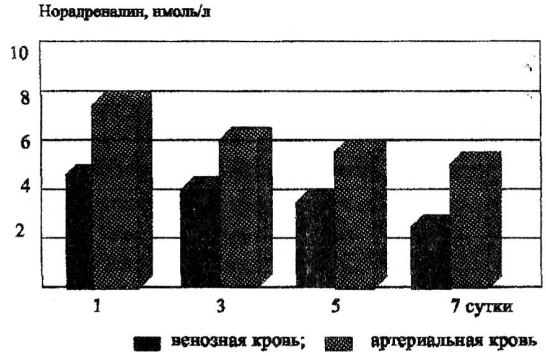


Рис. 2. Динамика изменения норадреналина в артериальной и венозной крови больных 1-ой группы

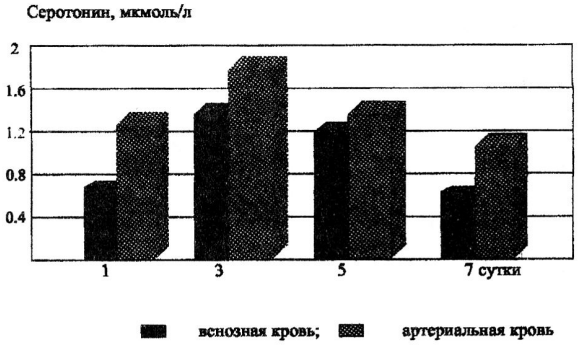


Рис. 3. Динамика изменения серотонина в артериальной и венозной крови больных 1-ой группы



Рис. 4. Динамика изменения лактата в артериальной и венозной крови больных 1-ой группы

на в венозной и артериальной крови. Концентрация свободного серотонина как в венозной, так и в артериальной крови повысилась до 3-го дня, а затем снизилась.

В отличие от периферической венозной крови (контрольная группа), в венозной крови, притекающей к легким, содержание серотонина до 7-го дня оставалось высоким. В венозной крови содержание молочной кислоты на протяжении всего периода обследования оставалось высоким. В смешанной артерио-венозной крови снижение уровня лактата наблюдалось, начиная с 5-го дня. С 7-го дня содержание лактата начало нормализоваться.

Кроме адреналина, по содержанию других веществ, артерио-венозная разница сохранялась в 1-ой группе больных. По уровню серотонина, норадреналина и лактата снижение или полное исчезновение артериальной разницы указывает на нарушение их метаболизма в легких. В это время в легких нарушение метаболизма норадреналина отмечалось на 1-ые сутки, серотонина и лактата на 3-5 сутки. У этих больных газовый состав крови особым изменениям не подвергся. У больных 2 группы прогрессировал респираторный дистресс-синдром (РДС) и развилась пневмония. Динамика изменения адреналина, норадреналина и молочной кислоты в зависимости от стадии РДС и пневмонии в артериальной и венозной крови показана в таблице.

Проведенные исследования показали, что на фоне развивающегося при ТЧМТ РДС + пневмония, в крови, притекающей к легким, уровень адреналина, норадреналина, серотонина и молочной кислоты был высоким. Кроме того, при ТЧМТ во время развития РДС и возникающей на его фоне пневмонии, в тканях легких в результате нарушения метаболизма биологически активных веществ, эти вещества в большом количестве переходят в кровоток, активизируя симпатико-адреналовую систему. Переход катехоламинов в повышенном количестве в кровоток способствует повреждению сосудистого эндотелия, а сосудистый эндотелий, как известно, играет активную роль в процессах свертывания, противосвертывающей системы и фибринолиза [8].

В результате повреждения сосудистого эндотелия происходит агрегация, адгезия и трансформация кровяных клеток, в частности, тромбоцитов [2]. Это, в свою очередь активно нарушает сосудистую проходимость и создает условия для ДВС-синдрома, проявляющегося геморрагиями.

Таким образом, при ТЧМТ на фоне активизации симпатико-адреналовой системы,

Таблица. Динамика изменения адреналина, норадреналина, серотонина и молочной кислоты в артериальной и венозной крови больных 2-ой группы

Показатели		Без осложнений M ± T	РДС-1 M ± T	РДС-2 M ± T	РДС-3 M ± T	РДС-4+ пневмония M±T
Адреналин (1,91±0,04нмоль/л)	A	5,1±0,82	7,3±0,3	14,8±0,35	17,6±0,45	17,9±0,51
	V	4,9±0,2	6,87±0,25	14,1±0,87	16,5±0,3	16,4±0,72
Норадреналин (5,20±0,11нмоль/л)	A	4,8±0,11	10,2±0,88	14,3±0,45	20,1±0,14	31,2±0,45
	V	6,3±0,41	14,3±0,21	16,2±0,71	21,3±0,45	25,8±0,33
Серотонин (0,83±0,08мкмоль/л)	A	0,7±0,31	0,93±0,12	1,2±0,45	1,5±0,92	1,89±0,42
	V	0,9±0,19	1,0±0,28	1,28±0,88	1,58±0,13	1,61±0,12
Молочная кислота (0,88±0,12ммоль/л)	A	0,88±0,12	1,4±0,27	1,61±0,75	2,11±0,53	3,2±0,41
	V	1,3±0,45	1,7±0,48	1,87±0,12	2,31±0,12	2,4±0,16

Примечание: A – артериальная кровь; V - венозная кровь

происходит выраженная гуморальная реакция. В результате, в крови, притекающей к легким, повышается концентрация биологически активных веществ, и в связи с декомпенсацией метаболических функций легких происходит нарушение их негазообменных функций. Нарушение негазообменных функций легких, в свою очередь, приводит к изменениям в сосудисто-тромбоцитарной, противосвертывающей системах гемостаза и фибринолизе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балуда В.П., Балуда М.В., Деянов И.И., Тлепшуков И.К. Физиология системы гемостаза. - Под редакцией В.П.Балуды, М., 1995, 244 с.;

2. Вахидов А.В. Функции легких и их коррекция при тяжелой черепно-мозговой травме. - Автореф. дис.к.м.н., Л., 1990, 32 с.;

3. Вахидов А.В., Мурадов М.К., Холмирзоев Н.Ш. Влияние гипоксии на метаболическую активность легких у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой. IV Всесоюзный съезд анестезиологов и реаниматологов. Одесса 13-16 декабрь 1989, Тез. докл. - Под ред. Т.М.Дарбиняна. М., 1989, с.327-328;

4. Гончарова В.А., Лобда Е.Б. Обмен серотонина при неспецифических заболеваниях легких. - Проблемы пульмонологии. Л., 1980, Вып.8, с.129-137;

5. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство при черепно-мозговой травме, 1998, т.1, с.550;

6. Харланова Н.Г. Роль клеточных и гуморальных медиаторных систем в патогенезе шокового легкого, вызванного эндотоксином. - Анест. и реаниматол., 1990, т.5, с.51-54;

7. Чурляев Ю.А., Афанасьев А.Г. Некоторые аспекты обмена в легких молочной кислоты у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, осложненной развитием респираторного дистресс-синдрома взрослых. - Анест. и реаниматол., 1994, N.5, с.5-6;

8. Hechtman H.B. Serotonin and acute respiratory failure. Serotonin and cardiovascular system. - Raven. Press, 1985, p.213-221;

9. Rəhimov V.S. Ağır kəllə-beyin travmalı reanimasion xəstələrdə BRDS-nin patogenezində trombositlərin və onun agregasiyasının rolu. - Saglamliq, 2006, N.1, s.46-48.

SUMMARY

INFLUENCE OF BREACH OF NON-GAS EXCHANGE FUNCTION OF LUNGS IN THE ACUTE PERIOD OF GRAVE CRANIOCEREBRAL INJURY TO DEVELOPMENT OF DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION

V. Ragimov, M. Ashurov, V. Mirzoeva

For the purpose of learning the effect of changes that appear in the non-gas exchanges function of lungs in the acute period of grave craniocerebral injury to the hemostasis system, the dynamics of the consentration of the biological active substances (adrenaline, noradrenaline, serotonin and lactate) in the venous and arterial blood had been learned on 1, 3, 5, 7 and 9 days in 39 patients. The patients had been joined in 2 groups, venous blood had been taken from subclavian vein and arterial blood had been taken from femoral artery. It was clear from the results of done investigation that, noticeably humoral reaction appear in the activization background of sympathico-adrenal system in the acute period of grave craniocerebral injury. As a result the concentration of biological active substances in the blood that flows into the lungs increases and there appear decompensation of metabolic functions of lungs and non-gas exchange function of lungs is disordered. Vein endothelium is injuried by the passing of catecholamine into the blood. This is caused by formation of coagulation disorders by effecting to the hemostasis system.

Daxil olub: 07.09.2006

HAMİLƏ QADINLARDA MİKOPLAZMOZUN MÜALİCƏSİ ZAMANI SPİRAMİTSİNDƏN İSTİFADƏ EDİLMƏSİ

S.M.Cəbrayılzadə

Ş.Ələskərova adına 5 saylı kliniki doğum evi, Bakı ş.

Həkimin sərəncamında olan antimikrob preparatların arsenalının getdikcə genişlənməsinə baxmayaraq, antibakterial terapiya, o cümlədən hamilə qadınlarda urogenital nahiyənin infeksiyaları zamanı, effektivliyi və təhlükəsizliyi problemi indiyə qədər öz aktuallığını itirməmişdir [1, 3, 6, 7, 10]. Bu, bir çox hallarda urogenital nahiyənin selikli qişasında gedən infeksion-iltihabi proseslərin etioloji strukturunda gedən dəyişikliklərlə əlaqədardır.

Antiseptiklərin və antibiotiklərin spektrinin ildən-ilə genişlənməsinə, urogenital yolun xəstəliklərinin müalicəsinə dair sırf ginekoloji tədbirlərin daha da təkmilləşməsinə baxmayaraq, infeksion-iltihabi xəstəliklər nəinki əhalinin ən geniş yayılmış patologiyası olaraq qalmaqda davam edir, həm də müalicəyə getdikcə daha çətin tabe olur [4, 5, 8, 9]. Xüsusilə bu hamilə qadınlara aiddir, beləki onların müalicəsinə bir çox antibakterial preparatlar əks göstərişdir.

MATERİAL VƏ METODLAR. Tədqiqat mikroplazma infeksiyası olan 196 hamilə qadın arasında aparılmışdır, onlardan 112-si simptomsuz formalı mikoplazmozu olan, 84-ü isə aşkar klinik təzahürlü mikoplazmozu olan hamilə qadın aparılmışdır. Cinsiyyət üzvlərinin keçirilmiş iltihabi xəstəliklərinə, anamnezdə özbaşına uşaqsalmaların, inkişaf etməmiş hamiləliklərin, dölün antenatal məhvinin olmasına, əvvəlki hamiləliklərin gedişinə, həmçinin onların nəticəsinə xüsusi fikir verilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri aşağıdakı biometrik metodlarla işlənmişdir: orta ədədi kəmiyyət, χ^2 meyarı [2].

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏ. Makrolid antibiotiklər tibbi praktikada 40 ildən artıq istifadə edilməsinə baxmayaraq, yalnız son zamanlar bu qrup preparatlara xüsusi diqqət yetirilir. Son illərdə eritromitsinin populyarlığı onun bioloji cəhətdən az əlverişli olması, toxumalarda yüksək qatılığının kifayət qədər olmaması, sürətli eliminasiyası və əlavə təsirlərinin nisbətən yüksək olması ilə əlaqədar nəzərəçarpacaq dərəcədə azalır. Bununla əlaqədar olaraq, makrolidlər qrupundan yeni antibiotiklərin axtarışı dayanmamışdır.

Nəzərə alınsa ki, hazırda infeksion proseslərin törədicilərinin spektri xeyli dəyişmişdir, spesifik mikroorqanizmlərin (mikoplazma, xlamidiya və s.) rastgəlmə tezliyi nəzərəçarpacaq dərəcədə artmışdır, bundan başqa bir çox antibakterial preparatlara qarşı mikrobların davamlılığının artması müşahidə olunur, aşağı toksiklikli, orqanizm tərəfindən yaxşı qəbul edilə bilən və eritromitsinlə müqayisədə farmakokinetik və mikrobioloji xassələri daha yaxşı olan geniş təsir spektrinə malik yeni antibiotiklərin meydana çıxmasının nə qədər böyük əhəmiyyətə malik olduğunu qiymətləndirmək çətindir.

Hamilə qadınlarda bakterial infeksiyaların müalicəsində gündəlik klinik praktikaya minimal çatma prinsipinin tətbiq edilməsi yüksək effektivli peroral preparatların işlədilməsi hesabına inyeksiya preparatlarından imtina etməyə imkan vermişdir. Bununla əlaqədar olaraq yeni yarımsintetik makrolidlər qrupuna, o cümlədən, makrolid antibiotiklərin yarımqrupunun - azalidlərin yeganə nümayəndəsi spiramitsinə olan maraq qanunauyğundur.

Preparatın optimal dozası daxilə gündə 2-3 qəbulda 6-9 mln BV təşkil edir. İstifadədən əvvəl qranulalar suda həll edilir.

Mikoplazmozun simptomsuz forması olan 112 və aşkar klinik təzahürləri olan 84, cəmi 196 hamilə qadın arasında yalnız spiramitsinlə müalicə aparılmışdır. Müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi bilavasitə preparatdan istifadə edildikcə, müalicənin başa çatmasından sonrakı ilk günlərdə aparılmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, 142 qadın (72,4±3,2%) mikoplazmozdan tam sağalmışdır. Mikoplazmozun simptomsuz gedişi olan hamilə qadınlara nisbətən mikoplazmozun tipik təzahürləri olan hamilə qadınlar arasında müalicənin effektivliyi daha yüksək olmuşdur (85 qadın, 75,8±4,0% və 54 qadın, 64,6±5,2%; χ^2=4,49; $p< 0,05$).

Preparatın təsiri artıq 2 gündən sonra özünü göstərmişdir, bu zaman urogenital mikoplazmozun klinik təzahürlərinin tədricən yox olması qeyd olunmuşdur. Urogenital yolda irinli ifrazatlar, gicişmə, qıcıqlanma və s. kimi simptomların da yox olması göstərir ki, istifadə olunan antibiotik mikoplazmalarla yanaşı gedən patogen mikroflora nümayəndələrinə münasibətdə də effektiv olmuşdur.

Müalicənin bu qədər yüksək effektinin əldə edilməsinə səbəb o olmuşdur ki, antibiotiklərlə müalicə, yuxarıda göstərildiyi kimi, orqanizmin qeyri-spesifik aktivliyinin bərpasına və qadınların urogenital yolunun mikrobiosenozunun normallaşmasına yönəldilmiş ümumi möhkəmləndirici terapiya ilə müşayiət olunmuşdur.

Urogenital mikoplazmozun müalicəsi yoluxma mexanizmi (cinsi yol) ilə əlaqədar cinsi partnyorlardan təkrar yoluxma baş verməsinə görə çətindir. Ona görə də cinsi partnyorların müalicəsi vacib hesab edilir. Təsadüfi deyildir ki, müalicə yalnız üç aybaşı tsikli müddətində qadınların urogenital yolunun üçqat mikrobioloji müayinəsindən sonra və onun nəticəsi mənfi olduqda effektiv hesab olunur. Hazırkı tədqiqatın zaman məhdudiyyəti urogenital mikoplazmozun müalicəsinin uzaq nəticələrini müəyyən etməyə imkan verməmişdir, lakin, hətta müalicənin yaxın 3-

5 ayı da onun sosial-iqtisadi əhəmiyyətini qiymətləndirməyə imkan verir. Belə ki, müşahidə olunan hamilə qadınlarda bu dövrdə sağlamlığın vəziyyəti kökündən yaxşılaşmış və ən başlıcası, urogenital mikoplazmozun bütün klinik təzahürləri aradan qalxmışdır ki, bu da onlarda reproduktiv funksiyanın bərpa olunması barədə düşünməyə əsas verir.

Spiramitsinlə müalicə kursunun sonunda mikoplazmozu müşayiət edən bütün xarakterin simptomatika tamamilə yox olmuşdur. Hətta müalicənin səmərəsiz olduğu hallarda belə, klinik simptomatikası xeyli sakitləşir və artıq hamilə qadınlara hiss olunacaq dərəcədə əziyyət vermir. Spiramitsinlə müalicənin effektivliyinin və hamilə qadınların sağlamlıq vəziyyətinə onun faydalı təsirinin qiymətləndirilməsi üçün uşaqlıq yolunun mikrobla çirklənmə dərəcəsini dəyişməsi xüsusilə səciyyəvidir.

Mikoplazmozun müalicəsi üçün spiramitsindən 10 gün müddətində gündə 3 dəfə istifadə edilməsi nəticəsində mikrobla çirklənmə dərəcəsi indeksi göstəriciləri nəzərəçarpacaq dərəcədə yaxşılaşmışdır. Belə ki, ümumi məlumatlara görə, 25,2±4,2% halda indeksi səmərəliliyi mənfi olmuşdur ki, bu da mikoplazmozun tam müalicə olunduğunu və uşaqlıq yolu mikroflorasının normallaşdığını göstərir. Kontrol məlumatlarla (müalicəyə qədər) müqayisədə indeksin çox aşağı dərəcəsinin (25,0%-dən az) tezliyi - 27,8±4,9% (χ^2=45,26; p<0,001) və onun orta dərəcəsinin aşağı hüdudunun (25,0 - 50,0%) tezliyi - 22,5±4,6% (χ^2=10,18; p<0,001) xeyli artmışdır ki, bu da xəstəliyin sağalması və uşaqlıq yolu mikroflorasının normallaşması kimi qiymətləndirilməlidir. Orta dərəcənin yuxarı hüduduna (50,0-75,0%) və xüsusən yüksək dərəcəyə (75,0%-dən çox) münasibətdə də fərq böyük olmuşdur - müvafiq olaraq 18,0±4,2% (χ^2=7,15; p<0,001) və 7,6±2,9% (χ^2=69,78; p<0,01), yəni bu hallarda da iltihabı prosesin nəzərəçarpacaq dərəcədə sakitləşməsi və uşaqlıq yolu mikroflorasının yaxşılaşması baş vermişdir.

Spiramitsinin hətta müalicənin nəticə etibarı ilə effektivsizliyi zamanı da bütövlükdə mikoplazmozun simptomsuz forması olan hamilə qadınlar arasında uşaqlıq yolu mikroflorasının vəziyyətinə müsbət təsir göstərməsi mikrobla çirklənmə dərəcəsi indeksi göstəricisinin məlumatlarına əsaslanır. Artıq müalicədən sonrakı yaxın günlərdə mikrobla çirklənmə dinamikasında çox kəskin müsbət dəyişikliklər baş vermişdir. Belə ki, kontrol məlumatlarla müqayisədə, indeksin aşağı dərəcələri, o cümlədən aşağı dərəcə və orta dərəcənin aşağı həddi əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır - müvafiq olaraq 15,0±6,5% (χ^2=13,00; p<0,01) və 18,3±7,0% (χ^2=1,64; p>0,05). Bununla bərabər, indeksin orta dərəcəsinin yuxarı həddi başlanğıç səviyyədə qalmaqla - 26,5±8,1% (χ^2=0,41; p>0,05), yüksək dərəcə nəzərəçarpacaq dərəcədə azalmışdır - 28,6±8,3% (χ^2=6,46; p<0,01).

Göründüyü kimi, spiramitsin hətta mikoplazmozun simptomsuz formasının müalicəsində kifayət qədər yüksək effektivliyə malikdir, uşaqlıq yolu mikroflorasının tez bir müddətdə və davamlı normallaşmasını təmin edir. Hətta tam olmayan müalicə zamanı preparat uşaqlıq yolu mikroflorasına yaxşı təsir göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Атаева Г.Б. Клинико- иммунологические показатели и исход беременности у женщин с генитальной микоплазменной инфекцией. - В кн.: Материалы симпозиума "Иммунологические аспекты репродуктивного здоровья", 2001, с.67;
2. Бабаев Т.А., Мурсалов Р.С., Мамедзаде А.И., Эфендиев Г.Д. Применение вычислительной техники и математической теории эксперимента в научных исследованиях (учебное пособие). - Баку, 1999, 86 с.;
3. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаев С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. - М., 1996, 7 с.;
4. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. - М., 1997, 518 с.;
5. Мавров И.И., Мавров Г.И. Лечение больных хламидиозом и микоплазмозом. - Укр. хіміотерапевт. журн., 2000, N.2, с.47-52;
6. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Клиническое применение макролидов. - Вестник инфектологии и паразитологии, 2003, N.1, с.16-20;
7. Cropton S. Pathogenesis and therapy of vaginal mycoplazmas. - Dublin, 2000, 247 p.;
8. Krause R., Ullman U. Efficiency of Mycoplasma and Ureaplasma infections in gynecological patients. - Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis., 1998, v.7, p.67-69;
9. Majeroni B.A., Mycoplasma hominis: complications and new treatment options. - Am. Fam. Phisician., 1994., v.49, p.1825-9.
10. Taylor-Robinson D., Furr P. Genital mycoplasma infections. - Wien. Klin. Wochenschr., 1997, v.109, p.578-583.

SUMMARY

APPLICATION OF SPIRAMICYN IN TREATMENT OF MICOPLASMOSIS AT PREGNANT WOMEN

S. Dzhabrailzade

The treatment with spiramicyn is conducted among 112 pregnant women with asymptomatic micoplasmosis and 84 pregnant women with clinically manifested micoplasmosis (totally - 196 pregnant women). 142 women completely have recovered from micoplasmosis

(72,4±3,2%). The efficiency of treatment among the pregnant woman with typical manifested micoplasmosis was higher than at women with asymptomatic micoplasmosis - 85 women (75,8±4,0%) and 54 (64,6±5,2%) accordingly.

As a result of the study was carried out that spiramitsyn is highly effective in treatment of both forms of micoplasmosis.

Daxil olub: 11.09.2006

ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К НАЗНАЧЕНИЮ КОМБИНИРОВАННОЙ И ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИММУНОМОДУЛЯЦИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Г.А.Курбанов

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

В 70-80-х годах моноиммунотерапия находила широкое применение в медицинской практике, как у взрослых, так и у детей. В последующие годы установлена кратковременность и малоэффективность этой терапии [2, 3, 4].

Так А.И.Куссельман [3] считает, что при включении в комплекс лечения сочетания 2 иммуностимуляторов (нуклеината натрия и продигиозона) эффективность значительно больше, чем при моноиммунотерапии. В.М. Земсков и соавт. [2] также наблюдали хороший клинико - иммунологический исход у детей раннего возраста с острой пневмонией при включении в комплекс лечения комбинации 2-х иммуностимуляторов - нуклеината натрия и продигиозона. Р.Тилаева [4] же при острой пневмонии в комплекс лечения последовательно включала в качестве иммуномодуляторов - элеутерококк, тимолин и прополис.

В тоже время академик АМН Российской Федерации Ю.Е.Вельтищев [1] указывает, что одновременно назначение больным раннего возраста двух и более иммуномодуляторов может сильно стимулировать иммуногенез и привести к нарушению иммунных реакций. В связи с этим в детском возрасте, особенно у грудных детей целесообразно проведение последовательной комбинированной и пролонгированной иммуномодуляции 2-3-мя иммуномодуляторами.

Итак, на основании вышеуказанных литературных сведений можно заключить, что принцип дифференцированного и комбинированного подхода иммунокоррегирующих средств недостаточно находит свое освещение в литературе.

В связи с вышеизложенным возникает необходимость поиска новых программ иммуномодуляции, обоснования их сочетанного или пролонгированного применения с избирательным воздействием на то или иное звено иммунной системы (ИС) у конкретного больного с учетом его индивидуальной реактивности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Среди наблюдаемых нами 487 больных отобраны с идентичными клинико - иммунологическими проявлениями 15 детей, включены в 1 группу и им в качестве иммуномодулятора в комплекс лечения включен тактивин (2 мкг/кг/сут. подкожно в течение 10 дней).

При изучении иммунограммы у каждого больного установлено, что тактивин оказал лишь положительное иммунотропное действие, а у 9 детей наблюдалось выраженное отклонение в тех или иных показателях ИС. Эти дети (9 человек) были включены в группу 1К и им в качестве комбинированного и пролонгированного иммуномодулятора назначено лазерное облучение в области тимуса и надпочечников.

