İCMALLAR- ОБЗОРЫ

QALXANABƏNZƏR VƏZİN DİSFUNKSİYASI FONUNDA QADINLARDA REPRODUKTİV SİSTEMİN VƏZİYYƏTİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİNİN MÜASİR ASPEKTLƏRİ

A.E. Hacızadə, L.M.Rzaquliyeva

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: qalxanabənzər vəzi, qadınlar, reproduktiv funksiya, sonsuzluq, hormonal pozuntular

Ключевые слова: щитовидная железа, женщины, репродуктивная функция, бесплодие, гормональные нарушения

Key words: thyroid gland, women, reproductive function, infertility, hormonal disorders

Son illər reproduktiv funksiyanın pozuntuları ilə qalxanabənzər vəzin patologiyaları arasında qarşılıqlı əlaqə problemi getdikcə daha çox aktuallıq kəsb etməkdədir. Bu, bir tərəfdən nikahda sonsuzluğun yayılma tezliyinin 13-15% təşkil etməsi və reproduksiya sahəsində əldə edilən müasir nailiyyətlərə baxmayaraq sonsuzluğun azalmağa meylli olmaması ilə əlaqədardır [1,2]. Digər tərəfdən də nəzərə almaq lazımdır ki, reproduktiv yaşda olan qadınlarda qalxanabənzər vəzin xəstəlikləri endokrin patologiyaların strukturunda birinci yerdə durur [3]. Yod çatışmazlığı olan regionlarda hətta qalxanabənzər vəzin eutoreoid vəziyyətdə olması mərkəzi sinir sisteminin adaptasion imkanlarının pisləşməsi, immun, ürək-damar sisteminin pozulması, reproduktiv sağlamlığın keyfiyyətinin pisləşməsi ilə müşayiət olunur. Xüsusən də qadınlarda qalxanabənzər vəzin disfunksiyası menstrual funksiyanın pozulmasına, sonsuzluğa, qalaktoreyaya, hamiləliyin pozulmasına səbəb ola bilər [1,3]. Qalxanabənzər vəzin funksional pozğunluqları olan qadınlarda düşük və ölü doğuşların sayı artmaqdadır [4].

Lakin praktiki təbabətdə reproduksiya sahəsində ya menstrual siklin və reproduktiv funksiyanın pozğunluğunun diaqnostika və müalicəsində tireoid funksiyanın rolunun düzgün qiymətləndirilməməsi, yaxud da qalxanabənzər vəzin funksiyası normal olan qadınlara əsaslandırılmadan tireoid hormonarın və ya tireostatik preparatların təyin edilməsi hallarına rast gəlinir ki, bu da tireoid patologiyalar nəzərə alınmaqla reproduktiv funksiyanın bərpasına sistemli yanaşmanın olmaması ilə əlaqədardır [2,5,6].

Sonsuzluqdan əziyyət çəkən qadınlarda qalxanabənzər vəzin patologiyalarının real strukturu və rastgəlmə tezliyi, eləcə də reproduktiv funksiyanın pozğunluğunun səbəbləri arasında tireoid patologiyaların müxtəlif variantlarının rolu barədə məsələlər də müzakirə mövzusu olaraq qalmaqdadır [4,6].

Bir sıra tədqiqatlar zamanı müəyyən olunmuşdur ki, qalxanabənzər vəzin funksiyasında müxtəlif pozğunluqlar olan qadınlarda 86,1% hallarda reproduktiv sistemin patologiyalarına rast gəlinir. Reproduktiv və hipotalamo-hipofizo-tireoid sistemin tənzimlənməsinin oxşarlığını nəzərə alsaq, pozğunluğun meydana çıxmasına gətirib çıxaran etioloji amillərin də identik olması mümkündür [5,7].

Qalxanabənzər vəzin patologiyaları fonunda qadınlarda reproduktiv sistemin pozğunluqlarının tezliyi və xarakterinə dair tədqiqatçıların verdiyi məlumatlar ziddiyyətlidir [3,6,8]. Belə ki, müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə, diffuz toksiki ur zamanı menstruasiya siklinin pozulma tezliyi 15%-dən 75%-ə qədər dəyişir [5. Hipertireoz zamanı bu pozğunluqların xarakteri hiperpolimenorreya və metrorragiyadan ikincili amenoreyaya qədər çox fərqli ola bilər. Bir qrup müəlliflər hesab edirlər ki, hipertireoz zamanı menstrual siklin daha çox oliqomenoreya tipli pozğunluğu meydana çıxır [7,9]. Bu məlumatlar digər qrup müəlliflərin də tədqiqatlarında təsdiq olunmuşdur. Belə ki, hipertireoz fonunda 64,7% hallarda yumurtalıqların disfunksiyası, 90,9% hallarda isə oliqomenorreya aşkar olunmuşdur [6,10]. В.В.Фадеев (2002) qalxanabənzər vəzin hiperfunksiyası olan qadınlarda oliqomenorreyaya 34,2% hallarda rast gəldiyini qeyd edir [11]. Menstrual sikldə və reproduktiv funksiyada oxşar dəyişikliklərə qalxanabənzər vəzin hipofunksiyası zamanı da rast gəlinir. Müxtəlif məlumatlara görə qalxanabənzər vəzin hipofunksiyası olan qadınlarda bu dəyişikliklər 35%-dən 80%-ə qədər hallarda müşahidə olunur [3,6,9,11]. Hipotireoz zamanı menstrual siklin ən çox nəzərə çarpan pozğunluq forması ikincili amenoreyadır. Фадеев, В.В. (2006) hipotireoz zamanı ikincili amenoreyanın 51,2% [12], Azizi F. (2006) isə 36,4% qadınlarda müşahidə olunduğunu qeyd edir [13].

Beləliklə, hamiləlikdən əziyyət çəkən qadınlarda qalxanabənzər vəzin funksional pozğunluqlarının strukturu və tezliyinin öyrənilməsi, qalxanabənzər vəzin patologiyaları təsdiqlənmiş xəstələrdə menstrual siklin və reproduktiv funksiyanın, eləcə də qalxanabəznər vəzin funksional vəziyyətinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi həm elmi, həm də praktiki nöqteyi-nəzərdən aktual olaraq qalmaqdadır.

Hipotireoz və reproduktiv funksiya**.** Hipotireoz – orqanizmdə tireoid hormonların davamlı çatışmazlığı ilə xarakterizə olunan klinik sindromdur. Reproduktiv yaşda olan qadınlar arasında hipotireozun yayılma tezliyi təxminən 2-4% təşkil edir [14]. Əksər hallarda autoimmun tireoiditin son mərhələsi kimi meydana çıxan qalxanabənzər vəzin özünün destruksiyası, az hallarda isə qalxanabənzər vəz üzərində aparılan əməliyatlar və radioaktiv yodla müalicənin nəticəsi kimi meydana çıxan birincili hipotireozlar daha çox klinik əhəmiyyət kəsb edir [17]. Hipotalamo-hipofizar mənşəli (ikincili) hipotireozlara az hallarda rast gəlinir və bütün hipotireozların 1%-ə qədərini təşkil edir. Sonsuzluqdan əziyyət çəkən qadınlarda hipotireozun yayılması haqqındakı məlumatlar ziddiyyətlidir (2-34%), buna görə də bu contingent qadınlarda hipotireozun epidemiologiyası tədqiqatların mövzusu olaraq qalmaqdadır [1,8,12 Bununla belə, güman olunur ki, uzun müddət kompensə olunmayan və klinik təzahür edən hipotireoz ovulyator disfunksiyaya gətirib çıxardığı halda, subklinik hipotireozlarda ovulyasiya və mayalanma əksər hallarda pozulmamış qalır, lakin onlarda, xüsusən də antitireoid antiteli aşkar olunan qadınıarda hamiləliyin pozulma riski yüksəlmiş olur [16]. Naməlum etiologiyalı sonsuzluqdan əziyyət çəkən qadınlarda hipotireozun vaxtında aşkarlanması və müalicə olunmasının vacibliyi bütün tədqiqatçılar tərəfindən təsdiqlənir [4,17].

Ənənəvi olaraq hipotireozu cinsi yetişkənliyin gecikməsindən tutmuş, menstrual siklin pozulmasına və sonsuzluğa kimi geniş spektrli reproduktiv pozğunluqlarla əlaqələndirirdilər. Lakin hazırda əldə edilmiş bir sıra məlumatlara görə, hamiləliyin meydana çıxmasına hipotireoz maneə olmaya da bilər. Lakin hipotireozlu hamilələrdə spontan düşük, anemiya, hestasion arterial hipertenziya, vaxtından əvvəl doğuşlar, ciftin qopması və doğuşdan sonrakı qanaxma, yenidoğulmuşun çəkisinin az olması, yenidoğulmuşlarda respirator distress – sindrom kimi mamalıq və neonatal ağırlaşmalar riskinin yüksək olması şübhə doğurmur [6,15,16, 18].

Qadınların reproduktiv və menstrual funksiyasına hipotireozun təsirinin patogenezi tam aydın deyildir və tədqiqat mövzusu olaraq qalmaqdadır. Toxuma tənəffüsü, əsas mübadilə, əksər aktiv fəaliyyət göstərən hüceyrə və toxumaların, o cümlədən cinsi sistemin strukturlarının böyüməsinin təmin olunmasında iştirak edən tireoid hormonların çatışmazlığına xüsusi önəm verilir [4,13]. Hipotireoz zamanı sərbəst fraksiya hesabına cinsi steroidlərin səviyyəsinin artması, ümumi və birləşmiş fraksiyanın səviyyəsinin isə azalması ilə müşayiət olunan cinsi hormonları birləşdirən qlobulinlərin (CHBQ) konsentrasiyasının azalması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Androgenlərin sərbəst fraksiyalarının səviyyəsinin yüksəlməsi hallarında bəzən hipotireoz androgen-asılı dermopatiya ilə müştərək rast gəlinə bilir [10,15,16].

Hipotireoz zamanı estrogenlərin biosintezinin və periferik metabolizminin pozulması onların daha az fəal fraksiyalarının əmələ gəlməsinə səbəb olur ki, bu da qonadotropinlərin sekresiyasının tənzimlənməsindəki əks-əlaqə mexanizminin adekvatlığını təmin etmir. Hipotireoz zamanı qonadotropinlərin səviyyəsi bir qayda olaraq dəyişmir, lakin bəzi tədqiqat işlərində lüteinləşdirici hormonun (LH) konsentrasiyasının zəif artması qeyd edilir [7,12].

Tireoid hormonların uzunmüddətli çatışmazlığı hipotalamus tərəfindən TTH-RH-nun hipersekresiyasına səbəb olur ki, bu da TTH və prolaktinin sekresiyasına stimuləedici təsirlə xarakterizə olunan hierprolaktinemik hipoqonadizmin (Van-Vik-Hennes-Ross sindromu) klinik təzahürünün - ikincili hiperprolaktinemiyanın, qalaktoreyanın, oliqomenoreyanın və ya amenoreyanın, xroniki anovulyasiyanın inkişafına səbəb olur [14]. Bununla əlaqədar olaraq, hipotireozun klinik əlamətlərinin təzahür dərəcəsindən asılı olmayaraq bütün hiperprolaktinemiyalı xəstələrin qan plazmasında TTH-ın konsentrasiyasının tədqiqi birmənalı qəbul olunmuşdur. Belə güman olunur ki, T3 çatışmazlığı qonadotropin-rilizinq hormonun normal impuls sekresiyası üçün lazım olan dofaminin əmələ gəlməsini pozur [11,18]. Hipotireoz zamanı istər hiperprolaktinemiya, istərsə də qonadotropin-rilizinq hormonun impuls sekresiyasının davamlı pozulması lüteinləşdirici hormonun (LH) aktivləşməsini ləngidir ki, bu da nəticə etibarilə follikulogenezin, ovulyasiyanın pozulmasına və sarı cismin funksiyasının qeyri-adekvatlığına gətirib çıxarır [19].

Uzun müddət kompensasiya olunmayan hipotireozlar zamanı adenohipofizin uzunmüddətli xroniki stimulyasiyası hipofizin ikincili adenomasının əmələ gəlməsinə səbə ola bilər ki, bu da yalnız hipotireozun davamlı kompensasiyası fonunda geriyə inkişaf edə bilər. Hipotireoz zamanı menstrual siklin pozulmasının patogenezində qanın VII, VIII, IX və XI laxtalanma faktorlarının sintezinin zəifləməsi ilə əlaqədar hemostaz sistemindəki dəyişikliklər müəyyən əhəmiyyət kəsb edir [13].

Birincili hipotireoz zamanı menstrual siklin pozulma tezliyi müxtəlif müəlliflərin verdiyi məlumata görə 23,4%-dən 70%-ə qədər dəyişir ki, bu da reproduktiv yaşda olan qadınların ümumi populyasiyası ilə

müqayisədə təxminən 3 dəfə yüksəkdir [19]. Menstrual siklin ən geniş yayılmış pozğunluqları oliqomenoreya, hipermenoreya və menorragiyadır, bəzən isə davamlı amenoreyaya rast gəlinir. Menstrual siklin pozğunluqlarının xarakteri və strukturu ilə hipotireozun kompensasiya və təzahür dərəcəsi arasında asılılıq qeydə alınmışdır. Lakin yüksək həssas və spesifik laborator müayinələrin klinik praktikaya tətbiqi qalxanabənzər vəzin funksional pozuntunu çox erkən dövrdə aşkar etməyə imkan versə də, müasir şəraitdə menstrual siklin pozğunluğunun inkişafında hipotireozun real roluna dair birmənalı tutarlı dəlillər yoxdur [10,13,19]. Bununla əlaqədar olaraq hipotireozla menstrual siklin pozğunluğu arasındakı səbəb-nəticə əlaqəsi polisistoz yumurtalıqlar sindromu (PSYS), yumurtalıqların vaxtından əvvəl üzülməsi, hiperprolaktinemiya və s. istisna edildikdən sonra ehtiyatla aparılmalıdır [14,16].

Ənənəvi olaraq hipotireozu sonsuzluğun inkişafını mümkün səbəblərindən hesab edirlər. Bununla belə, hormonların müasir müayinə metodları tireoid hormonların minimal çatışmazlığını aşkar etməyə imkan verir ki, bu da bir sıra hallarda hamiləliyin baş verməsinə maneə yaratmaya da bilər [11]. Uzun müddət kompensasiya olunmayan manifest hipotireoz bir qayda olaraq, ovulyator disfunksiya nəticəsində sonsuzluğa gətirib çıxarır, lakin subklinik hipotireoz zamanı ovulyasiya və mayalanma bir çox hallarda pozulmasa da hamiləliyin pozulma riski yüksəlmiş olur. Bu, xüsusən antitireoid antitelin səviyyəsi yüksək olan qadınlarda daha çox rast gəlinir [12,20]. Hipotireozla sonsuzluq arasındakı qarşılıqlı əlaqənin öyrənilməsinə həsr olunmuş tədqiqatlara az rast gəlinir, onların nəticələri isə əksər hallarda çətin interpretasiya olunur. Belə ki, Stagnaro-Green A. (2010) hipotireozlu qadınlarda 6%, eutireoid uru olanlarda 5%, sağlam qadınlar qrupunda isə 2-4% hallarda sonsuzluğa rast gəlmişdir [20]. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, onların tədqiqat qruplarındakı qadınların sayı az olmuş, eləcə də onlarda antitireoid antitelin səviyyəsi tədqiq edilməmişdir. Krassas E. et al (2009) anamnezində tireoid pozğunluq olmayan 703 sonsuz qadından 2,3%-nin qanında TTH-nun səviyyəsinin yksəldiyini aşkar etmişlər [21]. Lakin nəzarət qrupu olmadığından müqayisə məqsədilə hipotireozun tezliyini reproduktiv yaşda olan qadın populyasiyasındakı göstəricilərlə müqayisə etmişlər. Esrakios Kosmas LP. et al. (2004) tədqiqatında hipotireoza 299 sonsuz qadından 4%-də rast gəlmişlər. Bu qadınlarda daha çox ovulyator disfunksiya (6,3%), az hallarda idiopatik (4,8%) və boru-peritoneal sonsuzluğa (2,6%) tsadüf olunmuşdur. Lakin qruplar arasındakı fərq dürüst olmamışdır [22].

Klinik təzahür edən hipotireozun fertilliyə patoloji təsiri şübhə doğurmasa da, sonsuzluğun formalaşmasında subklinik hipotireozun rolu hələ də müzakirə mövzusu olaraq qalmaqdadır [12].

Sonsuzluqdan əziyyət çəkən qadınlar arasında subklinik hipotireoza müxtəlif müəlliflərin verdiyi məlumatlara görə, 1%-dən 34%-ə qədər hallarda rast gəlinir və əksər hallarda ovulyator disfunksiya ilə əlaqədar olur. Bu isə subklinik hipotireozu sonsuzluğun vacib faktorlarından hesab etməyə və ovulyator disfunksiyası olan qadınlarda qalxanabənzər vəzin funksiyasının skrininq qiymətləndirilməsinin aparılmasını tələb etməlidir [4,9,11]. Poppe K. (2008) isə əksinə, subklinik hipotireozu olan sonsuz qadınlarda sarı cismin çatışmazlığını müşahidə etməmişlər. O, qeyd edir ki, sonsuz və fertil sonsuzluqdan əziyyət çəkən fertil yaşlı qadınlarda həm klinik təzahür edən, həm də subklinik hipotireozun real yayılması haqqında məlumatlar zidiyyətlidir və dəqiqləşmə tələb edir [23]. Çox güman ki, qalxanabənzər vəzin funksiyasının aydın nəzərə çarpan pozğinluğu olan qadınlar sonsuzluğa görə klinikaya müraciət edənə qədərki dövrdə aşkarlanır ki, bu da sonsuzluqdan əziyyət çəkən qadınlarda hipotireozun növlərinin həqiqi yayılmasının qeyri-obyektiv qiymətləndirilməsi ilə nəticələnir. qadınlar arasında subklinik hipotireozun yayılma tezliyi müqayisə olunandır (<1%) [24, 25].

Beləliklə, ədəbiyyatların verdiyi məlumatlara görə, klinik təzahür edən (manifest) hipotireozlu qadınlarda menstrual siklin pozulması və spontan sikldə hamiləliyin başvermə tezliyinin aşağı olması halı hipotireozun kompensasiyası zamanı müvəffəqiyyətlə korreksiya oluna bilir, belə ki, eutireoid vəziyyətin əldə olunması prolaktinin, LH-nun normallaşmasına, menstruasiyanın müntəzəm ritminin bərpa olunmasına və spontan fertilliyə gətirib çıxarır. Lakin sonsuzluqdan əziyyət çəkən qadınlarda subklinik hipotireozun müalicəsinin məqsədəuyğunluğu hazırkı dövrə qədər həll olunmamış qalır.

ƏDƏBİYYAT

1. Арбатская Н.Ю. Иод-дефицитные заболевания и беременность: профилактика и лечение. Русский медицинский журнал, 2004, Т. 12, № 13, с. 755-758.

2. Дедов И.И. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы: состояние проблемы // Проблемы эндокринологии, 2002, Т .48, №2, с. 6-13.

3. Байбарина Г.В. Индуцированная беременность: особенности течения и значение генетических факторов в невынашивании беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук:- М , 2004, 23 с.

4. Мельниченко Г.А. Особенности функционирования щитовидной железы во время беременности. // Гинекология, 1999, Т. 1, № 2, с. 49-51.

5. Мельниченко Г.А. Субклинический гипотиреоз: проблемы лечения // Врач, 2002, №7, с.41-43

6. Мельниченко ГЛ. Заболевания щитовидной железы во время беременности: диагностика, лечение, профилактика: пособие для врачей. М.: Мед. Эксперт. Пресс, 2003, 48с.
7. Назаренко Т.А. Стимуляция функции яичников. М.: МЕДпресс-информ, 2008, 272 с.
8. Назаренко Т.А. Эндокринное бесплодие у женщин. Диагностика и лечение: метод, рекомендации. М.: НЦ АГ и П РАМН, 2004.
9. Сидорова И.С. Беременность и эндокринная патология: монография. М.: Практическая медицина, 2007, 144 с.
10. Татарчук Т.Ф. Репродуктивная система женщин и нарушения функции щитовидной железы // Вестник ассоциации акушеров-гинекологов Украины, 2000, № 4 (9), с.16-2 3
11. Фадеев В.В. Гипотиреоз: руководство для врачей. М.: РКИ Северопресс, 2002, 216 с.
12. Фадеев В.В. Диагностика и лечение гипотиреоза во время беременности // Акушерство и гинекология, 2003, № 4, с.43-45.
13. Azizi F. The occurrence of permanent thyroid failure in patients with subclinical postpartum thyroiditis // Eur. J. Endocrinol, 2005, vol.153, p. 367-371.
14. Фадеев В.В. Иоддефицитные заболевания и беременность // Русский медицинский журнал, 2000, № 18 (100), с.866-869
15. Балаболкин М.И. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. Руководство - М.: Медицина, 2002, 751 с.
16. Benson R.C. The menstrual pattern in hyperthyroidism and subsequent posttherapy hypothyroidism // Surg. Gynecol. Obstet, 1955, v. 100, p. 19-26.
17. Bussen, S.S. Increased prevalence of antithyroid antibodies in euthyroid women with a history or recurrent in-vitro fertilization failure // Hum. Reprod, 2000, v. 15, № 3, p. 545-548
18. Фадеев, В.В. Гипотиреоз и репродуктивная функция женщины. // Врач, 2003, №6, с.29-31
19. Corssmit E.P. Subclinical functional disorders of the thyroid gland // Ned. Tijdschr. Geneeskd, 2003, Bd. 47, №24, p.1162-1167.
20. Stagnaro-Green A. Detection of at-risk pregnancy by means of highly sensitive assays for thyroid autoantibodies // J. Am. Med. Assoc, 2010, v.264, p.1422-1425.
21. Krassas E. et al. Disturbances of menstruation in hypothyroidism // Clin. Endocrinol, 2009, v. 50, p. 655-659.
22. Esrakios Kosmas LP. Association of estradiol levels on the day of hCG administration and pregnancy achievement in IVF: a systematic review // Hum. Reprod, 2004, v. 19, p. 2446-2453
23. Poppe K. Thyroid function and assisted reproduction // The thyroid and reproduction: European thyroid symposium (May 22- 25, 2008), Riga, 2008, p.11
24. Redmond G.P. Thyroid dysfunction and women's reproductive health // Thyroid, 2004, v. 14 (Suppl. 1), p. 5-15.
25. Casey B.M. Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes // Obstet Gynecol, 2005, v. 105, №2, p. 239-245.

Резюме

Современные аспекты оценки состояния репродуктивной системы женщин на фоне дисфункции щитовидной железы

А.Э.Гаджизаде, Л.М.Рзакулиева

В последние годы проблема взаимосвязи между нарушениями репродуктивной функции и патологий щитовидной железы очень актуальна. Это связано, с одной стороны, с частотой (13-15%) распространения бесплодия в браке и, несмотря на современные достижения в области репродукции, отсутствием предрасположенности к уменьшению бесплодия. В связи с указанной проблемой в данной статье представлен обзор различных публикаций.

Summary

Modern aspects of assessing the condition of the reproductive system of women on the background of dysfunction of the thyroid gland

A.E. Hajizada, L.M. Razkuliyeva

In recent years, the problem of the relationship between violations of the reproductive function and pathologies of the thyroid gland is very relevant. This is due, on the one hand, with the frequency (13-15%) of the spread of infertility in the marriage and, despite modern achievements in the field of reproduction, the lack of predisposition to reduce infertility. In connection with this problem, this article provides an overview of various publications.

Daxil olub: 29.12.2016

KORONAR KALSİNOZLARIN DİAQNOSTİKASINDA RƏQƏMSAL RENTGENOQRAFİYA MÜAYİNƏSİNİN TƏTBİQİNƏ MÜASİR BAXIŞ

M.C.Sultanova
Azərbaycan Tibb universiteti, Bakı

Açar sözlər: koronar kalsinozlar, diaqnostika, rəqəmli rentgenpoqtafiya
Ключевые слова: коронарные кальцинозы, диагностика, цифровая рентгенография
Keywords: coronary calcification, diagnosis, digital radiography

Müasir dövrdə ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) bəşəriyyətin bir nömrəli qatili olmaqla, dünyanın bütün ölkələrində ölümün əsas aparıcı aparıcı səbəbi hesab edilir. Hazırda bütün dünyada kardiovaskulyar xəstəliklərin müalicəsində cərrahi müdaxilələrin sayı kəskin artmaqdadır və hər il orta hesabla 230 milyon təşkil edir. ÜİX-nin sosial-iqtisadi əhəmiyyəti koronar damarların vəziyyətinin qimətləndirilməsində erkən diaqnoz qoymağa və lazımi müalicə apamağa imkan verən yeni qeyri-invaziv yanaşmaların inkişafı və daxil olmasına səbəb olur.

Son onilliklər ərzində dünyanın inkişaf etmiş ölkələrində əhalinin sağlamlığının qorunmasına münasibət nəzərəçarpan dərəcədə dəyişilmişdir. Bu, sağlam həyat tərzi, siqarət çəkmədən imtina, fiziki yüklərin artırılmasını özündə birləşdirən kütləvi təbliğat sahəsində mümkün olmuşdur. Bu istiqamətdə ürək-damar sistemi xəstəliklərilə mübarizə səhiyyənin təşkili və iqtisadi inkişaf səviyyəsindən asılı olmayaraq dünyanın bütün ölkələrində vacib problemlərdən biri olaraq qalmaqdadır. Odur ki, kardiovaskulyar xəstəliklərin erkən və səmərəli şəkildə müəyyənləşdirilməsi mühüm məsələdir. Qeyd etmək lazımdır ki, fəsad risklərinin kliniki dəyərləndirilməsinin və qeyri-invaziv stress testlərinin tətbiqi koronar damarların simptomsuz zədələnməsi olan xəstələr qrupunu aşkarlamağa imkan vermir və bu aspektdə tətbiq edilən koronar angioqrafiya (KAQ) müayinəsi "qızıl standart" olub, əməliyyatönü risklərin qiymətləndirilməsində koronar damarların zədələnməsinin verifikasiyasının etibarlı metodu hesab edilir. Lakin müayinənin invaziv xarakteri koronar şəbəkənin dəyərləndiriliməsində alternativ təhlükəsiz metodların tətbiqini tələb edir.

Hər bir xəstəlikdə olduğu kimi ÜİX-nin də vaxtında müəyyən edilməsi, erkən diaqnostikası və müalicə-profilaktik tədbirlərin işlənilməsi əsas şərtlərdən biridir. Bu istiqamətdə xəstəliyin risk faktorlarını vaxtında müəyyənləşdirmək, korreksiya etmək və düzgün qiymətləndirmək prioritet istiqamətlərdən hesab edilə bilər [1].

Məlumdur ki, ÜİX və aterosklerozun daha çox yayılması və tez-tez baş verməsi risk amilləri ilə assosiasiya olunur. Bu amillər endotelial zədələnməyə, piləklər və trombların əmələ gəlməsi və inkişafına şərait yaradır [2]. Risk faktorları haqqında biliklər ÜİX-in skrininq proqramının effektivliyinin artırılmasında koronar ateroskleroza meyilli olan qrupun formalaşması üçün istifadə edilir [3,4,5].

Bu baxımdan koronar kalsinoz (KK) amilinə maraq son illər kəskin artmışdır [6,7,8]. Bunu ilk dəfə A.S.Aqatson və həmmüəllifləri öz tədqiqatlarında göstərmişlər. Aqatson metodu ilə koronar kompyuter tomografik angioqrafiya (KKTA) müayinəsində kalsium indeksi (Kİ) (Calsium score)- kalsiumla zədələnmiş sahənin göstəricisini sıxlıq faktoruna vuraraq təyin edirlər [9,10,11]. Sərtlik faktoru kalsinoz zonasında sıxlıq zirvəsinə əsasən hesablanır vəsərtliyi 130-190 HU olan kalsinatlar üçün "1", sıxlığı 200-299 HU olan kalsinatlar üçün "2", sıxlığı 300-399 HU olan kalsinatlar üçün "3", sıxlığı 400 HU olan kalsinatlar üçün "4" təşkil edir.

Bir çox müəlliflərin işlərində koronar KK-nin irəliləmiş dərəcələri haqqında göstəricilərin öyrənilməsinin zəruriliyi diqqəti cəlb edir [12,13]. Məsələn, geniş həcmli tədqiqatda 2,5 il ərzində ÜİX olan 269 xəstənin müşahidəsinin nəticələri təsvir edilmişdir.Müşahidə müddətində bu xəstələrin 22-də kəskin koronar ağırlaşmalar qeydə alınmışdır ki, onlardan 20 nəfərdəməhz kalsium indeksi nəzərəçarpacaq dərəcədə yüksək olmuşdur [14].

KK-nin öyrənilməsi üzrə çoxsaylı tədqiqatlara əsasən göstərilmişdir ki, kalsiumun aşkar edilməsi arteriyaların aterosklerotik zədələnməsinin əlaməti hesab edilir, lakin onun dərəcəsi aşağı spesifikliyə malik olub, heç də həmişə stenozun olduğunu göstərmir. Belə ki, aterosklerotik piləklərin formalaşmasının başlanğıc mərhələlərində damar divarının qalınlaşdığı müşahidə edilir və kompensator dilatasiya inkişaf edir. Damar mənfəzi bu zaman dəyişməmiş qalır və ya cüzi daralmış olur. Bu proses "remodelləşmə" adlanır, eləcə də ədəbiyyatda Qlaqov fenomeni kimi təsvir edilmişdir [15]. Ona görə də simptomsuz xəstələrdə KK-nin dəyərləndirilməsi koronar arteriyalarda aterosklerotik piləkləri çox zaman damarlarda hemodinamik cəhətdən əhəmiyyətli dəyişikliklər inkişaf etməzdən əvvəl aşkar etməyə imkan verir [16,17]. Lakin xəstəliyin kifayət qədər klinik mənzərəsi olduğu hallarda Kİ yüksək olduqca, hemodinamik cəhətdən əhəmiyyətli stenozların olması ehtimalı bir o qədər yüksək olur [18,19].

Aterosklerozun diaqnostikasında qarşımızda əsas aşağıdakı problemlər durur: aterosklerotik zədələnmənin aşkarlanması, onun həcminin dəyərləndirilməsi, proqressivləşmə və reqressiya tempinin xüsusiyyətləri, daha təhlükəli (qeyri-stabil) aterosklerotik düyünlərin identifikasiyası [20]. Bütün bunlar digər amillərlə birlikdə (lipid statusunun pozğunluğu, şəkərli diabet, arterial hipertenziya, böyrək çatışmazlığı, həyat tərzi, zərərli vərdişlər, genetik meyllik və s.) ürək-damar risklərinin, kardiovaskulyar fəsadların vəxəstəliyin proqnozunun qiymətləndirilməsinin bir hissəsi hesab olunur[21].