Методика лазеротерапии (ЛТ) подробно изложена в нашей предыдущей статье. Мы здесь кратко укажем, что лазерное облучение зоны проекции тимуса и надпочечников проведено по следующей схеме: при первом сеансе мощность излучения составила 1 М

Таблица. Результаты анализа среднеарифметических величин и отклонений индивидуальных параметров за пределы нормального диапазона у больных с тяжелой формой ЛИВЗ при включении в комплекс лечения стартового иммуномодулятора тактивина (гр. № 3) и комбинированного - лазерного облучения в зоне проекции тимуса и надпочечников (гр. № 1К)

Показатели в 1 мл крови	Здоровые дети n=20	После леч-я тактивином гр.1 n=15			После леч-я лазерной терапией гр. 1К n=9		
		M±m n=15	Отклон. за пределы норм. диапазона		M±m n=9	Отклон. за пределы норм. диапазона	
			Ниже	Выше		Ниже	Выше
СД4+-хелперы	1880±43,4 1560-2300	1830±54,3 1510-2240	2 13,3%	0	1905±31,7 1620-2270	0	0
СД8+-супрессоры	895±17,4 760-1050	885±20,0 710-980	4 26,7%	0	890±24,7 805-1025	0	0
ИРИ СД4+/СД8+	2,1±0,036 1,90-2,48	*,** 1,78±0,037 1,63-2,1	4 26,7%	0	** 2,03±0,056 1,80-1,30	0	0
СД16+-NK	410±12,6 300-510	** 380±14,9 271-475	6 40,0%	0	415±16,8 345-495	0	0
РБТЛ в %	59,7±0.48 46,6-71,3	61,9±1,9 43,8-68,8	3 15,0%	0	62,8±1,8 53,7-69,8	0	0
СД19+-В-лимфоцитов	1280±50,9 730-1580	1305±4,7 780-1410	0	0	1290±76,3 810-1490	0	0
IgA г/л	0,39±0,024 0,15-0,56	0,42±0,01 0,35-0,86	0	4 26,5%	0,45±0,034	0	1 11,1%
IgM г/л	0,55±0,05 0,15-1,0	0,66±0,05 0,12-0,89	1 6,7%	0	0,58±0,056 0,3-0,8	0	0
IgG г/л	8,2±0,44 3,5-10,8	7,8±0,42 3,1-8,8	2 13,3%	0	7,9±0,56 4,3-9,3	0	0
IgE ме/мл	8,0±0,72 0-12	*,** 18,5±1,2 9,5-25,6	0	6 40,0%	*,** 12,4±1,37 5,1-20,4	0	2 22,2%
Общие ЦИК г/л	0,23±0,018 0-0,03	*,** 0,65±0,045 0,2-0,8	0	5 33,3%	*,** 0,38±0,03 0,35-0,50	0	2 22,2%
Средне-молек. ЦИК в %	16,7±0,7 3,6-25,3	* 21,3±1,64 10,0-32,0	0	6 40,0%	17,3±1,62 6,3-20,8	0	2 22,2%
Абс кол-во Нейтрофи-лов	2250±3,7 1940-2560	*,** 2005±30,5 1710-2170	5 33,3%	0	** 2227±40,4 2050-2410	0	0
Индекс стимуляции НСТ-теста	1,80±0,045 1,48-2,19	*,** 1,53±0,05 1,1-1,8	6 40,0%	0	** 1,82±0,048 1,54-2,0	0	0

*Примечание: в числителе M±m, в знаменателе минимальное и максимальное отклонение показателя в группе; в числителе количество больных с отклонением показателя ниже и выше верхнего предела, а в знаменателе – процент больных; *- одна звездочка – достоверность между здоровыми детьми; **- две звездочки – между больными после лечения ЛТ.*

Вт/см², экспозиция - 30 сек.; при втором- 1,5-2 м Вт/см², экспозиция - 45 - сек, а при третьем сеансе- 2,5-3 м Вт/см², экспозиция - 60 сек. Отсутствие побочных явлений со стороны клинических и иммуно - биохимических параметров явилось основанием для продолжения последующих сеансов лазерного облучения до конца курса ЛТ (8-10 ежедневных сеансов) при той же мощности и экспозиции лазерного излучения (ЛИ), как при третьем сеансе (мощность излучения 2,5-3 м Вт/см², экспозиция - 60 сек).

Контрольную группу составили 20 здоровых детей.

Полученные результаты показателей ИС после включения в комплекс лечения стартового иммунокорректора (ИК) и комбинированной иммуностимуляции для наглядного

сравнения были объединены в одной таблице для каждой группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Как видно из таблицы после стартового иммуномодулятора тактивина по среднеарифметическим данным из 14 изучаемых показателей 6 оказались измененными по сравнению с контрольной группой.

Более характерные сдвиги иммунологических параметров после стартового иммуномодулятора тактивина получены при анализе индивидуальных иммунных параметров. Так по всем изучаемым показателям отклонение от нормы наблюдается по всем изучаемым параметрам от 6,7 до 40%. Причем отсутствие нормализации до 40% случаев наблюдалось в параметрах атакующего звена ИС (СД16+, индекс стимуляции НСТ- теста).

В 1 группу было включено 9 детей с тяжелой формой локальных инфекционно-воспалительных заболеваний (ЛИВЗ), у которых ИДС продолжало оставаться после комплексного лечения с включением стартового ИК тактивина, в качестве же комбинированного иммуностимулятора было лазерное облучение в области проекции тимуса и надпочечников.

Выбор нами в качестве иммунокорректора лазерного облучения обусловлен тем, что этот метод лечения оказывает не только иммунокоррегирующее мембрано - стабилизирующее действие, но и обладает антиоксидантным и десенсибилизирующим свойствами, улучшает обменные процессы, микроциркуляцию и эритропоэз.

Как видно из таблицы после применения комбинированного иммуномодулятора лазерного облучения средние данные изучаемых иммунологических параметров не отличались от нормы, исключение составили величины IgE и общий ЦИК. Анализ индивидуальных данных показал, что у всех детей изучаемые показатели находились в пределах нормы, лишь у 2-х больных наблюдалось умеренное отклонение в показателях IgE, общий ЦИК, средне - молекулярный ЦИК.

В заключение следует указать, что после стартового иммуномодулятора тактивина у больных с тяжелой формой ЛИВЗ весьма эффективным комбинированными пролонгированным иммуномодуляторами была лазерная терапия.

Наш клинико-иммунологический опыт показывает, что при подборе как стартового, так и комбинированного, пролонгированного иммуномодулятора необходимо соблюдать нижеследующий принцип: 1) Анализировать иммунограмму каждого больного после лечения стартовым иммуномодулятором; 2) Определить в иммунограмме больного самое страдающее звено в ИС; 3) Подбирать и назначать среди иммуномодуляторов оказывающее преимущественное иммунотропное действие на страдающее звено ИС больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтищев Ю.Е., Запруднов А.М. Лечение иммунной недостаточности у детей. - Росс. вест. перинат. и педиатрии, 2004, N.6, с.29-36;

2. Земсков В.М. Иммунологическая эффективность комбинированной иммуномодулирующей терапии у детей раннего возраста с острой пневмонией. - Педиатрия, 1993, N.5, с.32-35;

3. Кусельман А.И., Ильясова К.А., Пономарева Р.С. и др. Иммуномодулирующая терапия у детей раннего возраста больных острой пневмонией. - Иммунология, 1989, N.3, с.87-89;

4. Тилаева Р. Клинико - иммунологическая характеристика и иммунокоррегирующая терапия часто болеющих детей раннего возраста в условиях Приуралья: Автореф. дисс...канд. мед. наук. Самарканд, 1997, 20 с.

SUMMARY

SUBSTANTIATION OF THE DIFFERENTIATED APPROACH TO ASSIGNMENT COMBINED AND PROLONGED MODULATION AT CHEST CHILDREN AT LOCAL INFECTIOUS-INFLAMMATORY DISEASES

G. Kurbanov

Among 487 patients observable by us are selected with identical clinical - immunological displays of 15 children, are included in 1 group and by it in quality of immunomodulator in a complex of treatment it is included taktivin.

The choice us in quality immunocorrector a laser irradiation is caused by, that this method of treatment renders not only as immunocorrector membrane - stabilizing action, but also possesses antioxidant and desensitize properties, improves exchange processes, microcirculation and erythropoiesis.

After starting immunomodulator taktivin at patients with the heavy form of local infectious-inflammatory diseases combined prolonged immunomodulator laser therapy was rather effective.

Daxil olub: 14.09.2006

KƏSKIN MEZENTERIK ISEMIYA MODELINDƏ ANANDAMID PREPARATININ ROLU

K.Yusif-zadə

Mərkəzi neftcilər xəstəxanası, Bakı ş.

İntestinal mikrovaskulyar dövran haqqında ümumi görüş, dayanıqlı arteriollar, prekapilyar sfinkterlər, kapilyarlar, postkapilyar sfinkterlər və venoz damarlar sırasından ibarətdir. Bədənin hər nahiyəsində olduğu kimi, dayanıqlı arteriollar vaskulyar rezistentliyin əsas ölcüsüdür və visseral yatağa qan axımını tənzim edir.

Dincəlmə zamanı ümumi kardiak cıxışın 20-30 faizi bağırsağa yayılır ki, bu da 30-70 ml/dəq/100qr toxuma hesabına bərabərdir. Yəni, ümumi qan həcminin təqribən ücdə birini təşkil edir. Bağırsağa gələn qanın 70-90 faizi selik və selikaltı əsas təbəqələrin qidalanmasına, qalan hissəsi isə əzələ və seroz təbəqələrinə sərf olunur. İntestinal qan cərəyanının fiziologiyası barədə mübahisəli fikirlər vardır, ancaq, bir sıra mənbələrdə visseral vaskulyar rezistentlik mexanizmindəki faktorlar üc əsas qrupa ayrılır. Bunlar miogen (və ya lokal) faktorlar, nevral (avtonom sinir sistemi) faktorlar və humoral (hormonlar, vazoaktiv və ya neyrohumoral agentlərin sirkulyasiyası, histamin tipli iltihab əleyhinə mediatorlar və araxidon turşusu metabolitləri) faktorlardır.

İşemiya hadisəsinin ardından qan dövranının yenidən bərpası işemik toxumada iki önəmli və musbət nəticə meydana cıxarır. Bunlar enerji dəstəyinin bərpası və toksik metabolitlərin təmizlənməsidir. İşemik zədələnmənin düzəldilməsində reperfuziyaya ehtiyac duyulan bir hadisədir. Bununla yanaşı, toksik maddələrin sistematik sirkulyasiyaya daxil edilməsi ciddi metabolik nəticələrə və gələcək reperfuziyadan qaynaqlanan lokal toxuma zədələnməsinin şiddətlənməsinə yol aca bilər.

Nazik bağırsaqlarda müvəqqəti işemiyadan sonra inkişaf edən toxuma ödemi, morfoloji zədələnmə və funksiya pozğunluğu, sadəcə, hipoksiya zamanı deyil, reoksigenizasiya vaxtı da davam edir.

Bu tədqiqat mezenterik işemiya və reperfuziya hadisəsinə məruz qalmış bagırsaqlara anandamid, anandamid antaqonisti, L-Name preparatı, indometasin kimi aktiv kimyəvi maddələrin təsirlərini və bunların fonunda anandamid preparatının bagırsaqlara olan qoruyucu mexanizmanın yollarını oyrənmək ucun gercəkləsdirilmisdir.

MATERIAL VƏ METODLAR. Araşdırma cəkiləri 350-550 qr arasında olan (orta 450 qr) 36 erkək dəniz donuzu 6 tədqiqat qruplarında istifadə edilmişdir.

I. Qrup (Sham qrupu): sadəcə laparatomiya edildi və superior mezenterial arteriya tapıldı (n=6)

II. Qrup (İşemiya-reperfuziya qrupu) : laparatomiyadan sonra 45 dəqiqəlik intestinal işemiya + 15 dəqiqə reperfuziya tətbiq olundu (n=6).

III. Qrup (Anandamid qrupu): laparatomiyadan sonra 10^{-3} molyar konsentrasiyadakı anandamid (Tocris, Northpoint, Fourth Way, Avonmouth, Bristol, UK) məhlulundan heyvan başına 0,1 ml superior mezenterik arteriyadan (SMA) yeridildi; 45 dəq. işemiya + 15 dəq. reperfuziya tətbiq edildi (n=6).

IV. Qrup (anandamid + L-NAME qrupu): Laparotomiyadan 10 dəqiqə əvvəl 10^{-4} molyar konsentrasiyadakı L-NAME (Sigma Chemical Co, St. Louis, USA) məhlulundan heyvan başına 0,5 ml intraperitoneal yeridildi; laparа-

Cədvəl. İntestinal zədələnməni göstərən Park - Chiu hesablama sistemi

Dərəcə	Qısa xarakteristika
0	Normal mukoza
I.	Villus uclarında subepitelial boşluqlar
II.	Villus uclarında yanlara uzanan epitelial boşluqlar və epiteldə orta dərəcədə ayrılma
III.	Villus kənarlarında massiv epitel ayrılması və bəzi villus uclarında tökülmə
IV.	Villuslarda tökülmə, kapilyarlarda dilatasiya
V.	Laminə propriada dağılma
VI.	Kript təbəqəsində zədələnmə
VII.	Transmukozal infarkt
VIII.	Transmural infarkt

tomiyadan sonra 10^{-6} molyar konsentrasiyadakı anandamid məhlulundan heyvan başına 0,1 ml SMA-dan yeridildi; sonra 45 dəq. işemiya + 15 dəq. reperfuziya tətbiq edildi (n=6).

V. Qrup (Anandamid + İndometasin qrupu): laparatomiyadan 10 dəqiqə əvvəl 10^{-6} molyar konsentrasiyadakı indometasin (Siqma Chemikal Co, St. Louis, USA) məhlulundan heyvan başına 0,1 ml intraperitoneal yeridildi; laparotomiyadan sonra 10^{-6} molyar konsentrasiyadakı anandamid məhlulundan heyvan başına 0,1 ml SMA-dan yeridildi; sonra 45 dəq. işemiya + 15 dəq. reperfuziya tətbiq edildi (n=6).

VI. Qrup (anandamid + CB1 - reseptor antaqonisti AM 251): laparotomiyadan sonra, əvvəlcə CB-1 reseptor antaqonisti AM251-in (Tocris, Northpoint, Fourth Way, Avonmouth, Bristol, UK) 10^{-6} molyar konsentrasiyadakı məhlulundan heyvan başına 0,1 ml SMA-dan yeridildi; daha sonra 45 dəq. işemiya + 15 dəq. reperfuziya tətbiq edildi (n=6).

Əməliyyatdan 12 saat əvvəl ac buraxılan dəniz donuzları, anesteziya altında, qarın tükləri qırxıldıqdan sonra, arxasıustu vəziyyətdə əməliyyat masasına qoyuldu. Operasiya sahəsi 10%-li povidon-iodin məhlulu ilə təmizləndi; göbəküstü orta xətt kəsiyi ilə qarın boşluğuna girildi. Əməliyyat zamanı bütün nazik və yoğun bağırsqlar qarından kənara alınaraq, superior mezenterik arteriya tapıldı və vaskulyar Scanlan Bulldog sıxacları ilə sıxaclandı; əlavə olaraq, acı bağırsağın proksimal hissəsi, təxminən 10 sm-lik bağırsaq seqmentinin lateral və marginal şaxələri də sıxaclandı.

Xüsusi olaraq, atravmatik işləməyə diqqət yetirildi; 2, 3, 4, 5 və 6-sı qruplardakı dəniz donuzlarında yuxarı mezentrik arteriya tapılaraq yoxlandı; ətraf toxumalardan təcrid edilərək, mobilizə edildi. Bu qruplarda yeridilən farmakoloji agentlər üçün qısa və incə uclu insulin inyektorları işlədildi; inyeksiyadan sonra bir müddət hemostaz müşahidə edildi və təcrübə qansız şəraitdə davam etdirildi. Eyni zamanda, seqmentlərin nazik bağırsağa yaxın şaxələrdən kollateral cərəyan vasitəsilə qidalanmaması üçün, kollaterallar da Scanlan-Bulldog sıxacları ilə sıxaclandı. Vaskulyar osklüziya nəticəsində bağırsaqlarda mezenterial pulsasiyaların itməsinə və zəngin solmasına diqqət edilmişdir. Heyvanlar 45 dəqiqə superior mezenterial arteriya osklüziyası ilə işemiyaya tabe tutulduğu müddət ərzində bir işıq mənbəyi ilə hipotermiyadan qorunmuşlar. İşemiya müddəti sonunda sıxaclar açılaraq, 15 dəqiqəlik reperfuziya verildi. Bu zaman bağırsaq divarında peristaltika və rəng dəyişikliyinə nəzarət edildi; ümumən qara-qəhvəyi rəngli bağırsaq seqmentində nadir peristaltika müşahidə edildi. VI qrupda intraarterial inyeksiyadan sonra bağırsaq seqmentində işemiya yaradıldı, ancaq reperiuziya zamanı işemik bağırsaq seqmenti normal capındapn təxminən 3-4 dəfə artıq genəldi, divarda makroskopik ödem əlamətləri və acıq qəhvəyi rəng təsbit edildi. Reperfuziya müddətindən sonra işemik bağırsaq seqmentləri diqqətlə kəsilərək patoloji analiz üçün alındı. Bundan sonra, transdiafraqmatik yolla, alkalen fosfataza və kreatin kinaza ferment səviyyələrinin təyini üçün ürəkdən qan nümunələri götürüldü, daha sonra heyvanlar hipovolemiya yolu ilə olduruldu.

Eksperiment heyvanlarından alınan yeyunum sermentləri, bağırsağın antimezenterial tərəfindən uzun oxu boyunca diqqətlə acıldı və 12 saat ərzində 10%-li formalin məhlulundan fiksasiyaya buraxıldı. Fiksasiyanın ardından yeyunal seqmentlərin hamısı horizontal dilimlənərək nümunələr hazırlandı. Toxuma adi nəzarət prosesinin ardından, parafin bloklara qoyulan nümunələrdən 5 mikron qalınlığında seriya dilimlər hazırlandı. Dilimlər deparafinizə edildikdən sonra, preparatlar hemotoksilen-eozin metodu ilə boyandı və lamel (mikroskopun örtük şüşəsi) ilə örtüldü. Hazırlanan preparatların hamısı nazik bağırsaqdakı işemik zədələnmə ölcüsü baxımından işıq mikroskopunda tədqiq edildi. İşemik zədələnmə, Park və Chiu tərəfindən müəyyən edilən hesablama sistemi nəzərə alınaraq, toplam 8 göstərici üzrə qiymətləndirildi (Cədvəl).

Ürəkdən götürülən qan numunələri üzərində alkalen fosfataza və kreatin kinaza ölcülmələri icra olundu. Mütəxəssis həkimlər tərəfindən bu nümunələr, hər biri təkrar edilmək qeydi ilə Roche Kiti vasitəsilə (Roche ALP Kiti, Gmbh D-68928 Mannheim, Germany) kolorimetrik üsulla serumda ölculmələr aparıldı.

Tədqiqatdan alınan göstəricilərin qiymətləndirilməsində SPSS®11,5 (Standard Paskage of Statistical Sciences) istifadə edilmişdir. Patoloji zədələnmənin müqayisəsində tək istiqamətli variant analizi Kruskal-Wallis və Mann-Whitney U testi, qan nümunələrinin müqayisəsində isə Kruskal-Wallis və Ki-Kare testi tətbiq edilmişdir. $P<0,05$ qiyməti əsas sayılmışdır.

TAPINTILAR. Hər qrupda işemiya-reperfuziya ilə əmələ gələn mukozal zədələnmənin patoloji qiymətləndirilməsi və aralarında statistik müqayisələr aparıldı. Qruplar arasında Kruskal-Wallis tək istiqamətli variant analizinə görə əhəmiyyətli fərq təsbit edilmişdir ($P<0,05$).

Sham qrupuna aid altı təcrübə heyvanından cıxarılan yeyunum seqmetlərinin hec birində işemik zədələnmə müşahidə edilmədi. Mukoza və villus strukturları təbii görünüşdə idi (işemiya dərəcəsi 0). İşemiya-reperfuziya modeli yaradılan qrupdakı 6 heyvanın üçündə işemiya dərəcəsi 2, digər üçündə 3 oldu.

İşemiya-reperfuziya modeli yaradıldıqdan sonra intraarterial olaraq, sadəcə anandamid alan III qrupda, təkcə 1 heyvana aid yeyunal seqmentdə 3 dərəcə səviyyəsində işemik dəyişikliyi qeydə alınmış, digərlərinin zədələnmə dərəcəsi 2 səviyyəsində olmuşdur.

İşemiya dərəcəsinin ən yüksək olduğu iki qrup, anandamidin L-NAME və indometasin ilə birlikdə verildiyi qruplar idi. Bu 2 qrupda ən yüksək işemiya dərəcəsi 4 olmuşdur.

Anandamidin CB_1 reseptor antaqonisti ilə birlikdə verildiyi qrupda isə müşahidə olunan ən yüksək işemiya sə-

viyyəsi 1 dərəcə idi və sadəcə, 2 heyvana aid yeyunal seqmentdə görüldü. Digər 4 heyvanın yeyunumlarında dəyişiklik görülmədi. Bundan əlavə, bu qrupun heyvanlarında intraarterial inyeksiyadan sonra, işemiya-reperfuziyadan bağırsaq seqmenti acıq qəhvəyi rəng olaraq, ifrat ödəməyə məruz qaldığını göstərdi. Başqa qruplarda oxşar mənzərə qeyd edilməmişdir.

İşemiya-reperfuziya zədələnməsindən sonra ürəkdən götürülən qan nümunələrində alkalen fosfataza və kreatin kinaza fermentləri gözdən kecirildi. Qruplar arasında qan göstəriciləri Mann-Whitney U testi ilə statistik qiymətləndirilməyə alındı. Sham qrupunun KK göstəriciləri ilə I/R, Anandamid, L-NAME, indometasin qrupları arasında mühüm fərqlər qeydə alınmışdır (p=0,004); 6-cı qrup ilə Sham qrupu arasında verment göstəricilərinə görə fərq təsbit edilmədi. Sham qrupundakı ALP göstəricisi ilə 2-ci və 3-cü qruplar arasında fərq qeydə alınmış (p=0,016); 4, 4 və 6-cı qruplar arasında isə fərq olmamışdır (p=0,055, p=0,055, p=0,054).

İşemiya-reperfuziya qrupu (II qrup) ALP və KK ferment göstəriciləri ilə III, IV və V qruplarınkı arasında statistik fərq qeydə alınmadı, ancaq VI qrupun ALP və KK göstəriciləri arasında mühüm fərq təsbit edildi (p=0,004 və p=0,006).

Anandamid qrupunda (III qrup) ALP göstəricisi ilə IV qruplarınkı ilə mühüm fərq olmamış (p=0,631); ancaq, V və VI qruplarınkı ilə mühüm fərq təsbit edilmişdir (p=0,037 və p=0,006). III qrupun KK göstəriciləri, IV və V qruplarınkından fərqlənməmiş (p=0,429), VI qrupunku ilə mühüm fərq vermişdir (p=0, 0025).

L-NAME qrupunun (IV qrup) ALP və KK göstəriciləri V qrupunkundan fərqlənməmiş (p=0,749 və p=0,873), VI qrupunku ilə mühüm fərq vermişdir (p=0,008 və p=0,016).

V və VIqrupların ALP göstəriciləri arasında fərq tapılmamış (p=0,054), ancaq KK göstəriciləri arasında mühüm fərq (p=0,01) aşkarlanmışdır.

NƏTICƏLƏR:

1. Kəskin mezenterik isemiya - reperfuziya modelində bagırsaqların zədələnməsi isemik səfasında baslayaraq reperfuziya səfasında daha siddətli davam olur.
2. Anandamidin istifadəsi bagırsaqlarda gedən dagıdıcı proseslərin azalmasına və ya qorunması ilə nəticələnir.
3. Endogen anandamidin I/R zədələnməsi qoruyucu təsirinin CB2 reseptorları vasitəsilə reallaşdığını, CB2 reseptorlarının qıcıqlanması ilə aktivləşən NO və prostaqlandinlərin bu yaxşılaşdırıcı təsirdə məsul ola biləcəyini təlqin edir.
4. Bu tədqiqat nəticəsində mezenterik isemiya zamanında anandamid preparatının klinik şəraitdə yoxlanmasına imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Anadol AZ, Bayram O, Dursun A, Ercan S. Role of endogenous endothelin peptides in intestinal ischemia-reperfusion injury in rats. - Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids 59: 279-283, 1998;
2. Beuk RJ, Heineman E, Tangelder GJ, Kurvers H, Bonke HJ, Egbrink M. Effects of different durations of total warm ischemia of the gut on rat mesenteric microcirculation. - Journal of Surgical Research 73: 14-23, 1997;
3. Beuk RJ, Heineman E, Tangelder GJ, Quaedackers J, Marks WH, Lieberman JM, Egbrink M. Total warm ischemia and reperfusion impairs flow in all rat gut layers but increases leukocyte-vessel wall interactions in the submucosa only. - Annals of Surgery, 2000, v.231, p.96-104;
4. Chiu C, McArdle AH, Brown R, Scott HJ, Gurd FN. Intestinal mucosal lesions in low flow states. - Arch Surg, 1970, v.101, p.478-483;
5. Di Marzo V, De Petrocellis L, Fezza F, Ligresti A, Bisogno T. Anandamide receptors. - Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids, 2002, v.66, p.377-391;
6. Grace PA. Ischemia - reperfusion injury. - British Journal of Surgery, 1994, v.81, p.637-647;
7. Izzo AA, Fezza F, Capasso R, Bisogno T, Pinto L, Iuvone T, Esposito G, Mascolo N, Di Marzo V, Capasso F. Cannabinoid CB1-receptor mediated regulation of gastrointestinal motility in mice in a model of intestinal inflammation. - British Journal of Pharmacology, 2001, v.134, p.563-570;
8. Sare M, Bozkurt S, Onuk E, Oguz M, Gurel M, Ercan S. The effects of indomethacin, NDGA, allopurinol and superoxide dismutase on prostaglandin E2 and leukotriene C4 levels after mesenteric ischemia-reperfusion injury. - Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids, 1996, v.55(6), p.379-383;
9. Shah K, Shurey S, Green CJ. Apoptosis after intestinal ischemia-reperfusion injury. - Transplantation, 1997, v.64, p.1393-1397;
10. Ward DT, Lawson SA, Gallagher CM, Conner WC, Shea-Donohue T. Sustained nitric oxide production via L-Arginine administration ameliorates effects of intestinal ischemia-reperfusion. - Journal of Surgical Research, 2000, v.89, p.13-19;
11. Zhang Y, Wu Y-X, Hao Y-B, Dun Y, Yang S-P. Role of endogenous opioid peptides in protection of ischemic preconditioning in rat small intestine. - Life Sciences, 2001, v.68, p.1013-1019;
12. Zimmerman BJ, Granger DN. Reperfusion injury. - Surg Clin North Am, 1992, v.72, p.65-83.

SUMMARY

THE ROLE OF ANANDAMID IN THE MODEL OF ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA
K.Yusif-zade

Acute mesenteric ischemia is an entity which is characterized by sudden or rapid developing circulatory failure. The reperfusion following ischemia causes further mucosal injury.

The aim of this study is to research whether CB1 or CB2 cannabinoid receptors are responsible, examining the effect on the mesenteric ischemia-reperfusion injury of arachidonoylethanolamide (anandamide), an endocannabinoid synthesized from arachidonic acid.

In conclusion, the protective effect of endogenous anandamide on ischemia-reperfusion injury may be through CB2 receptors, the mechanism of action is thought to be NO and prostaglandins dependent via activation of these receptors.