Aterosklerozun erkən diaqnostikasında xolesterinin səviyyəsinin qiymətləndirilməsi kifayət deyil, çünki bu göstərici bəzi hallarda hətta ürək-damar fəsadlarının inkişaf etdiyi hallarda belə yüksəlmir. Bu aspektdə aterosklerotik düyünün qeyri-stabilliyinə, onun dağılma riskinə, damarlarda iltihab və tromboza dəlalət edən göstəricilər isə daha informativdir. Yalnız bu səbəbdən, məsələn, C reaktiv zülalın miqdarı aterosklerotik düyündə iltihabi prosesi göstərməklə, miokard infarktı riskini daha yüksək həssaslıqla göstərir.

Digər vacib göstərici- intima-media kompleksinin, yəni, arteriyanın iki divarının qalınlığıdır. Bu göstərici aterosklerotik prosesin ümumi gedişini səciyyələndirir və xəstələnmə və ölüm göstəriciləri bu amillə sıx əlaqəlidir. Məsələn, intima-media kompleksinin qalınlığının 0,1 mm yüksəlməsi zamanı miokard infarktı riski 11% artır (normada bu göstərici 0,6-0,9mm-dir). Bunun üçün bu göstəricidən damar divarının remodelləşməsində istifadə edilən antisklerotik müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsində istifadə edilir [22].

ÜİX-nin diaqnostikası həm yerli, həm də xarici ədəbiyyatda tez-tez toxunulan problemlərdəndir. Mütəxəssislər yeni diaqnostik texnologiyaları nəzərə almaqla bu problemə dönə-dönə qayıdırlar.

ÜİX güman edilən xəstələrdə klinik-laborator, ixtisaslaşdırılmış kardioloji qeyri-invaziv və invaziv diaqnostika müayinələri aparılır. Bu müayinə metodları stenokardiyaya şübhəli xəstələrdə işemiyanın təsdiq edilməsi, yanaşı gedən patologiyaların və ya risk faktorlarının identifikasiyası və aparılan müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi üçün istifadə edilir.

Bir sıra araşdırmalar KK ilə kəskin ürək-damar problemlərinin, o cümlədən miokard infarktı və insultun baş vermə riski arasında sıx qarşılıqlı əlaqənin olduğunu sübut edib [23,24]. Müvafiq olaraq, KK-un aşkar edilməsi ürək-damar risklərinin qiymətləndirilməsi üçün bir vasitə hesab edilir. Kliniki risk qiymətləndirməsinə uyğun olaraq orta ürək-damar riski daşıyan pasiyentlərdə bu xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Ədəbiyyat məlumatları göstərir ki, 20-29 yaşlı xəstələrin 50%-də, 30-39 yaşlı şəxslərin isə 80%-də atieresklerotik piləklər tapılır [25,26,27]. Koronar kalsinoz və xəstəliyin kliniki əlamətləri arasındakı əlaqə kalsinozun aşkarlanmasında istifadə edilən müayinə üsullarının inkişafı ilə əlaqədar olaraq mürəkkəbləşir.

KK-un aşkar edilməsi ürək-damar risklərinin qiymətləndirilməsi üçün özünü doğrultmuş metoddur. KK-un qiymətləndirilməsinə görə müxtəlif metodlar mövcuddur. Bu metodlar arasında fluroskopiya, elektron şüalı kompüter tomoqrafiyası, birkəsikli KT və çoxkəsikli spiral KT yer alır .

Yuxarıda qeyd edilən vizuallaşdırma metodları geniş istifadə edilsə də, döş qəfəsinin adi rentgenoqrafiya müayinəsi hələ də koronar arteriya xəstəlikləri şübhəsi olan pasiyentlərdə vizualizasiya metodunun diaqnostik əsasını təşkil edir. Kliniki praktika sübut etmişdir ki, döş qəfəsinin adi rentgenoqrafiya müayinəsi vasitəsilə bu xəstəliklərinin aşkar edilməsinın müəyyən bir həddi dəqiqləşdirilməklə, bu müayinədən risklərin təbəqələşdirməsi məqsədilə istifadə edilə bilər [28]. Qeyd etmək lazımdır ki, müayinənin nəticələri istifadə edilən avadanlığın imkanlarından, xəstənin bədən ölçülərindən, qonşu orqanlarında mövcud olan kalsinozlardan və həkimin təcrübəsindən asılıdır.

Son illərdə rəqəmsal texnologiyanın tədbiqi rentgenoqrafiyanın istifadə imkanlarını artırmışdır. Belə ki, rəqəmsal texnologiyaya keçid rentgenoloji şəkilin alınması və təsvir edilməsi prosesinin zamana, fəzaya görə bölünməsinə şərait yaradır.

Keçən əsrin 20-ci illərinə qədər arteriyaların kalsinozu patoloji anatomik tədqiqatların predmeti hesab olunurdu. Onların kliniki tədqiqatına isə rentgenoloji müayinə üsullarının tədbiqindən sonra başlandı.

KK-nin rentgenoqramda ilk dəfə tapılmasını 1927-ci ildə Lenk göstərmişdir [29]. Bundan illər sonra müayinənin KK-nin diaqnostikasında yeri 1934-cü ildə stenokardiyalı 3 xəstənin autopsiya müayinəsində koronar ateroskleroz tapıldıqdan sonra möhkəmləndi [30]. Sonrakı tədqiqatlar göstərdiki, arteriyaların rentgenoloji dəyərləndirilə bilən kirəcləşməsi aterosklerozu göstərən əsas əlamətdir.

70-ci illərdə kardioloqlar koronar arteriyaların xəstəliklərinin diaqnostikasında bu müayinədən potensial məqsədlərlə istifadə etməyi məsləhət gördülər [31]. Bundan sonra bu sahədə tədqiqatlar aparılmağa başlandı və bəzi məhdudiyyətlərə malik olduğu aşkarlandı: müayinədə yalnız damar mənfəzini ifadəli şəkildə daraldan kalsinatlar aşkarlanır və yalnız yüksək risk qrupuna malik olan şəxslərdə koronar hadisələri göstərə bilir [32].

Bundan sonrakı tədqiqatlarda göstərildi ki, müayinə atipik angina olan qadınlarda və qeyri-spesifik döş qəfəsi ağrısı olan kişi və qadınlarda mühüm əhəmiyyətə malikdir. Bəzi tədqiqatlarda kardiak

flüoroskopiyanın həssaslığının 59%, spesifikliyinin 82% təşkil etdiyi göstərilir [33,34,35,36]. Tədqiqatlarda rentgenoloji vizuallaşan koronar kalsifikasiyalar zamanı stenozlar 79% həssaslıq, 83 % spesifikliklə ehtimal edilir [37].

Yeni nəsil rentgenoloji aparatlar birbaşa rəqəmsal rentgenoqrafiya (RR) metodu ilə işləyir. Bu metod rəqəmsal üsulla işlənmiş və özündə müayinə edilən obyekti detallıqla əks etdirən şüa diaqnostik müayinə metodudur[38,39,40,41,42]. Bu müayinədə təsvirin qeydiyyatı 3 üsulla aparılır:

1.Rentgen təsvirin lüminissent ekrandan matrisaya optik köçürülmə metodu (dolayı rəqəmsal rentgenoqrafiya);

2.Rentgen təsvirin skanerləşməsi ilə lüminoforların tətbiqi;

3.Yarımkeçirici detektorların tətbiqi (birbaşa rəqəmsal rentgenoqrafiya).

Hazırda daha çox analoji siqnalın rəqəmsal siqnala çevrilməsilə alınan rentgen təsvirin rəqəmsallaşdırılması metodu istifadə olunur.

Lüminofor lövhələrin tətbiqinə əsaslanan rəqəmsal sistem istifadəsinə görə ikinci yerdə dayanır.Metodun əsasında lüminoforda anatomik strukturların təsvirinin fiksasiyası dayanır. Belə lüminoforla örtülən ekranda informasiya uzun müddət (bir neçə saatadək) gizli təsvir formasında saxlanılır.Ekranda qalan gizli təsvir görünən işıqla intensiv aydınlaşma üsulu ilə silinir və ekran yenidən istifadə oluna bilir. Lüminoforların üstünlüyü ondan ibarətdir ki,onlar ənənəvi anoloji rentgen avadanlığında da istifadə oluna bilərlər [43].

Yarımkeçirici detektorla rentgen təsvirin birbaşa qeydiyyatı metodu daha perspektiv hesab olunur.Detektorun kompüterlə birbaşa əlaqəsi rentgen təsvirin keyfiyyətini kifayət dərəcədə artırır.

RR-nin əsas üstünlükləri aşağıdakılar hesab edilir:

1. Təsvirin yüksək keyfiyyəti, onun rəqəmsal işlənməsi imkanı və vacib detalların aşkarlanması;
2. Şüalanma dozasının az olması;
3. Təsvirin sadə və tez zamanda alınması,ekspozisiyadan dərhal sonra analiz edilə bilmə imkanı;
4. Təsvirin arxivləşdirilməsi və kompüter şəbəkəsilə ötürülməsi;
5. İqtisadi cəhətdən əlverişli olması,plyonka və reaktivlərə, həmçinin fotolaboratoriyaya ehtiyac olmaması;
6. Müayinənin qısa müddətdə olması və rentgen kabinetlərin daha çox xəstə qəbul etməsinə imkan yaratması;
7. Təsvirin yüksək keyfiyyəti və ehtiyat nüsxələrin alınmasıilə xəstənin təkrar şüalanmadan azad edilmə imkanı [44].

Lakin tədqiqatçılar göstərirdi ki, KK döş qəfəsinin rentgenoqrafiyasında bəzi hallarda təsadüfən tapılır [45,46].KK əksər hallarda rentgenoqramda görünmür və flüoroskopiya ilə müqayisədə həssaslığı 42% təşkil edir [47].

Müayinənin həssaslığının aşağı olması qabırğaların, döş sümüyünün və iri damarlarda olan kalsifikasiyaların interpretasiyasındakı çətinliklərlə əlaqədardır [48].

Bəzi tədqiqatçılar həssaslığın aşağı olmasına önəm verməyərək,koronar kalsifkasiyaların dəyərləndirilməsində müayinənin proqnostik əhəmiyyətinin yüksək olmasını göstərdilər [49].

Tədqiqatçılar müayinənin həssaslığının artılması üçün rentgenoqramların rəqəmsal subtraksiya üsulunu təklif etdilər [50]. Bu texnikada arxa planda qalan strukturlar şəkildən silinir, hərəkətdə olan kardial strukturlar isə qalır. Bir sıra tədqiqatlarda bu istiqamətdə müayinələr aparılmış və nəticələr invaziv koronar angioqrafiya müayinəsi ilə müqayisəli təhlil edildi. Hemodinamik əhəmiyyətli stenozların dəyərləndirilməsində həssalığı 92%-dək yüksəldi.

Bəzi tədqiqatlarda yüksək risk qrupuna malik olan xəstələrdə RR müayinəsinin nəticələri təhlil edilmiş və KK rastgəlmə tezliyinin xəstələrin yaşı ilə birbaşa əlaqəsinin olması göstərilib [51].

Tədqiqatçılar ÜİX olan 250 xəstədə müayinə aparmış və bu xəstələrin 46%-də KK aşkarlanmışdır. Kontrol qrupda isə bu göstərici 24% təşkil etmişdir [52].

Tədqiqatçılar qeyri ürək xəstəlikləri olan 544 xəstənin rentgenoloji müayinəsində xəstələrin 20%-də KK aşkarlamış,onlarda kontrol qrupla müqayisədə ÜİX-in simptomlarını 2 dəfə çox müşahidə etmişlər. 30 yaşdan yuxarı 200 xəstənin ürəyinin autopsiyasında 69% hallarda KK aşkarlanmışdır [53].

Tədqiqatçılar göstəriblər ki, rentgenoloji müayinələrdə aparılan kalsifikasiyalarda UİX-in əlamətləri və simptomları arasında əlaqə çoxsaylı damar xəstəlikləri zamanı üstünlük təşkil edir [54].

Koronar damarların kirəcləşmələri rentgenoqramda yaxşı görünür.Onlar ürək kölgəliyinin sərhəddində, vizuallaşma üçbucağında, daha çox sol koronar arteriyanın enən şahəsində,xəstənin sağ ön çəp proyeksiyasında sol mədəciyin sərhəddində və ya birinci ön çəp vəziyyətdə sağ mədəciyin önündə yerləşirlər. KKİ kiçik,qırıq-qırıq, ikili konturamalik xətlər şəklində, "tramvay yolu" kimi görünür [55]. Ortoqonal təsvirdə onlar kiçik həlqə şəklində izlənir. Bəzən sol çəp proyeksiyada sol koronar arteriyanın

dolanan şaxəsində olan kirəcləşmələr ağciyər arteriyasının üstündə kəskin dairəvi kölgəlik şəklində görünür.KKİ digər ürək kirəcləşmələrindən strukturuna və zəif hərəkətinə görə fərqlənir. Bəzi hallarda onların perikardial kirəcləşmələrlə differensiasiyası çətinlik törədir.

Qeyd etmək lazımdır ki,koronar arteriyaların rentgenoloji mənzərəsi əksər hallarda kliniki mənzərə ilə üst üstə düşmür, hətta koronar arteriyaların ifadəli koronar sklerozu zamanı tac damarlarda kirəcləşmə görünmür, əksinə koronar xəstəliyin heç bir kliniki əlamətiolmayan şəxslərdə koronar KKİ aşkarlanır. Bu sahədə aparılmış tədqiqat işləri göstərir ki, KKİ xəstəliyin kliniki əlamətinə nisbətən xəstənin yaşından daha çox asılıdır [56].

Rentgenoloji müayinədə ürək və damarlarda aşkarlanan kalsifikasiyalar aortal və mitral qapaqlarda, sol venoz fibroz həlqədə, tac damarlarda, perikardda, qulaqcıqların endokardında,miokardda, ürək boşluqlarının daxilində, nadir hallarda ürəyin birincili şişlərində rast gəlinə bilər [57]. Arıq adamlarda daha yaxşı aşkarlanır. Müayinə vaxtı rentgen şüalarının sərtliliyi artırılır, dərindən nəfəsalma aktında ürək kölgəliyi diafraqma ilə məhdudlaşdırılır və daha yüksək intensivliyə malik zəif pulsasiyalı kölgəliklər dəyərləndirilir.

RRQ ürəkdə mövcud olan kalsifikasiyaları ağciyər və divararalığı kalsifikasiyalarından fərqləndirməyə imkan verir. Aypara qapaqlarda və mitral qapaqlarda daha çox kalsifikasiyalar izlənilir [58].

Ürək qapaqlarının kirəcləşməsi əsasən revmatik valvulit nəticəsində yaranır. Revmatik mənşəli aortal stenozlarda və aortal qapaqların Menkeberq həlqəvi sklerozu yaşlı kişilərdə daha çox rast gəlinir. Mitral qapaqlardakı kalsifikasiyalar bu qapağın uzunmüddətli revmatik proseslə zədələnməsi zamanı rast gəlinir.

Ürəkdaxili kirəcləşmələr rentgenoloji müayinədə əvvəlcə dorzo-ventral proyeksiyada izlənilir. Klapan aparatının kirəcləşməsinin əsas əlaməti ondan ibarətdir ki, xəstənin istənilən proyeksiyada müayinə etdikdə o ürək kölgəliyinin daxilində qalır .

Aortal qapaqlardakı kirəcləşmələr də dorzo-ventral proyeksiyada onurğa kölgəliyindən 0,5-2 sm solda yerləşir. Kirəcləşmiş klapanlar qeyri-düzgün dənəli kölgəliklər verir. Mitral qapağın kirəcləşməsinin əsas əlaməti onun sistola və diastola zamanı sürətli tullanan hərəkətidir. Kirəcləşmələrin klapanın kənarında yerləşən hallarında onların hərəkətləri daha ifadəli olur. Adətən bu kirəcləşmələr sistola zamanı sürətlə ürəyin zirvəsinə doğru, diastola zamanı isə zəif hərəkətlə ürək əsasına doğru hərəkət edir. Sistola və diastola zamanı hərəkət amplitudası 2-4 sm təşkil edir. Kirəcləşmiş mitral qapaqların hərəkəti aortal qapaqların hərəkətindən daha güclü olur.

Fibroz həlqənin kirəcləşmələri ya sol venoz ya da sol arterial dəlikdə baş verir.Kirəcləşmələr iri və intensiv J və ya U və ya tərs C hərfi şəklində görünür. Onların da müayinəsi klapan kirəcləşmələri kimi aparılır. Mitral qapağın kirəcləşmiş fibroz həlqəsinin hərəkəti mitral qapağın özünün hərəkətinə oxşayır, lakin daha sakit olur və amplitudu az olur.

Mitral qapağın fibroz həlqəsinin kirəcləşməsinə aortal qapağın fibroz həlqəsinin kirəcləşməsinə nisbətən daha tez rast gəlinir və onlar əksər hallarda rentgenoskopiya müayinəsində aşkarlanırlar. Qadınlarda kişilərə nisbətən 2-3 dəfə çox görünürlər.Böyüməmiş ürəkdən mitral fibroz həlqənin izoləli kirəcləşməsi əhəmiyyət kəsb edir.Bu zaman qapağın tayları qalınlaşır, deformasiyalaşır, lakin sol venoz dəlik daralmır və ürəyin revmatik xəstəliklərinin əlamətləri izlənilmir.Əksər hallarda mitral həlqənin kirəcləşməsi aterosklerotik genezli olur.Onlara yaşlı adamlarda aterosklerozun aydın əlamətləri ilə birlikdə rast gəlinir.Histoloji müayinədə kirəcləşmiş fibroz həlqədə proqressivləşmiş dəyişikliklər aşkarlanmır.Lakin bu kirəcləşmələr kliniki əhəmiyyətdən məhrum deyil. Belə ki, onlar ürəyin aparıcı sisteminə yaxın yerləşdikdə atrioventrikulyar blokada və mədəcik daxili keçiriciliyin pozğunluğunu yarada bilər. Tədqiqatlar göstərir ki, mitral qapağın mədəciklərarası çəpərdə yerləşən hissəsi kirəcləşməyə daha çox məruz qalır. Əgər kirəcləşmə çəpərə yayılarsa ürəyin atreoventikulyar blokadası təhlükəsi yaranır.

Fibroz aortal həlqənin kirəcləşməsi dahakiçik və müntəzəm olur. Onlar fibroz mitral həlqənin kirəcləşməsinə nisbətən daha mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Ürək əzələsindəki kirəcləşmələr miokardın nekrotik zədələnmə sahələrində rast gəlinir.Kirəcləşmələr ürəyin xroniki anevrizmasında daha çox hallarda ürək zirvəsindəlokallaşır. Kalsinatlar ya anevrizmanın divarına, ya da divaryanı tromblara çökür.Hətta sərbəst tromblardada kalsinatlar inkişaf edə bilər ki, onlara daha çox mitral stenoz zamanı sol qulaqcıqda rastgəlinir. Ürək fəaliyyəti zamanı kirəcləşmiş trombun hərəkəti ifadəli olmur.

Perikarddakı kirəcləşmələr perikardın iltihabi zədələnmələri zamanı yaranır.Onlar rentgenoloji müayinədə ürək kölgəliyi ətrafında həlqəvi xətvari kölgəlik şəklində(pansir ürək) və ya müxtəlif forma və ölçülərdə qeyri-düzgün formada aşkarlanır(pericarditis calcarea). Perikardial kalsifikasiyaların əsas əlaməti xəstəninçəp və yan proyeksiyasında onların ürək kölgəliyinə proyeksiya olunmasıdır. Onlar çox vaxt perikardın diafraqmal səthində öndə sağ mədəcik səthində rast gəlinir. Hərəkət amplitudları ürəkdaxili kirəcləşmələrə nisbətən aşağı olur [58].

Aorta kalsium duzlarının daha çox toplandığı yerdir. Aortal kalsifikasiyalar müxtəlif ölçülərdə olur,aorta qövsündə dorsa-ventral proyeksiyada oraqvarı kölgəliklər şəklində rast gəlinir [59,60].Bu kalsifikasiyaların ölçüləri əsasən ikinci çəp vəziyyətdə daha yaxşı dəyərləndirilir. Aorta qövsü və enən aortanın kalsifikasiyaları aterosklerozun əlaməti hesab olunur [61]. Genişlənmiş qalxan aortanın daha iri xətti kirəcləşmələri sifilitik aortit üçün xarakterikdir.

Aortanın iri anevrizmalarında və onun divarında hətta bir neçə qatdan ibarət xətti kalsifikasiyalar aşkarlanır.Belə kirəcləşmələr anevrizmanı divararalığı şişlərindən ayırmağa imkan verir. Qarın aortasının kalsifikasiyalarına daha tez-tez və xəstəliyin erkən mərhələlərində rast gəlinir. Ədəbiyyat məlumatlarına görə onlara yaşı 50-dən yuxarı olan şəxslərin 1/4-də rast gəlinir.Onlar yan rengenoqramda daha yaxşı aşkarlanırlar.

Ağciyər arteriyasının və onun şaxələrinin kalsifikasiyalarına aorta kalsifikasiyalarına nisbətən az rast gəlinir. Onlar dorzo-ventral proyeksiyada ürək konturununsol kənarının orta qövsündə oraqvari şəffaflıq yaradır. Onlar həmçinin sağön çəp vəziyyətdədə aşkarlana bilirlər.

Beləliklə, bu istiqamətdə aparılmış ədəbiyyat araşdırmaları göstərir ki, klassik və əlverişli müayinə üsulu olan və müasir kompyuter avadanliqları inteqrasiya edilmiş rəqəmsal rentgenoqrafiya müayinələri KK-nin aşkarlanmasında perspektiv imkanlara malikdir. Müayinənin bu aspektdə daha geniş miqyasda tət biq edilməsi üçün onun imkanlarının hərtərəfli araşdırılması və digər metodlarla müqayisəli şəklidə öyrənilməsi məsləhətdir. ÜİX-nin kompleks diaqnostikası çərçivəsində qeyri invaziv müayinə üsullarının ardicil və korrekt tətbiqi xüsusi əhəmiyyətə malikdir.

ƏDƏBİYYAT

1.Shaw L.J., Raggi P., Schisterman E., Berman DS, Callister TQ. Prognostic value of cardiac risk factors and coronary artery calcium screening for all-cause mortality // Radiology, 2003, v.228, p.826-33

2. Аничков Н.Н. Сосуды. Частная патанатомия / Под ред. Абрикосова А.Н. М. Медгиз. 1947, Т. 2, с. 262-558.

3.Терновой С.К., Синицын В.Е., Гагарина Н.В. Неинвазивная диагностика атеросклероза и кальциноза коронарных артерий. М., Атмосфера, 2003, с.142.

4. Kennedy J. et al. Coronary calcium and standard risk factors in symptomatic patients referred for coronary angiography // Amer. Heart J., 1998, v.135, p.696-702.

5. Shisen J., Leung D.Y., Juergens C.P. Gender and age differences in the prevalence of coronary artery calcification in 953 Chinese subjects // Heart Lung Circ., 2005, v.14(2), p.69-73.

6. Nagao M., Kido T., Watanabe K. et al. Functional assessment of coronary artery flow using adenosine stress dual-energy CT: a preliminary study // Int. J. Cardiovasc. Imaging., 2011, v.27, p.471-481.

7. Shimoyama Y., Tsuruta Y., Niwa T. Coronary artery calcification score is associated with mortality in Japanese hemodialysis patients // J Ren Nutr. 2012, v.22(1), p.139-142.4.

8. Silverman M.G., Blaha M.J., Krumholz H.M., et al. Impact of coronary artery calcium on coronary heart disease events in individuals at the extremes of traditional risk factor burden: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. Eur Heart J. 2014;35:2232–2241.

9. Agatston A.S., Janowitz W.R. Coronary calcification: detection byultrafast computed tomography. Ultrafast computed tomography in cardiacimaging: principles and practice. NY: Futura, 1992, p.77-95.

10. Agatston A.S., Janowitz W.R., Hildner F.J. et al. Quantification of coronary artery calcium using ultrafast computed tomography // J Am CollCardiol., 1990, v.15, p.827-832.

11. Yoon H.E., Chung S., Whang H.C. et al. Abdominal aortic calcification is associated with diastolic dysfunction, mortality, and nonfatal cardiovascular events in maintenance hemodialysis patients. // J Korean Med Sci., 2012, v.27(8), p.870-875.

12. Kavousi M., Desai C.S., Ayers C. et al. Prevalence and Prognostic Implications of Coronary Artery Calcification in Low-Risk Women: A Meta-analysis // JAMA, 2016, v.316(20), p.2126-2134.

13. Wei Liu, YueZhang, Cheuk-Man Yu, Qing-Wei Ji Current understanding of coronary artery calcification // J GeriatrCardiol., 2015, v.12(6), p.668-675

14. Raggi P., Callister T.Q., Shaw L.J. Progression of coronary artery calcium and risk of first myocardial infarction in patients receiving cholesterol-lowering therapy // Arterioscler.Thromb.Vasc. Biol., 2004, v.24, p.1272-1277.

15. Glagov S., Weisenhcrg E., Zarins C.K., et al. Compensatory enlargement of human atherosclerotic coronary arteries // N.Engl. J. Med., 1987, v.316, p.1371-1375

16. Brandenburg V.M., Kramann R., Koos R., et al. Relationship between sclerostin and cardiovascular calcification in hemodialysis patients: a cross-sectional study. // BMCNephrol., 2013, v.14, p.219.

17. Nakano T., Ninomiya T., Sumiyoshi S. et al. Association of kidney function with coronary atherosclerosis and calcification in autopsy samples from Japanese elders: the Hisayama study // Am J Kidney Dis, 2010, v.55, p.21-30

18. Haberl R., Becker A., Leber A. et al. Correlation of coronary calcification and angiographically documented stenoses in patients with suspected coronary artery disease: results of 1764 patients // JACC, 2001, v.37, p.451-457

19. Yahia A.M., Kirmani J.F., Xavier A.R., Shaukat A., Qureshi A.I. Characteristics and predictors of aortic plaques in patients with transient ischemic attacks and strokes. // J. Neuroimaging. 2004, v.14, p.16-22.

20.Oliver M.F. The Diagnostic Value of Detecting Coronary Calcification // Circulation, 1970, v.42, p.981-982

21.Nakano T., Ninomiya T., Sumiyoshi S. et al. Chronic kidney disease is associated with neovascularization and intraplaque hemorrhage in coronary atherosclerosis in elders: results from the Hisayama Study // Kidney Int., 2013, v.84, p.373-380

22. Chang C.C., Chang M.L., Huang C.H. et al. Carotid intima-media thickness and plaque occurrence in predicting stable angiographic coronary artery disease // Clin. Interv.Aging., 2013, v.8, p.1283-1288.

23. Seese B. et al. Possibilities of EBT in noninvasive diagnosis of CAD: a comparison between quantity of coronary calcification and angiographic findings // Internal J. Angiol., 1997, v.6, p.124-129.

24. Yuan-Chang Liu, Zhonghua Sun, Pei-KweiTsay.Significance of pla for Prediction of Coronary Artery Disease and Cardiac Events Based on 64-Slice Coronary Computed Tomography Angiography // BioMed Research International. 2013.

25. Baumann S., Renker M., Meinel F.G. et al.Computed tomography imaging of coronary artery plaque: characterization and prognosis. // RadiolClin North Am., 2015, v.53(2), p.307-15.

26. Chang C.C., Chang M.L., Huang C.H. et al. Carotid intima-media thickness and plaque occurrence in predicting stable angiographic coronary artery disease // Clin. Interv.Aging., 2013, v.8, p.1283-1288.

27. Criqui M.H., Denenberg J.O., Ix J.H., et al. Calcium density of coronary artery plaque and risk of incident cardiovascular events. // JAMA, 2014, v.311, p.271-278.

28. Sultanova M., Azizov V.A. Capabilities of digital radiographic examinations in the diagnosis of coronary calcification // *R*es j pharm biolchemsci, 2016, v.7, issue 6, p.505-509

29. Lenk R. Rontgendiagnose der Koronarsklerose in vivo // Rofo, 1927, v.35, p.1265-8

30. Wosika P.H., Sosman M.C., The roentgen demonstration of calcified coronary arteries in living subjects //J.Amer. Med.Assos., 1934, v.102, p.591-593

31. Bartel A.G., Chen J.T., Peter R.H., et al. The significance of coronary calcification detected by fluoroscopy: a report of 360 patients // Circulation, 1974, v.49, p.1247-1253.

32. Agatston A.S., Janowitz W.R. Coronary calcification: detection byultrafast computed tomography. Ultrafast computed tomography in cardiacimaging: principles and practice. NY: Futura, 1992, p.77-95.

33. Bannas P., Jung C., Blanke P. et al. Severe aortic arch calcification depicted on chest radiography strongly suggests coronary artery calcification // European Radiology, 2013, v.23 Issue 10. p2652.

34. Detrano R., Salcedo E.E., Hobbs R.E., et al. Cardiac cinefluoroscopy as an inexpensive aid in the diagnosis of coronary artery disease // Am J Cardiol. 1986, v.57, p.1041-6.

35. Gianrossi R., Detrano R., Colombo A., et al. Cardiac fluoroscopy for the diagnosis of coronary artery disease: a meta analytic review // Am Heart J, 1990, v.120, p.1179-88.

36. Marc Dewey,MatthiasRief, Peter Martus Evaluation of computed tomography in patients with atypical angina or chest pain clinically referred for invasive coronary angiography: randomised controlled trial //BMJ, 2016, v.29, p.355

37. Hung J., Chaitman B.R., Lam J., et al. Noninvasive diagnostic test choices for the evaluation of coronary artery diseases in women: a multivariate comparison of cardiac fluoroscopy, exercise electrocardiography, and exercise thallium myocardial perfusion perfusionscintigrahy // J. Amer. Coll. Cardiol., 1984, v. 4. P. 8-16.

38.Beute G.H., Flynn M.J., Eyler W.R. Chest radiographic image quality: comparison of asymmetric screen-film, digital storage phosphor, and digital selenium drum systems-preliminary study // Radiographics, 1998, v.18, p.745-54.

39. Bonciu C., Rezaee M.R., Edwards W. Enhanced visualization methods for computed radiography images // J Digit Imaging., 2006, v.19(2), p.187-96.