Daxil olub: 18.09.2006

СОВРЕМЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЧАСТОТА ТЯЖЕЛЫХ ИСХОДОВ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Л.М.Рзакулиева

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

ВВЕДЕНИЕ. Исходы родов в значительной степени зависят от способа родоразрешения, характер которого в свою очередь определяется течением беременности, состоянием плода и матери, возможностями родовспомогательного учреждения, уровня подготовки медицинского персонала [1, 2, 5, 6, 7]. При оценке качества и эффективности родовспомогательной помощи часто используются показатели, характеризующие конечные результаты родоразрешения: благополучие матери и ребенка [3]. Индикаторами неблагополучного родоразрешения являются гибель плода и матери, осложнения родов и родоразрешения, а также осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом. Большая группа патологий плода и новорожденного, возникающая в перинатальном периоде прямо и косвенно имеет связь с качеством родоразрешения. В практическом здравоохранении все эти индикаторы применяются для оценки деятельности специалистов родовспомогательных учреждений. Однако, часто в процессе оценки, особенно когда она охватывает деятельность самого родовспомогательного учреждения, проводится без учета или без достаточного обоснования роли структуры родоразрешения по их способам (видам) в формировании конечного результата. Хотя Всемирная Организация Здравоохранения в международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) в классе XV и включала специальные рубрики (080-084), отражающие способы (виды) родоразрешения и предназначенные для кодирования заболеваемости, принимая во внимание, что в отечественной акушерской практике отсутствует научное обобщение характеристики родов по видам родоразрешения, мы попытались изучить данный вопрос.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследования проводились на базе двух крупных родовспомогательных подразделений: родильных отделений Республиканской клинической больницы им. Академика М. Миркасимова и городской больницы №3 (Баку). Были использованы архивные материалы. Кодировка была проведена в соответствии МКБ-10. Для статистического анализа применялись методы оценки качественных признаков и критерии Пирсона [4].

Таблица 1. Распределение родов по видам родоразрешения

Виды родоразрешения поМКБ-10	Абсолютное число	В % к итогу	Доверительный интервал
Роды одноплодные, самопроизвольного родоразрешения	6681	63,2±0,5	62,2-64,2
В том числе: в затылочном предлежании В ягодичом предлежании	3428 1390	32,4±0,5 13,2±0,3	31,4-33,4 12,6-13,8
Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум –экстрактора	671	6,3±0,2	5,9-6,7
Роды одноплодные родоразрешение посредством кесарева сечения	1218	11,5±0,3	10,9-12,1
Роды одноплодные, родоразрешения с использованием другого акушерского пособия	1893	17,9±0,4	17,1-18,7
Роды многоплодные	108	1,1±0,1	0,9-1,3
Итого	10571	100,0	

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Итоговая информация о структуре видов (способов) родоразрешения приведена в таблице 1. В соответствии с МКБ-10 точное определение способов родоразрешения во многом зависит от правильности заполнения истории родов. Обычно практические врачи детально не знают требований МКБ-10, выставляют диагнозы по своему выбору, не диффенцируют основное состояние и другие состояния, а также процедуры родоразрешения. Поэтому, распределение родов по видам родоразрешения требует тщательного изучения истории родов со стороны квалифицированного акушера-гинеколога. Так, например, роды одноплодные, самопроизвольные родоразрешения включают случай с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее. Такие роды принято считать нормальными родами. По нашим оценкам доля таких родов является максимальной, которая по данным выборочной совокупности колебалась в пределах 62,2-64,2%. По данными истории родов нам удалось уточнить, что самопроизвольное родоразрешение при одноплодных родах отличается в 32,4±0,5% случаях. Доля самопроизвольного родоразрешения при ягодичном предлежании 13,2±0,3%.

Родильные отделения Республиканской клинический больницы и городской больницы №3 друг от друга отличались по величине удельного веса самопроизвольного родоразрешения при одноплодных родах (соответственно 60,5± и 72,6±1,1%, p<0,01).

Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум - экстрактора в общей совокупности имели относительно небольшой удельный вес (6,3±0,2%; доверительной интервал 5,9-6,7%). По этому показателю сравниваемые родовспомогательные подразделения отличались друг от друга о (7,0±0,3 и 4,1±0,4%, P<0,01).

Родоразрешение посредством кесарева сечения при одноплодных родах отмечались в 11,5±0,3% случаях (доверительнаый интервал 10,9-12,1%) Величина этого показателя в сравниваемых родильных подразделениях составляла10,8±0,и 14,0±0,7% (P<0,05).

Многоплодные роды (1,1±0,1% в составе общей совокупности) в обоих родильных отделениях (0,8±0,1 и 1,7±0,3%) завершались комбинированными методами родоразрешения.

Сравнение удельного веса одноплодных родов, с использованием других акушерских пособий, показало, что родильные отделения также отличались друг от друга (20,9±0,5 и 7,6±0,6%; P<0,001).

Таким образом, родильные подразделения являются клинической базой кафедры акушерства и гинекологии Аз.ГИУВ им. А Алиева., имеют разный состав родов по способом (видам) родоразрешения, что в первую очередь обусловлено составом госпитализированных беременных женщин по факторам, которые определяют показание к тем или иным методам родоразрешения. Следовательно, существующая тактика оценки и сравнения исходов родоразрешения по унифицированным критериям с заданной величиной показателя (уровня мертворождаемости, смерти рожениц, осложнений родов и послеродового периода и прочие) не может считаться адекватной. Очевидно, что при анализе необходимо учитывать как поводы для применения тех или иных способов родоразрешения, так и их структуры. Это подтверждается данными о частоте наиболее тя-

Таблица 2. Частота наиболее тяжелых исходов родов в зависимости от видов родоразрешения (‰)

Виды родоразрешения	Подразделения	Количество родов	Мертворождаемость	Осложнения родов и родорарешения	Перинатальная патология	Осложнения послеродого перида
Роды, одноплодные, самопроизвольные родоразрешения	1	4965	(24) 4,8	(2978) 599,8	(3305) 665,7	(1042) 209,9
	2	1716	(10) 5,8	(968) 564,1	(1212) 706,3	(388) 226,1
	1+2	6681	(34) 5,1	(3946) 590,6	(4517) 676,1	(1430) 214,0
Роды одноплодные, родоразрешения с наложением щипцов или с применением вакуум- экстрактора	1	574	(8) 13,9	(378) 658,5	(400) 696,9	(172) 299,7
	2	97	(2) 20,6	(68) 701,0	(65) 670,1	(30) 309,3
	1+2	671	(10) 14,9	(446) 664,7	(465) 692,9	(202) 301,0
Роды одноплодные, родоразрешения посредством кесарева сечения	1	886	(4) 4,5	(562) 634,3	(525) 592,6	(251) 283,3
	2	332	(4) 12,0	(209) 629,5	(171) 515,1	(86) 259,0
	1+2	1218	(8) 6,6	(771) 633,0	(696) 571,4	(337) 276,7
Роды одноплодные, родоразрешения с использованием другого акушерского пособия	1	1714	(26) 15,2	(1134) 661,6	(1156) 674,5	(438) 255,5
	2	149	(4) 22,3	(111) 620,1	(124) 692,7	(47) 262,6
	1+2	1893	(30) 15,8	(1245) 657,7	(1280) 676,2	(485) 256,2
Роды многоплодные	1	67	(1) 14,9	(43) 641,8	(58) 865,7	(18) 268,7
	2	41	(1) 24,4	(22) 536,7	(40) 975,6	(12) 292,7
	1+2	108	(2) 18,5	(65) 601,7	(98) 907,4	(30) 277,8
Итого	1	8206	(63) 7,7	(5095) 620,9	(5444) 663,4	(1921) 234,1
	2	2365	(21) 8,9	(1378) 582,7	(1612) 681,6	(563) 238,1
	1+2	10571	(84) 8,0	(6413) 612,4	(7056) 667,5	(2484) 235,0

1 - родильное отделение РКБ им академика М.Миркасимова
2 - родильное отделение городской больницы №3 (в скобках приведены абсолютные величины).

желых исходов родов в зависимости от видов родоразрешения в разных родовспомогательных учреждениях (Таблица 2). Из этих данных, в первую очередь, привлекает внимание некоторые общие закономерности:

- мертворождаемость относительно выше в случаях родоразрешения с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора и с использованием другого акушерского пособия (относительно случаев произвольного родоразрешения дополнительный риск соответственно состоит 9,8 и 10,7‰);
- мертворождаемость при многоплодных родах более чем в 2 раза (18,5‰) превышает таковую при одноплодных родах.
- частота осложнений родов и родоразрешения при нормальных родах (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешения) выше в родильном отделение РКБ им. академик М. Миркасимова (599,8 и 564,1‰), а при родоразрешениях с наложениям щипцов или с применениям вакуум-экстрактора (658,5 и 701,0‰), в родильном отделение, городская больница №3;
- частота перинатальной патологии при одноплодных нормальных и многоплодных родах выше в родильном отделении городской больницы №3 (706,3 и 665,7‰; и 975,6 и 865,7‰).

Если использовать исходы родов для оценки качества и эффективности по материалам таблицы 2 нельзя прийти к единому выводу. Так как частота тяжелых исходов в сравниваемых подразделениях изменяется в разных направлениях в зависимости от способов родоразрешения.

Таким образом, изучение репрезентативной совокупности (10571 случаев родоразрешения) показало, что преобладающее большинство случаев родоразрешения одноплодные и самопроизвольные (63,2±0,5%). Структура родов по видам родоразрешения в родильных подразделениях друг от друга отличаются.

Исходы родов зависят от способов родоразрешения. Разная структура случаев родоразрешения по его способам в родильных подразделениях играет существенную роль в формировании итогового показателя тяжелых исходов родов. Наиболее высокие показатели тяже-

лых исходов родов имеют место при следующих способах родоразрешения: роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или применением вакуум-экстрактора и с использованием других акушерских пособий, а также при многоплодных родах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулов С.А., Колпащикова Г.И., Обоскалова Т.А., Новые организационные технологии в службе родоразрешения - Здравохр. Р.Ф.;
2. Акушерско-гинекологическая помощь. - Под ред. акад. РАМН В.И.Кулакова, М., 2000, 512 с.;
3. Гаврилова Л.В. и соавтера. Критерии оценки качества акушерской помощи. - Вест. Рос. Ассоц. акуш-гин., 1997, N.2, с.111-114;
4. Гланц Сментон. Медико-биологическая сатистика. - М., 1998, 459 с.;
5. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. - Под. ред. А.Н.Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоскицерков. Ростов н/Д.: Феникс, 2000, 512 с.;
6. Кулаков В.И., Фролова О.Г. Здоровье матери и новорожденного. - Акуш. и гинек., 1994, N.1, с.3-6;
7. De Miylder X., Thiery M. Влияния новой стратегии акушерской помощи на материнскую смертность и результаты акушерской помощи. - Arch. Beld. Med. Sjc. Hyd., 1989, N.1-4, p.67-69.

SUMMARY

THE MODERN CHARACTERISTIC AND FREQUENCY OF HEAVY OUTCOMES OF SORTS DEPENDING ON KIND OF DELIVERY

L. Rzakuliyeva

10571 cases delivery has shown, that the prevailing majority of cases delivery monocarpic and spontaneous (63,2±0,5%). The structure of sorts by kinds delivery in maternity divisions from each other differs. Outcomes of sorts depend on ways delivery. The different structure of cases delivery on its ways in maternity divisions plays an essential role in formation of total of heavy outcomes of sorts. The highest parameters of heavy outcomes of sorts take place at the next ways delivery: delivery monocarpic, delivery with imposing a nipper or application vacuum - an extractor and with use of others obstetrical manuals, and also at polycarpic sorts.

Daxil olub: 21.09.2006

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ И РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

А.Р.Алиев

Онкологический научный центр, г.Баку

Современная клиническая онкология в лечении рака желудка характеризуется чрезвычайной агрессивностью оперативных вмешательств. Залогом успеха в хирургии рака желудка, учитывая такие его характеристики, как мультицентрический рост опухоли, раннее лимфогенное метастазирование, возможность появления прыжковых метастазов, низкая чувствительность к другим видам лечения является увеличение объема выполняемых операций за счет лимфодиссекции и комбинированных резекций [1, 3, 4]. Необходимо отметить, что расширенные и расширенно-комбинированные операции при раке желудка имеют немало оппонентов, считающих что данные оперативные вмешательства приводят к резкому увеличению количества послеоперационных осложнений без улучшения отдаленных результатов лечения [5, 7]. Данные осложнения носят как местный, так и общесоматический характер. Среди местных проявлений постоперационных осложне-

ний наиболее часто регистрируется число случаев постоперационных панкреатитов и внутрибрюшных абсцессов [2, 6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: повышение эффективности и улучшение непосредственных результатов хирургического лечения рака желудка посредством разработки и внедрением в клиническую практику профилактических мероприятий, обеспечивающих снижение частоты постоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: В исследование включены 64 больных раком желудка. Больные разделены на две группы по характеру и объему проведенного хирургического вмешательства. В первую, основную, группу вошли 26 пациентов, которым проведены расширенные и расширенно-комбинированные операции на желудке по поводу рака. Из них 16 гастрэктомий, 7 дистальных субтотальных и 3 проксимальных резекций желудка. В 18 случаях лимфодиссекция соответствовала объему D2, а в 7 - D3. В 8 случаях операция носила комбинированный характер, включающий в себя резекцию смежных органов. Во всех случаях эзофагогастро- и эзофагоеюноанастомоз были наложены по М.И.Давыдову. Из них 8 больным выполнены операции в объеме гастрэктомии, спленэктомии с лимфодиссекцией на уровне D2, 4 пациентам выполнены операции в объеме гастрэктомии, спленэктомии с лимфодиссекцией на уровне D3, 1 больному - гастрэктомия, спленэктомия с лимфодиссекцией на уровне D2 с дистальной резекцией поджелудочной железы, 1 пациенту - гастрэктомия, спленэктомия с лимфодиссекцией на уровне D2 с дистальной резекцией поджелудочной железы и поперечно-ободочной кишки, 1 больному - гастрэктомия, спленэктомия с лимфодиссекцией на уровне D3 с дистальной резекцией поджелудочной железы, 1 пациенту - гастрэктомия, спленэктомия с лимфодиссекцией на уровне D3 с краевой резекцией печени, 2 больным - дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией на уровне D2, 2 пациенту - дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией на уровне D3, 2 больным - дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией на уровне D2 с резекцией поджелудочной железы, 1 пациенту - дистальная субтотальная резекция желудка с лифодиссекцией на уровне D3 с резекцией поджелудочной железы и поперечной ободочной кишки, 2 больным проксимальная резекция желудка с лимфодиссекцией на уровне D2, причем в одном из этих случаев выполнена спленосохранная операция, и 1 пациенту проксимальная резекция желудка с резекцией нижнегрудного отдела пищевода с лимфодиссекцией на уровне D3.

Во вторую, контрольную, группу вошли 38 больных - ретроспективный материал. Из них 8 больным выполнены операции в объеме гастрэктомии, 3 пациентам выполнены операции в объеме гастрэктомии и спленэктомии, 21 больному - дистальная субтотальная резекция желудка, 2 пациентам - дистальная субтотальная резекция желудка с резекцией капсулы поджелудочной железы, 2 больным - дистальная субтотальная резекция желудка с резекцией хвоста поджелудочной железы, 2 пациентам проксимальная резекция желудка.

Для сравнения непосредственных результатов хирургического лечения рака желудка проведены следующие исследований: клинико-лабораторное исследование крови, ультразвуковое, а при необходимости, и компьютерно-томографическое исследование органов брюшной полости, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и рентгеноконтрастное изучение целостности пищеводно-тощекишечного или пищеводно-желудочного соустьев.

Для улучшения непосредственных результатов хирургического лечения рака желудка применялся сандостатин (octreotide) в дозе 0,1мг внутривенно в начале мобилизации и подкожно 0,1мг через каждые 8 часов после первой интраоперационной инъекции в течении 3 суток. Общая доза 1,0мг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: В основной группе послеоперационные осложнения наблюдались в 4 (15,38%) случаях. У двух больных после комбинированных гастрэктомий с уровнями лимфодиссекции D2 и D3 клинически и рентгенологически на 7 постоперационные сутки во время контрастирования пищеводно-тощекишечного анастомоза установлена постоперационная застойная пневмония, разрешившаяся в первом случае на 18 сутки, а во втором - на 23 сутки. У третьего больного отмечена несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии с уровнем лимфодиссекции D2. Несмотря на проведение релапаротомии, наложения еюностомии, санации и дренирования брюшной полости, больной скончался. У четвертого больного после проксимальной резекции желудка с лимфодиссекцией D2 на третьи постоперационные сутки клини-

чески и рентгенологически установлена острая двухсторонняя плевропневмония. Больной скончался на 5 постоперационные сутки от дыхательной недостаточности. Итого летальность в основной группе составила 7,69%. Средняя продолжительность постоперационного периода 15,2 суток.

В контрольной группе послеоперационные осложнения наблюдались в 12 (31,58%) случаях. У трех больных после гастрэктомии отмечена несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза. Еще у одного больного после проксимальной резекции желудка установлена несотоятельность эзофаго-гастроанастомоза. У четырех больных отмечено наличие пневмонии. В двух случаях констатирован острый постоперационный панкреатит. У двух больных клинически, ультрасонографически и компьютерно-томографически установлен левосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Необходимо отметить, что наличие постоперационного панкреатита, а также внутрибрюшного абсцесса в основной группе отмечено не было. В постоперационном периоде в контрольной группе скончались 4 больных. Итак, летальность в данной группе составила 10,52%. Лечение развившихся осложнений довело среднюю продолжительность послеоперационного периода до 18,4 суток.

Как видно из полученных результатов число постоперационных осложнений в основной группе существенно меньше, чем в контрольной, несмотря на то, что объем хирургической агрессии в первой группе значительно выше, чем во второй.

Таким образом, при раке желудка применение сандостатина в комплексе профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты возникновения постоперационных осложнений, позволит повысить эффективность оперативного лечения, улучшит переносимость хирургической агрессии и снизит число койкодней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдихакимов А.Н., Давыдов М.И., Тер-Ованесов и др. Рак желудка с метастазами в парааортальные лимфатические узлы: возможности хирургического лечения. - Вопросы онкологии, 2003, N.2, т.49, с.209-216;

2. Bonenkamp J.J., Songun I., Hermans J. et al. - Lancet, 1995, v.345, p.745-748; 3. Bostanci E.B., Yol S., Kayaalp C. et al. Comparison of complications after D2 and D3 dissection for gastric cancer. - The journal of cancer surgery, 2004, v.30, N.1, p.20-25;

4. Hartring H.H., Bonenkamp J.J., van de Velde C.J.H. Influence of surgery on outcomes in gastric cancer. - ESMO-EONS Educ. Symp., Budapest. 2001, p.97-117;

5. Lawrence W., Horsley J.S. - J. Surgery Oncology, 1996, v.61, p.85-89;

6. Robertson C.S., Chung S.C.S., Woods S.D.S. et al. - Ann. Surg., 1994, v.220, p.176-182;

7. Roucos D.H., Hottenrott C., Lorens M. et al. - J. Cancer Res. Clinical Oncology, 1990, v.116, p.307-313.

SUMMARY

PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS AFTER EXPANDED AND EXPANDED-COMBINE OPERATIONS AT PATIENTS WITH STOMACH CANCER

A. Aliyev

Using of sandostatin in patients with the cancer of stomach in complex of profilactive avengement, directed to reduction of risk of postoperative complications, allow to improve effective of surgery treatment, improve portability of surgery aggression and reduce the number of bank-day.

Daxil olub: 25.09.2006

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI ƏRAZİSİNDƏ BİTƏN YARIMKOL DƏVƏAYAĞI BİTKİSİNDƏN ALINMIŞ FLAVANOİDİN FARMAKOLOJİ TƏDQİQİNİN NƏTİCƏLƏRİ

Z.C.İsmayılova, E.M.Musayeva

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı ş.

Flavanoidlər insan orqanizminə gündəlik qida rasionu ilə daxil olan bitki mənşəli bioloji fəal maddədir. Orqanizmə daxil olan bu bioloji fəal maddə toxumalarda gedən bir sıra metabolitik proseslərdə fəal iştirak edir və hətta həmin proseslərin bəzilərində tənzimləyici rol oynayır [3]. Ona görə də flavanoidlərin bir sıra xəstəliklərin müalicə və profilaktikasında (ya sərbəst halda və ya müxtəlif preparatların tərkibində) istifadə edilməsi vacib sayılır [2, 7, 5]. Ədəbiyyatda verilən məlumatlara əsasən flavanoidlər antioksidant xüsusiyyətləri ilə yanaşı membranstabilləşdirici və antitoksik xüsusiyyətlərə də malikdir [4, 8, 6].

Flavanoidlərin belə geniş təsir spektrinə malik olması bizdə flavanoidin qaraciyərin dezintoksikasiyaedici funksiyasına təsirinin öyrənilməsinə əsas verdi. Bu məqsədlə Azərbaycan Tibb Universitetinin əczaçılıq kimyası kafedrasında İ.Mövsümov tərəfindən Yarımkol dəvəayağı bitkisindən alınmış flavanoidin kəskin toksikliyini və peritoneal intoksikasiya nəticəsində funksiyası pozulmuş qaraciyərə təsirini öyrənməyi məqsədə uyğun hesab etdik.

MATERİAL VƏ METODLAR. Tədqiqatlar Şinşilla cinsinə mənsub olan 10 baş dovşan üzərində aparılmışdır. Bütün təcrübə heyvanlarında F.F.Usikof (1984) üsulu ilə peritonit modeli yaradılmışdır. Təcrübə heyvanları aparılan tədqiqatın məqsədinə uyğun olaraq, 2 qrupa ayrılmışdır.

1-ci qrup nəzarət qrupu olub (5 baş) patoloji modelin inkişaf dinamikası izlənilmişdir.

2-ci qrup təcrübə heyvanlarına isə model yaradıldıqdan sonra gündəlik olaraq vena daxiline 2 ml flavanoid yeridilmişdir.

Hər iki qrupda patoloji prosesin inkişaf dinamikasını izləmək üçün qulaq venasından götürülmüş qanda ümumi bilirubinin və sidik cövhərinin miqdarı təyin edilmişdir. Müayinələr intakt vəziyyətində, model yaradıldıqdan 6 saat, 1, 2 və 3 gün sonra aparılmışdır.

Qanda ümumi bilirubinin və sidik cövhərinin miqdarının təyini Çexiya Respublikasında istehsal olunan xüsusi reaktiv dəstindən istifadə etməklə FP-400 markalı (Fillandiya) mikroanalizatorunda aparılmışdır.

Preparatın toksikliyini Bellenskiy (1963) üsulu ilə təyin edilmişdir. Bu məqsədlə təcrübələr hər iki cinsdən olan 100 baş ağ siçan üzərində aparılmışdır. Onların qarın boşluğuna 500-100 mq/kq (0,1-0,8 ml) preparat yeridilmişdir. Preparatın ağ siçanlara toksiki təsiri 1-4 gün müddətində davranış reaksiyasının vizual müşahidəsi əsasında müəyyənləşdirilmişdir. Bu müddət ərzində ölüm göstəricisinə əsasən preparatın maksimal dözümlük dozası, orta ölüm dozası və tam ölüm dozası müəyyən edilmişdir.

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏ. Preparatın toksikliyinin öyrənilməsi göstərmişdir ki, ağ siçanların maksimal dözümlük dozası - 500 mq/kq-a bərabərdir. 1025,5 mq/kq dozada flavanoidin yeridilməsi bütün hallarda ölümlə nəticələnmişdir. Ona görə də tam ölüm dozasının (LD_{100}) 2000,0 mq/kq olduğu müəyyən edilmişdir.

Beləliklə bizim apardığımız təcrübələrin nəticəsi göstərmişdir ki, Yarımkol dəvəayağı bitkisindən alınmış flavanoidin orqanizmə birdəfəlik yeridilməsini ağ siçanlar yaxşı keçirmiş və heç bir əlavə təsiri müşahidə edilməmişdir. Bu da bizə əsas verir ki, hesab edək ki, Yarımkol dəvəayağı bitkisindən alınmış flavanoid (K.N.Sidrov şkalasına görə) praktiki olaraq toksiki xüsusiyyətə malik deyildir.

Preparatın qaraciyərin dezintoksikasiyaedici funksiyasına təsirinin tədqiqi aşağıdakı nəticələri vermişdir.

1-ci qrupa daxil olmuş təcrübə heyvanlarının qanında istər ümumi bilirubinin və istərsə də sidik cövhərinin miqdarı kəskin şəkildə yüksəlmişdir.

İntakt vəziyyətində olan təcrübə heyvanlarının qanında ümumi bilirubinin miqdarı M±m = 0,218 ± 0,019 mkmol/l-ə bərabər olmuşdur (Min = 0,165 mkmol/l, max = 0,273 mkmol/l). Peritonit modeli yaradıldıqdan 6 saat sonra onun miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 8,1% yüksəlmişdir (M±m = 0,236 ± 0,02 mkmol/l; Min = 0,194 mkmol/l; max = 0,306 mkmol/l). Peritonit modelinin yaradılmasından 24 saat sonra qanda ümumi bilirubinin miqdarının yüksəlməsi intakt vəziyyətlə müqayisədə artıq 18%-ə çatmışdır. Qanda ümumi bilirubinin miqdarı 0,207-0,339 mkmol/l-ə bərabər olmuşdur (M±m = 0,257 ± 0,023 mkmol/l).

Patoloji prosesin 48 saatında - peritonit modelinin toksiki fazasında qanda ümumi bilirubin intakt vəziyyətlə müqayisədə 36,5% yüksəlmişdir. Onun miqdarının orta kəmiyyət göstəricisi 0,298 ± 0,019 mkmol/l-ə çatmışdır (Min = 0,247 mkmol/l; max = 0,36 mkmol/l).

Peritonitin terminal fazasında (modelləşdirmənin 72 saatında) qanda ümumi bilirubinin miqdarının kəskin surətdə artması bütün təcrübə heyvanlarında müşahidə edilmişdir. Belə ki, qanda ümumi bilirubinin minimal həddi 0,318 mkmol/l-ə, maksimal həddi 0,589 mkmol/l-ə orta kəmiyyət göstəricisi isə 0,471 ± 0,044 mkmol/l-ə bərabər olmuşdur.

Qanda sidik cövhərinin miqdarı isə aşağıdakı qaydada dəyişmişdir. İntakt vəziyyətində olan təcrübə heyvanlarının qanında sidik cövhərinin miqdarı 5,8-6,84 mkmol/l arasında olub, orta kəmiyyət göstəricisi 6,21 ± 0,203 mkmol/l-ə bərabərdir. Peritonit modeli yaradılmasından 6 saat sonra qanda sidik cövhərinin miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 19,5% artmışdır. Onun minimal həddi 6,2 mkmol/l-ə, maksimal həddi 8,5 mkmol/l-ə, orta kəmiyyət göstəricisi isə 7,42 ± 0,381 mkmol/l-ə bərabər olmuşdur. Peritonit modelinin yaradılmasından 24 saat sonra qanda sidik cövhərinin miqdarı daha çox - 107% artmışdır. Onun miqdarı 11,7-14,5 mkmol/l arasında olmuşdur (M±m = 12,86±0,494 mkmol/l).

Peritonit modelinin toksiki fazasında (modelləşdirmədən 48 saat sonra) qanda sidik cövhərinin miqdarı 17,4-42,2 mkmol/l arasında olub (M±m = 27,96±4,248 mkmol/l) intakt vəziyyətlə müqayisədə daha kəskin şəkildə 350% artmışdır. Sonrakı müşahidə müddətində patoloji prosesd?n 72 saat sonra (peritonitin terminal fazasında) qanda sidik cövhərinin miqdarı artmaqda davam edərək maksimal həddə çatmışdır. Qanda sidik cövhərinin miqdarı 39,3-82,9 mkmol/l-ə bərabər olub (M±m = 61,94±8,05 mkmol/l) intakt vəziyyətdə olan səviyyədən 837% yüksəkdir.

Beləliklə 1-ci qrupa daxil olmuş təcrübə heyvanlarından alınmış nəticələr göstərir ki, peritonitin yaranma müddəti uzandıqca qaraciyərin dezintoksikasiyaedici funksiyası daha çox pozulmuş olur. Bunun nəticəsi olaraq qanda ümumi bilirubinin və sidik cövhərinin miqdarı kəskin şəkildə yüksəlmiş olur.

2-ci qrupa daxil olmuş təcrübə heyvanlarından aşağıdakı nəticələr alınmışdır.

İntakt vəziyyətində olan təcrübə heyvanlarının qanında ümumi bilirubinin miqdarı 0,165-0,273 mkmol/l-ə (M±m = 0,218 ± 0,019 mkmol/l-ə) bərabər olmuşdur. Peritonit modelinin yaradılmasının 24 saatında qanda ümumi bilirubinin miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 49%, 1-ci qrupa daxil olmuş təcrübə heyvanları ilə müqayisədə 26% artmışdır (Min = 0,3 mkmol/l; Max = 0,37 mkmol/l; M±m = 0,325 ± 0,012 mkmol/l). Lakin peritonitin toksiki fazasında ümumi bilirubinin artma intensivliyi əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Onun miqdarı intakt vəziyyətinə enmişdir (Min = 0,16 mkmol/l; Max = 0,21 mkmol/l; M±m = 0,184 ± 0,009 mkmol/l). Buradan göründüyü kimi, Yarımkol dəvəayağı bitkisindən alınmış flavanoidin təsirindən qanda ümumi bilirubinin miqdarı 1-ci qrupla müqayisədə 38% aşağı düşmüşdür.

Peritonit modelinin yaradılmasının 72 saatında da qanda ümumi bilirubinin miqdarı intakt həddini saxlamış və 1-ci qrup təcrübə heyvanlarının qanında olan səviyyədən 66% az olmuşdur (Min = 0,123 mkmol/l; Max = 0,195 mkmol/l; M±m = 0,159 ± 0,014 mkmol/l).

Sidik cövhərinin miqdarında da aşağıdakı dəyişikliklər aşkar edilmişdir. İntakt vəziyyətində olan təcrübə heyvanlarının qanında sidik cövhərinin miqdarı 5,8-6,84 mkmol/l arasında olmuşdur (M±m = 6,21 ± 0,203 mkmol/l). Peritonit modelinin 24 saatında qanda sidik cövhərinin miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 117,5%, 1-ci qrup təcrübə heyvanları ilə müqayisədə isə 5% artmışdır. Onun minimal həddi 10,4 mkmol/l-ə, maksimal həddi 16,5 mkmol/l-ə, orta kəmiyyət göstəricisi isə 13,51 ± 1,056 mkmol/l-ə bərabər olmuşdur.

Patoloji prosesin 48 saatında isə qanda sidik cövhərinin miqdarı 6,7-10,1 mkmol/l-ə bərabər olub (M±m = 8,52 ± 0,618 mkmol/l) intakt vəziyyətdən 37% artıq olsa da, 1-ci qruppa daxil olan təcrübə heyvanlarının qanında olan səviyyədən 69,5% azdır.

Təcrübənin 72 saatında qanda sidik cövhərinin miqdarı daha çox azalmış, demək olar ki, intakt həddinə çatmışdır. Lakin bir təcrübə heyvanında onun səviyyəsi 7,8 mkmol/l-ə bərabər olmuşdur ki, bu da intakt vəziyyətdə olan səviyyədən bir qədər çoxdur. 1-ci qrupa daxil olmuş təcrübə heyvanları ilə müqayisədə Yarımkol dəvəayağı bitkisindən alınmış flavanoid qəbul etmiş təcrübə heyvanlarının qanında sidik cövhərinin miqdarı 90% azalmışdır.

Beləliklə bizim apardığımız təcrübələrin nəticəsi göstərir ki, Yarımkol dəvəayağı bitkisindən alınmış flavanoid qaraciyərin endotoksikoz etiologiyalı dezintoksikasiya funksiyasının pozulmasının qarşısını alır.

ƏDƏBİYYAT

1. Усиков Ф.Ф. Хирургическая модель острого гнойного перитонита. - Хирургия, 1984, N.9, с.127-130;

2. Чекман И.С. Флаваноиды. Клинико-фармакологический аспект. - Фототерапия в Украине, 2000, N.2, с.3-5;

3. Ялкут С.М., Циприян В.И. Профилактическое питание в онкологии. -М.: Полиграф Тех Сервис, 2002, 67 с.;

4. Buttke T.M., Sadstrom P.P. Oxidative-stress as a mediator of apoptosis. - Immunol. Today, 1994, N.15, p.7-14;

5. Middleton E., Kandaswami C., Theoharides T. - The effects of plant flavonoids on mammalian cells: implications for inflammation, heart diseases and cancer. - Pharmacol. Rev., 2000, N.52, p.673-751;

6. Paladini A.C. Marder M. Viola H. et al., Flavonoids and the central nervous system from forgotten fac-

tors to potent anxiolytic compounds. - J. Pharm. Pharmacol., 1999, v.51, p.519-526;
7. Rice-Evans C.A., Parker L. Flavonoids in Health and Diseases. - Marcel Dekker, New York, 1997, 150 p.;
8. Stoian J., Oros A., Moldovean E. Apoptosis and free radicals. - Biochem. And Biol. Med., 1996, v.59. p.93-98.

SUMMARY

THE RESULTS OF PHARMACOLOGICAL RESEARCH OF FLAVANOID, SRECEIVED OUT OF THE HALF-BUSH CAMELFOOT GROWN IN THE TERRITORY OF THE REPUBLIC OF AZERBAIJAN

L. Ismaylova, E. Musayeva

The influence of flavanoid, received out of the half-bush Camelfoot grown in the territory of the Republic of Azerbaijan in the functional disintoxication of the liver intoxication has been researched. It has been determined that the intrusion of the above-mentioned flavanoid does not show toxic effect and does not have any additional effect. Created in the bases of peritonitis model, it has restoration characteristic in the disturbance liver disintoxication effect.

Daxil olub: 27.09.2006

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА КРЫС В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

А.Б. Исаев

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Исследования строения и метаболизма миокарда крыс различных возрастных групп показали, что физическая нагрузка разного происхождения является существенным фактором, модулирующим тонкие структуры и обмен веществ в них [4, 6, 7, 9]. Литературные данные показывают, что в условиях физической нагрузки в различные возрастные периоды способность сердечно-сосудистой системы к адаптации различны, так как каждый возрастной период характеризуются различной степенью и уровнем физической регуляции дыхания и кровообращения, тем самым, процесс привыкания к физическим нагрузкам представляет собой многофакторную реакцию [9, 11]. С целью успешного решения вышеуказанного, следует создать искусственные модели и изучить происходящие в них изменения на гистологическом и гистохимическом уровне [5, 10]. Обзор литературы показывает, что работ посвященных изучению данной области мало, сердечная мышца изучалось при различных режимах физической перегрузки фрагментарно. На наш взгляд, это еще раз служит доказательством актуальности предпринятого исследования [1, 3, 8].

Цель исследования. Изучить гистологические и гистохимические особенности миокарда крыс неполовозрелого и зрелого возраста при длительной умеренной и хронической перегрузке (плавание).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для решения поставленной задачи исследования проводились на белых крысах - самцах неполовозрелого и зрелого возраста. Для периодизации подопытных животных использовали классификацию В.Н. Западнюка (1971); 1. Неполовозрелый молодой возраст 22-50 дней, масса 25,0-65,0 грамм; 2. Половозрелый молодой возраст 5-10 месяцев, масса 120,0-250,0 грамм; 3. зрелый возраст 11-18 месяцев, масса 250,0-300,0 грамм; 4. Старческий возраст 24-30 месяцев, масса 300,0-450,0 грамм. В каждой возрастной группе было 25 подопытных животных.

Животные содержались в виварииуме на полноценном пищевом рационе в одинако-

вых условиях. При длительной физической нагрузке животных принуждали плавать по 1,5-2,0 часа 2 раза в неделю, при хронической 5-7 часов ежедневно в течении 2 недели. Умеренная физическая нагрузка имела различную продолжительность 1,3,5 месяцев. Животные забивали на следующий день после окончания эксперимента.

Приготовленные серийные срезы окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону. Зафиксированный в жидкость Шабадаша материал использовался для выявления гликогена. Фосфорилазу А (активная форма) и общую фосфорилазу выявили методом Такеичи и Куриаги. Количественные содержания гликогена были определены на сканирующим цитофотометре МР-01 (фирма "Opton").

Для сканирования определен шаг измерения 0,5х0,5 мкм на площади зонда 0,785 мкм². В среднем в каждом поле зрения измеряется от 2000 до 4000 точек, а в каждом препарате приблизительно было промерено 12 таких полей. В результате сканирования на основе полученных данных при пересчете на объем поверхности, определяли относительное количество гликогена. Полученные результаты определяли в ЭВМ фирмы "PACRARD", затем статически - в виде вариационной кривой и вариационного ряда. У животных контрольной группы содержание гликогена принята за 100%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. При умеренной нагрузке через 1 месяц в миокарде крыс неполовозрелого возраста гистологическими методами выявлены расширение мелких сосудов, слабовыраженный межмышечный отек и плохоразличимая поперечная исчерченность отдельных мышечных волокон. Под влиянием данной физической нагрузки гистохимически выявлены незначительные уменьшения гликогена (график 1) на фоне умеренной фосфорилазной активности как общей так и активной формы.

При умеренной нагрузке через три месяца в отличие от предыдущей формы физической нагрузки в сердечной мышце крыс данного возраста миофибриллы хорошо контурируют, поперечная исчерченность в них хорошо выражена. Количество гистохимически выявляемого гликогена резко возрастает и составляет 186% от контрольного уровня (график 1). При этом активность общей фосфорилазы умеренная, тогда как активность форм "А" низкая. Многочисленные гранулы гликогена заполняют саркоплазму, нередко образуют скопления в околоядерной зоне (рис. 1).

При умеренной нагрузке через пять месяцев в миокарде крыс неполовозрелого возраста как и в предыдущей форме физической перегрузки гистологическими методиками нами выявлены расширение и полнокровие сосудов, в мышечных волокнах хорошо заметна поперечная исчерченность. В отдельных участках сердечной мышцы наблюдается увеличение размеров волокон. При этом количество гликогена уменьшается по сравнению с трехмесячным сроком. Несмотря на это опять же содержание гликогена превосходит контрольный уровень и составляет 151% (график 1). Гликоген в виде светло-фиоле-

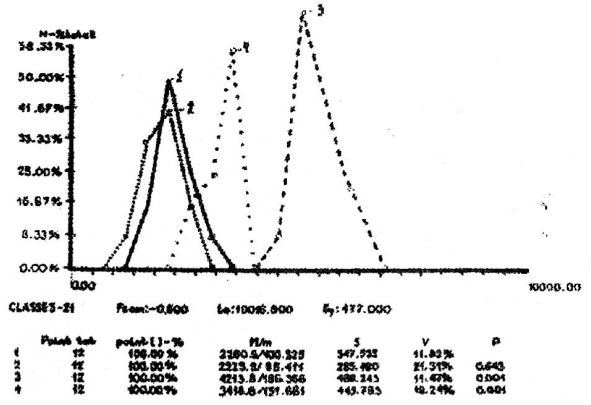


График 1. Распределение гликогена в миокарде крыс неполовозрелого возраста
в контроле (1) и после 1-го (2), 3-х, 5-и (4) месяцев умеренной нагрузки. По оси ординат - количество точек N - %, по оси абсцисс - количество гликогена.

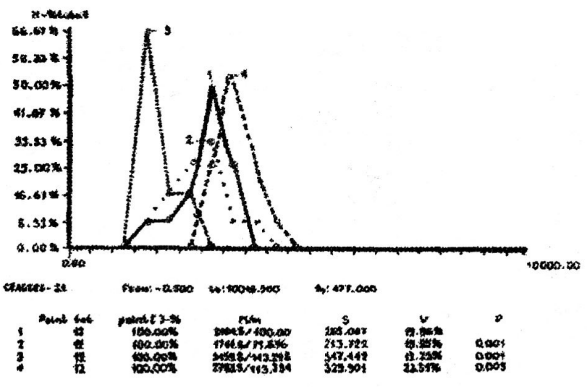


График 2. Распределение гликогена в миокарде крыс зрелого возраста.
в контроле (1) и после 1-го (2), 3-х (3), 5-и (4) месяцев умеренной нагрузки. По оси ординат - количество точек (N - %), по оси абсцисс - количество гликогена.

товых зерен распределен равномерно по саркоплазме. Активность обоих форм фосфорилазы умеренная.

Результаты гистохимических исследований показали, что в отличие от умеренной физической перегрузки разных сроков при хронической физической нагрузке в сердечной мышце крыс неполовозрелого возраста отмечается межмышечный и межклеточный отек, расслаивание и закручивание мышечных волокон. При этом поперечная исчерченность плохо различима, ядра лизированы, сосуды расширены и переполнены кровью. Под влиянием данной перегрузки в миокарде крыс гистохимически выявляется в малом количестве гликоген и он обнаруживается в единичных клетках, имея крупногранулярную форму. При этом активность всех форм фосфорилаз низкая.

Полученные нами результаты показали, что при умеренной физической нагрузке через 1 месяц в миокарде крыс зрелого возраста гистологически выявляется периферически расположение ядра, размер отдельных волокон увеличен, миофибриллы расположены густо (рис. 2). По данным гистохимического исследования выявлено уменьшение количества гликогена (график 2). Активность всех форм фасфорилаз высокая.

При умеренной перегрузке через 3 месяцев в сердечной мышце крыс данного возраста наблюдается полнокровие сосудов, просветы артериол расширены, мышечные волокна интенсивно окрашены эозином. Ядра крупные, светлые, лежат ближе к центральной оси волокон. По данным гистохимической реакции гликоген в субэндокардиальном слое кардиомиоцитов в большом количестве. Цитофотометрически этот показатель составляет 140% от контрольного уровня (график 2). Зерна гликогена распределяется равномерно в саркоплазме. При этом в кардиомиоцитах выявляется очень высокая активность фосфорилазы, в основном за счет активной формы.

При умеренной нагрузке спустя пять месяцев в сердечной мышце гистологически обнаруживается густая сосудистая сеть. Мышечные волокна интенсивно окрашиваются эозином, миофибриллы хорошо контурируются. Ядра светлые, хроматин в них распределен равномерно. При данной перегрузке мышечные волокна сердца содержат большое количество гликогена, но по сравнению с предыдущим сроком количество гликогена несколько уменьшено. Цитофотометрически этот показатель составляет 113% от контрольного уровня (график 2). При этом реакция на общей и активной форм фосфорилазы низкая.

По данным гистлогического исследования при хронической перегрузке в миокарде крыс отмечается не одинаковая окрашиваемость мышечных волокон эозином. В одной части мышечного волокна поперечная исчерченность слабо выявляется, тогда как в другой наблюдается полная сохранность поперечной исчерченности. Сосуды расширены, особенно расширен просвет артериол. В некоторых венулах и синусоидах отмечается стаз. Количество гистохимически выявляемого гликогена резко уменьшено, зерно грубогранулярно. Реакция на активную и общую фосфорилазу слабая.

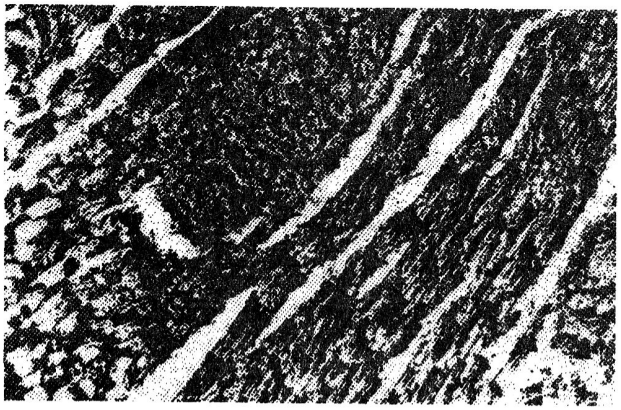


Рис. 1. Миокард левого желудочка крысы неполовозрелого возраста после умеренной нагрузки (3 месяца).
Мышечные волокна богаты гликогеном. Окраска по Шабадашу. х 240

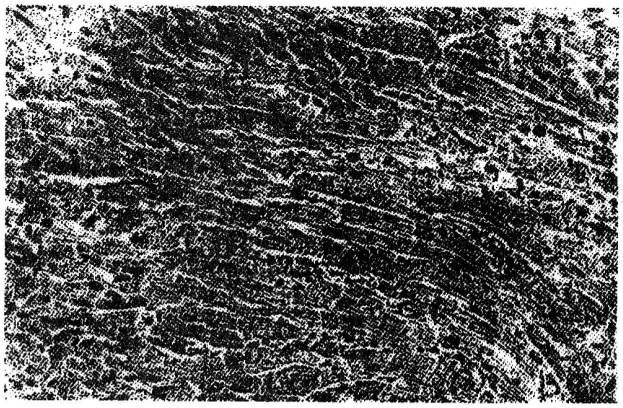


Рис. 2. Миокард левого желудочка крысы зрелого возраста после умеренной нагрузки (1 месяц).
Периферическое расположение ядер в кардиомиоцитах. Окраска гематоксилином и эозином. х 150

Таким образом, полученные нами данные показывают, что при умеренной физической нагрузке как в неполовозрелом, так и в зрелом возрасте происходят характерные для каждого возраста гистологические и гистохимические изменения. Так как, если при умеренной физической нагрузке через один месяц в миокарде выявляется метаболическая неустойчивость, то к третьему и пятому месяцу эксперимента количество гликогена превосходит контрольный уровень в значительной степени. Следует отметить, что все это свидетельствует о хорошей сохранности сократительной функции миокарда и указывает на "тренирирующий" эффект умеренной физической нагрузки. В этом плане наши результаты согласуются с данными Piepoli M.F. [11], Hambrecht R. [7] и др. При хронической нагрузке в отличие от предыдущей формы физической перегрузки отмечается неравномерное окрашивание мышечных волокон, некоторые сосуды были расширены и переполнены кровью. Количество гистохимически выявляемого гликогена резко уменьшалось на фоне снижения фосфорилазной активности. Полученные нами данные так же согласуется с результатами Арвеладзе Г.Г. и др. [1], Виноградова О.Л. и др. [3]. Подытоживая вышеизложенное можно сделать вывод о том, что в неполовозрелом и в зрелом возрасте как при умеренной, так и при хронической нагрузке происходят изменения, имеющие значение для современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арвеладзе Г.Г., Маглакелидзе Н.Н., Цагарели З.Г. Гистохимия гликогена и рибонуклеотидов миокарда при гипоксии. - В кн.: III международной конференции ученых медиков стран Черноморского Бассейна (BSES). "Актуальные вопросы клинической и теоретической медицины и биологии", Цхалтубо, Тбилиси, 2001, с.14-15;

2. Виноградова О.Л., Кузнецова С.Л., Озолина Е.В. и др. Расход мышечного гликогена при кратковременной работе интенсивностив зависимости от его исходного содержания. - Физиология человека, 1991, т.1, N.3, с.73-78;

3. Западнюк В.И. К вопросу о возрастном периодизации лабораторных животных. - Геронтол. и гериатрия, Киев, 1971, с.433-438;

4. Курносенко М.А. Гистохимия окислительно восстановительных ферментов сердечной мышце при общей гипоксии после воздействия ГБО. - В кн.: Материалы 2-ой Закавказской конференции морфологов и всесоюзные симпозиумы по организации нервных стволов и базальным мембранам. Баку, 1978, с.167-168;

5. Gates P.E., Campbell J.G., George K.P. Concentric left ventricular morphology in aerobically trained kayak canoeists. - J. sport. Sci., 2004, sep. 22(9), p.859-865;

6. Hambrecht R, Erbs S., Linke A., Gielen S. Physical exercise in older patients with chronic heart failure. - Dtsch Med Wochenschr, 2005, 130 (12);

7. Inhayarisi A.P., Padmavathy V. N., Shyamala Devi C. Effect of alfhatocopherel on Soproterenol induced myocardial infraction in ratelectrocardiographic, biochemical and histological evidences. - Ind. J. physiol. Pharmacol, 1996, v.40, N.4, p.297-302;

8. Kuru O., senturk U.k., Gunduz F. at all. Effect of long - term swimming exercise zinc, Magnezium an Cooper distribution aged rats. - Biol. Traec. Elem. Rec. 2003, 93 (1-3), p.105-112;

9. Lichtenauer U.D. Seissler J, Scherbaum W.A. Diabetie complications. Micro and macroangiopathic endorgan damage. - Internist (Berl) 2003, 44 (7), p.840-846, 848-852;

10. Piepoli M.F. Exercise training in heart failure [in process citation]. - Curr. Cardiol. Rep., 2005, May, 7(3), p.216-222.

SUMMARY

THE MORPHOFUNCTIONAL PECULIARITY OF THE RATS MIOCARD IN DIFFERENT AGE PERIOD

A. Isayev

In this material comparatively was learned the histological and histochemical changes in miocard of before pubescent and pubescent rat's groups and action of weak and physical load. For this purpose was used histological and histochemical methods. The results showed that the weak physical load (swimming) is course of "dreaming effect" in miocard. Choronic physical load (swimming) is course sharp structure and methodical changes in heart muscles.

Daxil olub: 29.09.2006

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И СТЕПЕНИ ДИСБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ

Э.В.Гурбанова, Н.Н.Алиев

Национальный НИИ Медицинской Профилактики им. В.Ахундова, г.Баку

Как известно, общая резистентность организма состоит из иммунных механизмов защиты и неспецифической резистентности, тесно связанных между собой [2, 3]. По современным представлениям, нормальная микрофлора кишечника является важным показателем физиологического и иммунологического гомеостаза макроорганизма [3]. Зависимость формирования и развития иммунной системы от нормальной микрофлоры кишечника убедительно продемонстрирована в опытах на безмикробных животных [9]. Индигенная микрофлора выполняет иммуномодулирующую функцию, поддерживает "рабочее" состояние общего и местного иммунитета и способствует повышению иммунобиологической резистентности [6, 7, 8].

Нормальная микрофлора кишечника - важный фактор системы антиинфекционной резистентности (САИР) [2, 5]. Факторы, определяющие микробиологические и иммунологические аспекты САИР, находятся в постоянном взаимодействии, взаимозависимости и служат для оценки защитных сил организма и выявления их возможных дисбалансов. Комплекс показателей микробиологического звена САИР служит маркером состояния иммунологического аспекта системы, и наоборот. Главная причина развития заболеваний связанных с изменениями в аутофлоре состоит в нарушении механизмов иммунологического гомеостаза [1, 4, 5]. В свою очередь, развившийся дисбактериоз вызывает иммунологическую перестройку, приводит к сенсибилизации и снижению резистентности организма.

В свете современных представлений сохраняет свое значение известная теория великого русского ученого И.И.Мечникова о наличии закономерной связи между продолжительностью жизни, иммунитетом и аутофлорой организма хозяина. Вместе с тем нарушение нормофлоры, состояние иммунного статуса и проявление болезни рассматриваются в единстве, причем роль пускового механизма в каждом конкретном случае может принадлежать любому из этих компонентов триады: дисбактериозу, иммунному статусу и патологическому процессу [1, 5, 6]. Изучение состояния иммунной системы при дисбактериозе кишечника выявило выраженный иммунный дисбаланс в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета. Целью настоящего исследования явилось выявление корреляционных связей между выраженностью дисбиотических нарушений и состоянием резистентности организма.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами были обследованы 55 детей с дисбактериозом кишечника I (Д-I)(n=15), II (Д-II) (n=10) и III степени (Д-III) (n=13) на фоне различных заболеваний в возрасте от 1 месяца до 3-х лет, получавших стационарное и амбулаторное лечение. Изучение включало проведение клинического копрологического, бактериологического и иммунологического методов исследований. Группу контроля составили 17 практически здоровых детей аналогичного возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Все дети обратились в острый период болезни и получили лечение, включающее этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию.

Таблица. Показатели иммунной системы у обследованных детей

Степень тяжести	Т-лимф.	В-лимф.	О-лимф.	В крови			В копрофильных		
				IgA	IgM	IgG	IgA	IgM	IgG
Д-I	33,5±2,4	11,8±1,2	22±2,2	0,52±0,06	0,61±0,05	7,63±0,54	0,40±0,06	0,51±0,05	7,5±0,54
Д-II	37,2±0,85	10,9±1,1	45,3±28*	0,96*±0,5	0,77±0,05***	13,4±0,14	0,91*±0,5	0,78±0,05***	13,0±0,14*
Д-III	40,9±1,4*	14,8±1,3	39,8±15*	1,3±0,06*	1,03±0,06*	12,6±0,3*	1,5±0,06*	1,1±0,06*	12,0±0,3*

Примечание. * *Достоверность различий при p<<0,001,* ** *при p<<0,01,* *** *при p<<0,05*

С помощью микробиологического анализа у 15 пациентов был выявлен Д-I степени, у 10 пациентов Д-II степени, а у 13 - Д-III степени. При этом уменьшение бифидобактерий ниже $<10^7$-10^8 (КОЕ) /г фекалий выявлено у всех 55-ти обследованных, снижение ($<10^3$) - у 26,3% из 55-ти детей, а у двух бифидофлора отсутствовала вовсе. Резкое снижение лактобактерий регистрировано в 39,4% случаев. У 78,9% детей выявлены лактозонегативные энтеробактерии, у 52,6% - гемолизирующее кишечные палочки, а у 65,7%- УПФ и у 39,4% - грибы рода Candida.