40. Seibert J.A. Advances in Computed Radiography: Dual-Side Readout // Journal of the American College of radiology, 2009, v.72, p.202-208

41.Uffmann M. Digital radiography: The balance between image quality and required radiation dose //European journal of radiology, 2009, v.72(2), p.202-8

42. Takeshi Takaki, Kazuki Takeda, Seiichi Murakam Evaluation of the effects of subject thickness on the exposure index in digital radiography // Radiological Physics and Technology, 2016, v.9, p.116

43. McGuire J., Schneider H.J., Chou T.C. Clinical significance of coronary artery calcification seen fluoroscopically with the image intensifier // Circulation, 1968, v.37, p.82-7.

44. Ozcete E., Boydak B., Ersel M. et al. Comparison of Conventional Radiography and Digital Computerized Radiography in Patients Presenting to Emergency Department // Turkish Journal of Emergency Medicine, 2015, v.15, p.8-12.

45. Jong Shin Woo, Weon Kim, Se Hwan Kwon Aortic arch calcification on chest X-ray combined with coronary calcium score show additional benefit for diagnosis and outcome in patients with angina // J Geriatr. Cardiol., 2016, v.13(3), p.218-225.

46. Korte P.J., Kessels A.G., Engelshoven J.M., Sturmans F. Comparison of the diagnostic value of cinefluoroscopy and simple fluoroscopy in the detection of calcification in coronary arteries // Eur J Radiol., 1995, v.19, p.194-7.

47. Souza A.S., Bream P.R. Chest film detection of coronary artery calcification:the value of the CAC triangle // Radiology, 1978, v.129, p 7-10

48. Iijima K., Hashimoto H., Hashimoto M. et al. Aortic arch calcification detectable on chest X-ray is a strong independent predictor of cardiovascular events beyond traditional risk factors // Atherosclerosis., 2010, v.210, p.137-144.

49. Mahnkena A.H., Berthold B. et al. Value of conventional chest radiography for the detection of coronary calcifications: Comparison with MSCT // European Journal of Radiology, 2009, v.69, p.510-516

50. Detrano R., Leathcrman J., Salscdo E. Bayesian analysis versus discriminant analysis their relative utility the diagnosis of coronary disease // Circulation, 1986, v.73, p.970-999 .

51. Султанова М.Д.. Возможности неинвазивной диагностики изменений коронарных артерий у больных сахарным диабетом // Клиническая хирургия, 2017, №12

52. Oliver M.F. The Diagnostic Value of Detecting Coronary Calcification // Circulation, 1970, v.42, p.981-982

53. McGuire J., Schneider H.J., Chou T.C. Clinical significance of coronary artery calcification seen fluoroscopically with the image intensifier // Circulation, 1968, v.37, p.82-7.

54. Leber A.W., Knez A., Ziegler F. et al. Quantification of obstructive and nonobstructive coronary lesions by 64-slice computed tomography: a comparative study with quantitative coronary angiography and intravascular ultrasound // J. Am. Coll. Cardiol., 2005, v.46, p.147-154.

55. Султанова М.Д., Азизов В.А.,Садыгова Т.А. Возможностицифровой рентгенографии в диагностике кальциноза коронарных артерий у пациентов с ревматоидным артритом // Казанский медицинский журнал, 2016, №2, с.236-239

56. Stanford W., Thompson B.H., Weiss R.M. Coronary artery calcification: clinical significance and current methods of detection. // AJR Am J Roentgenol.,1993, v.161, p.1139-1146

57. Bastos Goncalves F., Voute M.T., Hoeks S.E, et al. Calcification of the abdominal aorta as an independent predictor of cardiovascular events: a meta-analysis. // Heart, 2012, v.98, p.988-994.

58. Giles J.T., MoysesSzklo, Wendy Post Coronary arterial calcification in rheumatoid arthritis: comparison with the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis // Arthritis Res Ther., 2009, v.11(2):

59. Adar A., Erkan H., Gokdeniz T. et al. Aortic arch calcification is strongly associated with coronary artery calcification.// Vasa, 2015, v.44(2), p.106-14

60. Higaki T., Kurisu S., Watanabe N., Usefulness of aortic knob width on chest radiography to predict central hemodynamics in patients with known or suspected coronary artery disease. // Clin Exp Hypertens, 2015, v.37(6), p.440-4

61. Yun K.H., Jeong M.H., Oh S.K., et al. Clinical significance of aortic knob width and calcification in unstable angina // Circ. J., 2006, v.70, p.1280-3

Резюме

Современный подход к цифровой рентгенографии в диагностике коронарных кальцинозов.

М.Дж.Султанова

В современном мире ИБС является основным заболеванием человечества, который является причиной смертности. В этом направлении при ИБС в научной литературе показывает, классическим и доступным метод является цифровая рентгенография. В этой статье автор анализирует литература относительно этой проблемы.

Summary

A modern approach to digital radiography in the diagnosis of coronary calcifications.

M.J. Sultanova

In the modern world, IHD is the main disease of mankind, which is the cause of death. In this direction, with IHD in the scientific literature shows, the classical and accessible method is digital radiography. In this article, the author analyzes the literature on this problem.

Daxil olub: 16.01.2017

XOLESİSTOXOLEDOXOLİTİAZIN EYNİMOMENTLİ LAPAROXOLEDOXOLİTOTOMİK MÜALİCƏSİ: MÜASİR VƏZİYYƏT, ÜSTÜNLÜKLƏR, QÜSURLAR, HƏLL OLUNMAYAN MƏSƏLƏLƏR VƏ PERSPEKTİVLƏR

K.D. Aslanova, N.Y.Bayramov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: xolesistoxoledoxolitiaz, xoledoxoskopiya, xolangioqrafiya, xolesistektomiya, xoledoxolitotomiya

Ключевые слова: холецистохоледохолитиаз, холедохоскопия, холангиография, холе-цистэктомия, холедохолитотомия

Keywords: cholecystocholedocholithiassis, choledochoskopy, cholangiography, cholecystectomy, choledocholitotomy

Öddaşı xəstəliyi (ÖDX) müəyyən edilmiş xəstələrin 10-15%-də (RF-də 21%-də, ABŞ-da 4%-də) əməliyyat zamanı xoledoxolitiaz aşkar olunur [1,2,3]. Ümumi öd axarının (ÜÖA) daşları, o cümlədən qalmış, unudulmuş (relikt) daşları mərhələli əməliyyatlara, ağırlaşmalarla (öd axını problemləri, yara infeksiyası, ardıcıl proqressivləşən xolangit, sepsis, sarılıq, kəskin fermentativ pankreatit və s.) bağlı təkrar əməliyyatlara görə müalicə müddətlərinin və xərclərinin artmasına, xüsusi ilə ölüm göstəricilərinə görə klinik cərrahlığın mühüm problemlərindəndir [4].

Birəsrlik açıq xolesistektomiya dövrünün II yarısından başlayaraq xoledoxolitiazın diaqnostikasında və açıq cərrahlığında intraoperasion xolangioqrafiyanın (İOXQ) aparıcı mövqeyə malik olması səbəbindən postxolesistektomik xoledoxolitiazın tezliyi azalmaqda davam etmiş, ötən əsrin sonuncu onilliklərində 10-15%-ə, ən yeni diaqnostika və müalicə üsullarının tətbiq edildiyi klinikalarda isə minimal hədlər səviyyəsinə (2-4%) qədər enmişdir [5].

Xoledoxolitiazın proqnostik meyarları, prediktorları mübahisəli olduğundan problemin bu aspekti həllini tapmamışdır. Hazırda ümumi bilirubinin artımı yanaşı xoledoxolitiaz üçün çox qüvvətli, bilirubindən başqa digər biokimyəvi göstəricilərin dəyişiklikləri zəif "prediktor" hesab edilir [6]. Peng W.K. et al. (2005) qan zərdabında γ-QT-nın səviyyəsinin artmasını xeyli həssas test hesab edir [7]. Sheen A.J. et al. görə (2008) QF-nin miqdarının artması əla prediktordur [8]. Noble H. et al. (2011) isə biokimyəvi göstəricilərin artması və xoledoxun dilatasiyasını laparoskopik təftişə göstərişlər hesab edir [9]. Avropa Endoskopik Cərrahiyyə Assosiasiyası (EAES) çoxmərkəzli randomizə olunmuş tədqiqatına görə biokimyəvi testlərin artmış göstəriciləri, öd kisəsi və öd yollarının USM-nin nəticələri əsasında xəstələri laparoskopik təftiş və ya endoskopik retroqrad xolangiopankreatikoxolangioqrafiya ERXPQ yanaşmaları üçün təsnifləndirilmişdir [10]. Amerika Qastrointestinal Endoskopiya cəmiyyətinin (ASGE) 2010-cu il tövsiyələrinə görə yüksək riskli (qüvvətli prediktorlar olduqda və ya ASA–IV və V) xəstələrdə ERXPQ və ya alternativ kimi laparoskoik təftiş (İOXQ, xoledoxoskopiya (XS)); qalıq daşların diaqnostikası üçün MRT-XQ və endoskopik ultrasəs (EUS) müayinələri aparılmalıdır [6].

Xoledoxolitiazın diaqnostikasında hətta selektiv ERXPQ-nin də imkanları yüksək deyil – yüksək şübhəli xəstələrdə 50%-ə qədər hallarda ÜÖA-da kiçik daşlar aşkarlanmır. Üstəlik xəstələr invaziv eksplorativ (lüzumsuz, istismaredici) bahalı müayinəyə məruz qalırlar [3,5].

ERXPQ-yardımlı yüksək tezlikli (12,30 mHs) axardaxili EUSM və videoxoledoxoxo-langioskopiya (VXXS) ERXPQ-nin dəqiqliyini artırmaq məqsədi ilə 2000-ci illərin əvvəllə-rindən istifadə olunmağa başlanmışdır [12]. Müayinə yönləndirici naqilin köməyi ilə yerinə yetirilir, BDM-in kanyulizasiya tezliyi praktiki olaraq 100%, müayinənin həssaslığı 97-100%-dir [12]. Bu üsul ERXPQ zamanı kontrastlaşmayan Rentgenoloji qeyri-kontrast daşları [12], həmçinin ERXPQ+ES-dən sonrakı qalıq daşları 100% dəqiqliklə

aşkar etməyə (görməyə) [13], görmə nəzarəti altında fizioloji məhlul şırnağı ilə xoledoxu təzyiq altında yumağa və xoledoxolitiazı aradan qaldırmağa imkan verir [14].

Lap yaxın zamanlarda dəridə minikəsik aparmaqla ekstraduktal endoskopik USM (EUSM) tətbiqi və onun ilk nəticələri haqqında elmi məlumatlar dərc olunmuşdur. Ənənəvi USM ilə müqayisədə onun həssaslığı 90%-ə qarşı 92%-dir. Müayinə xoledoxoskop, sistoskop və ya duodenoskopa təsbit edilmiş US ötürücüsü ilə aparılır. Laparoskopik müalicə tələb olunduqda minikəsik işçi port yeri kimi istifadə edilə bilir [14].

2000-ci illərdə yeni diaqnostika və azinvaziv müalicə üsullarına, xüsusilə yüksək riskli xəstələrdə tənqidi qiymət verildi [1,16,17]. Xəstələrin təxminən hər 3-dən 1-də xole- və xoledoxolitiaz ömür boyu asimptomatik gedişli olduğuna və ağırlaşmalar törətmədiyinə görə 90-cı illərin sonuna qədərki "ucdantutma" prinsipinə təlimat və protokol qadağaları qoyuldu [18]. Bu səbbədən 2006-cı ildə Avropa Endoskopik Cərrahiyyə Cəmiyyəti (EAES) yaşlı xəstələrdə yenilənmiş gözləmə taktikası rəhbərliyinə bəraət qazandırdı [10], Britaniya Qastroenteroloqlar Cəmiyyəti isə 2008-ci ildə yalnız sənədləşdirilmiş (görüntüsü alınmış) xoledoxolitiaz zamanı simptomlu xəstələrdə cərrahi müalicəni məqbul hesab etdi [19]. 2010-cu ildə ASGE tövsiyələrinə "aşağı keyfiyyətli sübutlar" tövsiyələrini əlavə etdi və bu xəstələrdə nəinki "aşağı keyfiyyətli sübutlar", hətta güvənli sübutlar əsasında aparılmış lüzumsuz (eksplorativ) aqressiv manipulyasiyalar əsaslandırılmamış ola və klinik simptomatika törədə bilər [6].

Xoledoxolitaz olmadığı hallarda, o cümlədən yalançı mənfi nəticələr müəyyən edilmiş xəstələrdə ERXPQ-dən sonra kəskin xolangit və (və ya) kəskin pankreatit kimi ağırlaşmaların meydana çıxması xüsusilə arzuolunmazdır. Ona görə də hazırki dövrdə yalnız yüksəkriskli xəstələrdə ERXPQ və EPST-nın, digər (az və orta riskli) xəstələrdə isə MRT-XQ, EUSM və ya laparoskopik diaqnostika (EUSM, İOXQ, LXS) və müalicə aparılması tövsiyə olunur [11].

Hazırda sığorta təbabətinin əhatə dairəsinin geniş yayıldığı ölkələrdə xoledoxolitiazlı xəstələrə münasibətdə praktik həkimlərin qarşısına 2 açıq sual kəskin qoyulur: patologiyanın rentabelli diaqnostikasını necə təmin etməli və onu necə müalicə etməli? Ona görə də praktik həkimlərə qarşı konkret xəstədə cərrahiyyə risklərini və xərclərini azaltmaq üçün uyğun müalicə alqoritminin və istifadə edilməsinin müəyyən tələbləri qoyulur [11, 20].

Bir çox ixtisaslaşmış mərkəzlərdə və ümumi cərrahi şöbələrdə açıq cərrahi əməliyyatların icrası demək olar ki, qadağan edilmiş, bütün əməliyyatlar yalnız laparoskopik üsulla başlanılır, çətin texniki situasiyalarda, ciddi intraoperasion ağırlaşmalarda və mürəkkəb hadisələrdə açıq cərrahi əməliyyatlara keçid edilir. ABŞ-ın hətta kənd bölgələrində (!) laparoskopik xolesistektomiyanın (LXE) tezliyi 90%-ə çatmışdır. Xoledoxolitiaz 75% xəstələrdə ERPXQ, 21%-də- laparoskopik, yalnız 4% hadisələrdə açıq xoledoxolititomiya yolu ilə cərrahi müalicə olunur. Şəhər yerlərində, xüsusilə iri iqtisadi mərkəzlərin və Universitetlərin klinikalarında eynimomentli laparoskopik xoledoxolitiaz cərrahlığının payının artması müşahidə edilməkdədir [21].

Xoledoxolitiazın cərrahi müalicəsi taktikası dəyişkəndir, çoxvariantlıdır və bu barədə elmi debatlar günümüzdə də davam etməkdədir. Geniş tətbiq dairəsinə malik müalicə variantlarına LXE-dən (AXE-dən) əvvəl və sonra ERXPQ; AXE və XLT; AXE və yan yol əməliyyatları, az hallarda LXE və LXSLT aiddir. Keçirilmiş ERXPQ və LXE və ya əksinə variantlarda xəstələr ikipilləli cərrahi müalicəyə, və təbii ki, ERXPQ-nin riskləri və ağırlaşmalarına məruz qalırlar [22, 23].

Son 10 ildə xoledoxolitiazın müalicəsinə baxışlar dəyişsə də mübahisəli, həllini tap-mayan məsələlər də az deyil. Hazırda bu patologiyanın 3 müalicə istiqamətləri mövcuddur: 1) birmomentli açıq XE, xoledoxotomiya, təftiş və daşların çıxarılması, T-drenaj qoyulması və ya yan yol əməliyyatı; 2) ERXPQ, sonra LXE və ya əksinə və 3) birmomentli LXE və xoledoxoskopik təftiş, daşların çıxarılması, xoledoxorafiya və ya T-drenaj qoyulması. Ən çox istifadə edilən metodika LXE-dən əvvəl, LXE zamanı və ya sonrakı ERXPQ±EPST ikimərhələli əməliyyatlarıdır. 3-cü metodika bahalılığına və mürrəkkəbliyinə görə çox az hallarda ixtisaslaşmış mərkəzlərdə tətbiq edilməkdədir. Yəni, birpilləli əməliyyatlar hələlik yalnız nüfuzlu xüsusi mərkəzlərin və Universitet klinikalarının prereqativinə aiddir. Laparoskopik xoledoxoskopik litotomiya (LXSLT) yüksəkeffektli, təhlükəsiz və yetərli müalicə üsulu olsa da əksər cərrahi şöbələr və mərkəzlər üçün əlçatmazdır [24].

Digər konservativ litotripsiya variantları (ursodezoksixol turşusu və ya metil-tret-butil efiri ilə daşların əridilməsi, lazer tripsiyası) tam qəbul edilməmişdir, eksperimental və klinik sınaq səviyyələrində tətbiq olunmaqdadır.

Əməliyyatönü ERPXQ və EPST, sonra LXE ilə müqayisədə birmomentli LXSLT və LXE -nın nəticələrinə həsr olunmuş 1 randomizə olunmuş tədqiqatda [4] eynimomentli əməliyyatların üstünlükləri, müalicə xəsrclərinin və stasionar müalicə müddətlərinin azalması göstərilmişdir. Cuschieri A. et al.

(1999) belə nəticəyə gəlmişlər ki, birmomentli əməliyyat-ların icrası ən əlverişli variantdır. LXE-önü ERPXQ və EPST yalnız çoxriskli xəstələrdə, məsələn, xolangit və ya ağır pankreatitlərdə tətbiq edilməsi tövsiyə olunur. Belə xəstələrdə dekompressiya və detoksikasiya (sepsis mənşəli intoksikasiyalarda) məqsədi ilə ERXPQ əməliyyatönü endoskopik drenaj rolu oynayır [4].

2000-ci ilin əvvəllərinə qədər mexanik sarılıqlı əksər xəstələrdə ikipilləli əməliyyat (ERXPQ±EPST, sonra LXE) tövsiyə olunurdu. Bəzi hallarda (duodenumun və Vater məmə-ciyinin anomaliyaları, böyük duodenal məməciyin (BDM) və ÜÖA-nın distal stenozu, keçirilmiş mədə əməliyyatları) bu metodikanın icrası mümkün olmurdu. Bu xəstələrdə birpilləli əməliyyatlar (AXE və xoledoxotomik təftiş, XLT və ya yan yol əməliyyatı; LXE və LXS-ik təftiş; hər 2 variantda göstəriş(lər) əsasında T-drenaj qoyulmaqla və ya birincili tikiş-lərlə tamamlama) aparılması daha məqsədəuyğundur.

Ən əlverişsiz variantlardan biri ERXPQ-dən sonra LXE zamanı bəzi xəstələrdə xole-doxun yenidən təftişi (İOXQ və (və ya) VXS) və xoledoxotomik (xoledoxoskopik) yolla daş(lar)ın çıxarılmasıdır [25].

Laparoskopik VXS ilə ÜÖA-nın təftişi və daşların təmizlənməsi effektli əməliyyat metodikası olsa da onun texniki çətinlikləri və xoledoxoskopun bahalılığı geniş tətbiqə ciddi əngəllər törədir [26, 27]. Bu müalicə variantının təhlükəsizliyi və efffektivliyi azsaylı populyasiyada qismən öyrənilmişdir və ədəbiyyat məlumatlarına görə öd axarlarının daşları-nın təmizlənməsi 85-97,3%, ağırlaşmaların tezliyi 3,7-33%, ümumi letallıq 0,3-0,8% hədlə-rindədir [26-29]. Təcili situasiyalarda isə metodikanın səmərəliliyi, təhlükəsiz(lili)yi haqqında elmi məlumatlar demək olar ki, yoxdur. Hətta ingilisdilli elmi mətbuatda yaşlılarda bu əmə-liyyatın nəticələrinə dair cəmi 1 elmi məqaləyə rast gəldik [30].

Vishal G. et al. (2015) Sinqapur Milli Universitetinin Akademik institutunda yaşlı (>70 yaş) 88 xəstənin LXSLT müalicəsinin retrospektiv nəticələrini əks etdirən irihəcmili icmalında (2005-2009) bu üsulun müqayisəli surətdə üstünlüklərini öyrənmişdir [30].

Yanaşı somatik xəstəlikləri və öddaşı xəstəliyinin ağırlaşmaları (xoledoxolitiaz, me-xaniki sarılıq, kəskin xolesistit, xolangit, kəskin pankreatit və b.) olan 70 yaşdan yuxarı xəstələrdə 2-, 3-pilləli əməliyyatların təhlükəsi, xüsusilə ilk əməliyyatların effektsizliyi yüksək olur [31]. Daşların endoskopik ekstraksiyası və stent qoyulması müalicə variantı kimi müvəqqəti effektə malikdir və bir sıra qüsurlarına, ağırlaşmalarına görə olduqca məhdud çərçivədə icrası məsləhət görülür [30,31].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə LXSLT-dən sonra kontrol müayinələrdə ekstrahepatik qalıq daşlar 1,0-5,7% hadisələrdə rast gəlir və əksər xəstələrdə klinik gediş asimptomatik olur və ya daşlar öz-özünə xaric olur. Çox az hallarda təkrar azinvaziv əməliyyatların icra edilməsinə (T-drenajdan keçməklə təzyiq altında fizioloji məhlul şırnağı ilə yuyulma; daşların kimyəvi həlli; lazer və ya ultrasəs tripsiyası; VXS və ya ERXPQ yolu ilə T-drenajdan daşların çıxarılması) göstərişlər (ağrılar, mexaniki sarılıq, xolangit, pankreatit, biliar intoksikasiya və b.) meydana çıxır [32].

Randomizə olunmuş son tədqiqatlardan birində [31] ERXPQ+LXE ilə müqayisədə eynimomemtli LXSLT və LXE əməliyyatlarının stasionar müalicə müddətlərinin azaltması təqdim edilsə də müalicə xərclərinin fərqi öyrənilməmişdir. Lakin bu tədqiqat işində LXSLT ilə müqayisədə açıq XLT-dən sonra stasionar müalicə müddətlərinin çoxluğu açıq əməliyyatın travmatikliyi, uzun müddətliliyi və yanaşı ciddi xəstəliklərin varlığı ilə əlaqələndirilmişdir.

Hazırda qaraciyərdən xaric öd yollarının patologiyalarının daha etibarlı intraoperasion vizualizasiya və daşçıxarma üsulu VXS hesab edilir və o, birmənalı olaraq ERXPQ yolu ilə EPPST-dən üstündür [33]. Çevik, əyilgən fiberlifli əsaslı modern xoledoxoskop istehsalına qədər bu müayinə böyük texniki çətinliklərlə digər optik sistemli qurğularla (rigid sistoskop, rigid bronxoskop və ya rigid nefroskop) aparılırdı. Zədələnmə (perforasiya, qanaxma) təhlükəsi və görüntünün keyfiyyətsizliyi bu qurğularla təftişin ciddi qüsurları idi. Yeni, ən müasir videosistemli fibroxoledoxoskopların istehsalı mövcud qüsurları tamamilə aradan qaldırdı və metodikanın tətbiqini xeyli asanlaşdırdı.

Əsrimizin ilk illərindən başlayaraq, xüsusilə 2-ci onillikdə laparoskopik texniki vasitələr və alətlər təkmilləşdikcə və cərrahi praktikaya yenilərinin daxil olması ilə, və ən əsası cərrahi ustalığın və kvalifikasiyanın davamlı artması hesabına xoledoxun birpilləli laparoskopik cərrahlığı tendensiyası sürətlə artmaqdadır. Ən son tədqiqatlara görə daşların xoledoxdan laparoskopik xaric edilməsi ERPXQ və EPST yolu ilə endoskopik cərrahlıqla müqayisədə birmənalı effektli və səmərəlidir [34].

Bəzi tədqiqat işlərində xoledoxa giriş yollarının (transistik, transduktal və transxole-doxeal) effektivliyi, təhlükəsizliyi və nəticələrinin müqayisəsi öyrənilmişdir [35,36]. Trans-sistik və transduktal yollar kiçik və çoxsaylı, xoledoxeal yol azsaylı böyük və yaxın daşlar za-manı səmərəlidir. T-drenaj və ya endobiliar stent qoyulmasının üstünlüklərinin öyrənilməsi-nə həsr olunmuş cəmi 1 tədqiqat əsəri ilə rastlaşdıq [37]. Müəlliflər bu məsələdə konsensus əldə etməsələr də üstünlüyü əməliyyatın T-drenajla tamamlanmasına vermişlər. Çünki, T-drenaj vasitəsi ilə sonrakı günlər XQ, intraxoledoxeal lavaj və yerli müalicə (antiseptik

və (vəya) antibiotik məhlulları) aparmaq, yerli anesteziya altında relikt daşları çıxarmaq və kiçikçaplı (2,8 mm) xoledoxoskopla vizual baxış və nəzarət aparmaq mümkündür [37]. VXS öd kisəsinin divarından, sistik kanaldan keçməklə, bəzən boylama supraduodenal xoledoxoto-mik kəsikdən və ya olduqca nadir hallarda (qastroduodenal bağ bölgəsinin şiş prosesi, bitiş-mələri və ya kəskin infiltrasiyası) transduodenal yolla (retroqrad) yerinə yetirilir [38]. So-nuncu yol sfinkterotomiya və sfinkteroplastika icrası, daşların açıq xaric edilməsi kimi üstünlüklərə malikdir və aztravmatikliyi ilə seçilir [39,40].

Lakin transsistik və ya xoledoxotomik giriş məsələsi hələlik mübahisəlidir və tam həl-lini tapmamışdır. Əksər müəlliflər ilk seçim kimi transsistik girişlə əməliyyatın başlamasını vacib hesab edirlər [41]. Transsistik və transduktal yollar kiçik və çoxsaylı, xoledoxeal yol azsaylı böyük və yaxın daşlar zamanı səmərəlidir [39, 40]. Kiçik transsistik girişdən xole-doxoskopun salınması və idarə edilməsinin çətinliklərini qabardan müəlliflər də kifayət qədərdir. Bu səbəbdən daha üstün xüsusiyyətlərə malik transsistik giriş üsullarının işlənilmə-sinə zərurət yaranmışdır. Dawei Chen et al. (2014) transsistik xoledoxoskopiya girişinin çətinliklərini və qüsurlarını nəzərə alaraq original üsul işləmiş və 9 xəstədə ardıcıl surətdə tətbiq etmişlər. Üsulun məğzi ondan ibarətdir ki, kamera üçün 12 mm-lik port dəliyi ənənəvi göbək nahiyəsində yox, sağ qabırğa qövsündən 3 sm tışda açılmışdır. Öd kisəsinin və qonşu üzvlərin təftişindən sonra kisə axarı, arteriyası disseksiya edilmiş, öd kisəsi dibə qədər yata-ğından ayrılmışdır. Kisənin dibi laparoskopun nəzarəti altında sıxıcı alətlə 12 mm-lik dəliyə doğru gətirilmiş, laparoskop çıxarıldıqdan sonra kisə həmin dəlikdən 1-2 sm məsafədə xaricə çıxarılmışdır. Sonra dib nahiyəsində 1-2 sm uzunluqda köndələn kəsik aparılmış, mənfəz açılmış, möhtəviyyat vakuum- və ya elektroaspiratorla sorulmuş, daşlar xaric edilmişdir. Laparoskopik baxışla kisənin tam boşalmasına əmin olduqdan sonra İOXQ olunmuş, öd axarlarının anatomiyası və mənfəzində konkrementlərin olması (olmaması) təyin edilmişdir. Daha sonra kisənin dibindən (həmin dəlikdən) mənfəzə əyilgən xoledoxoskop yeridilmiş və o, mənfəz boyunca xoledoxa doğru istiqamətləndirilmişdir. Kisə axarının darlığı zamanı ya o xoledoxoskopun yüngül irəliləmə hərəkəti ilə, yaxud mexaniki genişləndirici ilə genişlən-dirilmişdir. Bu manevr xoledoxoskopun xoledoxa yeridilməsini və idarə olunmasını asanlaş-dırmışdır. Xoledoxa baxılmış, xoledoxoskopik nəzarət altında daş(lar) çıxarılmış, proksimal axarlar təftiş edildikdən sonra xoledoxoskop xaric edilmişdir. Bundan sonra öd kisəsi qarın boşluğuna salınmış, klassik üsulla LXE tamamlanmışdır [42].

Dexing Chen et al. (2015) görə kisə axarının ÜÖA-na birləşdiyi nahiyə sonuncunun ən geniş hissəsi olduğundan xoledoxotomik kəsiyin bu hissədən aparılması daha məqsədəuy-ğundur, və bu halda striktur formalaşması riski xeyli azalır. Ona görə bu müəlliflər öd kisəsi axarını (LXE zamanı kisə axarının güdülü 1,0-1,5 sm uzunluqda saxlanılır) istifadə etməklə ÜÖA-da kəsiyin uzunluğunu minimal səviyyələrə qədər kiçildir, xoledoxoskopik təftiş və daşlar çıxarıldıqdan sonra yoxlama asanlaşır, əməliyyatın sonunda birincili ikisıralı (mukozal və seromuskulyar) tikişlərlə postoperasion öd sızması təhlükəsini aradan qaldırılır. Tikiş xəttində əlavə duktal toxuma hesabına gərginliyin olmaması səbəbindən tikiş tutarsızlığı minimallaşdırılır. Digər tərəfdən təklif edilmiş metodika xolesistoxoledoxolitiaz və mexaniki sarılıq ilə 194 xəstənin stasionar yatış günlərini, müalicə xərclərini azaltmış və bərpa müddət-lərini qısaltmışdır. Müəlliflər zəruri (transduktal kəsikdən daşların çıxarılması mümkün olmadıqda) və kauzistik hallarda (kisə axarı xoledoxa arxadan açıldıqda; kisə axarı ilə ÜÖA-nın uzunməsafəli, retroduodenal sahəyə qədər paralel gedişi zamanı) laparoskopik transduktal kəsik əvəzinə ənənəvi xoledoxotomik kəsik aparılmasını məqsədəuyğun hesab edirlər. Konkret olaraq, LXS və XS-ik manipulyasiyalar (baxış, daşların çıxarılması, nəzarət baxışı, xoledoxun lavajı) 5 xəstədə (2,5%) kisə axarından, 56-da (28%) kisə axarında aparılmış minikəsikdən, 133-də isə kisə axarından xoledoxa doğru 1,1 sm-ə qədər uzadılmış kiçik kəsikdən aparılmışdır [43].

Nəinki laparoskopik, hətta açıq əməliyyatlar zamanı xoledoxoskopu ümumi QCA və QC axarlarına doğru istiqamətləndirmək, onların və intrahepatik öd yollarının baxışını aparmaq olduqca çətindir. Bu ilk növbədə kisə axarının ÜÖA-na açıldığı yerdən proksimal hissədə (ÜQCA-nın distal hissəsində) qapaq rolunu oynayan arakəsmənin olması və alətin aşağı hissədən yeridilməsi üçün əməliyyat sahəsinin azlığı, o cümlədən əksər xoledoxoskop-ların distal hissəsində onların əyilgənliyini təmin edən yönləndiricinin olmaması ilə əlaqədardır [44]. Bu səbəblərə görə Dexing Chen et al. (2015) LXS zamanı xəstələrin yalnız yarısına qədərində (47%) proksimal və intrahepatik öd yollarının xoledoxoskopik təftişini apara bilmişlər [43].

Klassik laparotomiyadan fərqli olaraq LXSLT və T-drenaj qoyulması operasion travmanı və aqressiyanı xeyli azaldır. Azinvaziv əməliyyatın bu variantında endocərrahlar T-drenajın qoyulmasının çətinlikləri, drenaj ətrafından ödsızma, drenajın sürüşməsi, hətta təsadüfi çıxması ilə bağlı peritonit induksiyası kimi arzuolunmaz ağırlaşmalarla rastlaşırlar.

T-drenajın da xüsusilə ödsız(ax)ma ilə bağlı ağırlaşmaları az deyildir: biliar sepsis, xəstələrin nəqli zamanı və ya yatmış xəstələrin özləri tərəfindən bilməyərəkdən drenajın çıxarılması nəticəsində öd axarlarının travması (hətta qopması), drenajın qopmuş fraqmeninin xoledoxda qalması və mənfəzi tıxaması,

drenaj xaric edildikdən sonra ÜÖA-nın strikturları-nın əmələ gəlməsi və b. [37]. Klinik praktikada endobiliar stentin qalıq daşlarla, palçıqla, "pambıq" lopaları ilə obturasiyası, sürüşməsi, miqrasiyası, yataq yarası əmələ gətirməsi kimi ağırlaşmaları rast gəlir. Bu hallarda, hətta ağırlaşmasız xəstələrdə belə növbəti əməliyyat(lar)ın – ERXPQ yolu ilə stentin, daşlar olduqda (qaldıqda) onların xaric edilməsi lazım gəlir.

Dexing Chen et al. (2015) 1997-ci ilə qədər AXE əməliyyatı zamanı xoledoxotomiya icra etmiş, daş(ları)n çıxarılmasından sonra klassik T-drenajı qoymuşlar. 1997-ci ildən 2012-ci ilə qədərki dövrdə bu müəlliflər LXE əməliyyatları zamanı 1385 LXSLT və T-drenaj qoyulması əməliyyatını yerinə yetirmişlər. T-drenajla bağlı xəstələrdə yeni problemlərin (ödsızma, öd peritoniti, öd absesi və s.) aradan qaldırılması üçün 2012-ci ildən tək əməliyyat sisteminə (LXE+LXT+LXS nəzarəti altında daşların çıxarılması+birincili xoledox tikişləri) keçmiş və böyük uğurlar qazanmışlar [43].

Bəzi tədqiqatçılar T-drenajın ağırlaşmalarını, onların xarakterini və profilaktikası məsələlərini öyrənmişlər. T-drenajın dislokasiyası, miqrasiyası, nəqletmə zamanı və ya xəstə tərəfindən çıxarılması hadisələri daha çox təsadüf olunur. Drenajın burulması onun obstruksiyasına, öd axınının pozulmasına və ödsız(ax)maya səbəb olur. Uzunmüddətli saxlanılma xolangitin əmələ gəlməsi və ya artması, bəzi hadisələrdə isə çıxarıldıqdan sonra öd peritoniti ilə ağırlaşır [45].

Yuxarıda qeyd edilənlərə baxmayaraq, müştərək LXE, LXS və LXSLT zamanı T-drenaj qoyulmasının tərəfdarları da var və bunu intraxoledoxeal hipertenziya, daş(lar)ın tam çıxarılmaması (çıxarılmaması ehtimalı), postoperasion dövrdə XQ və ya XS zərurətinin, xoledoxdaxili manipulyasiya ehtimalının yaranacağı hadisələri ilə əsaslandırırlar [38]. T-drenaj və ya endobiliar stent qoyulmasının üstünlüklərinin öyrənilməsinə həsr olunmuş cəmi bir tədqiqat əsəri ilə rastlaşdıq [37]. Müəlliflər bu məsələdə də konsensus əldə etməmiş və üstünlüyü əməliyyatın T-drenajla tamamlanmasına vermişlər. Çünki, T-drenaj vasitəsi ilə sonrakı günlər XPQ, intraxoledoxeal lavaj və yerli lavaj, müalicə (antiseptik və (və ya) antibiotik məhlulları) aparmaq, yerli anesteziya altında relikt daşları çıxarmaq və kiçikdiametrli (2,8 mm) xoledoxoskopla vizual baxış və nəzarət aparmaq mümkündür [37]. Naumowicz E. et al. (2014) birpilləli əməliyyatdan sonra (LXSLT+LXS+daşların çıxarılma-sı+LXE) 86,7% xəstələrə T-drenaj qoymuş, bunu qalıq daşların sonradan çıxarılması (postoperasion XQ+XS), öd axarlarının dekompressiyası, lavajı (infeksiya, iltihab, ödem) ilə əsaslandırmış, kiçik (<5 мм) və 1 ədəd böyük (<4-6) daş zamanı birincili tikişlərin qoyulma-sını məqbul hesab etmişdir [46].

Laparoskopik transsistik XSLT tətbiqi ilə xoledoxdan daş(lar)ın çıxarılması, onun İOXQ vasitəsi ilə və ya xoledoxoskoik təfitşi və nəzarətindən sonra birincili tikişlərin qoyulmasının tərəfdarları artmaqdadır. Bu səbəbdən həmin metodikanın istifadə dairəsi genişlənir və texnikası təkmilləşdirilməkdə davam edir [11, 47, 48]. Gurusamy et al. (2007) isə Cochrane məlumatlar bazasının tədqiqatlarını araşdıraraq, birincili xoledox tikişləri və T-drenaj qoyulmuş xəstələrdə hər 2 metodikanın birinin digərindən üstünlüyünü göstərən elmi işlərlə rastlaşmamışdır [49.

Birincili xoledoxotomik tikişlərin metodikaları fərqlidir. Bir çox tədqiqatçılar bütün qatlardan keçməklə təksıralı fasiləsiz tikişlərə üstünlük verirlər [40, 44, 47, 48]. Fasiləli laparoskopik tikişlər qoymaq xeyli çətin olduğuna görə az hallarda istifadə edilir [39, 40]. Dexing Chen et al. (2015) 5-0 sapla tikilmiş fasiləsiz ikisıralı tikişlər qoyur və bunu selikli qişanın keyfiyyətli hermetikliyinin təmin olunması, ikinci sıra - seromuskulyar Lambert tikişlərinin selikli qişadan keçməməsinə görə ödsızmanın olmaması ilə əsaslandırırlar. Beləliklə, bu müəlliflərə görə xoledoxolitiaz diaqnozu güvənli qoyulduqda xoledoxun diametrinin 5 mm-dən çox olması LXSLT, 8 mm-dən çox olması isə (xoledoxoskopik yoxlanmadan sonra və maye şırnağının məməcikdən sərbəst keçməsi zamanı birincili tikişlərin qoyulmasına göstərişdir [43]. Metaanaliz tədqiqatlarından birinin nəticələrinə görə birincili tikişlər qoyulmuş xəstələrdə T-drenajlı xəstələrlə müqayisədə stasionar müalicə müddəti istisna olmaqla bütün digər göstəricilər əlverişlidir. Lakin ödsızma hadisələri ilə bağlı ağırlaşmalar və striktur formalaşması birincili tikişlərin qüsurlarıdır [49].

Əksər müəlliflər yalnız LXE əməliyyatını hətta ahıl yaşlı xəstələr üçün təhlükəsiz hesab edirlər [5, 50]. Ancaq bu xəstələrdə yanaşı xoledox əməliyyatı çox mürəkkəbdir, çətindir və əməliyyat risklərini artırır. Gənc xəstələrdə LXE ilə birgə və onsuz ERXPQ ilə müqayi-sədə LXE və LXSLT-nin daha effektli olması və təhlükəsizliyinə aid tədqiqatlar kifayət qədər çox olsa da ahıl yaşlı və qoca xəstələrdə yalnız 1 tədqiqat işinə rast gəldik [50].

Anbok Lee et al. (2011) 2000-2009-cu illəri əhatə edən dövrdə 70 yaşa qədərki 68 xəstə ilə (ortalama 55,6 ± 11,8) müqayisədə 70 yaşdan yuxarı 64 xəstədə (ortalama 78,9±6,3) apardıqları eynimomentli LXE və LXSLT əməliyyatlarının nəticələrini təqdim etmişlər. 5 mm-lik əyilgən xoledoxoskop 1,0-1,5 sm-lik xoledoxotomik boylama kəsikdən keçirilməklə təftiş, fizioloji məhlul şırnağı ilə təzyiq altında yuyulma metodu, Dormia zənbili və ya Fogarty kateteri ilə və ya elektrohidravlik litotripsiya metodu ilə daşların çıxarılması, sonda nəzarət yoxlanılması həyata keçirilmiş və 3-0 vikril sapla xoledoxotomik yara köndələn

tikilmiş və ya T-drenaj qoyulmuşdur. Qruplar üzrə ümumi postoperasion ağırlaşmalar 18,8% və 13,2%, ümumi letallıq 3,0% (pnevmoniya- 1 və kəskin tənəffüs çatmazlığı- 1) və 1,5% (mexanik sarılıq, kəskin qaraciyər çatmazlığı- 1) təşkli etmişdir. Tranter S.E., Thompson M.H. (2002) məlumat vermişlər ki, ERXPQ ilə EPST və sonrakı müddətlərdə LXE-nin ağırlaşmaları 1-19% (ortalama 13%), LXSLTvə LXE-nin analoji göstəriciləri isə 2-17%-dir (ortalama 8%). Lakin ERXPQ ilə EPST və ya ERXPQ ilə EPST və sonrakı LXE əməliyyatları qanaxma, pankreatit, OBB-ın xorasının perforasiyası, OBB-ın arxa divarının yatrogen perforasiyası, sepsis kimi erkən, Vater məməciyinin stenozu, reflüks-xolangit kimi uzaq ağırlaşmaları mövcuddur. Postsfinkterotomik xolangitin xolangiokarsinoma riskini artırması haqqında elmi-tədqiqat məlumatlarına da rast gəlinir [50]. Təbii ki, LXSLT hətta ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə bu tip ağırlaşmalardan uzaqlığına görə daha effektli, təhlükəsiz və yetərli əməliyyatdır. Bütün bunlara baxmayaraq ERXPQ və LXE ilə müqayisədə LXSLT-nin danılmaz üstünlüklərini- ERXPQ ilə müqayisədə çətin, böyük, əlçatmaz (uzaq) və çoxsaylı daşların çıxarılmasının mümkünlüyü, əməliyyat risklərinin, stasionar yatış müddətlərinin və maddi sərflərin azlığı, problemin tək əməliyyatla aradan qaldırılmasını sübut edən elmi işlər son illərdə nüfuzlu dövri jurnallarda işıq üzü görməyə başlamışdır LXSLT tətbiq edilən mərkəzlərdə digər tərəfdən relikt daşların rastgəlmə tezliyi azalmış, T-drenaj qoyulmasına (onunla bağlı ağırlaşmaların tezliyinn azalması) göstərişlər xeyli məhdudlaşmışdır [50].

Naumowicz E. et al. (2014) prospektiv olaraq 100 xəstədə bir- və ikipilləli əməliyyat metodikalarının nəticələrini təhlil etmişdir. Klinik şəkil, biokimyəvi göstəricilərin (transferazalar) və bilirubin səviyyəsinin artımı, qarının yuxarı mərtəbəsinin USM-nin nəticələri (kisənin daşları, xoledoxun diametrinin 6 mm-dən çox olması), I-III sinif ASA xoledoxolitiazın prediktorları hesab olunmuşdur. I qrupda (2004-2006-cı illərdə) ERXPQ±EPST və AXE; II qrupda (2007-2008)- ERXPQ±EPST və LXE; III qrupda (2009-2011) – eynipilləli LXE+LXS+LXSLT əməliyyatları aparılmışdır. Nəzərdə tutulmuş və planlaşdırılmış metodikaya razılıq verməyən xəstələr tədqiqata daxil edilməmişlər. III qrupda 3 və 6 mm-lik xoledoxoskop ("Karl Storz", Almaniya) istifadə edilmişdir. II qrupun xəstələrində öncə ERXPQ±EPST, daşların çıxarılması və xoledoxa endostent (4-9 Fr) yerləşdirdikdən 2-4 həftə sonra LXE yerinə yetirilmiş, bu zaman transistik İOXQ, xoledoxun Couvelaire Balton sidik kateteri və ya Fogarty damar balonu ilə təftişi, təmizlənməsi əməliyyatı aparılmış, təkrar İOXQ edilmiş, kisə axarı kəsikdən distalda bağlanmış və əməliyyat tamamlanmışdır. III qrupda xoledoxun suproduodenal hissəsində 5-7 mm uzunluqda boylama kəsik aparılmış, zərurət olduqda kəsik 10-15 mm-ə qədər böyüdülmüş və həmin kəsikdən xoledoxoskop salınmış, sağ və sol QC, ÜQC və ÜÖ axarları təftiş olunmuşdur. Sonuncunun görüntüsü şəraitində pinset, Dormia səbəti və Fogarty balonu ilə daşlar çıxarılmış, mənfəz duz məhlulu şırnağı ilə yuyulmuşdur. Təkrar xoledoxoskopik baxışdan sonra alət Vater məməciyindən OBB-a keçirilmiş, məməciyin keçiriciliyi yoxlanılmışdır. Sonra birincili tikişlər və ya T-drenaj qoyulmuş və sonuncu vasitəsi ilə nəzarət İOXQ aparılmışdır. Əməliyyat LXE ilə tamamlanmışdır. Ağırlaşmalar Clavien sistemi ilə dəyərləndirilmişdir. Normal postoperasion gedişdən kənaraçıxmalar I dərəcə, farmakoloji və nutrision dəstək, qan (plazma) köçürülməsi, antibiotik istifadəsi tələb edən hadisələr II dərəcə, cərrahi, endoskopik və ya rentgenoloji intervensiya tələb edən vəziyyətlər III dərəcə, həyatın davamı üçün təhlükəli vəziyyətlər IV dərəcə, ölümlə nəticələnən ağırlaşmalar isə V dərəcə hesab edilmişdir. Qalıq daşlar keçirilmiş əməliyyatların keyfiyyətsizliyi ilə əlaqələndirilmişdir. Hər 3 qrupda Clavien təsnifatına görə I dərəcəli ağırlaşmalar ən çox rast gəlmişdir. II dərəcə ağırlaşmaların tezliyi I qrupda- 5 (yaranın irinləməsi- 17,9%), II- 7 (pankreatit- 24,1%), III – 2 (qan köçürülməsi ilə dayanmış postoperasion qanaxma- 1, ağciyər arteriyasının TE- 1) olmuşdur. Clavien III dərəcə II qrupda rast gəlməmiş, I qrupda 1 (duodenal qanaxma adrenalin inyeksiyası və qan köçürülməklə dayanmış), III qrupda isə davamlı qanaxmaya görə 1 xəstədə reoperasiya edilmişdir. Clavien IV və V dərəcələr heç bir qrupda rast gəlməmişdir. ERXPQ-dən sonrakı pankreatit (24,1%) və AXE sonrası yara irinləməsi (17,9%) hadisələri birpilləli laparoskopik əməliyyatlardan sonra (III qrup) baş verməmişdir. Qalıq daşlar açıq (4 xəstədə) və laparoskopik (1) xəstədə ERXPQ ilə təmizlənmişdir. Ödsızma hadisələri ERXPQ tələb etməmişdir.

Savita K.S., Bhartia Vishnu K. (2010) 2005-2009-cu illərdə icra etdikləri 3060 LXE zamanı 342 xəstədə transsistik və ya xoledoxotomik yolla İOXQ aparmış, onların 157-də xoledoxolitiaz aşkar etmiş, 1-də xoledoxun daşlarını laparoskopik izləmişlər. Daşlar xoledoxoskopik (3-, 8 mm-lik) nəzarət altında Dormia zənbili və ya Fogarty balonu ilə çıxarılmış, xoledox şırnaqla yuyulmuş və kontral təftiş aparılmışdır. Ampulyar keçiricilik pozulmayan hallarda və daşların xaric edilməsinə xoledoxoskopik əminlik olduqda xoledoxotomik yara birincili tikilmiş, şübhəli hallarda T-drenaj saxlanmışdır. Yalnız 2 xəstədə (xoledoxun genişliyinə görə) postoperativ ERXPQ olunmuşdur. Letal nəticə olmamış, əməliyyat sonrası ağırlaşmalar 2,66% rast gəlmişdir (port yarasının infeksiyası- 4). Maraqlıdır ki, kəskin pankreatit, ödsızma, daşların qalması hadisələri baş verməmişdir [48].

Beləliklə, son 3-5 ilin ədəbiyyatları, o cümlədən Britaniya Qastroenteroloqlar Cəmiyyəti praktik endocərrahlara birpilləli laparoskopik əməliyyatları mənimsəməyi və icra etməyi tövsiyə edirlər [19]. ABŞ-ın 20-21% cərrahları birpilləli LXSLT+LXS və LXE əməliyyatlarını yerinə yetirirlər [21]. Bu ölkənin cərrahlarının böyük əksəriyyəti (75%) əməliyyatönü ERXPQ+ES və digər endoskopik protokolları üstün hesab edirlır [21]. Belə geniş diapozonik fərq aşağıdakı səbəblərlə əlaqədardır: hətta ABŞ xəstəxanaları üçün zəruri alətlərin və avadanlıqların bahalı olması; ixtisaslaşmış cərrahların azlığı; xoledox cərrahlığına göstərişlərin və tələbatın müntəzəm olmaması; ənənəvi ikipilləli əməliyyat üsullarına yiyələnmiş cərrahların yeni metodikanı qəbul edə bilməməsi (etməməsi), onu mənimsəməyə həvəsli və maraqlı olmaması; metodikanın çətin olması və mənimsənilməsinin çətinlikləri; hətta ixtisaslaşmış mərkəzlərdə elektiv (seçilmiş) xəstələrin azlığı və s. [21].

ƏDƏBİYYAT

1. Menezes N., Marson L.P., debeaux A.C. et al. Prospective analysis of a scoring system to predict choledocholithiasis //Br J Surg., 2000, v.87, p.1176
2. Borzellino G., Rodella L., Saladino E. et al. . Treatment for retained [corrected] common bile duct stones during laparoscopic cholecystectomy: the rendezvous technique //Arch Surg., 2010, v.145, p.1145-9
3. Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е. Хирургия желчных путе. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007, 368 с.
4. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей: в 2 т. /Под ред. А.Е. Борисов и др. СПб: Скифия, 2003
5. Борисов А.Е. и др. Заболевания желчевыводящей системы. 2003, 560 с.
6. Cuschieri A., Lezoche E., Morino M,. et al. E.A.E.S. multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs. single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi //Surg Endosc., 1999, v.13, p.952–7
7. Bayramov N.Y., Guraras A.S., Pashazade V.A. Comparative characteristic of preoperative magnetic resonance and intraoperative cholangiography in diagnostics of the common biliary duct disorder //Klin Khir., 2013, v.4, p.20-3
8. Maple J.T., Ben-Menachem T., Anderson M.A. et al. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis //Gastrointest Endosc. 2010
9. Peng W.K., Sheikh Z., Paterson-Brown S. et al. Role of liver function tests in predicting common bile duct stones in patients with acute calculous cholecystitis //Br J Surg., 2005, v.92, p.1241-7
10. Sheen A.J., Asthana S., Al-Mukhtar A. et al. Preoperative determi nants of common bile duct stones during laparoscopic cholecystectomy //Int J Clin Pract., 2008, v.62, p.1715-9
11. Noble H., Whitley E., Norton S., Thompson M. A study of preoperative factors associated with a poor outcome following laparoscopic bile duct exploration //Surg Endosc., 2011, v.25, p.130-9
12. Treckmann J., Sauerland S., Frilling A., Paul A. Common Bile Duct Stones - Update 2006. EAES guidelines for endoscopic surgery. Berlin Heidelberg: Springer; 2006
13. Chiarugi M., Galatioto C., Decanini L. et al. Laparoscopic transcystic exploration for single-stage management of common duct stones and acute cholecystitis //Surg Endosc., 2012, v.26(1), p.124-9
14. Lu J., Guo C.Y., Xu X.F. et al. Efficacy of intraductal ultrasonography in the diagnosis of non-opaque choledocholith //World J Gastroenterol., 2012, v.18, p.275-278
15. Ang T.L., Teo E.K., Fock K.M., Lyn Tan J.Y. Are there roles for intraductal US and saline solution irrigation in ensuring complete clearance of common bile duct stones? //Gastrointest Endosc., 2009, v.69, p.1276–1
16. Tsuchiya S., Tsuyuguchi T., Sakai Y. et al. Clinical utility of intraductal US to decrease early recurrence rate of common bile duct stones after endoscopic papillotomy //J Gastroenterol Hepatol., 2008, v.23, p.1590-5
17. Polkowski M., Regula J., Tilszer A, Butruk E. Endoscopic ultrasound versus endoscopic retrograde cholangiography for patients with intermediate probability of bile duct stones: a randomized trial comparing two management strategies //Endoscopy, 2007, v.39, p.296-3
18. Karakan T., Cindoruk M., Alagozlu H. et al. EUS versus endoscopic retrograde cholangiography for patients with intermediate probability of bile duct stones: a prospective randomized trial //Gastrointest Endosc., 2009, v.69, p.244-2
19. Maple J.T., Ikenberry S.O., Anderson M.A. et al. The role of endoscopy in the management of choledocholithiasis //Gastrointest Endosc., 2011, v.74, p.731-44

20. Pring C.M., Skelding-Millar L., Goodall R.J. Expectant treatment or cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography for choledocholithiasis in patients over 80 years old? //Surg Endosc., 2005, v.19, p.357

21. Williams E.J., Green J., Beckingham I. et al. Br Soc of Gastroenterol. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS) //Gut, 2008, v.57, p.1004-1021

22. Tse F., Barkun J.S,. Barkun A.N. The elective evaluation of patients with suspected choledocholithiasis undergoing laparoscopic cholecystectomy //Gastrointest Endos., 2004, v.60, p.437-48

23. Bingener J., Schwesinger W.H. Management of common bile duct stones in a rural area of the United States: results of a survey //Surg Endosc,. 2006, v.20(4), 577-9

24. Christensen M., Matzen P., Schulze S., Rosenberg J. Complications of ERCP: a prospective study //Gastrointest Endosc., 2004, v.60(5), p.721-731

25. Fielding G.A. The case for laparoscopic common bile duct exploration // J Hepatobiliary Pancreat Surg.2002;9(6):723-8

26. Bayramov N.Y., Qədirova A.S. Xolesisto-xoledoxolitiazın müalicəsində müasir istiqamətlər //Cərrahiyyə, 2011, No 2, s.46-49

27. Clayton E.S., Connor S., Alexakis N., Leandros E. Meta-analysis of endoscopy and surgery versus surgery alone for common bile duct stones with the gallbladder in situ //Br J Surg., 2006, v.93, p.1185-1

28. Neoptolemos J.P., Carr-Locke D.L., Fossard D.P. Prospective randomised study of preoperative endoscopic sphincterotomy versus surgery alone for common bile duct stones //Br Med J., *1*987, v.294(6570), p.470-474

29. Lien H.H., Huang C.C., Huang C.S. et al. Laparoscopic common bile duct exploration with T-tube choledochotomy for the management of choledocholithiasis //J Laparoendosc Adv Surg Tech A., 2005, v.15(3), p.298–292

30. Tang C.N., Tsui K.K., Ha J.P., Siu W.T., Li M.K. Laparoscopic exploration of the common bile duct: 10-year experience of 174 patients from a single centre // Hong Kong Med J., 2006, v.12(3), p.191-6. [PubMed]

31. Tinoco R., Tinoco A., El-Kadre L. et al. Laparoscopic common bile duct exploration //Ann Surg,. 2008, v.247(4), p.674-9

32. Bove A., Bongarzoni G., Palone G. et al. Why is there recurrence after transcystic laparoscopic bile duct clearance? Risk factor analysis //Surg Endosc., 2009, v.23(7), p.1470-5

33. Vishal G.S., Vincent J.M. Low Common Bile Duct Exploration in an Elderly Asian Population //Int Surg., 2015, v.100(2), p.261-267

34. Rogers S.J., Cello J.P., Horn J.K. et al. Prospective randomized trial of LC+LCBDE vs ERCP/S+LC for common bile duct stone disease //Arch Surg., 2010, v.145(1), p.28-3

35. Tzovaras G., Baloyiannis I., Zachari E. et al. Laparoendoscopic rendezvous versus preoperative ERCP and laparoscopic cholecystectomy for the management of cholecysto-choledocholithiasis: interim analysis of a controlled randomized trial //Ann Surg., 2012, v.255, p.435-9

36. Topal B., Aerts R., Penninckx F. Laparoscopic common bile duct stone clearance with flexible choledochoscopy //Surg Endosc., 2007, v.21(12), p.2317-1

37. Varban O., Assimos D., Passman C., Westcott C. Video. Laparoscopic common bile duct exploration and holmium laser lithotripsy: a novel approach to the management of common bile duct stones //Surg Endosc., 2010, v.24(7), p.1759-4

38. Lyass S., Phillips E.H. Laparoscopic transcystic duct common bile duct exploration //Surg Endosc., 2006, v.20, p.441–5.

39. Strömberg C., Nilsson M., Leijonmarck C.E. Stone clearance and risk factors for failure in laparoscopic transcystic exploration of the common bile duct //Surg Endosc., 2008, v.22(5), p.1194-9

40. Perez G., Escalona A., Jarufe N. et al. Prospective randomized study of T-tube versus biliary stent for common bile duct decompression after open choledocotomy //World J Surg., 2005, v.29(7), p.869-2

41. Shojaiefard A., Esmaeilzadeh M., Ghafouri A., Mehrabi A. Various techniques for the surgical treatment of common bile duct stones: a meta review //Gastroenterol Res Pract., 2009, 840208

42. Shuji S., Kazunori Y., Kazuhiro M. et al. Laparoscopic choledochotomy for bile duct stones //J Hepatobiliary Pancreat Surg., 2002, v.9, p.201-5.

43. Tan K.K., Shelat V.G., Liau K.H. et al. Laparoscopic common bile duct exploration: our first 50 cases //Ann Acad Med Singapore., 2010, v.39, p.136–2

44. Grubnik V.V., Tkachenko A.I., Ilyashenko V.V., Vorotyntseva KO. Laparoscopic common bile duct exploration versus open surgery: comparative prospective randomized trial //Surg Endosc., 2012, v.26(8), p.2165-2171

45. Dawei Ch., Zhewei F., Xia H., Xiaojun W. Transcystic Approach to Laparoscopic Common Bile Duct Exploration //JSLS. ,2014, v.18(3)

46. Dexing Chen, Andong Zhu, Zhibo Zhang Laparoscopic Transcystic Choledochotomy with Primary Suture for Choledocholithiasis //JSLS. 2015, v.19(1)

47. Cai H., Sun D., Sun Y. et al. Primary closure following laparoscopic common bile duct exploration combined with intraoperative cholangiography and choledochoscopy //World J Surg., 2012, v.36, p.164

48. Verbesey J.E., Birkett D.H. Common bile duct exploration for choledocholithiasis //Surg Clin N Am., 2008, v.88, p.1315–28

49. Naumowicz E., Białecki J., Kołomecki K. Results of treatment of patients with gallstone disease and ductal calculi by single-stage laparoscopic cholecystectomy and bile duct exploration Wideochir //Inne Tech Maloinwazyjne., 2014, v.9(2), p.179-89.

50. Kelly M.D. Results of laparoscopic bile duct exploration via choledochotomy //ANZ J Surg. 2010, v.80, p.694-8.

51. Savita K.S., Bhartia V.K. Laparoscopic CBD exploration // Indian J Surg., 2010, v.72(5), p.395-9

52. Guruswamy KS, Samraj K. Primary closure versus T-tube drainage after laparoscopic common bile duct exploration // Cochrane Database Syst Rev., 2007, v.1

53. Anbok L., Seog K.Min., Jae J.P., Hyeon K.L. Laparoscopic common bile duct exploration for elderly patients: as a first treatment strategy for common bile duct stones //J Korean Surg Soc., 2011,v.81,p.128-133.

Резюме

Одномоментное лапарохоледохолитотомическое лечение холецистохоледохолитаза: современное состояние, преимущества, недостатки, нерешенные вопросы и перспективы

К.Д. Асланова, Н.Ю.Байрамов

В обзорной статье широко освещены состояние хирургии холецистохоледо-холитиаза на современном этапе, вопросы верной своевременной визуализационной доказательной диагностики, сушествующие методы, подходы и тактики хирургического лечения. Обобщены показания и противопоказания к их выполнению, преимущества и недостатки одномоментной холедохоскопической холедохолитотомим по сравнению с двух-, трехэтапными операциями, в частности эндоскопическими. Кроме того, представлены нерешенные, дискуссионные и спорные вопросы, а также основные преимущества и успехи одноэтапной открытой, в особенности лапароскопической холедохолитотомии с холецистэктомией и симультанными хирургическими вмешательствами.

Summary

One-stage treatment laparocholedocholitotomic cholecystocholedocholithiasis: current status, advantages, disadvantages, unsolved problems and prospects

K.D. Aslanova, N.Y. Bayramov

In a review article covered extensively the state of surgery cholecystocholedocholithiasis at the present stage, the questions correct visualization timely evidence-based diagnosis, approaches and tactics of surgical treatment. Summarizes the indications and contr-indications for their implementation, the advantages and disadvantages of single-stage choledochoscopic choledocholitotomy compared to two-, three-stage operations, in particular endoscopic. In addition, it presented unsolved, controversial and contentious issues, as well as the main advantages and successes of one-stage open, especially with laparoscopic cholecystectomy and choledocholitotomy simultaneous surgical operations.