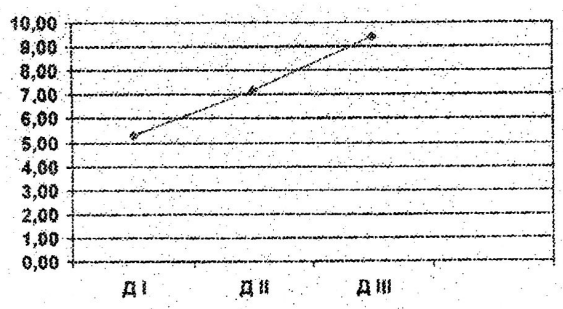


Рис. Показатели эозинофилов у обследованных детей.

У обследованных детей Д-I степени был выявлен на фоне таких болезней, как обструктивный бронхит, ОРЗ, острый бронхит, ларинготрахеит, рахит; Д-II степени на фоне пневмонии, цветущей формы рахита, острых кишечных инфекций; Д-III степени - при острой кишечной инфекции.

Результаты исследований иммунной системы представлены в таблице.

Исследования иммунной системы показали, что независимо от степени выраженности дисбактериоза наблюдаются практически равные количественные сдвиги основных субпопуляций лимфоцитов. Выявлено резкое снижение Т-лимфоцитов на фоне повышения О-лимфоцитов. При этом статистически достоверных изменений в содержании В-лимфоцитов не было отмечено. Отклонение показателей гуморального звена иммунитета характеризовалось понижением иммуноглобулинов всех трех классов (IgA, IgM, IgG) при Д-I степени, с дальнейшим их повышением при Д-II и Д-III степенях.

Анализ сдвигов иммунологических показателей содержимого кишечника соответствовал иммунологическим сдвигам в крови. В зависимости от степени дисбактериоза наблюдалось количественное снижение иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в копрофильтратах с дальнейшей тенденцией к повышению.

При изучении некоторых показателей гемограммы была отмечена прямая пропорциональная зависимость некоторых ее показателей со степенью выраженности дисбактериоза. Так, эозинофилия с различной степенью выраженности наблюдалось у всех детей с дисбактериозом, которая возможно свидетельствует об аллергической перестройке организма. Только при Д-III степени отмечается лейкопения за счет снижения лимфоцитов.

Таким образом, иммунный статус у детей с дисбактериозом кишечника характеризуется изменениями в содержании иммунокомпетентных клеток. Повышение недифференцированных О-лимфоцитов объясняется тяжестью заболевания, выраженностью симптомов интоксикации, что связано с действием различных патогенных факторов, а также появлением незрелых форм лимфоцитов. Повышение уровней иммуноглобулинов всех трех классов говорит о стимуляции гуморального звена иммунитета бактериальными антигенами. Анализируя вышеизложенное, можно сказать что, снижение активности одних компонентов иммунной защиты компенсируется повышением других, хотя не может рассматриваться в качестве достаточной защитной реакции.

Приведенные данные позволяют прийти к выводу, что дисбактериоз кишечника сопровождается дисбалансом в иммунной системе, развитие которого, по-видимому, связано с дефицитом индигенной микрофлоры, угнетением ее иммуностимулирующей функции. При этом обнаружено, что выраженность фазовых изменений исследуемых показателей находится в прямой зависимости от степени выраженности дисбактериоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пшенисова А.С. Храктеристика иммунного статуса при эшерихиозной инфекции у детей. - В кн.: Мат. Второго конгресса педиатров-инфекционистов России "Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей". М., 2003, с.161-162;

2. Копанев Ю.А., Соколов А.Л. Иммунологические аспекты дисбактериоза. Дисбактериоз кишечника: микробиологические, иммунологические и клинические аспекты микроэкологических нарушений у детей. - М., 2003, с.150;

3. Пайков В.Л. Современные представления о кишечном дисбактериозе. - В кн.: Сборник

лекций и научных работ "Практические вопросы детской гастроэнтерологии Санкт-Петербурга", СПб., 1999, с.133-138;

4. Володин Н.Н., Коршунов В.М., Агафонова С.А. Защитная система желудочно-кишечного тракта у детей. - Жур. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, том 3, N.2, 2004;

5. Кизатова Н.Т. Нарушения биоценоза кишечника детей-реконвалесцентов ОКИ и пути их коррекции. - Алматы, 2000;

6. Машкеев А.К., Билялова К.И. К дискуссии о дисбактериозах кишечника у детей. - Метод. указания., Алмата, 2000, 23 с.;

7. Иванова В.В.Микрофлора: роль, нарушения, коррекция. Становление микрофлоры у детей первого года жизни. - Новосибирск, 2005, с.97;

8. Thornton G., O'Sullivan M., O'Sullivan D. et al. Human intestinal probiotic bacteria - production of antimicrobial factors. - Ir. J. Med. Sci., 2001, v.162, N.9, p.366.

9. Luckey T.D Overview of gastrointestinal microecology. - Die Narung, 1999, v.31, N.5-6.

SUMMARY

THE INCULCATING OF HUMORAL AND CELLULAR IMMUNITY FROM DEGREE OF DYSBACTERIOSIS IN CHILDREN

E. Gurbanova, N. Aliyev

Dysbacteriosis of intestinal is following by imbalance of immune system which is conducing to deficit of main microflora and this is turned to inhibition of immunostimul system of intestinal. According to researching was found that the expresses phases change of researching indexes is lineally depends on degree of dysbacteriosis.

Daxil olub: 03.10.2006

МЕХАНИЗМЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ КАК ОСНОВА КЛАССИФИКАЦИИ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТА В И С

М.К. Мамедов, А.Э. Дадашева

Национальный центр онкологии;
НИИ клинической медицины им. М.Топчибашева, г. Баку

Одной из наиболее характерных эпидемиологических особенностей инфекций, вызванных вирусами гепатита В (ГВ) и гепатита С (ГС) является то, что в обусловленный ими эпидемический процесс наиболее часто вовлекаются представители одних и тех же социально-профессиональных групп населения, именуемых "группами, отличающимися высоким риском инфицирования" или короче - "группами высокого риска" [1, 2].

Эти группы, в которых циркуляция вирусов ГВ (ВГВ) и ГС (ВГС) наиболее интенсивна, имеют важное значение в поддержании эпидемического процесса в общей популяции населения во всех регионах мира. В то же время, формирование этих групп производится на основе разных признаков и до настоящего времени, в литературе отсутствует какая либо четкая их классификация, что затрудняет решение ряда задач дидактического характера. Именно это обстоятельство побудило нас рассмотреть вопрос о возможности объединения таких групп на несколько типов, в зависимости, главным образом, от особенностей инфицирования представителей каждой из этих групп.

В основе важнейшей эпидемиологической особенности инфекций, вызванных ВГВ и ВГС лежит способность этих вирусов передаваться несколькими путями, объединить ко-

Таблица 1. Коассификация механизмов инфицирования, путей и факторов передачи ВГВ и ВГС

Механизмы инфицирования	Пути передачи	Факторы передачи
Естественный	Половой	Кровь, биожидкости
	"Вертикальный"	Кровь, биожидкости
	Галактогенный	Молоко, загрязненное кровью
	Трансмиссивный (?)	Кровососущие переносчики (?)
Парентеральный или гемоконтактный	Гемотрансфузионный	Кровь и ее компоненты
	Трансплантационный	Пересаженные ткани и органы
	Манипуляционый	Медицинские инструменты
	Атипично-травматический	Контаминированные объекты

торые, сведя их к единому механизму, невозможно. Это связано, в первую очередь, с тем, что не представляется возможным однозначно определить специфическую (доминирующую) локализацию ВГВ и ВГС в организме - несмотря на их выраженную гепатотропность, они почти перманентно присутствуют и в крови.

Эти рассуждения привели к тому, что ГВ и ГС стали рассматриваться под рубриками "инфекции с недостаточно изученными механизмами передачи возбудителя" или "инфекции с множественными путями передачи возбудителя". Однако, как известно, такая группа в эпидемиологической классификации инфекций не предусмотрена.

Компромиссное решение вопроса о месте ГВ и ГС в эпидемиологической классификации возможно, если при оценке значимости разных путей передачи вирусов ГВ (ВГВ) и ГС (ВГС) учитывать не только естественные (реализуемые в природе) пути, которые обеспечивали последним возможность циркуляции в людской популяции на протяжение многовековой "доинъекционной" эры, но и имеющие важнейшее значение на современном этапе, артифициальные пути, которые, по существу являются антропургическими, т.е. связанными с целенаправленной деятельностью человека.

В настоящее время основными путями естественного распространения ВГВ и ВГС признаются лишь половой ("горизонтальный") и интранатальный ("вертикальный") пути - первый из них реализовался при обычных половых контактах, а второй - в момент родов. Существует и возможность пренатальной передачи вирусов (особенно, при патологии плаценты), а также заражения новорожденных детей вторым "горизонтальным" путем - при вскармливании грудным молоком.

Очевидно, что в этих случаях роль фактора передачи вирусов роль фактора передачи инфекции играет сама кровь, содержащая вирусы. Последние из крови проникают в биожидкости половых путей и молоко, "превращая" их во вторичные факторы передлачи инфекции.

Таблица 2. Основные группы лиц, относящихся в группам с высоким риском инфицирования возбудителями трансфузионных инфекций

Тип групп	Лица, относящиеся к группам высокого риска
Инфицируемые посредством естественного механизма	1. Новорожденные дети, родившиеся у матерей, инфицированных ВГВ и/или ВГС
	2. Дети, находящиеся на грудном вскармливании инфицированных ВГВ или ВГС матерей
	3. Лица, ведущие сверхактивную половую жизнь
	4. Лица, вовлеченные в проституцию
	5. Лица, вовлеченные в практику гомосексуальных отношений
Инфицируемые посредством парентерального механизма	1. Парентеральные наркоманы
	2. Некоторые категории медицинских работников
	3. Лица, подвергающиеся частым гемотрансфузиям
	4. Больные, подвергающиеся экстракорпоральной обработке крови (в основном, гемодиализу)
	5. Больные хроническими заболеваниями, длительно пребывающие в клинических учреждениях

Опираясь на этот тезис, целый ряд авторов использует для характеристики ГВ и ГС компромиссные по содержанию, но непривычные по форме для эпидемиологов словосочетания "гемоконтактные (кровно-контактные) инфекции" (blood-born infections).

Все артифициальные пути передачи ВГВ и ВГС реализуются посредством механического повреждения целостности наружных кожных и слизистых покровов, через которые непосредственнно во внутренюю среду организм и проникают вирусы. Поскольку данный механизм, по сути, является "парентеральным", все артифициальные пути распространения ВГВ и ВГС, реализуемые посредством этого механизма могут быть объединены под общим, хотя и условным, названием "парентеральный путь".

При реализации парентерального пути, роль факторов передачи инфекций, наряду с кровью, могут играть содержащие эти жидкости, вводимые в организм инъекционным путем, а также контаминированные вирусами поверхности медицинских инструментов и оборудования и иные объекты, способные повреждать кожу и слизистые оболочки.

Выделив две группы путей передачи ВГВ и ВГС (естественные и парентеральные), можно в данном конкретном случае несколько отойти от принципов классической эпидемиологии, отождествляющей механизм инфицирования и путь передачи возбудителя и декларирующую абсолютно строгое соответствие между преимущественной локализацией возбудителя и путем его передачи.

Учитывая, что при ГВ и ГС такое соответствие выполняется не в полном объеме [3], а взаимосвязь между указанными характеристиками ГВ и ГС в немалой степени, предопределяется условиями, в которых происходит инфицирование, можно сузить смысловое содержание категории "путь передачи" вирусов. Это позволит использовать термин "механизм инфицирования", который в данном контексте будет отражать лишь одно, хотя и очень важное условие, при котором это инфицирование происходит - либо в естественных условиях, либо при непосредственном и активном участии человека. Значение же последнего условия особенно велико потому, что в современном обществе с развитой системой здравоохранения, именно парентеральный механизм обеспечивает поддержание соответствующих эпидемических процессов в столь широких масштабах, с которыми мы имеем дело сегодня [4].

Соответственно, признав важнейшей эпидемиологической особенностью ГВ и ГС множественность путей передачи их возбудителей и дуализм механизма инфицирования, можно все известные пути передачи ВГВ и ВГС на две группы, в соответствие с двумя основными механизмами инфицирования, как показано на таблице 1.

Исходя из представленной выше классификации и взяв за основу механизм инфицирования все группы высокого риска можно объединить в два основных типа, как показано на таблице 2.

Группы первого типа объединяются на той основе, что их представители отличаются высоким риском инфицирования ВГВ и ВГС, происходящим посредством естественного механизма инфицирования, т.е. при передаче ВГВ и/или ВГС половым, интранатальным и галактогенным путями.

К группам второго типа относят те категории лиц, которые часто инфицируются посредством парентерального механизма, включающего все возможное многообразие путей артифициальных передачи ВГВ и ВГС.

Приведенная выше классификация групп высокого риска инфицирования ВГВ и ВГС отражает место лишь важнейших по эпидемиологическому значения группы лиц, подверженных повышенному риску быть инфицированными ВГВ и ВГС. Вместе с тем, она может не только внести определенный вклад в повышение эффективности подготовки врачей и студентов, но и способствовать рациональному выбору наиболее перспективных направлений научных исследований по дальнейшему изучению особенностей эпидемиологии этих инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадашева А.Э. Сравнительная вирусологическая и эпидемиологическая характеристика гепатотропных инфекций в медицинских контингентах с высоким риском инфицирования. Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 2006;

2. Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Особенности распространения трансфузионных вирусных гепатитов в контингенте больных, отличающихся высоким риском инфицирования. - Биомедицина (Баку), 2005, N.4, с.43-45;

3. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Кадырова А.А. Место трансфузионных вирусных инфек-

в эпидемиологической классификации. - Экоэнергетика (Баку), 2006, N.2, с.42-45;
4. Мамедов М.К., Михайлов М.И., Семененко Т.А., Дадашева А.Э. Трансфузионные вирусные гепатиты: традиционные и нетрадиционные аспекты медико-социального значения. - Мир вирусных гепатитов (Москва), 2005, N.2, с.4-12.

SUMMARY

MECHANISMS OF INOCULATION AS A BASIS OF CLASSIFICATION OF HIGH RISK GROUPS OF VIRAL HEPATITIS B ABD C
M. Mamedov, A. Dadasheva

The article is devoted to classification of high risk groups concerning infections caused by hepatitis B and c viruses.

The authors demonstrated the possibility of this classification construction on the basis of segregation two types of that one in dependently of the main mechanisms of infecting: natural and artificial.

Daxil olub: 10.07.2006

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА МИКРОФЛОРУ ЗУБНОГО НАЛЕТА

С.Н. Мамедова

Стоматологическая клиника и кафедра стоматологии АМУ, г. Баку

В настоящее время общепринято, что кариес не возникает без микроорганизмов. Особое значение имеет микрофлора зубного налета, которая является активным компонентом среди многочисленных факторов создающих кариесогенную ситуацию в полости рта. Считается установленным значение отдельных видов микроорганизмов, играющих ведущую роль в развитии кариеса зуба. Эти микроорганизмы, плотно фиксируясь, на пелликуле, участвуют в процессе гликолиза углеводов, поступающих в полости рта (сахароза). В результате биохимических процессов образуются органические кислоты, способствующие снижению pH под зубным налетом, т.е. на поверхности эмали. При длительном состоянии подобного процесса образующиеся кислоты, проникают в эмаль, растворяют апатиты, тем самым развиваются деминерализация и возникает кариес зубов [1, 2, 3, 4, 5, 7].

Современные кариесологи, принимая за основу изложенную схему развития, кариеса зубов, в предлагаемых методах и средствах кариес профилактики, концентрируют внимание именно на микробном влиянии и повышении кариесрезистентность зубных тканей, особенно эмали. Предлагаемые средства, имеющие в своем составе микро и макроэлементы, другие вещества с одной стороны оказывают антибактериальное влияние в полости рта, способствуя снижению титра кариес патогенных микробов с другой стороны повышают как бы плотность эмали тем самым увеличиваются кариесневосприимчивость зубов.

Учитывая данное положение и ранее проведенное исследование сотрудников кафедры терапевтической стоматологии мы в своих исследованиях изучали вопрос влияния концентрирования настойки Азербайджанского чая (КНАЧ) на которые кариес патогенные микробы зубного налета в процессе выполнения комплекса мероприятий кариес профилактики у беженцев и жителей контрольного района Агджебеди. Мы в своих исследованиях изучали высеваемость 2 видов микроорганизмов Salivaris mutans и Streptococcus Salivaris. Материал брался из зубного налета стерильным ватным тампо-

Таблица 1. Динамика высеваемости Salivaris mutans и Streptococcus Salivaris зубного налета у детей беженцев до и после профилактики

Группа исследований	Salivaris mutans			Streptococcus Salivaris		
	I осмотр	II осмотр	III Осмотр через 2 года	I осмотр	II осмотр	III осмотр через 2 года
I (санация + КНАЧ)	40,3±3,23	12,6±0,82	14,6±0,89	18,2±0,95	25,3±1,12	24,6±1,22
II (санация +фтор-лак)	44,3±2,45	14,5±0,68	15,2±0,82	20,5±1,10	26,3±1,14	24,8±1,16
III (санация)	39,6±1,96	35,5±2,14	36,8±2,11	19,8±0,98	20,3±1,04	20,8±1,18

ном, который помещали в плотно закрывающуюся стерильную стеклянную пробирку и доставляли в микробиологическую лабораторию. Для оценки количества исследуемых микроорганизмов во взятом материале производили посевы в соответствующих питательных средах. Идентификация выделяемых микроорганизмов производилась по общепринятой методике [6]. Результаты наших микробиологических исследований среди детей беженцев представлены в таблице 1.

Согласно Данным таблицы 1 высеваемость Streptococcus Salivaris во всех группах наблюдения примерно одинаковая и составляла 40,3±2,23-39,6±1,96. После проведения кариеспрофилактических мероприятий высеваемость указанного микроорганизма достоверно снизилась в III и II группах наблюдения. Так и I группе после 1-го года профилактики высеваемость стрептокоъъаъус мутанс снизилось с 40,3±2,23 до 12,6±0,92, во II группе 44,3±2,45 до 14,5±0,68. В отличии от этих групп в III группе, где применялось санация полости рта без использования кариеспрофилактических средств уровень высеваемости Streptococcus mutans практически не изменился и составлял 35,5±2,14 против 29,6±1,96. По истечении 2-х летнего наблюдения высеваемость стрептокоъъаъус мутанс в группе, где были использованы кариеспрофилактические средства, сохранилась в низких пределах по сравнению с до профилактическими мероприятиями. Так в I группе высеваемость его через 2 года была 14,6±0,89 против первоначальной 40,3± 2,23; II группе эти величины были 15,2±0,82 против 44,3±2,45. Противовес этим величинам в III группе после 2-х лет высеваемость Streptococcus mutans была высокой и соответствовала первоначальному уровню.

Следует отметить, что наблюдаемая разница между группами детей беженцев, где применялись КНАЧ и фтор-лак по высеваемости Streptococcus mutans статически не достоверно.

Согласно нашим исследованиям высеваемость Streptococcus Salivaris в 3-х группах в первоначальном изучении примерно одинаковая. Так, их величина составляет 18±0,95-20,5±1,10. После проведения профилактики наблюдаемые изменения группах исследования были неоднозначные. По истечению одного года наблюдения в группах использования кариеспрофилактических средств высеваемость Streptococcus Salivaris увеличилась по сравнению группы детей, где проведена санация полости рта без дополнительных средств, повышающих резистентность зубных тканей к кариесу. Величина их выражалось следующим: в I группе высеваемость Streptococcus Salivaris после 1-го года профилактики составила 25,3±1,12 против 18,2±0,95 первоначальной величины. Во II группе было 26,3±1,14 против 20,5±1,10. В контрольной группе величина высеваемости по истечении года была почти одинаковы: 19,8±0,98 и 20,3±1,04.

Таблица 2. Динамика высеваемости Salivaris mutans и Streptococcus Salivaris налета у детей Агджебединского рай до и после профилактики

Группа исследований	Salivaris mutans			Streptococcus Salivaris		
	I осмотр	II осмотр	III осмотр через 2 года	I осмотр	II осмотр	III осмотр через 2 года
I (санация + КНАЧ)	42,4±22,13	11,3±0,82	13,6±0,86	19,2±0,96	26,4±1,12	25,4±21,12
II (санация +фтор-лак)	40,8±2,20	12,4±0,70	14,2±0,78	18,5±1,0	27,3±1,13	24,6±21,17
III (санация)	41,5±2,08	37,6±2,06	36,9±2,10	19,6±0,90	21,3±1,08	20,3±1,16

После 2-х летнего наблюдения микробиологические исследования показали, что высеваемость указанного микроорганизма в группах, где проводилась санация и использовались кариеспрофилактические средства сохранялась на высоком уровне по сравнению с первоначальными данными. Так в I и II группах высеваемость указанного микроорганизма послу 2-х лет наблюдения составляла 24,6±1,22 и 24,8±1,16 против 18,2±0,95 и 20,5±1,10 соответственно первоначальным исследованиям. Что касается III группы то уровень его высеваемости практически не изменилась.

Результаты микробиологических исследований у детей контрольного района Агджебеди представлены в таблице 2, где видно что во всех группах наблюдения высеваемость стрептокоъъаъус мутанс примерно одинаковая. Так, их величина выражается следующим: 42,4±2,13-40,8±2,20-41,5±2,08.

Согласно данным таблицы 2 проведенные различные методы профилактики кариеса зубов оказали существенное влияние на высеваемость Streptococcus mutans.

Как видно из таблицы 2 при втором осмотре через 1 год наблюдения в I и II группах детей контрольного района высеваемости Streptococcus mutans существенно снизилась и статистически достоверна. Так, в указанных группах наблюдения при II осмотре через 1 год высеваевость Streptococcus mutans составляла 11,3±0,82 и 12,4±0,70 против 42,4±2,13и 40,8±2,20 соответственно до начало профилактики. В III группе, где проводилась санация полости рта без применения профилактических средств высеваемость указанного микроба практически не изменилась и величина была следующий: 37,6±2,06 против 41,5±2,08.

По истечению 2-го года наблюдения микробиологические исследования показали, что высеваемость Streptococcus mutans в группах где проводились кариес профилактика с использованием соответствующих средств сохранялась на низком уровне и достоверно отличалась от первоначальных величин. Так в I и II группах высеваемость указанного микроорганизма была 13,6±0,86 против 42,4±2,13 и 14,2±0,78 против 40,8±2,20. В отличие от показателей в III группе наблюдаемых детей высеваемость указанного микроба оставалось на прежнем высоком уровне и величина была следующей: 36,7±2,10 против 41,5 Streptococcus Salivaris 2,08.

По высеваемости Streptococcus Salivaris во всех группах детей контрольного района при первоначальном исследованием выявлялись одинаковые величины высеваемости указанного микроорганизма составляла следующее: 19,2±0,96, 18,5±1,0 и 19,6±0,90.

После первого года наблюдения у детей Агджебединского района высеваемость Streptococcus Salivaris повысилось по сравнению с первоначальным исследованиям. Так, в I и II группе наблюдения высеваесмость указанного микроорганизма составляла 26,4 ±1,12 и 27,3±1,13 против первоначальной 19,2±0,96 и 18,5±1,10 соответственно. В ЫЫЫ группе детей данный показатель оставались практически одинаковыми: 19,6±0,90 против 21,3±1,08.

По истечении 2-го года наблюдений высеваемость Streptococcus Salivaris имела аналогичную корреляцию наблюдаемую при вторичном исследовании. Уровень его высеваемости в группах, где использовалась кариеспрофилактические средства сохранился на высоком уровне по сравнению с первоначальном исследованием. Так, в I и II группах детей высеваемость Streptococcus Salivaris после двухлетнего наблюдения была 25,4±1,21 и 24,6±1,17 против 19,2±0,96 и 18,5±1,10 первоначальных величин. В III группе детей, где проведена только санация полости рта без применения кариеспрофилактических средств высеваемость Streptococcus Salivaris была низкой и соответствовала уровню наблюдения при первичном и вторичном исследовании. Величина была следующая: 20,3±1,16 против 19,6±0,90 и 21,3±1,08 соответственно.

При сравнительной оценки результатов микробиологических исследований между детьми беженцами и детьми контрольного района устанавливается следующее. Применение кариес профилактических средств оказывало существенное влияние на обсемененность зубного налета микробами, такими как Salivaris Mutans и Streptococcus Salivaris. После истечения двухлетнего применения КНАЧ и фтор-лака у детей беженцев и контрольного района Агджебеди высеваемость Streptococcus mutans достоверно снижалось, причем оба метода профилактики дали примерно одинаковые результаты. В группах детей при выполнении санации полости рта без использования кариес профилактических средств подобное не наблюдалось.

Полученные нами результаты микробиологических исследований еще раз убеждают

нас в эффективности использования концентрарированной настойки Азербайджанского чая в профилактике кариеса зубов как у детей беженцев, так и среди детей Агджебединского района. Учитывая данное положение, считаем целесообразным использовать его как кариеспрофилактическое средство среди детей в других регионах республики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В. и др. Терапевтическая стоматология. - М., 2004, 798 с.;
2. Зваягинцев В.В. и др. Кариес зубов резистентность эмали и состояние защитных факторов слюны у школьников в условиях высокогорья. - Автореферат дис.... канд. мед. наук, Тверь, 1990;
3. Зеленова Е.Г. и др. Микрофлора полости рта: норма и патология. - Нижний Новгород, 2004, 158 с.;
4. Рыбашев А.И. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. - М., 1973, 320 с.;
5. Кускова В.Ф. Роль микробной флоры при кариеса зубов и пародонтопатиях. - М., 1984, 126 с.;
6. Кох А. Измерения роста. Методы общей бактериологии . - М.: Медицина, 1984, 126 с.;
7. Марченко А.И. и др. Состояние местного иммунитета при кариесе и его осложнения у соматических здоровых людей. - Стоматология, 1985, N.4, с.23-25.