Daxil olub: 22.11.2016

AŞIQ BALDIR OYNAĞININ AÇIQ SINIQLARININ ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI VƏ POSTTRAVMATİK İNFEKSİON FƏSADLARIN İNKİŞAFINDA MİKROORQANİZMLƏRİN ROLU

S.Ə. Ədilova, M.H. Əliyev, S.F. Qurbanova

Azərbaycan Tibb Universitetinin Mikrobiologiya və İmmunalogiya kafedrası

Açar sözlər; aşıq baldır oyağının açıq sınıqları, posttravmatik infeksion fəsadlar

Ключевые слова: открытые переломы голеностопного сустава, посттравматические инфекционные осложнения

Key words: compound fractures of ankle joint, post-traumatic infectious complications

Aşıq baldır oynağının açıq sınıqları və sınıq çıxıqları oynaqdaxili mürəkkəb sınıqlara aiddir (ABOAS). Belə xəsarətlər yumşaq sümük toxumalarının geniş zədələnməsi, pəncənin çıxığı, oynaq bağlarının qırılması ilə xarakterizə olunur. Bu sınıqların müalicəsinin əsas çətinliyi zədələrin çox sayda olmasından və oynağın kifayət qədər mürəkkəb quruluşa malik olmasından ibarətdir. Beləliklə, ABOAS üçün müalicənin ağırlığı, uzun müddət davam etməsi, yaraların irinləməsinin osteomielitin meydana gəlməsi ABOAS üçün səciyyəvi xarakter daşıyır.

Aşıq baldır oynağın açıq sınıqlarının meydana gəlməsi səbəbləri qismində birbaşa zədələnmə, oynağa zərbə və ya böyük həcmli mexanizimlər tərəfindən sıxılması nəticəsində yumşaq və sümük toxumalarında ağır zədələr meydana gəlir ki, bu da geniş miqyasda əzilmə və parçalanmalarla nəticələnir. Bir çox hallarda iri damarların zədələnməsi baş verdiyi ağır xəsarətlərdə ətrafların amputasiya edilməsi zərurəti meydana çıxır.

Zədələnmə zamanı açıq sınıq və sınıq-çıxıqların əsas səbəbi oynağın amplitudasının həddən artıq yüklənməsi və ya hərəkət amplitudasının oynağın fizioloji imkanlarından kənara çıxması ilə aşıq baldır oynağının hərəkəti ola bilər. Həddən artıq yüklənmə təzyiq və gərginliyin daha çox yönəldiyi yerdə sümük toxumasının qismən ayrılması ilə müşayət olunan oynaq bağlarının gərilməsi və qırılması baş verir [1].

Bağlayıcı aparatın, sümük parçalarının yerdəyişməsi və oynaq yatağının pozulması meydana gəlir ki, bu da pəncənin çıxmasına, burxulmasına gətirib çıxarır. Sınıq-çıxıqlar yüksəklikdən yıxılan zaman da baş verə bilər. Bu halda alınan xəsarətlər birbaşa və bilavasitə zədələr zamanı baş verən sınıqlardan fərqli mexanizimə, kliniki gedişə malik olur. Bu cür sınıq-çıxıqların səbəbi baldırla pəncəni birləşdirən oynağı formalaşdıran sümüklərin qarşılıqlı zərbəsidir, bu zaman sümük parçalarının yerdəyişməsi yumşaq toxumaların və dərinin daxildən deşilməsinə gətirib çıxarır [1,2]. Oynaq yatağının pozulması bağlayıcı aparata əhəmiyyətli dərəcədə xəsarətin yetirilməsi nəticəsində meydana gəlir ki, bu da çıxığın və burxulmanın meydana gəlməsi ilə xarakterizə olunur.

Odlu silahla vurulma nəticəsində baş verən açıq sınıqlar ağırlıq dərəcəsinə görə fərqlənir. Bu növdən olan zədələnmələrin müxtəlif şəkildə təsnifləşdirilməsi Guistilio-Anderson tərəfindən işlənib hazırlanmış və dünyada ən çox yayılmış təsnifat hesab edilir [3]. Bu təsnifata əsasən oynaq ətrafı toxumalarda baş verən zədələnmələr 3 ağırlıq dərəcəsinə bölümür.

1. Dəri örtüklərinin yaralanmasının ölçüsü 1sm-dan çox deyil.Onun səbəbi daxildən sümük fraqmenti ilə dəriyə göstərilən təzyiq və sonrakı deşilmədir. Bu halda əzələlərin həm çirklənməsi, həm də kontuziyası minimum səviyyədədir.
2. Dəri örtüklərinin yaralanmasının ölçüsü 1sm-dən çoxdur. Bu halda yumşaq toxumalarının zədələnmələri geniş miqyaslıdır, sıxılma dərəcəsi isə orta və minimum səviyyədədir.
3. Əzələlərin, dəri örtüyünün, damar və sinir sisteminin çox saylı zədələnmələri onların səbəbi yüksək enerjili xəsarətlər zamanı baş verən güclü sıxılma ola bilər.

Üçüncü ağırlıq dərəcəsi 3 yarım qurupda təsnifləşdirilir.

A. Sümüyün zəruri örtüyünün saxlanması ilə yumşaq toxumaların çox saylı qırılmaları, odlu silahla yaralanmalar və seqmentar sınıqlar zamanı meydana gəlir.

B. Sümük örtüyünün (sümüyün üstünü örtən birləşdirici toxuma qişası) ayrılması ilə müşayət olunan yumşaq toxumaların çox saylı zədələnmələri. Bu halda yarada sümük parçaları olur və güclü çirklənmə müşahidə olunur.

C. İri damarların zədələnməsi; Bu halda cərrahi müdaxilə tələb olunur. Əksər hallarda (90%) topuğun sınığı dərinin tamlığının pozulması ilə xarakterizə olunan bu cür xəsarətlər ikincili açıq xarakter daşıyır və Gustilio təsnifatına əsasən 1,2 və ya 3A tipinə aid edilir

Aşağıdakı ağırlaşdırıcı faktorlar irinli fəsadların inkişaf etməsi ehtimalını artırır [1.3]. Vaxtında göstərilməyən tibbi yardım, yaranın çirklənməsi, açıq travmalar, anaerob infeksiyanın daxil olma riski, patogen mikroflora, xəstənin yaşlı olması immunodepressantlarla ,hormonal preparatlarla müalicə və s.

Dəri örtüyünün və ya dərialtı birləşdirici toxumanın səthi irinləməsi, fleqmona, abses, dərin zədələnmələr,oynağın sınığı (ABOAS) infeksion fəsadlara aiddir. Ən böyük çətinliklər osteomielitlər artiritlərin müalicəsi zamanı meydana gəlir [4]. İrinli artiritin səbəbi oynaq boşluğuna nifuz edən irin əmələ gətirən mikroorqanizimlərdir (S.aureus, Enterobacter, Streptococcus eləcədə assosiasiya olunmuş qram-müsbət və qram mənfi mikroorqanizimlərdir). Ağırlığı və uzun müddət davam etməsi səbəbindən irinli artiritlər 40-50% hallarda əmək qabiliyyətinin daimi itirilməsinə gətirib çıxara bilər.Belə ki, qazanılan əlilliklərin ümumi sayının 12% iri oynaqları zədələyən irinli artiritlərin payına düşür.Aşıq baldır oynağı posttravmatik irinli artiritin zədələdiyi zonanın 50% -ni təşkil edir. Əgər iltihab prosesi sümük toxumasına və oynaq qığırdağına yayılarsa,bu zaman o, irinli-destruktiv osteoartiritin paraartikulyar fleqmonanın,epifizar osteomielitin,paraartiritin formalaşmasına gətirib çıxarır [5].

Mikroorqanizmlərin nifuz etməsi üsuluna görə irinli artiritlər birincili və ikincili olaraq təsnifləşdirilir. Birincili irinli artiritlər oynaqların zədələnməsi zamanı, ikincili artiritlər isə iltihab prosesinin uzaq və ya ətraf iltihab ocaqlarından keçməsi nəticəsində meydana gəlir.

Zədələnmiş toxumanın həcmindən asılı olaraq artriti 3 tipə bölürlər

1) Oynağın elementlərində destruktiv dəyişikliklərin olmadığı irinli artrit .Bu zaman paraartikulyar toxumalarda zədələnmələr olmaya bilər, irinli iltihablar və irinli nekrotik yaralar ola bilər.

2) Bağlarda, qığırdaqlarda destruktiv dəyişikliklərin olduğu irinli artrit. Bu zaman paraartikulyar toxumalarda zədələnmələr olmaya bilər, irinli iltihablar və irinli nekrotik yaralar, irinli fistula ola bilər.

3) Oynaq qığırdaqlarrında destruktiv dəyişikliklərin və sümüklərin osteomielitinin olduğu irinli osteoartirit. Bu zaman paraartikulyar toxumalarda zədələnmələr olmaya bilər, irinli iltihabla və irinli nekrotik yaralar eləcədə irinli fistulalar ola bilər. ABOAS zamanı bir qayda olaraq artritin 2-ci və 3-cü tipinə rast gəlinir[5.6].

4) İrinli artritin yayılma dərəcəsi birbaşa onun əlamətlərinin özünü biruzə verməsinə təsir göstərir. Ağrı səbəbindən aktiv hərəkətlərin məhdudlaşması baş verir, dəri qatları hamarlanır ,oynağın həcmi böyüyür, dəri örtüyünün hipertermiyası müəyyən edilir [7].

İrinli artrit zamanı iltihab prosesinin səciyyəvi xüsusiyyəti onun bilavasitə və tezliklə zədədən sonra kəskin şəkildə başlamasıdır. Oynağın əl ilə yoxlandığı vaxt, hətta onun cüzi hərəkət etdiyi zaman kəskin ağrı hissi meydana gəlir. Ətraf məcburi qatlanmış, oynaqdan yuxarıda və aşağıda yerləşən toxumalar şişmiş vəziyyətdə olur. Bundan başqa regionar limfa düyünlərinin linfangoiti və limfandentinin meydana gəlməsi baş verir.

İrinli ocağın aradan qaldırılması, zədələnmiş ətrafın dayaq qabiliyyətinin bərpa edilməsi irinli artritin cərrahi yolla aktiv müalicə metodunun tətbiq edilməsi hesabına mümkündür[6-8]

Osteomielit ən çox rast gəlinən infeksion xarakterli posttravmatik fəsaddır.Etioloji əlamətlərinə görə mikrofloranın səbəb olduğu spesifik osteomielit, irin əmələ gətirən mikroorqanizmlərin səbəb olduğu qeyri-spesifik osteomielit bir-birindən fərqləndirilir, infeksiya törədicilərinin sümüyə nüfuz etməsindən asılı olaraq hemotogen (endogen) və qeyri-hemotogen (ekzogen) osteomielit ayırd edilir. Hemotogen osteomielitin meydana gəlməsi irinli infeksiya törədicilərinin uzaq ocaqdan daşıyıcı yolla gətirilməsi ilə bağlıdır. Ekzogen osteomielitin baş verməsinə səbəb, əməliyyat zamanı, yaralanma vaxtı və ya irinli iltihabın ətraf toxumalardan sümüyə bilavasitə infeksiyanın keçməsi ilə baş verir.

Osteomielit posttravmatik əməliyyat sonrası, kontakt, eləcə də odlu silahdan açılan atəş nəticəsində ola bilər ki bu da onun meydana gəlməsi mexanizmindən asılıdır. Postravmatik osteomielitin inkişafı açıq sınıqlar zamanı baş verir. Əməliyyat sonrası osteomielit daha çox aseptik qaydaların pozulması ilə bağlıdır və qapalı tipli sınıqların cərrahi müalicəsi, eləcə də digər əməliyyatlar zamanı meydana gəlir [9]. Kəskin osteomielitin müalicəsi posttravmatik artrit zamanı müalicənin yanaşmaları ilə bənzərdir.Son illərdə travmatik xəstəliyin fəsadlı gedişi ilə xəstələrin sayının demək olar ki, üçqat artması qeydə alınır, ətrafların açıq travması zamanı fəsadlar daha çox (70-82%) irinləmiş proseslərinin,yumşaq toxumalarının nekrozunun, irinli artritin ,osteomielitin və s. inkişaf etməsi ilə xarakterizə olunur [4,10,11,12]

İnfeksiyanın baş verməsinə təsir göstən əsas amillərə aşağıdakıları misal göstərmək olar [13, 14, 15,16] .

Vaxtında göstərilməyən ilkin cərrahi işləmə, toxumaların yüksək dərəcədə zədələnməsi, aseptika qaydalarına əməl edilməməsi, Posttavmatik şok süni protezlər, C.perfrigensin iştirakı ilə yaranın bağlanması, tədqiq edilən törədicinin patogenliyi və.s.

Aşağı ətrafların açıq sınıqları yuxarı ətrafların bənzər zədələnmələrı ilə müqayisədə adətən çox sayda infeksion fəsadlarla kecir. Aşıq baldır oynağının acıq sınıqları zamanı infeksion fəsadlara yüksək meyillilik

çox vaxt yaranın yüksək dərəcədə cirklənməsi və baldırın distal şöbələrinin anatomik xüsusiyyətləri ilə şərtlənir.

Baldırla pəncəni birləşdirən oynaq nahiyyəsinin aşağıdakı anatomik xüsusiyyətləri buna imkan yaradır [1,17,18].

1.Yuxarı ətraflarla müqayisədə qan dövranı zəifləyir.

2.Dərialtı birləşdirici piy toxumasının və əzələ toxumasının zəif inkişaf etməsi nəticəsində dəri örtüyünün az hərəkətliliyi.

3.Gəzərkən tez-tez baş verən mikrozədələnmələrə və zədələnmiş toxumaların regenerasiya proseslərinin ləngiməsinə gətirib çıxaran aşıq baldır oynağının lateral yüklənmələri. Cərrahi xəstələrdə irinli-iltihabi xəstəliklərin və fəsadların meydana gəlməsində ən cox aşağıdakı mikroagentlər iştirak edir [13].

Fakultativ və aerob Qram müsbət koklar: Streptococcus , Staphilococcus, Enterococcus

Spor əmələ gətirməyən anaerob Qram müsbət çöplər: Lactobasillus,

Spor əmələ gətirməyən anaerob Qram mənfi çöplər: Bakderades, Provetella, Fuzobakterium və.s.

Spor əmələ gətirməyən anaerob Qram müsbət koklar: Reptococcus, Peptostreptococcus;

Spor əmələ fətirən anaerob Qram müsbət bakteriyalar: C.perfringes, C.Novyi,C.Septicum, C.histoliticum və s.

Aşıq baldır oynağının açıq sınıqları zamanı irinli fəsadlar əlilliyin ən çox(74%) rast gəlinən səbəblərindən biridir [19,20]. Bu zaman fakultativ, aerob koklar və çöplər, fakultativ anaerob çöplər, irin əmələ gətirən bakteriyalar və s.irinli infeksiyanın törədiciləridir. Anaerob spor əmələ gətirən və spor əmələ gətirməyən bakteriyalar anaerob infeksiyanın inkişaf etməsinə imkan yaradır. İrinli cərrahi infeksiyalar zamanı bir çox müəlliflər stafilokokları əsas etioloji agent kimi tanıyırlar və qızılı stafilokoklar onların arasında əhəmiyyətli çəkiyə malikdir [21].

Stafilokoklar təbiətdə çox geniş yayılmışdır. Bu mikroorqanizm tez-tez ətraf mühütün obyektlərini, insanların mədə-bağırsaq traktını əllərin dərisini, yuxarı tənəffüs yollarını kontaminasiya edir. Onları insan və heyvanların dərisində və selikli qişalarında daim aşkar etmək mümkündür. Stafilokoklar insanın normal mikroflorasının daimi sakinləridir və onlara burunun, ağız boşluğunun, əsnəyin və digər orqanların selikli qişalarında rast gəlinir.Ən böyük epidemik təhlükə müalicə-profiaktika müəssisələrinin hospital ştamlarının rezistent daşıyıcısı olan tibb personalı ilə bağlı meydana gəlir. Stafilokokların ötrülməsi yolları mexanizmləri və faktorları müxtəlifdir, məişət təmas, alimentar, aerogen, qeyri-steril alətlər və s. Staphylococcus aureusa qarşı həssaslıq kifayət qədər yüksəkdir, lakin müxtəlif səbəblərdən (travma, yaralanma, əməliyyat, şəkərli diabet və s.) baş verən immun çatışmazlığı olan xəstələr daha tez-tez yoluxurlar. Ekzogen infeksiyadan başqa insanın normal florasına daxil olan stafilokokların törətdiyi opportunist, endogen infeksiya heç də az təhlükə təşkil etmir.İnsan orqanizmin immun müdafiəsinin zəifləməsi zamanı onların virulentliyi yüksəlir və orqanizmin müxtəlif sahələrində patoloji proses başlayır.

Stafilokokların patogenlik amilləri aşağıdakılardır: mikrokapsula, adgezinlər, hüceyrə komponetləri, aqressiya fermentləri, toksinlər və s.aiddir. Mikrokapsula bakteriyaları faqositozdan qoruyur, mikrobların adhezivliyini və toxumalarda yayılmasını təmin edir. Hüceyrə divarı komponetləri neytrofillər üçün xemoattrant rolu oynamaqla, makrofaqlarda İL-1 sintezini sürətləndirməklə və komplement sistemini aktivləşdirməklə iltihabi reaksiyaları induksiya edir.Aqressiya fermentləri bakteriyaların toxumalara invaziyasını, onların yayılmasını və müdafiə amillərindən qorunmasını təmin edir. Stafilakoklar eritrositləri lizisə uğradan antigen təbiətli hemolizinlə əmələ gətirirlər. Leykosidin leykositlərə sitotoksik təsir göstərməklə onları öldürür. Stafilokokların irin əmələ gətirməsi bu toksinlə əlaqədardır. Toxumalara bakterial təsir inkubasiya dövründən sonra baş verir. Əgər inkubasiya dövrü ərzində bakteriyalar çoxalıb toxumalara keçibsə bu zaman orqanizm buna iltihab şəklində müdafiə reaksiyası ilə cavab verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Григорьев Е.Г., Сороковиков В.А., Арсентьева Н.И. Отчет о выполнении плана научно-исследовательских работ// Российская академия медицинских наук. Сибирской отделение. Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ. Иркутск, 2005, 139 с.

2. Гайдук С.В. Клинико-патофизиологическое обоснование ранней диагностики синдрома полиорганной недостаточности и висцеральных ослонений у пострадавших с политравмой: Автореф. дис… док. мед. наук. СПб, 2009, 36 с.

3. Hannah Gola1, Harald Engler, Annette Sommershof et al. Posttraumatic stress disorder is associated with an enhanced spontaneous production of pro-inflammatory cytokines by peripheral blood mononuclear cells// BMC Psychiatry Stress and anxiety, 2013, v.13, p.40-43.

4. Жмакин А.А., Гребенник С.Ф., Смаглюк О.В., Абдуллин А.А.Комплексное лечение больных с хроническим посттравматическим остеомиелитом// VI Всеармейская международная конференция

«Инфекции в хирургии мирного и военного времени». Сборник материалов, Москва, 14–16 ноября, 2006 .

5. Кузин М.И., Костюченок Б.М. Раны и раневая инфекция. М.,.Медицина, 1990, 591с.
6. Митрохин С.Д. Гнойные экссудаты, раны иабсцессы. Современный алгоритм микробиологического исследования // Инф. и антимикроб. тер., 2002, Том4, №3, с.90-92.
7. Титов Р.С. Комплексный метод лечения больных с отрытыми метаэпифизарными переломами дистального отделакостей голени; Автореф. дисс. … канд. мед. наук, М., 2008, 21с.
8. Кумар Раджеш Лечение инфицированных повреждений голеностопного сустава: Автореф. дисс. … канд. мед. Наук. М., 2004, 34 с.
9. Чернышев В.И. Реабилитация больных с повреждениями голеностопного сустава в условиях травматологического пункта: Автореф. дис. … канд. мед. наук, М., 2009, 20с.
10. Козинец Г.П., Коваленко О.Н., Осадчая О.И. и др. Принципы антибактериальной теапии при лечении ожоговых ран (опыт клинического применения цефепима // Хірургія України, 2010, № 2, с.33-39.
11. Сосюкин А.Е., Калинина Н.М., Вологжанин Д.А., Гайдук С.В. Иммунный статус пострадавших при различном характере течения травматической болезни: сравнительный анализ// Вестник Российской Военно-медицинской академии, 2008, Том1, № 21, с.71-75.
12. Zimmerli, W. Antibiotic prophylaxis. AO Principles of Fracture Management (2nd ed.). Switzerland: AO Publishing, Dubendorf., 2007, 251p.
13. Корженевич Р.К. Клинические и нейровизиализирующие признаки несостоятельности ликворошунтирующей системы у больных гидроцефалией: Автореф. дисс… канд. мед. наук, Саратов, 2007, 20с.
14. Cross III W.W., Swiontkowski V.F. Treatment principles in the management of open fractures// Indian J. Orthop., 2008, v.42, N4, p.377-386.
15. Pellegrini, J. D., Kodys A. K. Puyana, J. C. et al. Relationships between T lymphocyte apoptosis and anergy following trauma// J. Surg. Res., 2000, N88, p.
16. Rosgrove S.E., Sakoulas G., Perencevich E.N. et al. Comparison of mortality associated with methicillin-resistant and methicillin-susceptible Staphylococcus aureus bacteremia: a meta-analysis// Clin Infect Dis., 2003, v.36, p.53-59.
17. Дорошев М.Е. Оперативное лечение переломов лодыжек с применением напряженного спицевинтового фиксатора (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс … канд. мед. наук., М., 2011.
18. Ng P.C., Li K., Wong R.P. et al. Neutrophil CD64 expression: a sensitive diagnostic marker// Pediatr Res. 2004, v.56, p.896-803.
19. Песнякевич А.Г. Основы Иммунологии. Курс лекций, 2007, 201с.
20. Shawn W.G. Rhind S.G., Sandro B. Rizoli S.B., Resuscitation of traumatic hemorrhagic shock patients with hypertonic saline-without dextran-inhibits neutrophil and endothelial cell activation //Shock, 2012, v.38, N4, p.341-350
21. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Изменение иммунитета при хирургических вмешательствах// Анналы хирургической патологии, 1998, Том 3, №2, с.100-110.

Резюме

Общая характеристика открытых переломов голеностопного сустава и роль микроорганизмов при посттравматических инфекционных осложнениях

С.А. Адилова, М.Г. Алиев, С.Ф.Гурбанова

Открытые переломы голеностопного сустава и внутрисуставные переломы- вывихи относятся к сложным переломам. Наибольшие трудности возникают при лечении остеомиелитов и артритов [2]. Причиной гнойного артрита являются способные проникать внутрь суставной полости гноеродные микроорганизмы (S.aureus, Enterococcus, Streptococcus а также ассоциации грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов). Гнойные осложнения являются наиболее частой причиной инвалидности (74%) при открытых переломах голеностопного сустава [6,11]. Как наиболее частого этиологического агента гнойных хирургических инфекций, многие авторы отмечают стафилококков, в частности золотистого стафилококка. Чувствительность к стафилококкам достаточно высока, особенно у больных с иммунодефицитом, связанным с определенных причинами (травмы, ранения, операции, сахарный диабет).

Summary

General characteristics of ankle joint`s open fractures and role of microorganisms at post-traumatic infectious complications

S.A. Adilova, M.Q. Aliyev, S.F.Gurbanova

Open fractures of ankle joint and intrarticular fracture-dislocations are complex fractures/Most of difficulties occurs during the treatment of osteomyelitis and arthritis. Pyogenic microorganisms which can penetrate articular cavit are the cause of purulent arthritis (S.aureus, Enterococcus, Streptococcus and also associations of gram positive and gram negative microorganisms). Puruluent complications are the most common cause of diability (74%) at open fractures of ankle joint. Most authors mark staphylococcus, particularl Staphylococcus aureus as the most common etiologic agent.Sensitivity to staphylococcus is quite high? especially at immunodeficie patients, related to certai reasons (traumas,wounds, surgical operations,diabetes melitus).

Daxil olub: 09.12.2016

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ КОМИССИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С

М.К.Мамедов, А.А.Кадырова, А.Э.Дадашева,Ш.М.Рустамова, М.М.Джамалдинов
Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики, г.Баку

Açar sözlər: C virus hepatiti, B virus hepatiti, diaqnostika, müalicə, hesabat
Ключевые слова: вирусный гепатит С, вирусный гепатит В, лечение, отчет
Key words: viral hepatitis C, viral hepatitis B, treatment, report

Общеизвестно, что вирусные гепатит В (ГВ) и гепатит С (ГС) являются глобально распространенными вирусными заболеваниями- по официально признанным данным, число лиц, инфицированных вирусом ГВ (ВГС) и вирусом ГС (ВГС) в мире приближается к 10% всего населения Земного шара. В силу высокой частоты хронизации ВГВ-инфекции и, особенно, ВГС-инфекции число инфицированных лиц ежегодно возрастает. Развитие же хронических форм ГВ и ГС - хронического ГВ (ХГВ) и хронического ГС (ХГС) - при отсутствии лечения часто ведет к развитию их осложнения - цирроза печени (ЦП). Поэтому широкое распространение ХГВ и ХГС, как и ЦП ставит перед мировым сообществом серьезные медико-социальные проблемы [1].

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) считают, что решение проблем, связанных с широкой распространенностью ГВ и ГС, требует не только привлечения значительных материальных, людских и административных ресурсов, но и непосредственного участия ряда заинтересованных государственых структур. В то же время, степень распространенности ГВ и ГС и, соответственно, обусловленного ими ЦП, в разных регионах мира различна - наряду с эндемичными в отношение ГВ и/или ГС странами, характеризующимися высокой степенью распространенности, существуют и страны со средней и низкой степенями распространения этих инфекций. Очевидно, что в эндемичных странах проблемы, связанные с ГВ и ГС, наиболее остры и требуют значительных целенаправленных затрат и особых усилий со стороны службы здравоохранения.

Именно поэтому в эндемичных странах борьба с этим инфекциями ведется в соответствии со специально разработанными и принятыми многолетними государственными программами. Есть данные о том, что реализация таких программ всего за несколько лет может обеспечить заметное оздоровление населения и ощутимое снижение социальной остроты проблем, прямо или опосредованно связанных с большим количеством больных ХГВ, ХГС и ЦП [2].

Заметим, что разработка программ по борьбе с ГВ и ГС в ряде стран СНГ (Узбекистан, Казахстан, Россия и др.), начавшаяся в середине 90-х XX в еще 20 лет назад поставила перед отечественными исследователями вопрос о целесообразности разработки такой программы и для Азербайджана [3].

Однако, еще к тому времени было известно, что наша страна не является эндемичной в отношение ГВ и ГС, поскольку частота выявления серологических маркеров инфицирования ВГВ и ВГС среди населения страны достаточно низка и позволяет считать, что Азербайджан относится к числу стран со средней степенью распространения обеих инфекций [4]. Это мнение подтверждается и сегодня - при обследовании более, чем 270 тыс безвозмездных доноров крови частота выявления макеров инфицирования ВГВ и ВГС среди здорового взрослого населения нашей страны не превысила 2,0% [5].

Тем временем, начиная с 2013 г эксперты ВОЗ указывали на то, что за последние 25 лет смертность от ХГВ и ХГС возросла почти в 2 раза, а наносимый ими экономический урон возрос и стал сопоставимым с уроном, наносимым сообществу такими социально-значимыми болезнями как туберкулез, ВИЧ-инфекция и малярия. В силу этого ГВ и ГС сегодня причисляются к проблемам, имеющим исключительно важное значение для всего мирового здравоохранения [6].

Заметим, что структуры ВОЗ уже в 2014 г начали подготовку к разработке плана действий по борьбе с вирусными гепатитами в мировом масштабе (работа над ним была завершена в 2016 г и он под названием "Глобальной стратегии по вирусным гепатитам" был принят на 69-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения) [1]. Эти процессы, идущие на мировом уровне, инициировали активность национальных служб здоравоохранения во многих странах мира и, в том числе, в Азербайджане.

Соответственно, 5 июня 2014 г был издан приказ N.47 министра здравоохранения Азербайджанской Республики о создании при Министерстве здравоохранения специальной "Комиссии по профилактике, диагностике и лечению вирусных гепатитов В и С".

Одновременно было утверждено и "Положение о Комиссии по профилактике, диагностике и лечению вирусных гепатитов В и С".

В этих документах отмечалось, что деятельность Комиссии направлена на улучшение качества медицинской помощи больным ХГВ и ХГС, а также на повышение эффективности мероприятий, проводимых в стране для предотвращения дальнейшего распространения ГВ и ГС среди граждан нашей страны. Подчеркивалось, что деятельность Комиссии должна осуществляться в строгом соответствие со сложившейся в стране в отношение ГВ и ГС эпидемиологической обстановки и с учетом реальных условий и существующих экономических возможностей общественного здравоохранения. Иными словами, Комиссия должна работать по плану, представляющему собой своеобразный оперативный вариант программы борьбы с ГВ и ГС, адаптированной к условиям Азербайджана [7].

В состав Комиссии были включены специалисты, хорошо знающие проблему гепатитов В и С и имеющие опыт в соответствующих областях клинической и профилактической медицины. Для работы Комиссии и ее вспомогательного персонала была выделена комната в здании Центра общественного здравоохранения и медицинских реформ Минздрава Азербайджанской Республики.

Следует иметь ввиду, что среди поставленных перед комиссией конкретных задач, первоочередными были признаны те из них, которые связаны с обеспечением больных ХГВ или ХГС, квалифицированной врачебной помощью. В числе таковых были: 1) обеспечение регистрации всех обратившихся за помощью больных ХГВ и ХГС из числа граждан страны и создание "регистра" таких пациентов; 2) предоставление населению доступных и достаточно эффективных методов противовирусной терапии (ПВТ) больных ХГВ и ХГС; 3) оперативное обеспечение врачей, лечащих указанных больных, современной профессиональной информацией об особенностях применения упомянутых методов лечения и их возможных осложнениях; 4) целенаправленная подготовка достаточного числа врачей-терапевтов, владеющих необходимыми знаниями и соответствующими навыками, позволяющими им оказывать больным ХГВ и ХГС современную высококвалифицированную медицинскую помощь.

Касаясь первой из этих задач, в первую очередь, отметим, что информация о создании Комиссии, занимающейся проблемами ГВ и ГС, и возможности обратиться в нее по указанному мобильному телефону была широко распространена в во всех средствах массовой информации и, главное, в регулярно проводимых телевизионных передачах.

В итоге, за 3 года работы (до 30 июня 2017 г) в Комиссию обратились 7435 жителей Азербайджана, у которых были выявлены ХГВ и/или ХГС. Среди них оказалось 4090 (55,0%) лиц мужского пола и 3345 (45,0%) лиц женского пола. Среди обратившихся лиц хронический гепатит был этиологически связан: с ВГВ - у 1838 (24,7%), с ВГС - у 5473 (73,6%) и с ВГВ и ВГС одновременно - у 124 (1,7%).

При более детальном рассмотрении оказалось, что среди 1838 лиц с инфекцией, вызванной ВГВ, было 860 (46,8%) "здоровых" носителей ВГВ, а также 91 (4,9%) пациент, инфицированный и вирусом гепатита D. Кроме того, отметим, что среди всех пациентов, обратившихся в Комиссию признаки ЦП были отмечены у 323 (4,3%).

Очевидно, что проведенная Комиссией работа положила начало регистрации в стране больных ХГВ и ХГС, а уже накопленная информация легла в основу создания в стране "регистра" таких больных. Можно полагать, что в дальнейшем объем фиксируемой информации можно будет увеличить и, тем самым, расширить возможности статистической обработки этих данных.

Переходя к рассмотрению работы Комиссии по выбору методов ПВТ, которыми предстояло безвозмездно обеспечить жителей страны, больных ХГВ и/или ХГС, первоначально отметим ряд моментов. предопределивших такой выбор.

К середине 2014 г признавалось, что основными лекарственными препаратами, применяемыми во всем мире для ПВТ больных ХГВ, являются препараты интерферона (ИФН) - рекомбинантные (р-ИФН) и пегилированные (ПЭГ-ИФН). Эти препараты парентерально вводятся больным в течение 24 (реже 48) недель. Разумеется, существовала возможность использования с этой целью таблетированных противовирусных препаратов. Однако, к указанному моменту в стране был официально зарегистрирован лишь один из них (ламивудин), а другие препараты этой группы отличались высокой стоимостью.

С учетом этих обстоятельств было принято решение обеспечить жителей Азербайджана ПВТ, основанной на применении препаратов ИФН. Учитывая, что стоимость ПВТ с использованием препаратов ПЭГ-ИФН в несколько раз превышала стоимость ПВТ с использованием препаратов р-ИФН, а первая по эффективности лишь незначительно превосходит последнюю, Комиссия внесла предложение для лечения больных ХГВ закупить один из генерических препаратов р-ИФН.

К середине 2014 г основным методом ПВТ больных ХГС являлось применение комбинации препаратов ИФН (ПЭГ-ИФН или р-ИФН) с рибавирином (РВ). В то же время, уже было известно, что этот метод по эффективности уступал ПВТ, проводимой препаратами из группы ингибиторов ферментов ВГС. Однако, к этому моменту стоимость последних во много раз превышала стоимость ПВТ с использованием препаратов ИФН и РВ.

Это послужило основанием для решения Комиссии обеспечить жителей Азербайджана традиционным методом ПВТ, основанной на применении препаратов ИФН в комбинации с РВ. При этом, исходя из экономических соображений предпочтенение было отдано препаратам р-ИФН, тем более, что эффективность их применения в комбинации с РВ лишь примерно на 10% уступает ПВТ, проводимой препаратами ПЭГ-ИФН в комбинации с РВ. В соответствие с этими соображениями, Комиссия выступила с предложением для лечения больных ХГС закупить один из генерических препаратов р-ИФН и РВ.

Эти решения по направленности полностью соответствовали официальной позиции ВОЗ, согласно которой вопросы финансирования ПВТ больных хроническими гепатитами должны решаться исходя из экономических ресурсов каждой страны и должны быть ориентированной на предпочтительное применение ПВТ, наиболее доступной для основной части населения страны и таким образом обеспечивающей универсальный доступ к терапии всем нуждающимся в ней. В странах с ограниченным бюджетом такая политика должна направляться на первоочередное обеспечение граждан лечением, если не самым эффективным, но наиболее доступным для основной части населения страны [6]. Именно это мнение, вместе с тем фактом, что препараты р-ИФН во многих странах мира все еще остаются в перечне средств, применяемых для лечения больных ХГВ и ХГС, позволило при обоих заболеваниях отдать предпочтение препаратам р-ИФН [8, 9, 10].

Приняв во внимание эту позицию ВОЗ, вместе с рекомендациями Комиссии, для обеспечения возможности беспрепятсвенного лечения больных ХГВ и ХГС, Министерство здравоохранения закупило препараты р-ИФН и РВ и передало их в аптечный склад Центра клинической медицины (г.Баку), которому было поручено выдавать эти препараты пациентам, имеющим соответствующее предписание Комиссии.

Руководство Министерства здравоохранения решило, что проведение ПВТ всем больным должно быть организовано на основе территориального принципа. Это означало, что пациенты, централизованно получив в г.Баку соответствующие лекарственные препараты, должны были передать их врачам-терапевтам или инфекционистам, которым предписывалось проводить лечение в районных поликлиниках или больницах, по месту жительства больных. Из этого вытекало содержание очередной задачи, стоящей перед Комиссией – ей предстояло подготовить соответствующие инструкции по применению указанных выше методов ПВТ и распространить их среди врачей всей поликлинической сети страны.

В итоге были подготовлены и изданы на азербайджанском и русском языках соответствующие "Методические рекомендации" по лечению больных как ХГВ, так и ХГС. В них в доступной форме были изложены цели и основные принципы ПВТ указанных контингентов больных, четко представлены показания и, главное, абсолютные и относительные противопоказания к проведению ПВТ. Кроме того, в этих документах были представлены сведения о методах обследования больных в процессе мониторинга лечения, а также сведения о наиболее частых осложнениях лечения и методах их коррекции [9, 10].

Эти методические рекомендации, в качестве циркулярных материалов, были розданы врачам, прибывшим в г.Баку из всех регионов страны для участия в двух организованных по инициативе

Комиссии и проведенных с участием ее членов Республиканских семинарах по лечению больных ХГВ и ХГС. В каждом из этих семинаров приняли участие более сотни врачей, работающих в городских и районных поликлиниках и стационарах.

В итоге, отметим, что за указанный период среди обратившихся в Комиссию лиц ПВТ в общей сложности была назначена 5079 (68,3%) больным. У остальных пациентов либо отсутствовали показания к назначению терапии («здоровые» носители ВГВ), либо были выявлены противопоказания к проведению такой терапии (тромбицитопения, лейкоцитопения, наличие выраженных признаков портальной гипертензии и некоторые другие состояния).

И, наконец, последней из перечисленных выше задач была систематическая подготовка необходимого стране количества врачей-терапевтов, владеющих современными знаниями, которые позволяли бы им на современном методическом уровне осуществлять диагностику и грамотно проводить соответствующее лечение больным ХГВ и ХГС.

С этой целью Министерство здравоохранения страны приняло решение об организации в Азербайджанском институте усовершенствования врачей им.А.Алиева специального тематического двухнедельного цикла подготовки врачей-терапевтов, названного "Диагностика и лечение хронических вирусных гепатитов". За минувший период такой цикл проводился 6 раз, причем в общей сложности такую подготовку уже прошло более 50 врачей.

К этому надо добавить то, что помимо изложенных выше задач, Комиссии пришлось решать и ряд других задач, среди которых следует упомянуть многочисленные консультации с врачами, проводившими диагностику или осуществлявшими лечение больных ХГВ и ХГС. Кроме того, при обращении руководства медицинских учреждений с просьбами о методической помощи члены Комиссии неизменно оказывали такую помощь как при консультациях отдельных пациентов, так и при решении других вопросов, так или иначе, связанных с ГВ и ГС.

Таким образом, за минувшие 3 года работы "Комиссии по профилактике, диагностике и лечению вирусных гепатитов В и С" была проведена вполне определенная работа, благодаря которой многие вопросы уже получили свое решение.

Сегодня очевидно, что в условиях постоянного и быстрого совершенствования методов лечения этих заболеваний и внедрения в практику все новых лекарственных препаратов, деятельность Комиссии наверняка не утратит своего значения, тем более, что перед ней уже в обозримом будущем станут новые задачи и, в первую очередь, по разработке и периодическому обновлению единого Национального протокола по ГВ и ГС, содержащего обязательные для выполнения современные алгоритмы диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Кадырова А.А. Важнейшие достижения и перспективные пути дальнейшего развития современной инфекционной гепатологии. // Современные достижения азерб. медицины, 2016, N.2, с.3-11;

2. Мамедов М.К., Кадырова А.А., Таги-заде Р.К.,Дадашева А.А. О двух важнейших направлениях реализации национальной программы борьбы с трансфузионными вирусными гепатитами. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2014, N.2, с.30-33;

3. Алиев Н.Н., Мамедов М.К., Оруджев Ш.Г. О национальной программе борьбы с вирусными гепатитами в Азербайджане. / Мат-лы 1-го Евроазиатского конгреса гастроэнтерологов. Баку, 1997, с.8;

4. Mamedov M., Kerimov A., Asadov C. et al. Distribution of some viral infection serological markers among blood donors in Azerbaijan Republic / Abstr. IV Eur. congress Int. Soc. of Blood Transfusion. Venezia, 1995, p.396;

5. Керимов А.А., Гаджиева П.Ш. О частоте выявления серологическмих маркеров инфицирования вирусами гепатитов В и С среди доноров крови, живущих в Азербайджане. // Биомедицина, 2017, N.1, с.41-44.

6. Global policy report on the prevention and control of vi- ral hepatitis in WHO Member States. WHO, Geneva, 2013, 208 p.

7. Кадырова А.А., Мамедов М.К., Дадашева А.Э. и др. Внедрение государственных программ по лечению вирусных гпатитов. / Тезисы 5-й конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центальной Азии. М., 2016, с.209-210;

8. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Нагиева Н.М. Фармакотерапевтическая и экономическая оценка лекарственных препаратов рекомбинантных и пегилированных интерферонов, как средств для лечения больных хроническим гепатитом. // Фармация Казахстана, 2015, N.6, с.33-35;

9. Оспельникова Т.П., Носейкина Е.М., Гайдерова Л.А., Ершов Ф.И. Терапевтический потенциал препаратов альфа интерферонов при социально-значимых заболеваниях человека вирусной этиологии. // Ж. микролиол., эпидемиол. иммунобиол., 2016, N.5, с.109-121;

10. Alexopoulou A., Karayinnis P. Interferon-based combination treatment for chronic hepatitis C in the era of direct acting antivirals. // Ann. Gastroenterol., 2015, v.28, p.55-65;

11. Мамедов М.К., Кадырова А.А.,Гидаятов А.А.,Дадашева А.Э., Нагиева Н.М. Лекарственные препараты рекомбинантного альфа-интерферона в лечении больных хроническим вирусным гепатитом В. Методические рекомендации. Баку, 2015, 38 с.;

12. Мамедов М.К., Кадырова А.А.,Гидаятов А.А.,Дадашева А.Э., Нагиева Н.М. Лекарственные препараты рекомбинантного альфа-интерферона в лечении больных хроническим вирусным гепатитом С. Методические рекомендации. Баку, 2016, 36 с.

Xülasə

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin komissiyasının fəaliyyətinin C və B virus hepatitinin profilaktikası, diaqnostikası və müalicəsi üzrə hesabatı

M.Q.Məmmədov, H.A.Qədirova, A.E.Dadaşova, Ş.M.Rüstəmova, M.M.Camaldinov

Müəlliflər tərəfindən Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin C və B virus hepatitləri üzrə komissiyasının fəaliyyətinin əsas istiqamətlərini nümayiş etdirən materiallar təqdim edilmiş və 3 il ərzində fəaliyyətinin ən vacib məqamlarının qısa xarakteristikasını vermişlər.

Summary

Several results of activity of Azerbaijan Republic Ministry of Health Commission for prevention, diagnostic and therapy of viral hepatitis B and C

M.Mamedov, A.Kadirova, A.Dadashova, Sh.Rustamova, V.Jamaldinov

The authors presented materials demonstrated main directions of activity of Commission for viral hepatitis B and C and briefly characterized most important results of the Commission working for three years.

Daxil olub: 01.11.2016

AĞIZ CƏRRAHİYYƏSİ VƏ DENTAL FOBİYA

Ü.F.Məmmədova, K.M.Yamalık

Açar sözlər: dental qorxu, stomatoloq qorxusu, narahatlıq, minor cərrahiyyə
Ключевые слова: дентофобия, стоматофобия, боязнь стоматолога, тревожность, малая хирурги
Key words: dental fear, anxiety, minor surgery

Qorxu hissi çox olan xəstələr üzərində həyata keçirilən stomatoloji müdaxilələr həm xəstə, həm də həkim üçün çətinlik yaratmaqla yanaşı, həm də klinik olaraq əlavə vaxt itkisinə səbəb olur. Digər tərəfdən, xəstələrin böyük bir qismi diş müalicələrini narahatedici və ağrılı proses hesab edərək artıq narahatlığa, müxtəlif dərəcədə həyəcana, məntiqi əsası olmayan qorxu və ya fobiyalara malik ola bilirlər. Bu psixoloji vəziyyətlərin fizioloji təsirləri müalicə ilə bağlı bəzi riskləri artıra bilər. Bu səbəbdən də diş müalicəsi planlaşdırılan xəstələrdə müşahidə edilən qorxu və narahatlıqların tənzimlənməsinə ehtiyac vardır [1].

Narahatlıq və qorxu zamanı orqanizmdə ifraz olunan endogen katexolaminlərin səviyyəsi normal səviyyənin 10 mislinə qalxır, bu isə hemodinamik və ürək problemlərinə yol açа bilər [2]. Xüsusilə tibbi nəzarət altında saxlanmasına ehtiyac olan xəstələrdə bu çox əhəmiyyətlidir.

Dental fobiya fərqli meyarlardan yaranan qarışıq bir haldır. Xəstələrin şəxsi xüsusiyyətləri, yaşları, cinsiyyətləri, təhsil səviyyələri və keçmişdə keçirdikləri travmatik stomatoloji müdaxilələr dental narahatlıq səviyyələrini artıra bilər [3,4].

Fərqli ölkələrdə aparılan araşdırmalarda qadınların dental qorxu səviyyələrinin və ağrı hissi yarana biləcəyi qorxularının kişilərdən daha yüksək olduğu ortaya çıxmışdır [4-6].

Müasir dövrdə lokal ağrıkəsici maddələrdəki dəyişikliklərə və ağrının daha asan yollarla aradan qaldırılmasına baxmayaraq, diş həkimi qorxusu bu gün də aktual problemlərdəndir [7,8].

Amerika Birləşmiş Ştatlarında əhalinin təqribən 6-14%-nin diş həkimlərindən qorxduqları üçün diş və ağız müayinəsindən çəkindikləri, bu şəxslərin şiddətli və dözə bilməyəcəklərini düşündükləri ağrılı vəziyyətlər istisna olmaqla, bütün digər müalicələri təxirə sala biləcəkləri ortaya çıxmışdır [9].

Türkiyədə bu mövzuda aparılan bir araşdırmaya görə kiçik ağız cərrahiyyəsi müdaxiləsi aparılacaq xəstələrin 30%-də zəif, 40%-də orta, 14%-də yüksək və 11%-də çox yüksək səviyyədə dental fobiya

müəyyən edilmişdir. Heç bir narahatlıq hiss etməyən xəstə qrupunun sadəcə 5% olduğu təyin edilmişdir [10]. 2008-ci ildə Türkiyədə dərc edilən bir araşdırmada, ağız cərrahiyyəsindən öncə və sonra xəstələrdəki təşviş səviyyələri dəyərləndirilmiş, müalicə öncəsi fobiya səviyyələrinin müalicə sonrası səviyyələrdən daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir [11].

Bir çox araşdırmada dental fobiyası olan və olmayan şəxslərdəki psixoloji xüsusiyyətlər müqayisəli olaraq araşdırılmış və fobiyası olan şəxslərdə ağrı, qan qorxusu və fiziki yaralanma qorxusu kimi bir çox başqa qorxu, aqorafobiya simptomları, ümumi qorxu və təşviş həssaslığının dental fobiyası olmayanlara görə daha yüksək olduğu göstərilmişdir [12,13]. Qorxusu yüksək olan xəstələrdə hər hansı bir əməliyyatın aparılması çətinlik yaratdığından bu müdaxilələrdən öncə xəstələrin narahatlıq səviyyələrinin müəyyən edilməsi və müdaxilədən öncə lazımi tədbirlərin görülməsi tövsiyə edilmişdir [15,16].

Dental fobiya sindromuna insanları diş müalicəsindən çəkindirən, idarə edilə bilməyən qorxular və narahatlıqlar aiddir. Bunlar:

1. Ağrı qorxusu
2. Qeyri-müəyyənlik qorxusu
3. Çarəsizlik və asılılıq qorxusu
4. Bədəndə dəyişiklik və zərər çəkmək qorxusu
5. Ölüm qorxusudur.

Xəstələrin qorxularının əsas mənbəyi zərər çəkəcəkləri, qeyri-müəyyən bir əməliyyat keçirəcəkləri düşüncəsi və keçmiş təcrübələr əsasında qazandıqları neqativ həkim təcrübələridir [8,9,13]. Əvvəlki müalicələr zamanı ağrı və rahatsızlıq hiss etmələri, uğursuz diş müalicələri, post-operativ ağırlaşmalar və xəstə-həkim anlaşılmazlığı qorxu səviyyələrini artırır [13].

Yerli ağrıkəsicilərin və ağrıkəsici dərmanların geniş yayılmasına baxmayaraq, müasir dövrdə də əhali arasında diş həkimi qorxusu geniş yayılmışdır. Bu qorxu səbəbi ilə uzun illər diş həkiminə getməyən xəstə sayı da az deyil. Aparılan tədqiqatlara əsasən digər müdaxilələrlə müqayisə etdikdə ağız cərrahiyyəsinin xəstələr üçün ən böyük qorxu səbəbi olduğu müəyyən edilmişdir [13]. Fobiyası yüksək olan xəstələr həm əməliyyat zamanı, həm də əməliyyatdan sonra daha şiddətli və uzunmüddətli ağrı hiss etdiklərini bildirmişlər. Buna görə, ağız cərrahiyyəsi aparılan xəstələrdə təşviş səviyyəsinin nəzarət altına alınması həm xəstə, həm həkim üçün önəmlidir.

Tədqiqatın məqsədi: minor ağız cərrahiyyəsi aparılan xəstələrdə əməliyyat öncəsi qorxu səviyyəsinin dəyərləndirilməsi və bu səviyyəyə təsir edən faktorların müəyyən edilməsidir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat Qazi Universiteti Stomatologiya fakültəsi Ağız, Diş və Çənə Cərrahiyyəsi kafedrasında minor ağız cərrahiyyəsi aparılan 100 xəstə üzərində aparılmışdır. Araşdırmada iştirak etmək üçün xəstələrdən araşdırma planı həyata keçiriləcək müdaxilələr izah edilən və razılıq imzaları olan sənəd alınmışdır. Xəstələrin ad-soyad, yaş cinsiyyət, təhsil səviyyəsi və demoqrafik məlumatlarını əks etdirən bir anket tətbiq edilmişdir. Anketin ilk hissəsində xəstələrə aid demoqrafik məlumatlar, dental fobiyaya təsir edə bilən faktorlardan olan təhsil səviyyəsi, hər hansı bir sistematik xəstəliyin varlığı, əməliyyatın hansı çənədə aparılması ilə bağlı suallar əks olunmuşdur. Anketin ikinci hissəsində isə dental qorxu səviyyəsini müəyyən etmək üçün Korahın Dental Narahatlıq Şkalası (Dental Anxiety Scale- DAS) və ağrı səviyyəsini müəyyən etmək üçün Vizual Analoq Şkalası (Visual Analog Scale-VAS) əks etdirilmişdir [13]. Xəstələr əməliyyatdan qabaq və əməliyyatdan sonra bu anketləri doldurmuşlar. Psixoloji müalicə almış və ya almaqda olan, alkoqolizmdən əziyyət çəkən və ya narkotik dərman istifadə edən xəstələr araşdırmaya daxil edilməmişdir.

Dental fobiya səviyyələrinin hesablanmasında fərqli şkalalar istifadə edilir. Spilberq Situativ Narahatlıq Şkalası və Vizual Analoq Şkalası da daxil olmaqla, ən çox Korahın Dental Narahatlıq Şkalası istifadə edilir. Korahın Dental Narahatlıq Şkalası (Cədvəl 1, 2) [11], göstəriciləri 1-5 arasında olan hər biri 5 cavaba sahib 4 sualdan ibarətdir. DAS göstəriciləri 4-20 arasında dəyişir. 13 və ya daha çox göstəriciyə sahib olan xəstələrdə artmış fobiya səviyyəsi müəyyən edilir [14].

Vizual Analoq Şkalasında ağrı 0 rəqəminin ağrısız, 10 rəqəminin isə hiss edilə biləcək ən şiddətli ağrı göstəricisinə əsasən ölçülmüşdür. Burada 1-3 diapazonu zəif, 4-6 diapazonu orta şiddətli, 7-10 diapazonu isə şiddətli ağrının göstəricisi kimi müəyyən edilmişdir [10].

Tədqiqatın nəticəsi və müzakirəsi. Araşdırmada xəstələrə aid demoqrafik məlumatlar Cədvəl 3-də əks etdirilmişdir.

Cədvəl 1
Korahın Dental Narahatlıq Şkalası

1. Sabah diş həkiminə getməli olsaydınız, özünüzü necə hiss edərdiniz?
a. Rahat
b. Çox az həyəcanlı
c. Az həyəcanlı
d. Çox həyəcanlı
e. Yüksək həyəcanlı
2. Diş həkimi klinikasında növbə gözləyərkən özünüzü necə hiss edərsiniz?
a. Rahat
b. Çox az həyəcanlı
c. Az həyəcanlı
d. Çox həyəcanlı
e. Yüksək həyəcanlı
3. Əgər bir dişinizə plomb qoyulacaqsa, özünüzü necə hiss edərsiniz?
a. Rahat
b. Çox az həyəcanlı
c. Az həyəcanlı
d. Çox həyəcanlı
e. Yüksək həyəcanlı
4. Əgər dişləriniz təmizlənib ağardılacaqsa, özünüzü necə hiss edərsiniz?
a. Rahat
b. Çox az həyəcanlı
c. Az həyəcanlı
d. Çox həyəcanlı
e. Yüksək həyəcanlı
5. Üst arxa dişinizin üstündə diş ətinizə yerli keyidici iynə vurularsa, özünüzü necə hiss edərsiniz?
a. Rahat
b. Çox az həyəcanlı
c. Az həyəcanlı
d. Çox həyəcanlı
e. Yüksək həyəcanlı

Cədvəl 2
Vizual Analoq Şkalası (VAŞ)

Müdaxilə Zamanı	0123456	78910
0: Ağrısız 1-6: Orta şiddətli ağrı (dözülə bilən) 7-10: Çox şiddətli ağrı		

Araşdırmamıza qatılan xəstələrin 32-sinin təhsilsiz, 25-nin orta təhsilli, 44-nün isə ali təhsilli, 59-nun qadın, 42-sinin kişi, 39-nun 25-45, 40-nın 46-59, 22-sinin 60 yaşdan yuxarı olduğu müəyyən edilmişdir.

Təhsil səviyyəsi və dental fobiya dəyərləri təhlil edildikdə preoperativ bütün qruplarda qorxu səviyyəsinin yüksək olduğu və postoperativ bu səviyyənin azaldığı müəyyən edilmişdir.

Xəstələrin təhsil səviyyəsi, yaş, cinsiyyət, sistematik xəstəliklər və qorxu səviyyəsi arasında statistik olaraq anlamlı bir fərq müəyyən edilməməklə yanaşı təhsilsiz və orta təhsilli qrupların ali təhsillilərə, sistematik xəstəlikləri olan xəstələrin olmayanlara və qadınlar kişilərə nisbətən daha təşvişli olduqları görülmüşdür ($p>0.05$) (Cədvəl 2,3,4).

Yüksək fobiya səviyyəsi olan xəstələr diş həkiminə getməzdən bir gün əvvəl gözlərinə yuxu getmir, düzgün qidalanmırlar. Bunları nəzərə alaraq, bu xəstələrə müdaxilə etməzdən əvvəl yarana biləcək ağırlaşmaları nəzərə almaq lazımdır. Bu qrup xəstələrdə gənc yaş qrupunda xəstə kreslosunda ürəkkeçmə halları, təzyiqin düşməsi, orta yaş qrupunda isə təzyiqin yüksəlməsi və kardioloji problemlər müşahidə olunur. Həkim bu halların baş verə biləcəyini nəzərə almalı, qorxu səviyyəsi yüksək olan xəstələrə həkim müdaxiləsinin çətin olacağını nəzərə alaraq sedativ üsullardan istifadə etməlidir.

Cədvəl 3
Xəstələrə aid olan demoqrafik məlumatlar

		n	%
Cinsiyyət	Qadın	59	58,4
	Kişi	42	41,6
Təhsil Səviyyəsi	Təhsilsiz	32	31,7
	Orta təhsilli	25	24,8
	Ali təhsilli	44	43,6
Sistematik Xəstəliyi	Var	49	48,5
	Yoxdur	52	51,5
Dərman İstifadəsi	İstifadə edir	57	56,4
	İstifadə	44	43,6
Çənə Sümüyü	Maksilla	47	46,5
	Mandibula	54	53,5
VAŞ göstəricisi	Ağrısız	26	25,7
	Orta Şiddətdə Ağrı	60	59,4
	Çox Şiddətli Ağrı	15	14,9
Yaş	25-45	39	38,6
	46-59	40	39,6
	60 və yuxarı	22	21,8

Cədvəl 4
Xəstələrin təhsil səviyyəsi və qorxu (Anova testi)

	TƏHSİL SƏVİYYƏSİ		N	Ortalama $\overline{X}$	Standart Sapma	Standart Hata	F	P Sig.
MDAS	Preoperativ	Təhsilsiz	32	12,12	3,07	,543	1,112	,333
		Orta təhsilli	25	11,20	2,43	,486		
		Ali təhsilli	44	11,00	3,91	,590		
		Cəm	101	11,40	3,34	,333		
	Postoperativ	Təhsilsiz	32	10,93	3,28	,580	2,893	0,60
		Orta təhsilli	25	9,27	3,28	,656		
		Ali təhsilli	44	9,24	3,23	,487		
		Cəm	101	9,79	3,32	,330		

Cədvəl 5
Xəstələrin cinsiyyəti və qorxu səviyyəsi

	Cinsiyyət	N	Ortalama $\overline{X}$	Standart kənarlaşma	Standart xəta	t	P Sig.
MDAS Əvvəl	Qadın	59	11,0678	3,47337	,45219	-1,206	,231
	Kişi	42	11,8810	3,14063	,48461		
MDAS Sonra	Qadın	59	9,8644	3,48127	,45322	,258	,797
	Kişi	42	9,6905	3,11948	,48135		

Bunlara sedativ dərman preparatları və anesteziya üsulları aiddir:

1. Oral sedasiya
2. İntravenoz sedasiya
3. Nitroz Oksid/Oksigen inhalyasiyası
4. Ümumi anesteziya (narkoz) [15,16].

Nəticə. Stomatoloji müalicələr üçün çox zaman əngəl təşkil edən qorxu (dental fobiya), həm xəstələr, həm də həkimlər üçün çox böyük bir problemdir. Həkimlər dental müdaxilələrlə yanaşı, müalicələrə əngəl olan davranış və narahatlıqlarla da mübarizə aparmalı olurlar. Buna görə, həkimlərin dental fobiyanın hazırlayıcı faktorlarını və psixodinamikasını bilməsi, ünsiyyət bacarığını və davranışı idarəetmə üsullarını lazımi sedasiya metodları ilə kombinə istifadə etməsi və bu əngəlləri ortadan qaldırması vacibdir.

Cədvəl 6
Xəstələrin yaşı və qorxu səviyyəsi

	YAŞ	N	Ortalama $\overline{X}$	Standart kənarlaşma	Standart xəta	F	P Sig.
MDAS Əvvəl	25-45	39	11,4615	3,48566	,55815	,728	,486
	46-59	40	11,7500	3,20056	,50605		
	60 və yuxarı	22	10,6818	3,40009	,72490		
	Cəmi	101	11,4059	3,34717	,33306		
MDAS Sonra	25-45	39	9,7436	3,25833	,52175	,165	,848
	46-59	40	10,0000	3,38927	,53589		
	60 və yuxarı	22	9,5000	3,43303	,73193		
	Cəmi	101	9,7921	3,32059	,33041		

ƏDƏBİYYAT

1. Skelly M., Craig D. Sedation for dental procedures // Anesthesia & intensive care medicine, 2005, v.6, Issue 8, p.255-257
2. Brand H.S., Gortzak R.A., Palmer-Bouva C.C. Cardiovascular and neuroendocrine responses during acute stress induced by different types of dental treatment // International Dental Journal, 1995, v.45(1), p.45-8
3. Locker D., Thomson W.M., Poulton R. Psychological disorder, conditioning experiences, and the onset of dental anxiety in early adulthood // Journal of Dental Research, 2001, v.80, p.1588-159.
4. Thomson W.M., Locker D., Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience // Community Dent Oral Epidemiol., 2000, v.28, p.289-294
5. Ragnarsson B., Arnlaugsson S., Karlsson K.O. et al. Dental anxiety in Iceland: an epidemiologic postal survey // Acta Odontologica Scandinavica, Informa Healthcare, 2003, v.62, p.282-288 .
6. Yusa H., Onizawa K., Hori M. et al. Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, 2003, v.98, p.23-27
7. Friedson E., Feldman J.J. The public look at dental care // The Journal of the American Dental Association, 1958, v.57(3), p.325–5
8. Chanpong B., Haas D.A., Locker D. Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population // Anesthesia Progress Journal, 2005, v.52(1), p.3-11.
9. Firat D, Tunc EP, Sar V. Dental anxiety among adults in Turkey // The Journal of Contemporary Dental Practice, 2006, v.7(3), p.75-82.
10. Muğlalı M., Kömerik N. Ağız cerrahisi ve anksiyete. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2005, cilt 8, sayı 2, s.83-8
11. Muglali Mş, Komerik N. Factors related to patients' anxiety before and after oral surgery. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2008, v.66(5), p.870-7.
12. Locker D., Poulton R., Thomson W.M. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population //Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2001, v.29, p.456-463.
13. Milgrom P., Fiset L., Melnick S. (prevalence and practice consequences of dental fear in a major US city // The Journal of the American Dental Association, 1988, v.116, p.641-647.
14. Corah N.L. Development of a dental anxiety scale // J Dent Res., 1969, v.48(4), p.596.
15. Akal Ü.K., Küçükyavuz Z. Midazolam-fentanil kombinasyonu ile sağlanan bilinçli sedasyon altında dört segmentte tek seansta uygulanan gömülü üçüncü molar cerrahisinin klinik olarak değerlendirilmesi // T Klin Diş Hek Bil., 2002, v.8, p.126-133.
16. Campbell R.L., Dionne R.A., Gregg J.M., Duncan G. Respiratory effects of fentanyl, diazepam, and methohexital sedation // J Oral Surg., 1979, v.37, p.555.

Summary

Oral surgery and anxiety

Ü.F.Məmmədova, K.M.Yamalik

The aim of this study was to determine the anxiety levels of patients prior to minor oral surgery and to determine factors that can influence anxiety. One hundred patients who were to undergo minor oral surgical procedures formed the basis of the study. Before the procedure, Corah Dental Anxiety Scale was used to measure the anxiety levels of the patients. Specific parts of the procedure which would cause anxiety were determined using Visual Analogue Scale. Pain expectation of the patients related to local anesthetics and to the procedure was recorded by Visual Analogue Scale.