SUMMARY

TO BRING ON PROPHYLACTIC MICROFLORA FOR FUR OF TEETH

S. Mamedova

The investigated influence reduction tincture of Azerbaijan tea to caries in pathogen microbe's for fur of teeth, to realize in active condition action in refugee's and population of Agjebedi district. The research results are demonstration that using reduction tincture of Azerbaijan tea as preventive prophylactic's to several degrade sow Streptococcus mutans from the fur of teeth. These are make sure again us that advisability using of Azerbaijan tea as prophylaxis of caries of teeth.

Daxil olub: 10.10.2006

QISA MƏLUMATLAR - КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ƏCZAÇININ ƏXLAQ MƏCƏLLƏSİNİN ZƏRURİLİYİ VƏ BU SAHƏDƏ NƏZƏRƏ ALINMASI VACİB OLAN BƏZİ MƏSƏLƏLƏR

N.M.Naibov, G.R. Hüseynova, N.N.Naibov

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı ş.

Müasir dövrdə islahatların aparıldığı bir zamanda şirkətlərin, firmaların və apteklərin şəbəkəsi genişlənməkdədir. Şirkət və firmaların, eləcə də apteklərin sayı artdıqca rəqabət formalaşmağa başlayır. Pəqabətə tab gətirmək, bazara daha çox nüfuz etmək üçün onlar müəyyən prinsiplərdən, belə ki, keyfiyyət, xidmət, vicdanlılıq prinsiplərindən daha çox istifadə edirlər.

Əlbəttə, firmaların hər üç prinsipə əməl etmələri elə etik normalara, qaydalara riayət etmələridir. Bu prinsiplərdən öyrəndiyimiz problemə daha yaxını vicdanlılıq (düzgünlük) prinsipidir. Bu prinsipdə şirkətlər, firmaların bir qayda olaraq işçi heyətinin öz peşələrinə vicdanla yanaşmaları əks olunur. Qeyd edilir ki, əgər işçi öz peşəsinə hörmət edib istehsal etdiyi dərman preparatlarının keyfiyyətinə zəmanət verirsə, xidməti yüksək səviyyədə vicdanla yerinə yetirirsə, onda şirkət və firma daha çox nüfuz qazanır. İşçi bütün gördüyü işlərə vicdanla yanaşır və hər bir hərəkətinin nəticəsi üçün cavabdehlilik daşıyır.

Firma və şirkətlərdə qeyd olunur: əhaliyə vicdanla xidmət etmək lazımdır. Düzgün və vicdanla yerinə yetirilməyən iş bizə gərək deyil.

Lakin bunlara baxmayaraq, vicdanla işləməyən işçilərin fəaliyyəti nəticəsində əczaçılıq bazarında keyfiyyətsiz, təhlükəli dərman vasitələrinə rast gəlinir.

Fasilələrlə olsa da apteklərdə keyfiyyətsiz, bəzən də təhlükəli dərman vasitələri aşkar edilir və onların həmin seriyalarının yığışdırılması üçün Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən tədbirlər hazırlanır. Misal olaraq Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 2005-ci il 24 avqust tarixli 75-S saylı sərəncamını və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Mərkəzi Nəzarət Laboratoriyası tərəfindən 2005-ci ilin ikinci yarısında istifadəyə yararsız hesab edilmiş dərman preparatlarının siyahısını göstərə bilərik [1]. Siyahıda 20 adda, o cümlədən Doparol, Uroksim, Sulmin, Azomak, Lazolvan və s. dərman preparatları qeyd olunmuşdur.

Aparılan islahatlar, qanunlar neqativ halların qarşısını alsa da, bu sahədə etik prinsiplərə, normalara riayət etməyin vacibliyi mütləq nəzərə alınmalı bu prinsiplər, normalar müasir tələblərə uyğun inkişaf etdirilməli və mükəmməl əxlaq məcəlləsi işlənilməlidir.

Bəzi ölkələrdə, o cümlədən də Rusiyada əczaçının əxlaq məcəlləsi hazırlanmışdır [2]. Bu məcəllə 6 bölmədən ibarətdir: 1) əczaçı və cəmiyyət; 2) əczaçı və xəstə; 3) əczaçı və həkim; 4) əczaçının öz həmkarları ilə münasibəti; 5) əczaçı və əczaçılığın inkişafı; 6) əxlaq məcəlləsinin təsir hüdudları, ona yenidən baxılması və pozulmasına görə məsuliyyət.

Əczaçı və həkim bölməsində əczaçı və həkimin münasibətləri göstərilir. Ən çox həkimlə münasibətdə olan hansı əczaçılardır? Məsələn, istehsalla məşğul olan əczaçının menecer, distribyutor, satıcı sahibkar kimi fəaliyyət göstərən əczaçıların həkimlə birbaşa əlaqəsi olmur. Burada ancaq əczaçı-informatorun (reprezentin) həkimlə birbaşa əlaqəsi olur və informator əczaçının həkimlə davranışı münasibətlərindəki normalar daha qabarıq göstərilməlidir. Məsələn, əczaçı-informatorun (reprezentin) dərman təyinatı bu və ya digər yollarla həkimə təzyiqi, həkimi maraqlı etməyi yol verilməzdir və s.

Satıcı əczaçının alıcılarla münasibətləri birbaşa yaranır. Lakin satıcı əczaçının etikası tək satış zamanı, xəstə ilə söhbət zamanı deyil, onun başqa dövrlərdə də birbaşa olmayan münasibətləri yaranır. Xəstə ilə birbaşa görüşmür. O, xəstəni görmür. Ancaq ona verəcəyi dərman preparatlarının yararlılıq müddəti keçmişdir. O bu dərman preparatını satışdan kənarlaşdırmalıdır. Bu onun vəzifə borcudur. O, xəstəni aldada bilər, hüquq normalarını poza bilər. Bunu aşkarlamaq çətin olar, yəni xəstə dərman preparatını qəbul edər və heç bir effekti olmaz. Lakin əczaçının etik normalara riayət etməsi vicdanının səsi hər bir şeyə qalib gəlməlidir. O, düşünməlidir ki, bu dərman preparatını qəbul edən onun özününküdür. Etik normalara riayət edən, vicdanının səsinə qulaq asan əczaçı heç vaxt xəstəyə yararlılıq müddəti keçmiş dərman preparatını verməz.

Belə misallardan çox göstərmək olar. Ona görə də hər bir müxtəlif iş sahələrinə malik olan əczaçıların davranış qaydaları onların konkret olaraq fəaliyyətlərinə uyğun tərtib olunsa məqsədə uyğun olardı və hər bir əczaçı çətinlik çəkmədən hansı normalara riayət edəcəyini asan görərdi.

Bu baxımdandır ki, əczaçının əxlaq məcəlləsi işləndikdə yuxarıda göstərilən bölmələrlə yanaşı əlavə olaraq **istehsalçı əczaçının, distribyutor-əczaçının, satıcı-əczaçının, menecer əczaçının, sahibkar əczaçının, əczaçı-informatorun** (reprezentin), ekspert əczaçının, tədrislə və elmi işlə məşğul olan əczaçıların və s. konkret davranış normalarının göstərilməsi zəruridir.

Ona görə də məcəllənin ümumi və xüsusi hissələrdə verilməsi daha əlverişli olardı. Ümumi hissədə əxlaq, bioetika, deontologiya və s. əxlaqi prinsiplərlə bağlı anlayışların izahı, əczaçının ixtisasına aid riayət edəcəyi ümumi əxlaq normaları əhatə olunmalıdır. Xüsusi hissənin isə yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi konkret olaraq hər bir iş sahəsi üzrə əczaçının əxlaq normalarına həsr olunması daha düzgün olardı.

ƏDƏBİYYAT

1. Этический кодекс фармацевтического работника России (провизора и фармацевта). - Фармация, N. 2, 1997, с. 37-39;

2. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Mərkəzi Nəzarət Laboratoriyasının məlumatı. - Azərbaycan Əczaçılıq jurnalı, N.2, 2005, s.16.

SUMMARY

NECESSITY OF PHARMACEUTICAL ETHIC CODE AND SOME IMPORTANT ASPECTS IN THIS FIELD

N. Naibov, G. Huseynova, N. Naibov

Reflects necessity of pharmaceutical ethic code and composing it from two parts. It is stressed necessity of taking into consideration at this code the features of pharmaceutical work activity.

Daxil olub: **22.09.2006**

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СУБКЛИНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С

Н.А.Алиева, А.А.Гулиева

НИИ клинической медицины им. М.Топчибашева,
Семейно-оздоровительный центр Минздрава, г. Баку

Согласно результатам ранее проведенного нами серологического исследования крови соматических больных, находившихся в многопрофильном хирургическом стационаре, в среднем, около 12% этих больных оказалось инфицированными вирусом гепатита В (ВГВ) или/и вирусом гепатита С (ВГС) [1, 2, 3].

В литературе имеются многочисленные данные о том, что на фоне течения этих инфекций отмечаются разнообразные иммунологические нарушения и, в том числе, депрессия иммунологически обусловленной резистентности [6].

Учитывая эти данные, допустимо было предположить, что наличие указанных вирусных инфекций в принципе может сопровождаться повышением восприимчивости организма к вторичным инфекциям и, соответственно, частоты послеоперационных осложнений, связанных с септическим состояниями.

Приняв во внимание обоснованность этого предположения и тот факт, что в большинстве случаев у обследованных нами хируригических больных вызванные ВГВ и ВГС ин-

фекции протекали не только субклинически, но даже без повышения активности сывороточных печеночных ферментов, мы поставили перед собой цель сравнить основные показатели иммунологического статуса у инфицированных и неинфицированных этими вирусами пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Иммунологическому исследованию были подвергнуты образцы крови и выделенные из них сыворотки, полученные у 60 больных хронически текущими заболеваниями, находившихся в НИИ клинической медицины им. М. Топчибашева. У 20 из них был выявлен только HBsAg, у 20 - только антитела к ВГС (anti-HCV), а оставшиеся 20 больных не имели в крови ни одного из этих маркеров инфицирования. У всех 60 больных, вовлеченных в данное наблюдение активность аланин-аминотрансферазы оставалась в пределах нормы.

Т-лимфоциты в крови определяли методом розеткообразования с эритроцитами барана. Т-хелперные (Тх) и Т-супрессорные (Тс) лимфоциты дифференцировали с помощью теофиллинового теста. Уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке определяли седиментационным методом [5].

Показатели, отражающие состояние неспецифической иммунологически обусловленной резистентности (НИР) определяли с помощью известного комплекса лабораторных методов [4]. Фагоцитарно-метаболическую активность нейтрофилов оценивали в спонтанном варианте НСТ-теста и выражали в процентах НСТ-позитивных нейтрофилов. Число естественных киллерных клеток (ЕКК) подсчитывали в мазках крови, окрашенных по Романовскому-Гимзе, а концентрацию в сыворотке альфа-интерферона определяли иммуноферментным методом, используя коммерческие наборы реагентов.

Полученные результаты обработаны традиционным методом вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Судя по результатам проведенного нами исследования, у больных, инфицированных и неинфицированных ВГВ статистически устойчивая разница в относительном содержании в крови Т-хелперов и Т-супрессоров не выявилась, хотя у инфицированных больных, по сравнению с неинфицированными пациентами процент Т-хелперов в крови был несколько ниже, а процент Т-супрессоров - выше. Аналогичная картина выявилась и при сравнении этих же иммунологических показателей у хирургических больных, имевших и не имевших в крови anti-HCV.

Показатели, отражающие состояние НИР как у ВГВ-инфицированных, так и у ВГС-инфицированных больных не имели статситически значимого отличия от аналогичных показателей у больных, у которых не были выявлены серологические маркеры инфицирования как ВГВ, так и ВГС. Более того, указанные показатели, определенные у инфицированных этими вирусами хирургических больных, не имели сущесвенного отличия от таковых у здоровых лиц (доноров крови).

Существенное различие обнаружилось только в отношение уровня в сыворотке крови ЦИК - у больных, инфицированных как ВГВ, так и ВГС, по сравнению с неинфицированными пациентами этот показатель был достоверно выше, причем разница между ними оставалась статистически устойчивой при $p<0,05$.

Эти результаты хорошо согласуются с имеющимися в литературе данными о том, что при хронических инфекциях, вызванных ВГВ и ВГС иммунологические нарушения, связанные с депрессией НИР выявляются сравнительно редко, а наиболее типичными для этих инфекций является развитие на их фоне иммунопатологических состояний [6].

Проанализировав эти результаты мы пришли к заключению о том, что субклинически протекавшие без повышения активности сывороточной аланин-аминотрансферазы и ВГВ-инфекция, и ВГС-инфекция у обследованных нами хирургических больных, находившихся в многопрофильном стационаре не сопровождались ощутимым снижением основных показателей, отражавших состояние н е только антиген-зависимого, но и антиген-независимого звеньев иммунологической реактивности.

Это позволило полагать, что наличие субклинически протекающих ВГВ- и/или ВГС-инфекций не приводило к ощутимому снижению иммунологической резистентности, а значит, не сопрвождалось повышением чувствительности организма к вторичным инфекциям. А поскольку развитие вторичных и, в том числе, септических инфекций в послеоперационном периоде является одним из серьезных осложнений, можно было полагать, что указанные вирусные инфекции при отсутствии сопряженного с ними поражения печени вряд ли способны заметно повышать частоту развития этого типа осложнений хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Н.А. Инфекции, вызванные вирусами гепатитов В и С в многопрофильном хирургическом стационаре. - В кн.: Мат-лы научно-практической конференции, посвященной памяти Г.А.Алиева. Баку, 2006, с.68-70;

2. Алиева Н.А. Распространенность инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С среди пациентов многопрофильного хирургического стационара.- Биомедицина, 2006, N.3;

3. Алиева Н.А., Рахмани С.А., Ахундова Д.М., Мамедов М.К. Серологические маркеры инфицирования вирусами гепатитов В и С и гипераминотрансфераземия у больных в многопрофильном хирургическом стационаре. - Хирургия, 2006, N.2, с.63-65;

4. Мамедов М.К., Гиясбейли С.Р., Кадырова А.А. и др. Комплекс лабораторных методов оценки состояния неспецифической иммунологической резистентности для использования в профилактических и клинико-экспериментальных наблюдениях. Методические рекомендации. Баку, 2005, 18 с.;

5. Новиков Д.К., Новикова В.И. Оценка иммунного статуса. М. - Витебск, 1996, 281 с.;

6. Семененко Т.А., Мамедов М.К., Кадырова А.А. Хронические инфекции, вызванные вирусами гепатитов В и С как фактор депрессии неспецифической резистентности. - Мир вирусных гепатитов, 2005, N.5, с.5-6.

SUMMARY

INDICATORS OF IMMUNOLOGIC REACTIVITY AT PATIENTS WITH SURGICAL PATHOLOGY AND SUBCLINIC HEPATITIS B AND C VIRAL INFECTIONS

N.Aliyeva, A.Guliyva

The article contains data reflected that changing of some immunologic disorders at surgical patients with subclinical HBV- and HCV-infections and at patients without these infections were not significally different. It allows to suggest that subclinic course HBV- and HCV-infection will not increase the frequency of development of complications connected with secondary septic infection in postoperative period.

Daxil olub: 25.09.2006

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ - ВИРУСАССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ?

С.А.Курбанова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Мнение об этиологической связи ревматоидного артрита (РА) с инфекциями, что получило свое отражение в ранее использовавшемся названии этого заболевания - "инфектартрит", неоднократно высказывалось разными авторами и в разное время, хотя многочисленные попытки идентифицировать конкретный "возбудитель" РА среди бактерий неизменно оставались тщетными [3].

Не увенчались успехом и аналогичные поиски "возбудителя" РА среди вирусов, хотя в пользу вирусной гипотезы происхождения этого заболевания свидетельствовали некоторые косвенные данные. Так, к примеру, имеются сообщения об электронно-микроскопическом обнаружении вирусоподобных включений в клетках синовиальных оболочек суставов у больных РА, однако ни в одном из известных нам наблюдении изолировать какой-либо вирус, реально претендующий на роль возбудителя РА, так и не удалось [1, 4].

Доказательство иммунозависимой природы этого заболевания существенно изменило акценты при оценке возможной роли инфекционных агентов в этиопатогенезе РА. В частности, в качестве потенциальных этиологических факторов развития РА стали рассматриваться те инфекционные агенты, которые могли бы стать инициаторами "перестройки" иммунологической реактивности на иммунопатологический лад и обусло-

вить активацию иммунокомпетентных клеток с последующей инфильтрацией ими синовиальных оболочек суставов.

Вместе с тем вопрос о роли вирусов в этиопатогенезе РА до сих пор остается не решенным. Именно в силу этого мы поставили перед собой скромную задачу проанализировать данные по этому вопросу, имеющиеся в литературе и оценить реальность возможности участия вирусов в развитии этого заболевания или, по крайней мере, в формировании предиспозиции к РА.

Учитывая особенности патологического субстрата, лежащего в основе РА - дезорганизации соединительной ткани суставных хрящей и синовиальных оболочек, а также приняв во внимание основной механизм его формирования - аутоиммуноагрессивные реакции, направленные против клеточных элементов и основного межклеточного вещества соединительной ткани, мы пришли к выводу о том, что РА может быть следствием реализации одного из двух возможных вариантов проявлений патогенного действия вирусов.

Первый из них возможен, если вирусы, принимающие участие в формировании РА способны непосредственно инфицировать клетки соединительной ткани, а именно фибробласты и гистиоциты, представляющие собой ни что иное, как резидентные макрофаги. Однако, как следует из литературы многочисленные попытки выделить какие либо вирусы в этих клетках так и остались безрезультатными.

Второй, представляющийся более реалистичным, вариант реализации патогенного вируса может быть обусловлен их непосредственным участием в активации иммунокомпетентных клеток в тканях или периферической крови, которые в последующем инфильтрируя синовиальные оболочки суставов, вызывают их воспалительное поражение.

Очевидно, что этот вариант реален только для тех вирусов, которые обладают, во-первых, более или менее, выраженным тропизмом к клеткам иммунной системы и, во-вторых, способностью длительно персистировать в организме. Более того, поскольку данные о тесной взаимосвязи РА с какими-либо клинически манифестными вирусными заболеваниями до сих пор не получены, мы полагали, что рассматривать в данном контексе имеет смысл лишь те вирусные инфекции, которые широко распространены во всем мире.

С учетом этих соображений, мы полагали, что участвующий в патогенезе РА вирус, следовало бы искать, в первую очередь, среди ДНК-содержащих вирусов из семейств Herpesviridae, Adenoviridae и Hepadnaviridae и РНК-содержащих вирусов, являющихся представителями семейств Retroviridae, Myxoviridae и Flaviviridae.

Среди вирусов как возможных пусковых механизмов РА уже много лет интенсивно обсуждается роль вируса Эпштейна-Барр, цитомегаловируса и даже вируса простого герпеса. В последние годы большее внимание обращено к Т-лимфотропному вирусу человека 1-го типа, вирусам гепатита В, гепатита С, а также, вирусам - возбудителям "медленных" инфекций.

Даже малоинтенсивная репродукция этих вирусов может сопровождаться таким воздействием на ферментные системы клеток, которое способно приводить к изменению спектра синтезируемых белков и, в итоге, к изменению антигенности экстрацеллюлярных компонентов синовиальной ткани и суставного хряща (гиалуроновой кислоты, коллагена и др.). В такой ситуации они могут индуцировать в пораженных клетках синтез и секрецию неинфекционных, но обладающих антигенностью клеточных белков, изменять стуктуру клеточных мембран, что является стимулом к развертыванию ответных иммунологических реакций.

Затрагивая вопрос о способности вирусов индуцировать развитие иммунологических нарушений, возможно связанных с патогенезом РА, отметим, что имеется целый ряд неопровержимых доказательств того, что вирусы вполне обоснованно могут рассматриваться как индукторы иммунопатологических процессов [2].

Иммунопатология, в основе которой лежит токсическое действие на ткани и органы циркулирующими иммуннными комплексами (ЦИК) и других аутоиммунных реакций, обусловленных как клеточными, так и гуморальными факторами, очень часто отмечается при многих вирусных инфекциях. При этом она может формироваться посредством двух механизмов.

В первом случае она называется вирусиндуцированной; при этом токсическое действие на ткани и органы оказывают продукты иммунологических реакций, происхо-

дящих между вирусными антигенами и антителами к ним.

Во втором случае иммунопатология рассматривается как вирусассоциированная, поскольку упомянутое выше токсическое действие обусловлено ЦИК, образовавшимися ходе взаимодействия не между вирусспецифическими белками и антителами к ним, а между серологически активными компонентами тканей, так или иначе, поврежденных в ходе развития вирусной инфекции (т.е. аутоантигенами) и антителами к ним (аутоантителами).

Следует заметить, что при если при острых вирусных инфекциях наиболее значимы вирусиндуцированные иммунопатологические процессы, то при хронических вирусных инфекциях на первый план выходят аутоиммунные реакции.

Необходимо отметить, что среди последствий иммунопатологических процессов, помимо развития иммуновоспалительного повреждения тканей-"мишеней" и уже упомянутой иммуносупрессии, следуеть отметить и то, что интенсивное течение аутоиммунных реакций приводит к неоправданным затратам клеточных и гуморальных факторов, "расходуемых" в процессе течения этих реакций и, соответственно, к перенапряжению резервов иммунной системы.

Итак, в заключение следует отметить, что к настоящему времени уже накоплено достаточно много сведений, указывающих на вероятное патогенетическое значение персистирующих вирусных инфекций при РА. Уже сейчас можно с определенной долей уверенности говорить о том, что вирусы могут быть названы, по крайней мере, "первыми среди равных" факторов окружающей среды, способных провоцировать развитие аутоиммунных нарушений и, тем самым, принимать непосредственное участие в патогенезе РА.

Таким образом, спектр вирусов как возможных инициаторов РА весьма широк. Вместе с тем, складывается впечатление, что не существует единого этиологическое агента, вызывающего РА. Скорее всего внедрение патогенных вирусов приводит к начальному повреждению ткани и "запускает" самоподдерживающиеся процессы воспаления синовии. Вместе с тем, не следует упускать из виду, что вирусы, при этом, могут быть лишь одним из нескольких факторов, участвующих в формировании РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горячев Д.В., Егорова О.Н., Балабанова Р.М.. Роль вирусов в развитии ревматоидного артрита. - Тер. архив, 2001, N.2, с.72-75;

2. Мамедов М.К. Типы воздействия вирусов на иммунную систему: подходы к классификации иммунологических феноменов. - Биомедицина, 2006, N.3, с.43-44;.

3. Насонова В.А. Ревматоидный артрит. М.: Медицина, 1983;

4. Петров А.В., Дударь Л.В., Малый К.Д. Персистенция различных инфекционных агентов в мононуклеарных лейкоцитах крови в дебюте ревматоидного артрита. - Тер. архив, 2004, N.5, с.51-53.

SUMMARY

IS RHEUMATHOID ARTRITIS VIRUS-ASSOCIATED DISEASE?

S. Kourbanova

The communication contains some data demonstrated principal possibility of viruses participation in the pathogenesis of rheumathoid artritis and at the least in forming of predisposition to this disease. In this role viruses are inductors of immunopathologic reactions which iniciate primary alterations of joins's tissues.

Daxil olub: 27.09.2006

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

Т.Ш.Мамедова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Сообщение суммирует основные результаты, проведенного нами с помошью клинических и электрофизиологических методов, обследования 136 больных острыми вирусными гепатитами, из которых у 42 был гепатит А (ГА), у 73 - гепатит В (ГВ) и у 21 - гепатит С (ГС).

В период разгара болезни спектр объективных неврологических признаков при ГВ был существенно шире, чем при ГА, а частота их регистрации и выраженность выше. При ГС эти признаки регистрировались чаще, чем при ГА и реже, чем при ГВ. В периоде выздоровления у больных ГА все выявленные у них ранее признаки исчезли, тогда как у больных ГВ большая часть этих признаков сохранилась.

В период разгара заболеваний у больных выявились признаки нарушений вегетативной регуляции, указывающие на изменение соотношения тонуса симпатической и парасимпатической иннервации: симпатический тип ОП был отмечен у 26,2% больных ГА и у 64,4% больных ГВ ($p< 0,05$), а ваготонический тип - у 47,6% больных ГА и у 19,2% больных ГВ ($p<0,05$). Это означало, что течение ГА сопровождалось повышением тонуса парасимпатической, а у больных ГВ и, частично, ГС - симпатической нервной системы. Вегетативные нарушения сохранились и в периоде выздоровления, однако, у больных ГА они отмечались реже, нежели у больных ГВ. Так, нормотонический тип ОП у больных ГА восстановился у 92,9% больных, в то время как у больных ГВ этот показатель достиг лишь 75,3%.

Случаи сочетанного проявления нескольких субъективных и объективных неврологических симптомов, отмеченных в стадии разгара заболеваний у одних и тех же больных были сгруппированы в 4 клинико-неврологических синдрома. Астено-депрессивный синдром отмечался в 7,1% случаев при ГА, в 16,4% - при ГВ и в 14,3% - при ГС. Астено-вегетативный синдром отмечался у 31,0% больных ГА, у 43,8% больных ГВ и у 19,0% больных ГС. Энцефалопатический синдром не был отмечен при ГА, но имелся у 11,0% больных ГВ и у 4,8% больных ГС. Нейропатический синдром был отмечен только у больных ГВ в 5,5% случаев.

При электрографическом (ЭЭГ) исследовании больных были выявлены следующие особенности. При легких и средне-тяжелых формах ГА в 66,7% случаях были выявлены изменения ЭЭГ, не выходящие за пределы нормы, а в 33,3% случаев - легкие изменения ЭЭГ с признаками функциональной неустойчивости диэнцефально-стволовых структур. При ГВ в 15,2% случаев изменения ЭЭГ оставались в пределах нормы, а легкие изменения ЭЭГ выявились в 51,5% случаев. В 33,3% случаев выявлялись умеренные изменения с нарушением функционального состояния срединностволовых и подкорковых структур мозга. При ГС у 85,7% обследованных выявились легкие общемозговые изменения. Умеренные общемозговые изменения выявлены у 14,3% больных.