Резюме

Челюстно-лицевая хирургия и тревожности

У.Ф.Мамедова, К.М.Ямалык

Цель этого исследования состоит в том, чтобы определить уровень тревоги у пациентов перед малой челюстно-лицевой хирургией и определить факторы, которые могут повлиять на тревожность. Основой исследования послужили сто пациентов, которые должны были пройти мелкие пероральные хирургические процедуры. Перед процедурой для оценки уровня тревожности пациентов применялась шкала стоматологической тревожности Кораха. Определенные части процедуры, которые могли бы вызвать беспокойство пациентов, определялись с помощью визуально-аналоговой шкалы. Прогноз боли пациентов, связанных с применением местных анестетиков и с самой процедурой был зарегистрирован визуально-аналоговой шкалой.

Daxil olub: 24.01.2017

DARYE-UAYT XƏSTƏLİYİ KLİNİK MÜŞAHİDƏMİZDƏ

F.R. Mahmudov, E.A. Əmrahov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: Darye-Uayt xəstəliyi, müayinə, histologiya, müalicə

Ключевые слова: Болезнь Дарье-Уайта, исследование, гистология, лечение

Keywords: Darje-White disease, research, histology, treatment

Darye-Uayt xəstəliyi və ya vegetasiyaedici follikulyar keratoz 1889-cu ildə C.Darye və C.K.Uayt tərəfindən qeyd edilmişdir [1]. Nadir xəstəliklərdən olub dəri örtüyünün seboreyalı zonalarında buynuzlaşma (diskeratoz), keratotik papula tipli səpgilərin yaranması ilə xarakterizə edilir [1,2].

Darye xəstəliyinin səbəbi bilinmir [2,6,8]. Patogenezinin əsasında 12 q23-q24.1 xromosomunda yerləşən kalsium pompası ilə əlaqəli olan SERCA2 (sarkoendoplazmatik retikulum ATP2A2) kodlayan ATP2A2 geninin mutasiyası nəticəsində kalsium nasosu funksiyasının və hüceyrə adheziya mexanizmlərinin pozulması dayanır [3]. Autosom dominant yolla irsi ötürülür. Hər iki cins eyni tezlikdə xəstələnir. 1:35000-1:100000 nisbətində rast gəlinir [1,2,3]. Xəstəliyin resessiv və X-lə ilişikli karliklik, həmçinin serebral atrofiyalı xəstəliklərlə birgə müşahidə olunması barədə qeydlər var [5].

Xəstəlik adətən 8-15 yaş arası uşaqlarda başlayır, nadir halda 5 yaşa qədər uşaqlarda, bəzən isə yetkin şəxslərdə də başlaya bilər [2]. Rəngi ilk öncə normal dəri rəngində, getdikcə isə boz qəhvəyiyə çalan, üzəri kiçik qartmaqla örtülən , izolə olunmuş follikulyar hiperkeratotik ziyiləbənzər, vegetasiyaedici papulaların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Səpgilər əsasən üzdə, başın tüklü hissəsində, qulaq seyvanında , döş nahiyəsində, kürəkarası nahiyədə, iri büküşlərdə, bəzən isə bütün dəri səthində lokalizə olunur. Ovucun və pəncənin arxa səthində **y**erləşən papulyoz elementlər ziyillərlə və Hopfun verrukoz akrokeratozundakı mövcud səpgilərlə oxşardır. Əgər barmaqarası nahiyələr zədələnərsə, onda həmin nahiyələr xoşagəlməz qoxu verər [2].

Darye xəstəliyinin mövcud ola biləcək təzahürlərindən biri də dırnaqların zədələnməsidir. Dırnaqlarda baş verən patoloji dəyişikliklərə- dırnaq əsasından dırnaq ayparasını keçməklə dırnaq kənarına qədər uzanan qırmızı və ağ boylama xətlər, dırnaqların kövrəlib qırılması, dırnağın sərbəst kənarında əmələ gələn V-şəkilli oyuq, boylama şırımlar, dırnaq lövhəciyinin ağrılı yarılması, dırnaqaltı keratoz fraqmentlər aiddir [2,3].

Selikli qişalar çox nadir halda zədələnər. Ağız boşluğu, udlaq, qida borusu, qırtlaq, düz bağırsaq və vaginanın selikli qişasında ağımtıl, göyümtül leykoplagiya tipində kiçik papulaların müşahidəsi qeyd olunub [Al Robaee A.et al., 2004] . Bəzən sümüklərdə kistoz xarakterli dəyişiklik, osteomalyasiya, buynuz qişada dəyişikliklərlə xarakterizə olunan göz zədələnməsi, miopiya, çəpgözlük kimi dəyişikliklərə də rast gəlinə bilər.

Həmçinin ayrı-ayri hallarda müşahidə olunur:

•İntellektin zəifləməsi

•Psixi və nevroloji pozuntular : şizofreniya, epilepsiya, suisidal cəhdlər

•Endokrinopatiyalar : cinsi vəzilərin disfunksiyası, ikincili hiperparatireoz. Boy inkişafının ləngiməsi.

Follikulyar diskeratozlu xəstələrin dərisinin günəş işığına qarşı həssaslığının artması qeyd olunur. Darye xəstəliyi immun sistemin defekti şəraitində dərinin bakterial və virus infeksiyaları ilə müşahidə olunan ağırlaşmalar verir. Bir neçə pasientin üzərində aparılmış immunoloji tədqiqatlar Darye xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərdə humoral immunitetin saxlanıldığı halda, hüceyrəvi immunitetin aktivliyinin azalmasını göstərmişdir. İnfeksiyalaşma zamanı suçiçəyi səpgiləri tipində elementlerin mövcudluğu qeyd edilir

Xəstəlik litium preparatları və yüksək dozada retinoidlərin qəbulu zamanı şiddətlənir [1,3]. Histopatologiya zamanı buynuz tıxaclı ortokeratoz, ocaqlı parakeratoz müəyyən edilir. Suprabazal nahiyyədə akantoliz nəticəsində formalaşmış lakunalar aşkarlanır. Bu lakuna nahiyəsində birqat bazal keratinositlərlə örtülmüş xov şəklində derma məməciklərinin qeyri-bərabər qabarması aşkarlanır [1,7]. Epidermisin yuxarı təbəqələrində 2 tip diskeratotik hüceyrələrin: dairəvi və dənəvər cisimsiklərin aşkarlanması xarakterikdir. Dairəvi cisimciklər iri hüceyrələr olub Malpigi qatının yuxarı nahiyələrində, xüsusilə dənəli qatla buynuz qat

arasında aşkarlanır, onlar ətrafında parlaq sitoplazma və işıqlı tac olan tünd piknotik nüvəyə malikdir. Dənəvər cisimciklər isə nüvələri sanki dartılmış, sitoplazması az nəzərə çarpan, parakeratotik hüceyrələri xatırladan yastılanmış hüceyrələr olub, suprabazal lakunalarda və buynuz qatda aşkarlanır.

Diskeratozlu ocaqlardan götürülmüş materialın elektron-mikroskopik tədqiqi zamanı dairəvi cisimciklərdə tonofilamentlərin keratohialin qranuloması ilə aqreqasiyası və dənəvər cisimciklərin tonofilamentlərinin vaxtından əvvəl aqreqasiyası kimi patoqnomik əlamət aşkarlanır. Bunlardan başqa dermada iltihabi infiltrat qeyd olunur, əvvəl akantoliz, sonra isə keratoz baş verir.

Diaqnoz seboreyalı zonalarda yerləşən buynuzlaşmış papulalar və histoloji tədqiqatlar əsasında qoyulur. Darye xəstəliyi aşağıdakı xəstəliklərlə differensiasiya olunur:

• qımızı yastı dəmrov

• Qujero-Xeyli-Xeylinin ailəvi pemfiqusu

• Kirle xəstəliyi

• Morrou-Brukun follikulyar keratozu

• qara akantoz

Sağalma barədə proqnoz yaxşı deyil.

Müalicə hazırkı dövrdə bir o qədər effektli deyildir, yalnız pasientlərin 1/3 hissəsində yaxşılaşma müşahidə olunur. Xəsətliyin yüngül formalarında yumşaldıcı preparatlardan istifadə olunur. Ağır formalarda isə aromatik retinoidlər : etretinat 0,5-1 mq/kq/gün, izotretinoin 1-2 mq/kq/gün və ya asitretin 0,5 mq/kq/gün qismən effektlidir. Retinoidlər 75 % pasientlərdə effektlidir, keratinizasiyanı korreksiya edir, lakin müalicə dayandırıldıqda xəstəlik az və ya çox dərəcədə residiv verir. Pasientlərə həmçinin günəş qoruyucu vasitələrin istifadəsi də tövsiyə olunur. Bəzən xəstəlik zamanı dəridə hipertrofiyalaşmış elementlər olarsa, dermobraziya və karbon iki oksidli lazerlə vaporizasiya etmək kimi cərrahi müalicə tətbiq oluna bilər. Okkluziya altında vitamin A tərkibli kremlərin istifadəsi zamanı bir neçə pasientdə klinik yaxşılaşma müşahidə olunub. Lakin eritema, ödem, qıcıqlanma kimi yan təsirlər də yarana bilir. Son vaxtlar yerli olaraq kalsipotriol və 5-ftorurasil preparatlarının tətbiqi uğurlu nəticələr vermişdir. Bununla əlaqədar olaraq müvafiq işlər davam etdirilir [2,10,11].

Müşahidəmizdə olan pasientə nəzər salaq.

59 yaşlı pasient Ç.A. 27.01.2017 tarixində bədəndə səpgi və şiddətli qaşınma şikayətlərilə RDZD-yə müraciət etmişdir. Səpgilər kürək, sinə, bel, boyun, nahiyələrdə yerləşib papulyoz xarakter daşıyır. Papulaların rəngi müxtəlif çalarlıdır, belə ki, normal dəri rəngindən tutmuş boz qəhvəyiyə qədərdir. Qaşınma yerlərində vegetasiya, lixenifikasiya (bel, boyun, kürək nahyələrdə) kimi morfoloji elementlər də mövcuddur (Şək.1,2).

Pasientin yaxınlarının dediyinə görə bəzən səpgilərin bənövşəyi rəngdə də olması da müşahidə olunub. RDZD-yə müraciət edərkən pasient mədəsində zəif qıcqırmanın, göynəmənin olduğunu , bəzən baş verən öskürmələrin olmasını qeyd edir. Ürək-damar sistemində oval dəliyin qapanmaması problemi var. Pasientin şəkərli diabeti yoxdur, soyuq vaxtlarda tez-tez angina olur.

Pasient üzərində heç bir cərrahi əməliyyat aparılmayıb. Pasientin bildirdiyinə görə ilk səpgilərdən 20 il vaxt ötmüşdür. İlk səpgilər xırda ölçüdə olub kiçik sahələrdə : əllərdə və ayaqlarda yaranmış , sonra isə kürəyində də əmələ gəlmişdir. Pasient bu səpgilərin yaranmasını hər hansı bir səbəblə əlaqələndirə bilmir. Bu vaxta qədər bir neçə dəfə həkimə müraciət etmişdir və aldığı müalicələr effekt vermemişdir. Həmçinin pasientə düzgün diaqnoz təyin edilməmişdir.

Pasient RDZD-ə müraciət etdikdən sonra adları çəkilən müayinələr aparılmışdır: Qarın boşluğunun USM-i sidiyin müayinəsi, qanın ümumi analizi, dəri biopsiyası. Böyrəklərin USM-də kasa-ləyən sistemində genişlənmə olmadığı, 0,2-0,4 mm ölçüdə duz vəmakrolitlərin olması, böyrək parenximasının exostrukturunun homogen olması; Qaraciyərin USM-i zamanı onun ölçülərinin bir qədər böyüməsi, hamar konturlara malik olması, exostrukturunun homogen olması; Öd kisəsinin USM-də divarların qalınlaşması, konqrementsiz mənfəzin olması; Mədəaltı vəzin USM-i zamanı onun güclənmiş exogenliyə malik olması; Dalağın USM-i zamanı onun strukturunun homogen olması; qarın boşluğunda isə az miqdarda

assit mayesinin mövcudluğu aşkarlanmışdır.

Sidiyin müayinəsi zamanı onun miqdarının 150 ml , rənginin samanı-açıq sarı, şəffaf, mühitinin zəif turş , epitel hüceyrələrin 9-10 g/s., leykositlərin 9-15 g/s., eritrositlərin çox miqdarda, seliyin az miqdarda, oksalat duzlarının az miqdarda olması və zülalların olmaması aşkarlanmışdır.

Qanın ümumi analizində:

Leykosit $9{,}810^3$ /mm^3, Eritrosit $4{,}1\times10^6$ /mm^3, hemoqlobin 120 qr/l (72%), hematokrit 38%, EÇS 20 mm/ saat, laxtalanma müddəti $3^{/}\,04^{//}$ olması aşkar olunub.

Histoloji müayinə məqsədilə pasientin bel nahiyəsindən diametri 4 mm bozumtul rəngli elastik konsistensiyalı 1 tikə bioptat götürülmüşdür. Patomorfoloji müayinə nəticəsində epidermisdə-hiperkeratoz, akantoz, papillomatoz, dairəvi cisimciklərlə birgə epidermdaxili lakunalar, dermada məməciklərin Villi şəkilli uzanması, limfosit, histiosit, neytrofillərdən ibarət iltihabı infiltrat aşkarlanmışdır (şək.3).

Kliniki əlamətlərə və patomorfoloji tədqiqatın nəticələrinə əsasən pasientə Darie diskeratoması diaqnozu təyin olunmuşdur. Hazırda xəstə Azərbaycan Tibb Universitetinin dermatovenerologiya kafedrasında müşahidəsi altındadır.



1

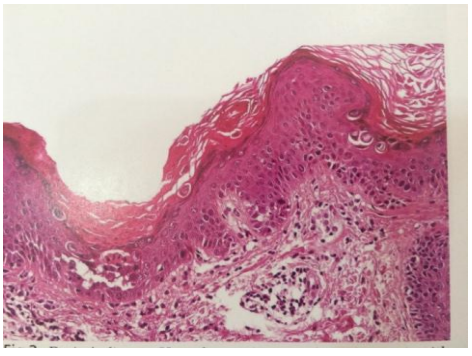


2

Şək. 1. Qaşınma yerlərində vegetasiya, lixenifikasiya: 1.bel nahiyəsində; 2.boyun nahiyəsində (morfoloji elementlər



Şək.2. Qaşınma yerlərində vegetasiya, lixenifikasiya: sinədə morfoloji elementlər



Şək. 3. Darye-Uayt xəstəliyi zamanı biotatın hisoloji görüntüləri

ƏDƏBİYYAT

1.Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С. Клиничекская дерматовеерлогия. Руководство для врачей. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009, с.747-749

2.Кацамбаса А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических боезней. М.: МЕДпресс-информ, 2009, с.82-83

3.Baykal Can. Dermatoloji atlası, 3.Baskı. İstanbul Tıp Fakültüsi, 2012, s.285-287

4.Burge SM. Darier's disease and other dyskeratoses: response to rethinoids // Pharmacol ather, 1989, v.40, p. 75-90.

5.Burge S.M., Buxton P.K. Topical isotretinoin in Darier's disease // Br J Dermatol., 1995, v.133(6), p.924-8.

6.Dicken CH, Baur EA, Hazen PG et al. Isotretinoin treatment of Darier's disease // J Am Acad Dermatol., 1982, v.6 (Suppl.), p.721-6.

7.Knulst Ac, De La Faille H.B., Van Vloten Wa. Topical 5-fluorouracil in the tretment of Darier's disease. // Br J Dermatol., 1995, v.133 (3), p.463-6

8.Kragballe K, Steijlen PM, Ibsen HH et al. Efficasy, tolerability and safety of calcipotriol ointment in disorders of keratinization. Result of a randomized, doubleblind, vehicle, controlled, right/left comparative study // Arch Dermatol., 1995, v.131 (5), p.556-60.

9.Launaranta J, Kanerva L, Turjanma Ket all. Clinical and ultrastructural effects of acitretin in Darier's disease // Acta Derm Vnerol., 1988, v.68, p.492-8

10.Mc Elroy J.A., Meheregan D.A., Roenigk R.K. Carbon dioxide laser vaporization of recalcirant symptomatic plaques of Hailey-Hailey disease and Darier's disease // JAm Acad Dermatol., 1990, v.23, p.893-7

11.Wheeland R.G., Gilmore W.A. The surgical treatment of hypertrophic Darier's disease // J Dermatol Surg Oncol .,1985, v.63, p.420-3.

Резюме

Болезнь Дарье-Уайта в наших клинических наблюдениях

Ф.Р.Махмудов, Э.А.Амрахов

Характеризуется она появлением на коже папул, или шаровидных узелков, имеющих чешуйчатую поверхность. Эти узлы имеют связь с волосяными фолликулами, и по цвету они могут варьироваться от желтоватых до коричневых или даже бурых, иногда папулы совпадают по цвету с самой кожей. Узелки, находящиеся на складках тела, сливаются друг с другом, образуя мокнущие ранки. В этой статье мы приводим пример больного с этим диагнозом. Он находится под наблюдением на кафедре дерматовенерологии АМУ.

Summary

Darya-White disease in our clinical observations

FR Mahmudov, E.A. Amrahov

It is characterized by the appearance on the skin of papules, or globular nodules, having a scaly surface. These nodes have a connection with the hair follicles, and in color they can range from yellowish to brown or even brown, sometimes papules coincide in color with the skin itself. Nodules, located on the folds of the body, merge with each other, forming a damp wound. In this article, we give an example of a patient with this diagnosis. He is under observation at the department of dermatovenereology AMU.

Daxil olub: 29.12.2016

HEMOFİLİYANIN PROFİLAKTİK MÜALİCƏSİNİN EFFEKTİVLİYİ

G.Ə.Əlizadə
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: hemofiliya, profilaktika, müalicə, effektivlik
Ключевые слова: гемофилия, профилактика, лечения, эффективность
Key words: haemophilia, prophylactic treatment, efficiency

Hemofiliya xəstəliyinin etiologiyası bəlli olduğuna görə onun müalicəsinin və profilaktikasının yeganə yolu orqanizmə laxtalanma faktorunun vena daxilinə yeridilməsidir. Qanaxma zamanı və ya onun təhlükəsi ilə bağlı (gözlənilən cərrahi müdaxilə) faktorun tətbiqi tələbata görə müalicə modeli hesab edilir (on demand therapy). Qanaxmaların və orqanların hədəfə çevrilməsinin qarşısını almaq, pasiyentlərin həyat keyfiyyətini yüksək səviyyədə saxlamaq məqsədi ilə müxtəlif variantlı profilaktik müalicə (birincili, ikincili, üçüncülü) modelləri işlənmiş və tətbiq olunur [1-4]. Profilaktik müalicə erkən yaşlarda (3 yaşa qədər) oynaq osteoxondrozu formalaşmayana qədər həyata keçiriləndə onun effekli olmasının ehtimalı yüksəkdir.

Profilaktik müalicənin bəlli modelləri faktorun dozasından və onun yeridilməsi rejimindən asılı fərqlənirlər: İsveç modelində faktorun dozası 25-40 BV/kq təşkil edir və həftədə 3 dəfə yeridilir. Utrecht protokolunda faktorun dozası 15-30 BV/kq-dır, həftədə 2-3 dəfə təyini nəzərdə tutulur. Kanada protokolunda faktorun dozası 50 BV/kq, tətbiqi rejimi isə həftədə bir dəfə tövsiyə olunur [3]. Dünyanın 6 ölkəsində (Polşa, Fransa, İngiltərə, İrlandiya, Kanada və Niderlandda) tələbata görə, ömrün yarısından az və çox, bütün ömrü boyu profilaktik müalicənin nəticələri göstərir ki, istifadə olunan faktorun illik miqdarı (145500, 298700, 251000 və 263000 BV) fərqləndiyi kimi tez – tez qanaxmaların (≥ -8 dəfə ildə) qarşısını yalnız daimi profilaktik müalicə ala bilir [1]. Profilaktik müalicənin geniş tətbiq olunduğu Kanadada tələbata görə və profilaktik müalicənin tətbiqi fonunda qanaxma epizodlarının illik sayının medianası 18-39 yaşlarda kəskin fərqlənir (12 və 4), amma 40 və yuxarı yaşlarda fərq çox azdır (13 və 11). Profilaktik müalicənin nəticələri ayrı – ayrı ölkələrdə fərqlidir [1-4]. Azərbaycanda hemofiliyanın profilaktik müalicəsi tərəfimizdən ilk dəfə təşkil olunmuşdur [5 - 6], amma nəticələrin yekunu geniş təhlil olunmamışdır.

Tədqiqatın məqsədi. Azərbaycanda hemofiliyanın profilaktik müalicəsi modelini əsaslandırıb onun effektivliyini qiymətləndirmək.

Tədqiqatın materialları və metodları. Profilaktik müalicəyə cəmi 92 hemofiliya A diaqnozu ilə (40 nəfər orta ağır dərəcəli, 52 nəfər ağır dərəcəli hemofiliya) xəstə kişi cəlb edilmişdir. Proqrama cəlb olunmanın tərəfimizdən qoyulan məhdudiyyəti yalnız yaşla bağlı olmuşdur (50 yaşa qədər xəstələr cəlb edilmişdir). Hemofiliyanın ağırlıq dərəcəsi ənənəvi qaydada faktorun aktivliyinə görə (<1% - ağır, 1-5% orta ağır dərəcə) müəyyən edilmişdir. Profilaktik müalicəyə pasiyentlər yazılı razılığa görə cəlb edilmişdir.

Profilaktik müalicəyə cəlb olunanların yaşı nəzərə alınmaqla tələbata görə müalicə olunanlar arasında eyni sayda (52 ağır və 40 orta ağır dərəcəli hemofiliya) şəxs daxil etməklə nəzarət qrupları seçilmişdir. Müşahidə olunanların hamısı barədə bir il ərzində (profilaktik müalicənin ilk dozası yeridiləndən sonra 365 gün ərzində) aşağıdakı məlumatlar toplanmışdır (pasiyentlərə təqdim olunmuş və tərtibi təlim edilmiş xüsusi kartla): qanaxma epizodunun növü və vaxtı; qanaxma ilə bağlı aktivliyin məhdudlaşması; oynaqlarla bağlı hərəkətin məhdudlaşması; hərəkəti məhdudlaşdıran oynaqların sayı; hədəf oynaqlarının (≥5 dəfə qansızma) sayı; ağır qanaxma epizodları və onunla bağlı cərrahi və ya invaziv müdaxilə; ağrıların tezliyi (həftədə, ayda və ya gündə). Bu məlumatların kəmiyyətlərinə görə ayırd edilmiş yarımqrupların qrup üzrə payı (%-lə) və orta xətası hesablanmışdır. Profilaktik müalicə qrupları müvafiq nəzarət qrupları ilə t və χ^2 meyarlarına görə müqayisə edilmiş və onların fərqinin statistik dürüstlüyü müəyyən edilmişdir [7].

Alınmış nəticələr. Alınmış nəticələr 1-ci cədvəldə verilmişdir. Qanaxma epizodlarının medianası profilaktik və müraciətlə müalicə qruplarında ağır dərəcəli hemofiliya fonunda (müvafiq olaraq 6,5 və 20,5) bir – birindən kəskin fərqlənir. Orta ağır hemofiliya fonunda bu göstərici əsas və nəzarət qruplarında (6,5 və 18,5) fərqlidir. Qanaxma epizodlarının modası ağır və orta ağır hemofiliya fonunda əsas (müvafiq olaraq 2,5 və 2,5) və nəzarət qruplarında (22,5) bir-birindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir. Müraciətlə müalicə alan qrupda (nəzarət qrupu) ağır hemofiliya fonunda xəstələrin 50±6,9%-də 22 dəfədən çox qanaxma epizodu müşahidə edildiyi halda əsas qrupda (profilaktik müalicə) belə tezlikli epizodlar çox az baş vermişdir (7,7±3,7%). Orta ağır hemofiliya fonunda əsas və nəzarət qruplarında 22 dəfədən çox baş vermiş qanaxmaları olan pasiyentlərin xüsusi çəkiləri də bir-birindən kəskin fərqlənirlər (35,0±7,5 və 5,0±3,1%).

Profilaktik müalicənin effektivliyini qanaxma epizodlarının illik sayının təsviri statistikası daha aydın əks etdirir (cədvəl 2). Profilaktik müalicə qanaxma epizodlarının orta illik sayını ağır hemofiliyada 2,2 dəfə, orta ağır hemofiliyada 2,1 dəfə azaldır.

Cədvəl 1

Profilaktik müalicə fonunda hemorragiya epizodlarının tezliyi

Qruplar / Göstəricilər		Ağır dərəcəli hemofiliya		Orta ağır dərəcəli hemofiliya	
		Müraciətlə bağlı müalicə (N=52)	Profilaktik müalicə (N=52)	Müraciətlə bağlı müalicə (N=40)	Profilaktik müalicə(N=40)
1 - 4	Hemorragiyaların sayı	0	20(38,5±6,8)	4(10,0±4,7)	17(42,5±7,8)
5 - 8		2 (3,9±2,7)	10(19,2±5,5)	6(15,0±5,6)	9(22,5±6,6)
9 -12		3 (5,8±3,2)	4(7,7±3,7)	2(5,0±3,4)	7(17,5±6,0)
13-16		10 (19,2±5,5)	8(15,4±5,0)	7(17,5±6,0)	3 (7,5±4,2)
17-20		11 (21,2±5,7)	6(11,5±4,4)	7(17,5±6,0)	2(5,0±3,4)
21-24		19(36,5±6,7)	4(7,7±3,7)	14(35,0±7,5)	2(5,0±3,4●)
25-28		3(5,8±3,2)	—	—	—
29-32		2(3,9±2,7)	—	—	—
33-36		1(1,9±1,9)	—	—	—
37-40		1(1,9±1,9)	—	—	—
Hədəf oynaq (≥5qansızma)		52 (100,0)	24(46,2±6,9●)	26(65,0±7,5)	14(35,0±7,5●)
Ağır qanaxma		44(84,6±5,0)	21(40,4±6,8●)	4 (10,0±4,7)	1(2,5±2,5)
Qanaxma ilə bağlı aktivliyin məhdudlaşması		48(92,3±3,7)	34(65,4±6,6●)	18(45,0±7,9)	2(5,0±3,4●)
Oynaqlarla bağlı hərəkət məhdudluğu		39(75,0±6,00)	18(34,6±6,6●)	11(27,5±7,1)	3(7,5±4,2●)
Hərəkəti məhdudlaşdı ran oynaqların orta sayı		184(354,0)	38(73,1●)	86(215)	24(60,0●)
Eyni oynaqda qanaxmanın olması		42(80,0±5,5)	34(65,4±6,6●)	25 (62,5±7,7)	11(27,5±7,1●)
Qanaxma ilə bağlı ağrılar: gündə		28(53,8±6,9)	16(30,8±6,4●)	4 (10,0±4,7)	—
həftədə		26(30,8±6,4)	14(26,9±6,2)	26(65,0±7,5)	12(30,0±7,2●
ayda		6(11,5±4,4)	14(26,9±6,2●)	9(22,5±6,6)	29(47,5±7,9●)
heç vaxt		2(3,9±2,7)	8(15,4±1,5●)	1(2,5±2,5)	9(22,5±6,6●)

Qeyd:(n-100 nəfərə görə); ●0p<0,05 (nəzarət qrupuna görə)

Beləliklə, profilaktik müalicənin köməyi ilə həm ağır, həm də orta ağır hemofiliya fonunda qanaxma epizodlarının sayı kəskin azalır.

Cədvəl 2

Profilaktik müalicə fonunda qanaxma epizodlarının illik sayının təsviri statistikası

Göstəricilər	Ağır hemofiliya		Orta ağır hemofiliya	
	Əsas	Nəzarət	Əsas	Nəzarət
Orta say	9,1	19,8	7,3	15,4
Orta xəta	0,95	0,86	0,84	1,12
Mediana	6,5	20,5	6,5	18,5
Moda	2,5	22,5	2,5	22,5
Standart xəta	6,9	6,2	5,4	7,1
Dispersiya	47,6	38,8	28,9	50,5
Ekses	-1,0	1,1	-0,3	-1,0
Asimmetriya	0,6	0,4	0,9	-0,6
Minimum	2,5	6,5	2,5	2,5
Maksimum	22	38	18	22
Xəstələrin sayı	52	52	40	40
Etibarlılıq dərəcəsi	1,9	1,7	1,7	2,3

Hemofiliyanın müraciətlə bağlı və profilaktik müalicəsi fonunda hədəf oynaqları (5 və çox qansızması olan eyni oynaq) qeydə alınmış pasiyentlərin xüsusi çəkiləri ağır (100 və 46,2±6,9%; p<0,05) və orta ağır (65,0±7,5 və 35,0±7,5%; p<0,05) hemofiliyalı qruplarda bir-birindən kəskin fərqlənir. Profilaktik müalicə müvafiq olaraq hədəf oynaqları riskini 2,2 və 1,9 dəfə azaldır. Ən pozitiv odur ki, profilaktik müalicə fonunda ağır qanaxmaların ehtimalı (84,6±5,0 və 40,4±6,8%; p<0,01 ağır hemofiliyada) 2,1 dəfə azalır. Orta ağır hemofiliya fonunda ağır qanaxma riski 4 dəfə azalır (10±4,7 və 2,5±2,5%; p>0,05).

Müraciətlə bağlı ağır və orta ağır hemofiliya qanaxma ilə bağlı pasiyentlərdə aktivliyin məhdudlaşması müvafiq olaraq 92,3±3,7 və 45,0±7,9% təşkil edir. Profilaktik müalicə bunun riskini (65,4±6,6 və 5,0±3,4%) müvafiq olaraq 1,4 və 9 dəfə azaldır.

Oynaq zədələnmələri ilə bağlı hərəkətin məhdudluğu nəzarət və əsas qruplarda ağır (75,0±6,0 və 34,6±6,6%; p<0,01) və orta ağır (27,5±7,1 və 7,5±4,2%; p<0,05) hemofiliyada fərqli səviyyədədir, profilaktik müalicə məhdudlaşmanın riskini müvafiq olaraq 2,2 və 3,7 dəfə azaldır.

Hərəkəti məhdudlaşdıran oynaqların bir nəfərə düşən sayı müraciətlə bağlı müalicə fonunda ağır və ağır orta hemofiliyada müvafiq olaraq 3,54 və 2,15 təşkil etmişdir. Profilaktik müalicə və göstəricini müvafiq olaraq (0,73 və 0,6) 4,9 və 3,6 dəfə azaldır.