При реоэлектрографическом (РЭГ) исследовании было установлено следующее. У 86,7% больных ГА пульсовое кровенаполнение сосудов головного мозга было достаточным в обоих бассейнах, а у остальных - пульсовое кровенаполнение умеренно понижено только в сосудах вертебро-базиллярного бассейна (ВББ). У 20% больных тонус сосудов оставался нормальным, а у 6,7% больных понижение тонуса сосудов выявлялось только в ВББ. В 46,6% случаев отмечалась дистония сосудов с четкой тенденцией к понижению тонуса. Признаки затруднения венозного оттока выявлись лишь у 6,7% пациентов.

При ГВ пульсовое кровенаполнение сосудов головного мозга было достаточным в обоих бассейнах в 42,4% случаев. Понижение пульсового кровенаполнения сосудов головного мозга выявилось в 15,1% случаев, а его понижение только в ВББ отмечалось в 36,4% случаев. В 6,1% случаев пульсовое кровенаполнение сосудов было умеренно повышенным только в сосудах ВББ. Межполушарная асимметрия выявлена у 18,2% больных и, в том числе в обоих бассейнах у 1 больного и только в ВББ - у 5 пациентов.

Тонус сосудистой стенки оставался нормальным в обоих бассейнах в 18,2% случа-

ях, нормальным в системе внутренней сонной артерии (СВСА) и неустойчивым в ВББ - в 21,2% случаев. В 24,2% случаев отмечены признаки различной степени (легкой, средней, выраженной) неустойчивости тонуса сосудов, в основном, с тенденцией к понижению. Сосудистая гипотония отмечалась в 27,3% случаев, а повышенный сосудистый тонус в 9,1% случаях. Признаки затруднения венозного оттока выявились в 21,2% случаев.

При ГС лишь в 14,3% случаев пульсовое кровенаполнение было достаточным в сосудах обоих бассейнов, в 71,4% случаев в СВСА и умеренно пониженным в ВББ. В 14,3% случаев отмечалось повышение пульсового кровенаполнения в обоих бассейнах справа. У 71,4% пациентов выявилась неустойчивость тонуса сосудистой стенки с тенденцией к понижению в 28,6% и с выраженной поликротией - в 14,3% случаев.

Частота и выраженность электрофизиологических признаков дисфункции ЦНС были наибольшими при ГВ, причем среди этих больных разница между частотой и выраженностью этих признаков при легких и средне-тяжелых формах течения заболевания была более отчетливой, по сравнению с аналогичной разницей между больными легкой и средне-тяжелой формами течения ГА.

На основе анализа этих результатов был сделан ряд выводов.

Спектр, частота регистрации и выраженность субъективных и объективных клинических и электрофизиологических признаков дисфункции ЦНС, а также, продолжительность периода их выявления отличались друг от друга у больных с различными этиологическими типами вирусных гепатитов [1].

У больных ГА, примерно, в 50% случаев выявлялись различные признаки психоэмоциональных расстройств и нарушения вегетативной регуляции и менее, чем в 10% случаев объективные симптомы нарушений соматической нервной системы. Эти признаки носили слабо выраженный и преходящий характер: абсолютное большинство из них и уже в периоде выздоровления исчезало [4].

У больных ГВ более, чем в 50% случаев выявлялись признаки нарушений в психоэмоциональной сфере и нарушения вегетативной регуляции и в 10-20% случаев объективные симптомы нарушений соматической нервной системы. Эти признаки носили более выраженный и продолжительный характер и большинство из них продолжали обнаруживаться в периоде выздоровления [2, 3].

У больных ГС частота обнаружения субъективных и объективных симптомов психоневрологических нарушений, а также их выраженность и продолжительность выявления были выше, чем у больных ГА, но ниже, чем у больных ГВ.

Частота и выраженность электрофизиологических признаков дисфункции ЦНС, отражавших изменения мультинейронной активности головного мозга и изменения центральной гемодинамики были наибольшими у больных ГВ, причем разница между частотой и выраженностью этих признаков при легких и средне-тяжелых формах течения ГВ была более отчетливой, по сравнению с аналогичной разницей у больных легкой и средне-тяжелой формами течения ГА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедова Т.Ш. Электрофизиологические особенности неврологических нарушений у больных острыми вирусными гепатитами. - Здоровье, 2004, N.4, с.64-66;

2. Мамедова Т.Ш. Неврологическое и электрофизиологическое исследование лиц с субклиническими инфекциями, вызванными вирусами гепатитов В и С. - Мир вирусных гепатитов, 2004, N.2, с.6-7;

3. Мамедова Т.Ш. Изменения нервной системы у больных острыми вирусными гепатитами. Автореф. дисс... канд.мед.наук. Баку, 2005;

4. Мамедова Т.Ш., Магалов Ш.И. Клинические особенности неврологических нарушений у больных острыми вирусными гепатитами. - Биомедицина, 2003, N.4, с.15-18.

SUMMARY

CLINICAL AND ELECTROPHYSIOLOGICAL SIGNS OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM DYSFUNCTION AT ACUTE VIRAL HEPATITIS

T.Mamedova

In the observation 136 patients were involved including 42 patients with HA, 73 patients with HB and 21 patients with HC. All of them were examined with the help of complexed clinical and electrophysiological methods.

It was demonstrated found out the spectrum of psycho-emotional changing and disorders in somatic and autonomic nervous system and it was quantitated registration frequency of these symptoms at patients with HA, HB and HC at clinical manifestation and recovering periods.

Daxil olub: 28.09.2006

О ПОВТОРНОМ ЧРЕВОСЕЧЕНИИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

Ф.А.Тагиев, М.О.Юсубов, С.Б.Ашурова

Клинический медицинский центр, г. Баку

Среди многих оперируемых по поводу различных заболевании органов живота всегда имеется группа больных, у которых в различные послеоперационные сроки возникают осложнения, требующие повторного оперативного вмешательства Однако, по данным И Ф. Бородина и А. А. Гуриновича (1970) послеоперационные осложнения по своей частоте требуют повторного чревосечения лишь в 03% случаях.

По литературным данным частота осложнений, вынуждающих прибегать к повторному чревосечению после аппендектомии, колеблется от 0,7 до 2,6% [4, 3, 2].

На материале более 15680 больных КБСМПг. Баку, им. М. Нагиева за последние 40-45 лет нам встретились два случая повторного чревосечения после аппендэктомии [5].

Наши случаи служат иллюстрацией к сказанному.

1. Больная О. Ш. С, 30 лет история болезни №13952, поступила в больницу Скорой Медицинской Помощи г. Баку 280С-1972 г. с диагнозом: нагноившаяся рана после аппендэктомии, инфильтрат. Жалобы на боли в области послеоперационной раны и гнойное отделяемое из раны При поступлении был установлен предположительный диагноз - лигатурный свищ.

Со слов больной в 1971 г., в ЦРБ Куткашенского района была оперирована по поводу остроге аппендицита Спустя месяц после операции появились боли в области послеоперационного рубца, покраснение и затем открылся свищ с гнойным отделяемым. По поводу функционирующего свища четыре раза подвергалась безуспешной операции в ЦРБ. В последнее время боли в области рубца усилились, появились краснота и гнойное отделяемое из раны, повысилась температура По поводу этих явлений госпитализирована в БСМП г. Баку.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Видимые слизистые и ложные покровы бледны. Тоны сердца ясные, пульс 82 удара в одну минуту, А/Д -160/95 мм. рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий. Печень, селезенка и почки не патинируются. Справа в подвздошной области на месте бывшего операционного рубца отмечается болезненность. Вокруг рубца имеется краснота отечность с наличием двух свищевых отверстий с густым гнойным отделяемым. Диагноз: инфильтрат послеоперационного рубца с гнойным отделяемым. Лигатурный свищ.

1/X1-1972 г. операция: под местным обезболивающим 0,5% раствора новокаина рассечен старый рубец. При ревизии свищевого хода выяснилось, что последний связан со слепой кишкой, которая тесно спаяна с брюшиной и неподвижна. Припаянная часть слепой кишки утолщена и рубцово.

Слепая кишка освобождена из сращений. Наружный свищ уходил к стенке слепой в ретроцекапьной ее части, где переходил на остаток червеобразного отростка длиной в 4 см замурованного в который с трудом освобожден. Повторная аппендэктомия. Заживание раны первичное.

Патогистологическое исследование:

Макроскопическое: червеобразный отросток 4 см. Просвет слегка расширен, содержит каловую массу.

Микроскопическое: флегмонозно-язвенный аппендицит.

В хорошем состоянии 13/03-1972 г, выписана под амбулаторное наблюдение.

2. Больная Г. Н. Н, 46 лет; история болезни №713 поступила в Клинический Медицинский Центр 10/1-2006 г. с диагнозом: Состояние после аппендэктомии от 17/II-2005 г., наружный частичный кишечный свищ правой подвздошной области. Жалобы на выделение жидкого кала из

свища, гипертермию, обитую слабость, кашель. Со слов больной 17/ХП-05 г. в Худатской районной больнице ей была произведена аппендэктомия. Операция проходила с техническими трудностями и продолжительное время, Через 2-3 дня после операции из раны в правой подвздошной области стал выделятся жидкий вал. С тех пор у больной высокая температура тела - 39°С и более. Впоследствие удалось выяснить, что в послеоперационном периоде у больной развились явления дыхательной недостаточности в виде удушья, одышки, цианоза и акроцианоза, затем присоединилась высокая температура тела (возможно, у больной место пневмония на фоне тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии).

В клинике больная была тщательно обследована. При клинико-инструментальном обследовании (в том числе компьютерной томографии) было заподозрено наличие абсцесса в брюшной полости. 16/1-06 г. под эндотрахеальным наркозом была произведена срединная лапаротомия. Во время ревизии оказалось, что червеобразный отросток не был удален во первой операции. Он располагался ретроцекально, был гангренозно изменен и "слегка отсеченный" во время предыдущей операции. Верхушка отростка была фиксирована к париетальной брюшине по направлению к ране в правой подвздошной области (что и явилось причиной кишечного свища). Кроме этого на. расстоянии 10 см от баугиновой заслонки петля подвздошной кишки была "подшита" к париетальному листку брюшины передней брюшной стенки, что вызвало явления частичной кишечной непроходимости из-за деформации кишки в виде "двустволки". В брюшной полости имелось около 250 мл мутного серозного выпота, но абсцесс не был обнаружен. Мутно-серозный выпот высушен, произведена ретроградная аппендэктомия: культя обработана йодовым настоем, перетонизирована в слепую кишку кисетным и "Z"-образными швами. Верхушка отростка фиксированная к париетальной брюшине по направлению к ране разъединена от образовавшихся спаек частично иссечены, проходимость восстановлена. Правая подвздошная и малый таз промыты антисептическими растворами, от дополнительной раны в ложу аппендикса введен двухстволчатый дренаж.

Лапаротомная рана послойно ушита. Асептическая наклейка. Края кожи (свища) старого послеоперационного рубца иссечены. Рана обработана 10% раствором йосепта, высушена и тем же раствором насыщенная турунда в полость, на кожу сближающий один шов. Асептическая наклейка.

Послеоперационный период протекал гладко. Раны зажили первичным натяжением. На 8-10 день удалены швы.

Патогистологическое исследование:

Макроскопическое: червеобразный отросток 10 см. Просвет расширен, содержит каловую массу и камень.

Макроскопическое: флегмонозный гангренозный аппендицит.

В хорошем состоянии 30. 01. 06 г. Выписана под амбулаторное наблюдение.

Данные наблюдения представляют практический интерес для предупреждения технических ошибок при оперативных вмешательствах вообще и при аппендэктомии в частности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородина И.Ф., Гуринович А.А. К диагностике и лечению ранних осложнений после операций органов брюшной полости. - Здравоохр. Беларуссии, 6, 1970, с. 22-24;

2. Журавский Л.С. Релапаротомия. - Л.: Медицина, 1974;

3. Закашанский И.Г., Митасова В.И. К оценке послеоперационных осложнений по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. - В кн.: Актуальные вопросы общей и неотложной хирургии, Киев, 1970;

4. Иоссет Г.Я., Кощер И.И. О ранних повторных чревосечениях. - Клин, хирургия., 1964, 10, с. 59-63;

5. Тагиев Ф. А Причины летальности при осложненных формах аппендицита и пути ее снижения. - Азернешр, 1995.

SUMMARY

REGARDING REPEATED LAPAROTOMIA AFTER APENDOCTOMIA

F.Tagiyev, M.Yusubov, S.Ashurova

We introduce rare situation of repeated LP after partial apendoctomia. Suggested observation has practical meaning so preserves technical mistakes which arises after surgical operation.

Daxil olub: **03.10.2006**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ХИПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА

Ф. Н. Усубова, Ф. Д. Мамедова, Е. Г. Садыхова, Т. Ш. Ширинова, Г. Ч. Алиева

НИИ кардиологии, г. Баку

Лечение больных артериальной гипертонией (АГ) с наличием таких факторов риска, как ИБС, сахарный диабет (СД), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) представляет сложную задачу. Наличие каждого из вышеперечисленных факторов риска у больных с АГ в значительной степени способствует утяжелению течения основного заболевания, приводя к прогрессивному ухудшению состояния больного, повышает частоту инвалидности и летальности среди этой категории больных. Установлено, что летальность среди этих больных АГ с наличием факторов риска в ближайшие пять лет повышается до 30%. При проведении многоцентровых рандомизированных контролируемых исследований большинство исследователей сошлись во мнении, что для успешной профилактики осложнений АГ у больных с наличием факторов риска систолическое АД следует корригировать до уровня 140 мм рт. ст, а диастолическое АД - до уровня 85 мм рт. ст. За последние годы в лечении больных АГ все чаще прибегают к назначению комбинированных препаратов с различным механизмом гипотензивного воздействия. Появились фиксированные низкофазовые комбинации гипотензивных препаратов, что позволило усилить гипотензивный эффект, уменьшив количество побочных осложнений. Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности, переносимости и влияния на качество жизни препарата хиприл, у больных АГ с сопутствующими факторами риска. Под нашим наблюдением находились 30 больных АГ в возрасте от 48 до 70 лет с давностью заболевания от 5 до 12 лет (6 мужчин и 24 женщины). Больные ранее получали малоэффективную гипотензивную терапию. Из них у 10 больных имелась сопутствующая ИБС, документированная ЭКГ, у 12 больных - сопутствующие СД 2 типа, у 8 больных индекс массы тела (ИМТ) превышал 28 кг/м^2. У 22 больных были выявлены ЭКГ признаки ГЛЖ. После 7-10 дневного "отмывочного" периода больным был назначен хиприл (Микро Групп, Индия), который является комбинацией 5 мг ингибитора АПФ лизиноприла + 5 мг антагониста кальция амлодипина. Одновременно были рекомендованы диета с ограничением поваренной соли, животных жиров и физические упражнения.

В исследования не были включены больные с нестабильной стенокардией, нарушениями ритма, сердечной недостаточности, заболеваниями легких, нарушениями мозгового кровообращения. Больным производилось измерение АД, регистрировалась ЭКГ, определялись уровни гликемии, общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ), а также качество жизни. Измерение АД методом Короткова. Запись ЭКГ - в 12 стандартных отведениях.

Качество жизни определяли по сумме баллов при тестировании больных по стандартной методике. Все исследования производились до начала исследования и при достижении стабильного гипотензивного эффекта. Препарат назначался по 1-2 табл. в сутки в зависимости от исходного уровня АД. Продолжительность наблюдений составила 12 недель. Контроль АД осуществлялся дважды в неделю.

На фоне проводимой терапии у 27 больных был получен отличный и хороший гипотензивный эффект. Так у них было отмечено снижение систолического АД до 138,4±8,2 мм рт. ст. (p 0,01), что на 22 мм ниже исходного уровня, и диастолического АД до 86,4±2,4 мм рт. ст., что в среднем на 20 мм ниже исходного уровня. Значительных изменений частоты сердечных сокращений не выявлялось. При этом улучшились субъективные ощущения, уменьшились характерные для основного заболевания жалобы. У больных с сопутствующей ИБС прослеживалось уменьшение количества болевых присту-

пов и их интенсивности, у 8 больных прослеживалась положительная ЭКГ динамика. При анализе данных проведенного после лечения тестирования определено уменьшение количества негативных переживаний и снижение уровня тревожности у 86,7% больных. Уровень гликемии у больных с сопутствующим СД 2 типа не претерпевал каких-либо существенных колебаний. Не прослеживалось так же каких-либо значительных колебаний величин ОХС и ТГ, которые находились в пределах 4,2-4,8 ммоль/л и 1,69-2,11 ммоль/л, соответственно во время всего периода наблюдений.

Препарат хиприл является высокоэффективным гипотензивным средством, хорошо переносится больными, повышает качество жизни, метаболически нейтрален. Применение комбинированного препарата хиприл может быть рекомендовано для лечения АГ у больных с сопутствующими факторами риска.

SUMMARY

EFFECTIVNESS OF HIPRIL IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH RISK FACTORS

F. Usubova, F. Mamedova, E. Sadiqova, T. Shirinova, Q. Quliyeva

The aim of our study was to compare hypertensive, metabolic effects and Changes in quality of life of xipril. 30 hypertensive patients with such factors of risk as CHD were observed during 12 weeks, diabetes mellitus, left ventricular hypertrophy dynamics parameters: blood pressure, blood lipids and glucose, EKQ parameters, quality of life were studied. Xipril demon stated good hypertensive efficacy and was metabolically neutral.

Daxil olub: 05.10.2006

ВКЛАД АЗЕРБАЙДЖАНСКИХ УЧЕНЫХ В ИЗДАНИЕ УЧЕБНО-МОНОГРАФИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: МЕДИЦИНСКАЯ ВИРУСОЛОГИЯ

Е. У. Пиралиева

Азербайджанская государственная республиканская научно-медицинская библиотека, г. Баку

Прошло, 15 лет с того времени как Азербайджан вновь обрел политический суверенитет и укрепил свою экономическую независимость. И сегодня на повестке дня стоит актуальный вопрос о необходимости интенсивного развития национального науковедения и об активной оценке вклада азербайджанских ученых в развитии медицинской науки в нашей стране.

Как известно научные монографии традиционно являются работами, содержащими результаты серий сходных по тематике или по содержанию исследований, и, выступая, как правило, итогом многолетнего труда ученых долгие годы остаются востребованными. С другой стороны, основным базисом для подготовки новых специалистов и национальных научно-педагогических кадров является учебная литература для студентов высших учебных заведений, подготовка которых является прерогативой, в основном, лишь крупных ученых.

Поэтому, проанализировав многолетние процессы издания такой литературы и пополнения фонда национальной научной литературы можно составить достаточно объективное представление, отражающее особенности развития в Азербайджане не только медицинской науки и общественного здравоохранения, но и подготовку новых кадров.

Эти рассуждения побудили нас начать систематическую и весьма значительную по

объему работу, направленную на составление полного библиографического описания учебной и научной литературы, посвященной фундаментальной и клинической медицине, принадлежащей перу наших соотечественников, которая позволила бы оценить реальный вклад, внесенный нашими учеными в создании национального, а в некоторых случаях, и международного фонда научно-медицинской литературы.

Приводимые ниже данные являются лишь первым и лишь небольшим фрагментом этой работы, отражающим деятельность Азербайджанских ученых в области создания национального фонда научной и учебной литературы по проблемам медицинской вирусологии, изданные на русском и, главное, на азербайджанском языках. Отметим, также, что, приводя эти данные, мы не касались книг, изданных на других языках и переведенных на азербайджанский язык.

Вирусология является одной из самых молодых медико-биологических наук, а ее история охватывает период, чуть превышающий одно столетие, причем наиболее плодотворными оказались последние 50 лет ее развития. Именно этот период развития медицинской вирусологии, ознаменовавшийся коренным пересмотром воззрений на природу и происхождение вирусов, на их роль в патологии человека, а также, появлением новых высокоэффективных методов не только диагностики и лечении, но и профилактики вирусных болезней.

Мы проанализировали имеющиеся в нашем распоряжении библиотечно-библиографические ресурсы учебников и научных монографий по проблемам медицинской вирусологии. Ниже мы проводим краткую характеристику этих работ.

Первой монографией, посвященной проблеме медицинской вирусологии, является изданная 1961 г. в городе Баку на азербайджанском языке книга Р.Б.Джавадова о тяжелом вирусном заболевании - натуральной оспе [4], а первое практическое пособие по вирусологии было издано в городе Баку в 1962 г. [3].

Первое в Азербайджане учебное пособие по медицинской вирусологии для студентов-медиков на Азербайджанском языке вышло в свет в городе Баку в 1986 г. Именно эта сравнительно небольшая по объему книга впервые в Азербайджанской медицинской литературе содержала систематическое рассмотрение теоретических и практических основ этой дисциплины [1].

В этом же году в г. Баку была издана первая монография, посвященная проблеме вирусных гепатитов [6]. Надо отметить, что, в позднее, уже в 1993 г. в нашей стране было издано обстоятельное руководство для врачей и студентов, посвященное этой проблеме [13]. Сокращенный и переработанный вариант этого руководства в 2000 г. был издан в г. Минске [8]. Отметим и то, что Азербайджанский ученый является соавтором и монографии, посвященной лечению вирусных гепатитов, изданной в 1999 г. в г. Ташкенте [14].

В 1991 г. Азербайджанскими авторами было подготовлено одно из самых первых в бывшем СССР руководств для врачей, посвященных проблеме диагностики и профилактики синдрома приобретенного иммунодефицита [7]. Спустя 4 года один из авторов этой книги подготовил сокращенный и переработанный вариант этой книги, изданной на Азербайджанском языке [2]. Здесь же, уместно отметить и хорошо известное в России и в странах СНГ руководство, посвященное этой же проблеме, составленное нашей соотечественницей и опубликованное в г. Санкт-Петербурге на русском языке [15].

Азербайджанскими авторами была подготовлена и монография, посвященная проблеме, в основном, онкогенных вирусов, изданная в 1992 г. Баку [9]. Год спустя эти же авторы издали монографию, посвященную онкологическим аспектам вирусного гепатита В, получившую высокую оценку и за пределами нашей страны [5].

В 2005 г. Москве была издана получившая положительные отзывы специалистов монография, посвященная проблеме интерферонов и их применению в клинической медицине и, в том числе, в лечении вирусных заболеваний [11].

В нашей стране было издано и руководство для врачей по теоретическим основам и практическому применению в диагностике вирусных инфекций твердофазного иммуноферментного метода [10]. Через 7 лет переработанный вариант этого руководства был переиздан в г. Москве [11].

Подводя итоги изложенному выше, следует подчеркнуть, что судя по работам Азербайджанских ученых, они внесли определенный вклад в формирование фонда научно-монографической литературы, посвященной нескольким разделам, современной меди-

цинской вирусологии. Однако, приходится с сожалением отметить, что в нашей стране до сих пор так и не издано систематическое руководство по основам медицинской вирусологии, выхода в свет которого продолжают ожидать молодые врачи и студенты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Əliyev N.C., Qədirova H.A., Zeynalova S.Q. Tibbi virusologiya kursuna dair tədris vəsaiti. - B.: N. Nərimanov ad. ADTİ, 1986, 100 s.;
2. Rüstəmov R.Ş., Şirinov R.Ş. Zəmanəmizin ən qorxulu xəstəliyi. - B., 1995, 106 s.;
3. həsənov T., Nəcəfova N. Praktiki virusologiyanın əsasları. - B.: Azərtədrisnəşr, 1962, 151 s.;
4. Cavadov R.B. Təbii çiçək. - Azərbaycan Dövlət Nəşriyyatı, 1961, 173 s.;
5. Алиев Д.А., Мамедов М.К., Гудратов Н.О. Онкологические аспекты гепатита В. - Б.: Билик, 1993, 147 с.;
6. Керимзаде К.Г. Вирусные гепатиты в Азербайджанской ССР. - Б.: Азернешр, 1986, 175 с.;
7. Мамедов М..К., Гаибов Н.Т., Рустамов Р.Ш. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД): Краткое руководства по диагностике и профилактике. - Б.: Ишыг, 1991, 143 с.;
8. Мамедов М.К., Гиясбейли С.Р., Гусейнов С.Н. Вирусные гепатиты: Краткое руководство. - Минск: Неман, 2000, 109 с.;
9. Мамедов М.К., Гудратов Н.О. Вирусы, вирусные инфекции злокачественные опухоли. - Б.: Билик, 1992, 187 с.;
10. Мамедов М.К., Гудратов Н.О. Твердофазный иммуноферментный метод в серологической диагностике. - Б.: Знание, 1992, 132 с.
11. Мамедов М.К.,, Кадырова А.А. Интерфероны и их применение в клинической медицине. - М.: Кристалл, 2005, 288 с.;
12. Мамедов М.К., Кребс Р. Методы твердофазного иммуноферментного анализа. Теория и практика. - М.: Кристалл, 1999, 100 с.;
13. Мамедов М.К., Саилов М.Д. Вирусные гепатиты. - Б.: Билик, 1993.- 208 с.;
14. Мамедов М.К., Шапиро Б.Я., Лечение трансфузионных вирусных гепатитов рекомбинантным альфа-интерфероном. - Ташкент: Юлдыз, 1999, 100 с.;
15. Рахманова А.Г., Виноградова В.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. ВИЧ-инфекция. - СПб.: ООО Двадцать первый век, 2004, 696 с.

SUMMARY

DISTRIBUTION OF AZERBAIJANIAN SCIENTISTS IN PUBLISHING JF EDUCATIONAL AND SCIENTIFIC MEDICAL LITERATURE: MEDICAL VIROLOGY

Y. Piraliyeva

The author analyzed library data concerning and scientific literature dedicated to problems of medical virology has been written by azerbaijanian scientists and briefly characterized these issues.

Daxil olub: 11.10.2006

XRONİKA - ХРОНИКА

BALACA UŞAQLARIN BÖYÜK HƏKİMİ

Bu il respublikamızda elmi pediatriya məktəbinin banisi görəkəmli elm xadimi, məşhur həkim, akademik Adilə Əvəz qızı Namazovanın 80 yaşı tamam olur. Tibb elmləri doktoru, Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının müxbir üzvü, əməkdar elm xadimi, Dövlət mükafatı laureatı, Azərbaycan Respublikası Prezidentinin yanında Ali Attestasiya Komissiyası Rəyasət Heyətinin üzvü, "Azərbaycan Uşaq Fondunun" həmsədri, Dünya Pediatrlar Assosiasiyası İdarə Heyətinin üzvü, YUNESKO-nun bioetika, Elm və texnologiyaların etikası üzrə Azərbaycan Milli Komitəsinin üzvü, Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq xəstəlikləri kafedrasının müdiri olan Adilə xanım təkcə tibb elmimizin deyil, bütün xalqımızın fəxridir. Bu fədakar insanın həyat və yaradıcılığı hazırda gənc həkimlərimiz üçün bir örnək, layiqli məktəbdir.

Məşhur pediatr Adilə xanım daim öz balaca xəstələrinin sağlamlığının qeydinə qalmaqla xalqımızın sağlam gələcəyinin keşiyində durmuşdur. Adilə xanım uşaqlarda revmatizmin fəal mərhələsində ürək və qan-damar sistemində baş verən dəyişiklikləri dərindən öyrənmiş, müalicə üsullarını təklif etmişdir. O cümlədən, belə uşaqların gələcəkdə sağlam və cəmiyyətə yararlı olması üçün fərdi həyat şəraitini qurması və sənət seçməsi ilə bağlı tədbirlər görmüş və bir sıra təkliflər irəli sürmüşdür. Bundan əlavə uşaqlarda ümidsiz olan ürək xəstəlikləri ilə də məşğul olmuş və bu sahədə böyük uğurlar əldə etmişdir. Beləliklə, bu həkim çox zaman balaca uşaqlara ikinci həyat verən ana olmuşdur.

Yorulmadan vətənə xidmət göstərən, onun rifahı naminə yaşayıb yaradan bu böyük şəxsiyyətin adı ölkəmizdən kənarda da məşhurdur. Onun müxtəlif ölkələrdə 300-dən artıq əsəri, 20 monoqrafiya, dərslik və dərs vəsaiti nəşr olunmuşdur. SSRİ Dövlət İxtira və Kəşf Komitəsi tərəfindən verilmiş 5 şəhadətnamənin müəllifi olan alimin yaradıcılığı təkcə elmi-pedaqoji və həkimlik fəaliyyəti ilə məhdudlaşmır. O ictimai işlərlə də fəal məşğul olmuşdur.

Adilə xanım hər zaman vətənin xidmətində olmuş, vətən də öz növbəsində fədakar övladını layiqincə qiymətləndirmişdir. Buna misal olaraq akademik Adilə xanımın 80 illik yubileyinin respublika səviyyəsində qeyd olunmasıdır. Adilə xanımın şəxsiyyətinə biz də laqeyd qala bilməzdik. Jurnalımızın bütün yaradıcı heyəti adından yubilyarı ürəkdən təbrik edir, vətəninə həsr etdiyi bu mənalı və dəyərli həyat yoluna görə ona öz təşəkkürümüzü bildiririk. Arzumuz budur ki, onun nurlu şəxsiyyətinin şəfəqləri bizim elmimizin və vətənimizin üzərindən heç zaman əskik olmasın.

XALQIMIZIN MÜTƏFƏKKİR OĞLU
Əziz Əliyev

2006-cı il dekabr ayının 5-də Respublika Prezidenti Cənab İlham Əliyev tərəfindən Azərbaycan xalqının böyük oğlu görkəmli alim, dövlət xadimi, tibb elmləri doktoru professor Əziz Əliyevin 110 illik yubileyi ilə bağlı respublika miqyaslı tədbirlərin keçirilməsi haqqında sərəncam imzalanmışdır. Belə bir önəmli hadisədən bizim jurnal kənarda qala bilməzdi. Sözsüz ki, biz də böyük məmuniyyətlə bu tədbirlərə qoşulur və onun fəal iştirakçıları qismində çalışırıq.

Ə. Əliyev dühası milli tibb elmimizə çox yaxın və əzizdir. Onun respublikamızın tibb və səhiyyəsinin inkişafı, çiçəklənməsi istiqamətində gördüyü işlərin bəhrəsini biz bu gün də görürük.

Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyev 1897-ci ildə yanvar ayının 1-də İrəvanda anadan olmuşdur. O 1908-ci ildə İrəvan gimnaziyasına daxil olur. Burada yaxşı oxuduğu üçün təhsil haqqı ödəməkdən azad edilir. 1917-ci ildə İrəvan gimnaziyasını qızıl medalla bitirir və həmin il Peterberq Hərbi Tibb Akademiyasına daxid olur. O hələ gənc yaşlarından həm işləmiş, həm də təhsil almağa başlamıdır. 1918-ci ildə ailəsi ağır maddi vəziyyətdə olduğu üçün burada təhsil alaraq səpgili yatalaqla mübarizə dezinfeksiya-təmir briqadasında sanitar-dezinfektor kimi çalışır. Daha sonra təhsilini yarımçıq qoyaraq Naxçıvan şəhərinə gəlir və burada Şahtaxtı kəndində feldşer qismində fəaliyyətə başlayır. 1923-cü ildə ailəsi ilə birgə Bakıya köçür. Burada onu Azərbaycan SSR Xalq Komissarların Sovetinə işə qəbul edirlər.

Burada işlədiyi dövrdə Bakı Universitetinin tibb fakultəsinə daxil olur və 1927-ci ildə oranı bitirir. Bundan sonra universitetin diaqnostika kafedrasında elmi işçi kimi saxlanılır. 1929-cu ildə aspiranturanı bitirib namizədlik disertasiyasını müdafiə edir.

Artıq bu illərdə Ə.Əliyev klinik təbabət üzrə bir sıra işlərini dərc etdirir. Azərbaycan dilində "Klinik analiz üzrə dərsliyi"ni yazır. Bu dərslik ölkəmizdə klinik təbabət üzrə gənc mütəxəssislərin hazırlanması üçün əvəzsiz mənbə olur.

Tibb fakultəsində işləyərkən Ə.Əliyev özünü həm də istedadlı pedaqoq kimi göstərmişdir. Öz istedadı və biliyi nəticəsində terapiya kafedrasına əvvəlcə asistent, sonra dosent təyin olunur. 1937-ci ildə uğurla "Eksperimental nefrit" mövzusunda doktorluq diserasiyasını müdafiə edir. Bu orijinal elmi tədqiqat işində alim topladığı çoxsaylı faktlar əsasında belə bir nəticəyə gəlir ki, diffuz nefritdə həlledici rol allergiyaya məxsusdur. Sonralar həmin elmi tədqiqat işi SSRİ E/A-nın mükafatına layiq görülmüşdür.

1930-cu ildə Azərbaycan Universitetinin tibb fakultəsi Tibb İnstitutu kimi müstəqil elmi tədris müəssisəsi statusunu alır. Onun ilk rektorlarından biri məhz Ə.Əliyev olmuşdur. 1931-1938-ci illər ərzində onun rəhbərliyi altında institutda nəşriyyat təşkil olunur. Burada tələbələr üçün Azərbaycan dilində dərslik və dərs vəsaitləri nəşr olunmağa başlayır. Bu hadisə institutda Azərbaycan bölməsinin açılmasına və milli kadrların yetişdirilməsinə təkan verdi. Müharibədən əvvəlki illərdə o 87 elmi iş nəşr etdirir. Bunlardan 70-i təbabətin müxtəlif sahələri üzrə, 17-si təbii elmi və ictimai-siyasi xarakterli nəşrlər olmuşdur.

Ə.Əliyevin rektor olduğu dövrdə bir sıra təqdirəlayiq işlər görülür. Məsələn: 1933-cü ildə Bakıda onun təşəbbüsü ilə institutun klinik bazası əsasında Semaşko adına xəstəxana yaradılır. Müharibəyə qədər tələbə yataqxanasının ikimərtəbəsi tikilir, tədris binasının inşasına başlanılır. Prof. Ə.Əliyev daim əməkdaşların və tələbələrin qayğısına qalır, hətta yataqxanaya baş çəkməyə vaxt tapır, tələbələrlə söhbətlər edir, onların tədris və yaşayışı üçün əlverişli şəraitin yaradılmasına çalışır.

Prof. Ə.Əliyev respublika səhiyyəsi sahəsində bir sıra işlər görmüşdür. O Azərbaycan SSR Xalq Səhiyyə Komitəsinin müalicə şöbəsində çox məhsuldar işləmişdir. Müharibəyə qədər ona Azərbaycan Universiteteinin rektoru, Azərbaycan SSR Ali Sovetinin Rəyasət Heyətinin katibi kimi bir sıra məsul vəzifələr həvalə edilmişdir. Ə.M.Əliyev təmizlik, əhali məntəqələrinin rifahı, əhalinin sanitar mədəniyətinin artması uğrunda hərəkatın təşəbbüskarlarından biri olmuşdur. Bu hərəkat əvvlecə Göyçay rayonunda başlamış daha sonra respublikamızın digər rayonlarını da əhatə etmişdir.

Ə.M.Əliyev "Azərbaycan tibb jurnalında" da çalışmış, burada bir sıra təqdirəlayiq işlər görmüşdür. 1928-ci ildə redaksiya katibi, 1935-ci ildən məsul redaktor vəzifələrində çalışmışdır. Onun təşəbbüsü ilə ilk dəfə olaraq jurnalda Azərbaycan dilində məqalələr çap olunmağa başlanmışdır.

Bu illərdə Ə. Əliyevin təşəbbüsü ilə Moskva və digər şəhərlərin elmi mərkəzlərinə bizim gənc mütəxəssislər doktorluq disertasiyalarının hazırlanması üçün göndərilir. Bu tibb elminin uğurlu inkişafı üçün çox önəmli bir addım idi.

Ə.M.Əliyevin çoxşaxçli elmi, pedaqoji və ictimai fəaliyyəti öz yüksək qiymətini almışdır. 1937-ci ildə SSRİ Ali Sovetinə, eləcə də Azərbaycan SSR Ali Sovetinə deputat seçilir.

1941-ci ilin mart ayında Ə.M.Əliyevə Azərbaycan MK- nın katibi kimi məsul bir iş tapşırılır. Böyük Vətən Müharibəsi illərindəo bütün istedadını, biliyni, qüvvə və bacarığını faşistlərə qarşı mübarizəyə həsr etmişdir. 1942-ci ildə o qarşıya qoyulan tapşırıqları nümunəvi şəkildə yerinə yetirdiyi üçün Lenin ordeni ilə təltif olunmuşdur.

Görkəmli alim dövlət katibi vəzifəsində çalışarkən həm də havaəleyhinə mübarizə Bakı Ordusunun Ali Sovetinin üzvü, 47-ci Ordunun Hərbi Sovetinin üzvü, yaralı əsgər və komandirlərə xidmət üzrə Respublika Komitəsinin sədri olmuşdur. Bu komitə üzvləri yaralanmış əsgər və zabitlərin sağlamlıqlarının yenidən bərpası istiqamətində fəaliyyət göstərirdilər.

Həmin illərdə Əliyev daim ölkə səhiyyəsi ilə maraqlanırdı. Ağır müharibə illərində onun rəhbərliyi altında bir sıra mühüm problemlər həll olunur, ölkə çətinliklərdən ləyaqətlə çıxırdı.

1949-1950-ci illərdə Moskvanın ictimai elmlər Akademiyasında təhsil alır. 1950-ci ilin sonlarındı Azərbaycan SSR Nazirlər Sovetinin sədr müavini təyin olunur.

1951-ci ildə prof. Əliyev yenidən fəal elmi və pedaqoji fəaliyyətə başlayır. Azərbaycan ortopediya və bərpaedici cərrahiyyə Elmi-tədqiqat İnstitutunda işləyərkən alim institutun mütərəqi elmi müəssisəyə çevrilməsi istiqamətində bir çox işlər görmüşdür. Böyük Vətən Müharibəsi illərində travmatoloji və ortopedik xidmətin səviyyəsinin yüksəldilməsi, onların problemlərinin həlli ilə bağlı bir çox faydalı işlər görmüşdür.

Ə.Əliyev ölkəmizdə tibb elminin inkişafı, səhiyyəmizin çiçəklənməsi, tərəqqisi, gənc kadrların hazırlanması istiqamətində gördüyü misilsiz işlərdən bir də onun redaksiyası altında nəşr olunan 5 cildli elmi işlər toplusunu xüsusi qeyd etmək lazımdır. Milli elmimizin inkişafı üçün əvəzsiz olan bu nəşrlər neçə-neçə alimlərin elmi-tədqiqat işlərinin işaqlandırılması və tibb ictimaiyyətinə çatdırılması üçün qiymətli bir mənbə olmuşdur.

Ə.Əliyev 1959-cu ildə Azərbaycan Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitunun rektoru təyin olunur. Burada da vətənpərvər alim Milli elmimizin rifahı və çiçəklənməsi naminə bir sıra mütərəqqi addımlar atır. İnstitutun kafedralarının genişlənməsi, maddi dəstəklənməsi, möhkəmlənməsi, həkimlərin təkmilləşdirilməsi və ixtisaslaşması istiqamətində əməli tədbirlər həyata keçirir.

Sadaladıqlarımızdan məlum olur ki, prof Ə.Əliyev öz vətəni, xalqı naminə bir çox misilsiz işlər görmüş və bununla da gənc nəsil üçün bir örnəyə çevrilmişdir. Onun həyat və yaradıcılığı gələcək nəsillər üçün bir məktəbdir. Xalqımız da öz növbəsində professor Ə.Əliyevin xatirəsini hər zaman yad edir və onun şəxsiyyətinə həsr edilmiş tədbirlər həyata keçirir.

НА IV СЪЕЗДЕ ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ СНГ

С 28 сентября по 1 октября 2006 г. в Баку проходил очередной IV Съезд онкологов и радиологов СНГ (предыдущие съезды проходили в 1996 г. - в г. Москве, в 2000 г. - в г. Киеве, в 2004 г. - в г. Минске). IV съезд проходил под непосредственным патронажем Президента Азербайджанской Республики И. Г. Алиева.

В работе съезда приняли участие 1768 ученых и врачей из России, Украины, Белоруси, Грузии, Казахстана, Узебкистана, Таджикистана, а также из Австрии, Германии, Ирана, Индии и Турции. Среди них было 21 академик и 17 член-корреспондентов национальных и отраслевых академий наук, 246 профессоров, 278 докторов наук, 25 доцентов и 295 кандидатов наук.

На церемонии открытия съезда, проходившей в Азербайджанском Академическом театре оперы и балета им. М. Ахундова с приветствием выступил председатель съезда академик Национальной Академии наук и Российской Академии медицинских наук Д. А. Алиев.

После того, как было зачитано официальное приветствие Президента Азербайджанской Республики к участникам съезда, к присутствующим с приветствиями обратились председатель совета Ассоциации директоров центров и институтов онкологии, радиологии и рентгенологии СНГ, Президент Российской Академии медицинских наук, академик М. И. Давыдов, президент Национальной академим наук Азербайджанской Республики академик М. К. Керимов и Исполнительный секретарь СНГ В. Б. Рушайло. Затем был организован концент с участием видных деятелй искусств Азербайджана. Первый день съезда завершился официальным приемом гостей в дворце "Гюлистан".

Работа съезда проходила в зданиях Азербайджанского медицинского университета: пленарные заседения были организованы в главном конференц-зале, а секционные заседения - в других аудиториях.

На съезде были заслушаны лекции, прочитанные крупнейшими онкологами СНГ (академики М. И. Давыдов, А. И. Воробев и А. Н. Коновалов, академики РАМН Н. П. Напалков, А. И. Гранов, В. П. Харченко и др.).

На секционных заседаниях были обсуждены более 600 докладов и сообщений по актуальным проблемам современной онкологии и смежных с ней дисциплин.

На заключительном пленарном заседении съезда была зачитана резолюция, единодушно одобренная всеми участниками заседения. В ней подчеркивалось, что сегодня онкология является одной из самых важных отраслей мировой медицинской науки, которая развивается благодаря усилиям онкологов многих стран мира и, в том числе ученых из СНГ. В резолюции съезда нашли отражение и проблемные моменты онкологической помощи населению стран Содружества.

Работа такого авторитетного международного научного форума в нашем городе и приезд к нам крупнейших ученых-онкологов стало весьма заметным событием в жизни всего научно-медицинского сообщества Азербайджана. Научный конгресс по медицине, проводимый на таком высоком, государственном уровне, в Баку проходил впервые за много лет.

Н. А. Бахшалиева

HƏKİMLƏRIN VƏ TİBB İCTİMAİYYƏTİNİN NƏZƏRİNƏ

Tibb Universitetinin mikrobiologiya və immunologiya kafedrasında "Tibbi Mikrobioloqlar və İmmunoloqlar ictimai birliyi" təsis edilmişdir.

Əlaqə telefonu: 495-49-72, 495-49-78

HƏKİMLƏRIN VƏ TİBB İCTİMAİYYƏTİNİN NƏZƏRİNƏ

Tibb Universitetinin mikrobiologiya və immunologiya kafedrasında təsis edilmiş "Tibbi Mikrobioloqlar və İmmunoloqlar ictimai birliyi" tərəfindən "İnfeksiya və immunitet jurnalı" adlı dövrü elmi jurnalın 2007-ci ildən nəşri planlaşdırılır!

Əlaqə telefonu: 495-49-72, 495-49-78

"AZƏRBAYCAN TƏBABƏTİN MÜASİR NAİLİYYƏTLƏRİ" JURNALINA QƏBUL OLUNAN ƏLYAZMALARIN TƏRTİB EDİLMƏSİ HAQQINDA QAYDALAR

"Təbabətin müasir nailiyyətləri" jurnalında kliniki təbabət məsələlərinə həsr olunmuş Azərbaycan, rus və ingilis dillərində orijinal məqalələr, qısa mə'lumatlar və redaktora məktublar dərc olunur. Bundan başqa, jurnalda ancaq onkologiya məsələlərinə aid elmi icmallar (redaksiya hey'ətinin sifarişi ilə) dərc olunur. Onların məzmununa məsuliyyəti bütövlükdə müəllif özü daşıyır.

1. Məqalələrin və qısa məlumatların əlyazmaları A4 formatlı kağızda 2 nüsxədə aşağıdakı şərtləri nəzərə alaraq çap olunmalıdır: interval - 1,5; vərəqin sol tərəfində - 3,2 sm, sağ tərəfində - 1,8 sm, aşağı tərəfində - 2,8 sm, yuxarı tərəfində - 2,3 sm boş sahə saxlanılır. Hər səhifədə sətirlərin sayı 35-40-dan artıq olmamalıdır. Əlyazmaların həcmi ədəbiyyat siyahısı ilə birgə orijinal məqalələr üçün 8 səh., qısa məlumatlar üçün - 3 səh., redaktora məktub üçün isə - 40 sətirdən artıq olmamalıdır.

Məqalənin birinci səhifəsində məqalənin adı (böyük hərflərlə), müəlliflərin inisialı və soyadı, müəssisə və nazirliyin adı, şəhər göstərilir.

2. İfadə dəqiq, uzun girişlərsiz və təkrarlarsız olmalıdır. Mətni giriş və işin məqsədi, material və metodlar, nəticələr və müzakirə, xülasə və ədəbiyyat siyahısı rubrikalarına bölmək məsləhətdir. Ədəbiyyata istinadlar mətndə ədəbiyyat siyahısındakı verilən rəqəmlərə uyğun ərəb rəqəmləri ilə kvadrat mö'təriz ədə verilir. Bütün ixtisar və şərhlər mətndə girdə mötərizədə verilir. Formullar ya çap, ya da əlyazma şəklində olmalıdır.

İşlənilən rəqəm materialını kiçik cədvəl şəklində vermək olar. İllüstrasiyaların (qrafik, diaqramma, foto və şəkil) ümumi həcmi 160x160 mm ölçülü kvadrat sahədən artıq olmamalıdır.

3. Ədəbiyyat siyahısı məqalənin mətnindən dərhal sonra verilir. Mənbələr əvvəl azərbaycan və rus, sonra isə - qərbi avropa dillərində birinci müəllifin soyadını əlifba sırası ilə göstərməklə çap olunur. Ancaq birinci üç müəllifin inisialı və soyadı göstərilir (müəlliflərin sayı üçdən çox olduğu halda onlar "və b." ya "et al." İşarələri ilə əvəz olunur). Jurnalda dərc olunan məqalələrin adı tam göstərilir. Sonra mənbələrin adı (jurnal, monoqrafiya, toplu və s.), onların buraxılış məlumatları, birinci və sonuncu səhifələri göstərilir. Dissertasiyalara istinadlar gətirmək düzgün deyil. Ədəbiyyata istinadların sayı aşağıdakılardan çox olmamalıdır: 50 istinad icmallarda, 20 istinad - orijinal məqalələrdə, 10 istinad - qısa məlumatlarda, 2 istinad - redaktora məktubda.

4. Redaksiya heyətinə əlyazmanın 2 nüsxəsi, kompüter disketi (material Windows operasion sistemində Times New Roman şrifti ilə - rus və ingilis və TIMES L - azərbaycan variantları üçün; şriftin ölçüləri: mətn üçün 12, ədəbiyyat üçün - 10) və müəssisənin qoşma məktubu göndərilir. Ayrı vərəqdə azərbaycan və ya rus dilində yazılmış iş üçün - ingilis dilində qısa xülasə və ingilis dilində yazılmış iş üçün - azərbaycan və rus dillərində işin adı və müəlliflərin soyadı göstərilir. Redaksiya hey'ətinə göndərilən əlyazma bütün müəlliflər tərəfindən imzalanmalıdır.

5. Ayrı vərəqdə verilən bütün müəlliflərin adı, atasının adı və soyadı, elmi dərəcələri və elmi adları, vəzifələri barədə məlumat redaksiyaya təqdim edilən məqaləyə əlavə olunmalıdır. Burada dəqiq ünvan və müəlliflərin biri ilə əlaqə saxlamaq üçün onun telefon nömrəsi də göstərilməlidir.

6. Redaksiya hey'ətinin çap olunan materialı, onun həcmindən asılı olmayaraq, qısaltmağa və onun üzərində düzəlişlər aparmağa səlahiyyəti var. Jurnala qəbul olunmayan əlyazmalar müəllifə ancaq onun xahişi ilə qaytarıla bilər.

Əlyazma AZ1012, Azərbaycan Respublikası, Bakı ş., Şərif-zadə küçəsi, 196, "Azərbaycan Təbabətin Müasir Nailiyyətləri" jurnalının məsul katibi Pirverdiyeva Rəna Ağababa qızına göndərilməlidir.

Jurnalın əldə edilməsi məsələləri barədə göstərilən ünvana müraciət və (99412) 434-62-10 telefona zəng etmək olar.

MÜNDARİCAT - ОГЛАВЛЕНИЕ

İCMALLAR - ОБЗОРЫ

Четверть века в борьбе с ВИЧ-инфекцией
А.А.Кадырова, А.Э.Дадашева, М.К.Мамедов.....3

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR - ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Uşaqlar arasında rotavirus infeksiyasının profilaktikasının səmərələşdirilməsi
A.A.Həmzəyeva.....10

Особенности бытовой сенсибилизации детей, проживающих в условиях полупустынного климата Азербайджана
Г.Г.Кабулов.....13

Роль нарушений негазообменной функции легких в развитии диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови у больных в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы
В.С.Рагимов, М.Г.Ашуров, В.С.Мирзоева.....16

Hamilə qadınlarda mikoplazmozun müalijəsi zamanı spiramitsindən istifadə edilməsi
S.M.Jəbrayılzadə.....20

Обоснование дифференциального подхода к назначению комбинированной и пролонгированной иммуномодуляции у грудных детей при локальных инфекционно-воспалительных заболеваниях
Г.А.Курбанов.....22

Kəskin mezenterik isemiya modelində Anandamid preparatının rolu
K.Yusif-zadə.....25

Современная характеристика и частота тяжелых исходов родов в зависимости от вида родоразрешения
Л.М.Рзакулиева.....28

Профилактика осложнений после расширенных и расширенно-комбинированных операций у больных раком желудка
А.Р.Алиев.....31

Azərbaycan Respublikası ərazisində bitən Yarımkol dəvəayağı bitkisindən alınmış flavanoidin farmakoloji tədqiqinin nəticələri
Z.C.İsmayılova, E. Musayeva.....34

Морфо-функциональные особенности миокарда крыс в различные возрастные периоды
А.Б.Исаев.....36

Корреляционная зависимость показателей клеточного и гуморального иммунитета и степени дисбактериоза у детей
Э.В.Гурбанова, Н.Н.Алиев.....40

Механизмы инфицирования как основа классификации групп высокого риска инфицирования вирусами гепатита В и С
М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева.....42

Влияние профилактических средств на микрофлору зубного налета
С.Н.Мамедова.....45

QISA MƏLUMATLAR - КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Əjzaçının əxlaq məjəlləsinin zəruriliyi və bu sahədə nəzərə alınması vajib olan bəzi məsələlər
N.M.Naibov, G.R. Hüseynova, N.N.Naibov 49

Показатели иммунологической реактивности у больных с хирургической патологией и субклиническими инфекциями, вызванными вирусами гепатитов В и С
Н.А.Алиева, А.А.Гулиева 50

Ревматоидный артрит - вирусассоциированное заболевание?
С.А.Курбанова 52

Клинико-электрофизиологические признаки дисфункции центральной нервной системы при острых вирусных гепатитах
Т.Ш.Мамедова 55

О повторном чревосечении после аппендэктомии
Ф.А.Тагиев, М.О.Юсубов, С.Б.Ашурова 57

Эффективность и переносимость хиприла при лечении больных артериальной гипертонией с наличием факторов риска
Ф.Н.Усубова, Ф.Д. Мамедова, Е.Г.Садыхова, Т.Ш.Ширинова, Г.Ч.Алиева 59

Вклад азербайджанских ученых в издание учебно-монографической медицинской литературы: медицинская вирусология
Е.У.Пиралиева 60

XRONİKA - ХРОНИКА 63

Yığılmağa verilib: 08.12.06. Nəşrə imzalanıb: 22.12.2006.
Tiraj: 300 nüsxə.