Eyni oynaqda qanaxmanın dəfələrlə olması oynağın funksiyasını məhdudlaşdıran əsas amildir. Belə hadisələrlə üzlənmiş pasiyentlərin xüsusi çəkiləri müraciətlə bağlı müalicə olunan ağır və çox ağır hemofiliya fonunda müvafiq olaraq 80,8±5,5 və 62,5±7,7% təşkil etmişdir. Profilaktik müalicə nəticəsində belə xəstələrin xüsusi çəkisi xeyli azalır (65,4±6,6 və 27,5±7,1%), azalmanın nisbi riski 1,2 və 2,3 səviyyəsində olmuşdur.

Qanaxmalar fonunda ağrı sindromu pasiyentləri narahat edən mühüm əlamətlərdəndir. Müraciətlə bağlı müalicə olunan ağır və orta ağır hemofiliya fonunda gündəlik ağrılar xəstələrin müvafiq olaraq 53,8±6,9 və 10±4,7%-də qeydə alınmışdır. Profilaktik müalicə ağır hemofiliyada gündəlik ağrısı olanların xüsusi çəkisini 1,7 dəfə azaldır (30,8±6,4%), orta ağır hemofiliyada isə tam aradan qaldırır.

Profilaktik müalicə gündəlik, həftəlik, aylıq ağrı sindromu ilə üzləşən pasiyentlərin bölgüsündə ciddi dəyişiklik yaradır (cədvəl 1), nəticədə ağrıların tezliyi azalır.

Beləliklə, profilaktik müalicə həm ağır, həm də orta ağır hemofiliyada qanaxma epizodlarının riskini azaldaraq, pasiyentlərin aktivliyini artırır, oynaqlarda hərəkətin məhdudluğu kiçilir.

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Profilaktik müalicə nəticəsində ildə qanaxma epizodlarının sayı 15 və çox olan pasiyentlərin sayı dünyanın 6 inkişaf etmiş ölkəsində sıfıra endirilmişdir. Bizim müşahidəmizdə belə yüksək pozitiv nəticə alınmasa da 15 və çox qanaxma epizodunun təhlükəsi (71,2%-dən 19,2%-ə qədər) 3,7 dəfə azaldılmışdır. Kanadada profilaktik müalicə nəticəsində illik qanaxma epizodlarının sayının medianası 12-dən 4-ə endirilmişdir [2]. Bizim müşahidəmizdə ağır və orta ağır hemofiliyada profilaktik müalicə nəticəsində qanaxma epizodlarının sayının medianası müvafiq olaraq 20,5-dən 6,5-ə və 18,5-dən 6,5-ə qədər aşağı düşmüşdür. Göründüyü kimi, qanaxma epizodlarının sayı Kanadada 3 dəfə, bizim müşahidəmizdə isə 3,2 və 2,8 dəfə (ağır və orta ağır hemofiliya) azalmışdır. Müşahidəmizdə olan xəstələrdə qanaxma epizodlarının orta sayı il ərzində həm ağır, həm də orta ağır hemofiliyanın profilaktik müalicəsi fonunda 2,2 və 2,1 dəfə azalmışdır.

Həyat üçün təhlükəli ağır qanaxmaların riskini inkişaf etmiş ölkələrdə müxtəlif variantlı profilaktik müalicə zamanı 1,4-2,7 dəfə azaltmaq mümkün olmuşdur [1]. Bizim müşahidəmizdə ağır və orta ağır hemofiliya fonunda ağır qanaxma təhlükəsi 2,1 və 4,0 dəfə azalmışdır. Qeyd edək ki, orta ağır hemofiliya fonunda ağır qanaxma təhlükəsinin azalması statistik dürüst olmamışdır (10,0±4,7 və 2,5±2,5%; p>0,05).

5 və çox qanaxması olan oynaqlar müraciətlə bağlı və profilaktik müalicə fonunda müşahidəmizdə 100 və 46,2±6,9% (ağır hemofiliya) və 65,0±7,5 və 35,0±7,5% (orta ağır hemofiliya), [1]-in müşahidəsində 87 və 40% təşkil etmişdir. Nəticələrin oxşarlığı aydın nəzərə çarpır. Nəticələrin fərqi xəstələrdə hərəkəti məhdudlaşmış oynaqların sayına görə daha çoxdur: 2,6 müraciətlə bağlı, 0,5 profilaktik müalicə fonunda bir nəfərə görə [1]-in məlumatı; 3,54 və 0,73 (ağır hemofiliya), 2,15 və 0,60 (orta ağır hemofiliya) bizim məlumatlarımız.

Profilaktik müalicə nəticəsində xəstələrdə gündəlik ağrı epizodlarının azaldılması həm bizim müşahidəmizdə, həm də [1]-in müşahidəsində qeydə alınmışdır.

Beləliklə, Azərbaycanda dünya təcrübəsinə əsaslanaraq planlaşdırılmış və tətbiq edilmiş profilaktik müalicə modeli ağır və orta ağır hemofiliyanın fəsadlarını və ağırlaşmalarını xeyli azaldır, xəstələrin həyatı üçün təhlükənin qarşısını alır, onların aktivliyini və oynaqlarının hərəkətini çoxaldır.

Nəticələr: 1. Ağır və orta ağır hemofiliya xəstələrinin profilaktik müalicəsi qanaxma epizodlarının orta illik sayını müvafiq olaraq 19,8±0,95-dən 9,1±0,95-ə, 15,4±1,12-dən 7,3±0,84- ə qədər azaltmağa imkan

verir. 2.Profilaktik müalicə həyat üçün təhlükəli qanaxma ehtimalını azaldaraq xəstələrin aktivliyinin məhdudlaşmasının qarşısını almağa şərait yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Noone D., OMahony B., Van Disk S., Prihodova L. A survey of the outcome of prophylaxis, On-demand treatment or combined treatment in 18-35 year men with severe heamophilia in six countries // Heamophilia, 2013, v.19, p.44-50.
2. Jackson S., Gand M., Minuk L. et al. Prophylaxis older Canadian adults with hemophilia A: lessons and more questions // BMC Hematology, 2015, v.15, p.4.
3. Ljung R., Fischer K., Carcao M. et al. Practical considerations in choosing a factor VIII prophylaxis regimen: role of clinical phenotype and trough levels // Throm bosis and haemostasis, 2016, v.115, p.5
4. Carlsson K., Hozdard S., Glomstein A. et al. On- demand vs. prophylactic treatment for severe hemophilia in Norway and Sweden: differences in treatment characteristics and outcome // Hemophilia, 2003, 9, p.555-566.
5. Qədimova E.Ə., Əlizadə G.Ə. Yusifova N.Y., Kazımova M.M., Hüseynov Q.A., Məmmədova R.H. Hemofilik artropatiyaların kompleks müalicəsi / Ə.Əliyevin 115 illiyinə həsr olunmuş elmi konfransın məcmuəsi. Bakı, 2012, s. 657-660
6. Qədimova E.Ə., Yusifova N.Y., Əlizadə G.Ə., Kazımova M.M. Hemofiliyalı xəstələrdə profilaktik müalicənin xüsusiyyətləri // Ə.Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın məcmuəsi. Bakı, 2013, s.32-38
7. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999,459 с.

Резюме

Эффективность профилактического лечения гемофилии

Г.А.Ализаде

Целью исследования явилось оценка эффективности модели профилактического лечения гемофилии в Азербайджане. Программа профилактического лечения больных гемофилией путем внутривенного вливания фактора свертывания применена в течение длительного времени 52 пациентам с тяжелой, 40 пациентам со средне тяжелой гемофилией. Эффективность оценена по частоте эпизодов кровотечения и других осложнений (поражения суставов, ограничение активности и прочие). По сравнение с традиционной модели (лечение по потребности) лечения гемофилии профилактическое применение фактора позволят: снизить количество эпизодов кровотечения (с 19,8±0,86 до 9,1±0,95 при тяжелой, с 15,4±1,12 до 7,3±0,84 при сфере тяжелой гемофилии), долю лиц с мышечными суставами, с ограничением активности в связи с эпизодами кровотечения. Профилактическое лечение гемофилии является существенным способом снижения тяжелых осложнений и последствий гемофилии.

Summary

Efficiency of prophylactic treatment of haemophilia

H.A.Alizadeh

Purpose of the study. Assessment of efficiency of prophylactic treatment model of haemophilia in Azerbaijan. The program of prophylactic treatment of patients with haemophilia by intravenous infusion of coagulation factor used for a long time to 52 patients with severe, 40 patients with moderate severe form of haemophilia. Efficiency of treatment is assessed according to the frequency of bleeding episodes and other complications (joint damage, limitinga ctivity, etc.).

In comparison with the traditional model (in need treatment) prophylactic treatment of haemophilia lets to decrease the quantity of bleeding episodes (from 19,8±0,86 to 9,1±0,95 at severe, from 15,4±1,12 to 7,3±0,84 at moderate severe form of haemophilia), joint damages, limiting activity connected with bleeding facts. Prophylactic treatment of haemophilia is an effective method to reduce serious complications and consequences of haemophilia.

Daxil olub: 01.11.2016

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ С-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПРОПЕПТИД КОЛЛАГЕНА I ТИПА НА ИЗМЕНЕНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

А.И. Гоженко, Ю.И. Карпенко, Е.М. Левченко, А.В. Горячий, В.В. Горячий, М.А. Кузнецова, М.И. Арапу

Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта, Одесская Областная клиническая больница

Açar sözlər: kollagen markeri, qulaqcığın fibrillyasiyası, hüceyxarici sintez, I tipli kollagenin deqradasiyası
Ключевые слова: коллагеновый маркер, фибрилляция предсердий, внеклеточный синтез, деградация коллагена I типа.
Key words: collagen marker, atrial fibrillation, extracellular synthesis, degradation of type I collagen.

Недавние исследования показали существенное увеличение уровня отложения коллагена в предсердиях у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в отличии от пациентов, находящихся на синусовом ритме (СР) [1-3]. Предварительные экспериментальные и клинические данные позволяют предположить наличие обратной связи между степенью фиброза в образцах биопсии и наличием артериальной гипертензией (АГ). В дальнейшем было показано, что такие маркеры отличаются у пациентов с АГ и без, исследования их связи с гипертрофией или другими эхокардиографическими параметрами также противоречивы [5,6].

Цель исследования: исследовать изменение сывороточных маркеров коллагена у пациентов с различными формами фибрилляции предсердий (ФП)

Коллаген I типа самый распространенный коллагеновый продукт сердечных фибробластов [7]. Нами было оценено количество фиброза у пациентов с пароксизмальной, персистирующей и хронической изолированными формами ФП с использованием иммуноферментного анализа [4].

Материалы и методы исследования. Этическим комитетом нашего учреждения было одобрено проведение исследования. Данное исследование соответствовало принципам, изложенным в Хельсинской Декларации. Всеми пациентами было подписано информированное согласие на участие.

В исследование вошло 96 амбулаторных пациентов в возрасте от 24 до 78 лет с изолированной ФП, определенной как ФП без клинических или эхокардиографических признаков сердечно-легочного заболевания, включая артериальную гипертензию. Аритмия считалась пароксизмальной с продолжительностью менее 24 часов и персистирующей - продолжительностью не менее 3 месяцев до момента включения в исследование. Хронической формой ФП называлось нарушение ритма более одного года, резистентного к медикаментозной терапии. Формы фибрилляции предсердий определялись согласно стандарта руководства европейского общества кардиологов 2016 (8). Контрольную группу составили 24 пациента с отсутствием в анамнезе ФП.

Критерии исключения: состояния, ассоциированные с повышением уровня сывороточного маркера миокардиального или тканевого фиброза, такие как: печеночные заболевания, нарушения функции почек, легочной фиброз, обширные раневые поверхности, метаболические заболевания костной ткани, злокачественные новообразования, заболевания соединительной ткани, хронические воспалительные заболевания, недавно перенесенные инфекционные заболевания и хирургические вмешательства, возраст более 80 лет или наличие имплантированного водителя ритма/кардиовертера-дефибрилятора.

В процессе исследования у пациентов обеих групп сравнивали серологические маркеры коллагена I типа, эхокардиографический размер левого предсердия (ЛП) и фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Для контроля частоты желудочковых сокращений позволялось использовать дилтиазем и бета-блокаторы. Все пациенты с ФП получали антитромботическое лечение.

На момент забора крови у всех пациентов наблюдалась ФП. Образцы крови набирались во время клинического исследования, немедленно помещались на лед и центрифугировались в течении 1 часа. Образцы сохранялись при -80^0 С до момента анализа.

Сывороточный уровень ЦТПК-I типа определяли с помощью ферментного иммуносорбентного анализа с использованием набора Metra CICP (Quidel, США). Измерение выполнялось персоналом, заслепленным к клинической информации о состоянии пациентов. Внутри и межпробирочные коэффициенты вариации составили <8% и <10%, соответственно.

Статистический анализ. Полученные результаты обрабатывали статистически с помощью компьютерной программы Statistica 6.1. Количественные признаки с нормальным распределением

представлены как $M\pm\sigma$ (среднее ± стандартное отклонение), с ненормальным распределением- в виде медианы и интерквартильного размаха (Me). Для выявления существующих различий по порядковым признакам использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводили с использованием критерия *R* Спирмена для количественных значений. При $p<0,05$ различия считали статистически значимыми. Дизайн исследования представлен открытым контролируемым исследованием.

Результаты. *Пациенты.* Исходные клинические и демографические характеристики исследуемой популяции представлены в таблице 1. Группу I- составили 24 пациента с пароксизмальной формой ФП, группу II – 26 пациентов с персистирующей формой ФП, группу III-22 пациента с хронической формой ФП и группу IV (контрольную)- 24 пациента без ФП. Не было существенных различий в половой принадлежности (p=0,40) или возрасте (p=0,058) между группами ФП и контрольной группой. Пациенты с персистирующей и хронической формой ФП имели более низкие уровни фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) (p=0.038) и большие размеры ЛП (p<0.001) по сравнению с пациентами с пароксизмальной формой ФП и контрольной группой.

Сывороточные маркеры коллагена. Результаты приведены в таблице 1. Уровень ЦТПК-I были значительно выше у пациентов с пароксизмальной, персистирующей и хронической формами ФП по сравнению с контролем ($p\leq0,016$). У пациентов с персистирующей и хронической формами ФП также отмечали более высокие уровни ЦТПК-I по сравнению с пациентами с пароксизмальной формой ФП (p<0,001 (Таблица 1, Рис.1).

Таблица 1

Общая характеристика пациентов

Показатели	I гр. (n=24)	II гр. (n=26)	III гр. (n=22)	IV гр. (n=24)	p
Возраст(лет)	62,45±13,17	64,44±13,81	67,88±13,31	63,65 ± 13,34	0,025
Пол(м/ж)	16/8	19/7	15/7	17/7	0,621
ФВЛЖ(%)	55,39±3,32	53,65±3,27	51,65±3,21	60,09±3,2	0,227
ЛП(мм)	36,23±3,87	43,47±4,52	45,57±4,75	37,45±3,68	<0,001
ИМТ(кг/м2)	27,32±1,64	27,65±1,73	27,91±1,71	26,85±1,42	0,919
САД(мм.рт.ст)	137,35±11,90	138,59±12,52	138,59±12,52	131,75±10,03	0,079
ДАД(мм.рт.ст)	84,74±4,34	83,91±4,35	83,91±4,35	83,75±4,55	0,633
ЦТПК-I(нг/мл)	78,74±20,13	104,05±26,47	109,76±31,37	68,31±12,16	<0,001

Значения выражены как среднее ±SD. Последующий анализ показал, что: 1) возраст и диаметр ЛП значительно различались у пациентов контрольной группы и пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП); 2) С-терминальный пропептид коллагена типа I (ЦТПК-I) у пациентов с персистирующей ФП значительно отличался по сравнению с пациентами с пароксизмальной формой и пациентами контрольной группы.

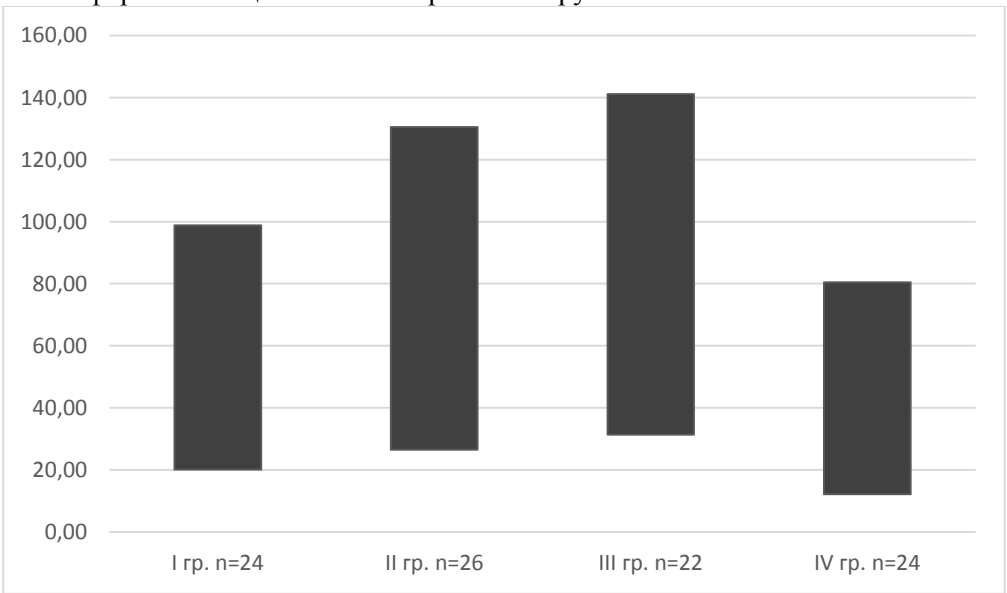


Рис.1. Сывороточная концентрация ЦТПК-I в исследуемых группах

Наконец, у всех пациентов с ФП, взятых вместе, наблюдалась положительная корреляция между уровнями ЦТПК-I и размерами ЛП (r=0,635, p<0,) тогда как связь между уровнями ЦТПК-I и ФВ ЛЖ выражена слабо (r=-0,234, p=0,05). Логистический регрессионный анализ показал, что возраст, пол, размер ЛП, возраст и ЦТПК-I ассоциированы с наличием ФП (таблица 2).

Таблица 2

Пошаговый логистический регрессионный анализ

Переменная	Соотношение	95% ДИ	P
ЦТПК-I	1.07	1.003-1.12	0.036

Примечание: ДИ-доверительный интервал

Обсуждение. Пациенты, изначально имеющие пароксизмальную ФП, часто прогрессируют до персистирующей ФП и, в конечном итоге, процесс переходит в хроническую форму ФП. Хотя точные патофизиологические механизмы плохо изучены, считается, что персистирующая ФП возникает в результате ремоделирования предсердий [9,10]. Однако, только электрическое ремоделирование не может объяснить развития устойчивой ФП [10,11]. Возможно участие фиброза предсердий, как фактора с более медленным течением, также играет роль в данном процессе [3,12,13].

В этом исследовании мы продемонстрировали повышение ЦТПК-I в группе пациентов с ФП, взятое в целом по сравнению с пациентами находящимися на СР. Интересно, что у пациентов с персистирующей и хронической формами ФП были самые высокие концентрации ЦТПК-I в сыворотке крови. Таким образом, ЦТПК-I продемонстрировал постепенный рост от контрольной группы к группе пациентов с пароксизмальной, персистирующей а затем и к постоянной форме ФП.

Еще одно интересное открытие состояло в том, что уровень ЦТПК-I положительно коррелировал с диаметром ЛП и обратно связан с ФВЛЖ.

Поскольку в нашем исследовании принимали участие только пациенты с изолированной ФП, мы можем предположить, что вышеупомянутые изменения были связаны с самой аритмией, а не с наличием или отсутствием какого-либо сопутствующего фактора с прогрессирующим увеличением фиброза от пароксизмальной до хронической формы ФП. Кроме того, усиленный фиброз, особенно у пациентов с хронической формой ФП, может также являться причинной как инициации, так и поддержания ФП.

Ограничения исследования и клинические последствия. Сывороточные маркеры коллагена не специфичны для сердца. Кроме того, мы не подтвердили наши данные результатами биопсии предсердной ткани или отбора проб коронарного синуса. Тем не менее, мы приложили максимальные усилия для исключения из исследования субъектов с условиями, связанными с образованием фиброза.

Серийные измерения индексов коллагена после восстановления СР для оценки потенциальных временных изменений уровня коллагена недоступны, хотя эти данные, несомненно, были бы ценным дополнением к нашему исследованию и могли бы подтвердить наши результаты.

И, наконец, небольшая выборка пациентов не позволяет сделать серьезных выводов относительно взаимосвязи между системным фиброзом и ФП, что подтверждает необходимость проведения дальнейших исследований.

Выводы. Маркеры сыворотки коллагена I типа могут обеспечить неинвазивный метод документирования и мониторинга степени и механизмов фиброза миокарда у пациентов с ФП, а также дать оценку фармакологическим мерам, предназначенным для лечения этой аритмии. Однако необходимо дальнейшее изучение и проведение рандомизированных исследований для выяснения точной роли фиброза в формировании ФП и оценки клинической важности и ценности биохимического мониторинга уровня коллагена в этой клинической ситуации. Хотя сердечная биопсия является золотым стандартом для документирования и мониторинга фиброза миокарда, неинвазивные методы предлагают альтернативный взгляд на решение данной проблемы, который может иметь более широкое применение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Frustaci A., Chimenti C., Bellocci F. et al. Histological substrate of atrial biopsies in patients with lone atrial fibrillation // Circulation, 1997, v.96, p.1180-4.

2. Fan D., Takawale A., Lee J. et al. Cardiac fibroblasts, fibrosis and extracellular matrix remodeling in heart disease // Fibrogenesis Tissue Repair, 2012, v.5, p.15.

3. Veidal S.S., Nielsen M.J., Leeming D.J. et al. Phosphodiesterase inhibition mediates matrix metalloproteinase activity and the level of collagen degradation fragments in a liver fibrosis ex vivo rat model // BMC Res Notes, 2012, v.5, p.686.

4. Lo´pez B., Gonza´lez A., Varo N. et al. Biochemical assessment of myocardial fibrosis in hypertensive heart disease // Hypertension, 2001, v.38, p.1222-6.

5. Ducharme A., Frantz S., Aikawa M. et al. Targeted deletion of matrix metalloproteinase-9 attenuates left ventricular enlargement and collagen accumulation after experimental myocardial infarction // J Clin Invest., 2000, v.106, p.55-62.

6. Hijazi Z., Oldgren J., Siegbahn A., Wallentin L. Application of Biomarkers for Risk Stratification in Patients with Atrial Fibrillation // Clinical Chemistry, 2017, v. 63, p.152-164

7. Lijnen P., Petrov V., Fagard R. Induction of cardiac fibrosis by transforming growth factor-b1 // Mol Genet Metab., 2000, v.71, p.418-35.

8. Paulus Kirchhof, Stefano Benussi, Dipak Kotecha et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS // Eur Heart J., 2016, v.37 (38), p.2893-2962.

9. Morishima M., Iwata E., Nakada C. et al. Atrial Fibrillation-Mediated Upregulation of miR-30d Regulates Myocardial Electrical Remodeling of the G-Protein-Gated K(+) Channel, IK.ACh // Circ J., 2016, v.80(6), p.1346-55

10. Martin Aguilar, Xiao Yan Qi, Hai Huang et al. Fibroblast Electrical Remodeling in Heart Failure and Potential Effects on Atrial Fibrillation // Biophysical Journal, 2014, v.107, p.2444–2455

11. Kato K., Fujimaki T., Yoshida T. et al. Impact of matrix metalloproteinase-2 levels on long-term outcome following pharmacological or electrical cardioversion in patients with atrial fibrillation // Europace, 2009, v.11, p.332–-337.

12. Kostin S., Klein G., Szalay Z. et al. Structural correlate of atrial fibrillation in human patients // Cardiovasc Res, 2002, v.54, p.361-79.

13. Chiang C.E., Naditch-Bruˆ le´ L., Murin J. et al. Distribution and risk profile of paroxysmal, persistent, and permanent atrial fibrillation in routine clinical practice: insight from the real-life global survey evaluating patients with atrial fibrillation international registry // Circ Arrhythm Electrophysiol., 2012, v.5, p.632-639.

Xülasə

Müxtəlif formalı ürək fibrilyasiyaları olan xəstələrdə I tipli kollagenin C- terminal propetidinin səviyyəsinin matriks xarici dəyişikliklərə təsiri

İ.A.Qojenko, Y.İ.Karpenko, Y.M.Levçenko, A.V.Qoryaçiy, V.V.Qoryaçiy, M.A.Kuznesova, M.İArapu

Tədqiqatın məqsədi müxtəlif formalı ürək fibrilyasiyaları olan xəstələrdə kollgenin zərdab markerlərinin təyin edilməsindən ibarətdir. Kollagen sintezinin markerləri qismində I tipli kollagenin C terminal propetidi istifadə edilmişdir. Tədqiqt qrupuna 72, nəzarət qrupuna isə 24 nəfər daxil edilmişdir. I tipli kollagenin C terminal propetidi müxtəlif formalı ürək fibrilyasiyaları olan xəstələrdə nəzarət qrupuna nisbətən nəzərəçarpan dərəcədə yüksək olmuşdur (97.51±25.99 və 68.31±12.16 nq/ml, p <0.001). I tipli kollagenin C terminal propetidinin səviyyəsi xronik və persistə olunmuş ürək fibrilyasiyaları olan xəstələrdə proksizmal formalı ürək fibrilyasiyası olan xəstələrə nisbətən yüksək olmuşdur (109.76±31.37, 104.05±26.47 nq/ml və 80±21 nq/ml, p<0.001). I tipli kollagenin zərdab səviyyəsi sağlam şəxslərlə ürək fibrillyasiya olan xəstələr arasında fərqlidir. Bundan başqa, bu markerlər həmçinin ürək fibrillyasiyasının formasından asılı olaraq da fərqlənir. Güman etmək olar ki, hüceyrə xarici sintezin intensivliyi və I tipli kollagenin deqradasiyası ürək fibrillyasiyasının ağırlıq dərəcəsi və tipi ilə bağlıdır.

Summary

The C-Terminal type I collagen propeptide influence on the cellular matrix change in patients with different atrial fibrillation forms

A.I. Gozhenko, Yu.I. Karpenko, E.M. Levchenko, A.V. Goryachiy, V.V. Goryachiy, M.A. Kuznetsova, M.I. Arapu

We examined the change in serum collagen markers in patients with various forms of atrial fibrillation (AF). C-terminal propeptide of type I collagen (CTPK-I) was used as markers of collagen synthesis. The study group consisted of 72 people, the control group-24. The level of CTPK-I in patients with AF was significantly higher than in the control group (97.51±25.99, and 68.31±12.16 ng/ml, p<0.001). The level of CTPK-I in patients with chronic and persistent forms of AF was significantly higher (109.76±31.37, 104.05±26.47 ng/ml vs. 80±21 ng/ml, p<0.001) compared with patients with paroxysmal AF. The serum level of type I collagen markers differs significantly between healthy people and patients with AF. Moreover, these markers also differ depending on the AF form. It can be assumed that the intensity of extracellular

synthesis and degradation of type I collagen can be related to the severity and type of AF.

Daxil olub: 01.02.2017

AZƏRBAYCANIN MÜXTƏLİF ƏRAZİLƏRİNDƏ YAŞAYAN ŞƏKƏRLİ DİABETİ OLAN UŞAQLARDA KLİNİK VƏ LABORATOR DƏYİŞİKLİKLƏRİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

G.Ə. Əhmədov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Acar sözlər: şəkərli diabet, klinika, diabetin ağırlaşmaları, Bakı və Gəncə ş.
Ключевые слова: сахарный диабет, клиника, осложнения сахарного диабета, г.Баку и Гянджа
Keywords: diabetes mellitus, clinical complications of diabetes, Baku and Ganja

Son illər ərzində Mərkəzi və Şərqi Avropada 1-ci tip şəkərli diabet xəstəliyi durmadan artır. Bu artım yalnız irsi fakrorlardan deyil, ekoloji faktorlarla da əlaqəli ola bilər [1]. Şəkərli diabetin yayılma modeli digər xroniki xəstəliklərlə eynidir lakin onun artımı stabil deyil. Şəkərli diabetlə xəstələnmə Avropa ölkələrinin əksəriyyətində artmaq üzrədir [2]. Bu xəstəlik dünya təbabətində dramatik səhifələrindən birini tutur. Xəstəliyin əlilliyə səbəb olması və yüksək ölüm (ürək qan-damar və şiş xəstəliklərindən sonra üçüncü yer) verməsi üzündən onu əksər dünya ölkələrinin milli səhiyyə sisteminin prioritet vəzifələrindən biri etmişdir [3]. Şəkərli diabetin retinopatiya, nefropatiya, neyropatiya və s. ağırlaşmaları vardır. Hal-hazırda şəkərli diabetin ağırlaşmalarının erkən diaqnostikası xəstələrdə yarana biləcək ağır fəsdların qarşısını vaxtında alır. Xronik ağırlaşmaların profilaktikası optimal metabolik kompensasiya və qlikemiyanın normalllaşmasıdır [4].

Aparılan tədqiqatların birində uşaqlarda şəkərli diabetin yaranmasının səbəblərini araşdırmaq məqsədilə onlarda dogularkən boy və çəki, ilk aylar fiziki inkişafın artımlı ilə diabet arasındakı əlaqə öyrənilib. İnsan Leykosita Antigen (İLA) sisteminə görə riski olmayan uşaqlar böyük boy artımı ilə doğulurlar və bu uşaqlarda 0-18 aylar arsında sürətlə boy artımı qeyd olunur. Məlum olmuşdur ki, məhz bu uşaqlarda diabet riski yüksək olur və İLA görə diabet riski olan uşaqlar isə normal boy artımı ilə doğulurlar və inkişaf edirlər. Boy artımının südəmər dövrdə sürətlə inkişafı diabetin yaranması üçün risklidir [5]. İnsulindənasıılı şəkərli diabetin (və ya 1-ci tip şəkərli diabet) iki forması: autoimmun və qeyri-autoimmun forması ayırd edilir. Autoimmun forma daha tez-tez rast gəlir. Qeyri-autoimmun forma isə 4-7% aşkar edilir. Bu formaya atiopik diabet, ildırımsürətli diabet, böyüklərdə keton müsbət diabet də aid edilir. Uşaqlarda bəzən piylənmə insulinərezistentlik fonunda anticisimlərin aşkar olunması birlikdə olarsa onu ikili diabet də adlandırılar. Bura həm insulindənasılı diabet autoimmun forma və 2-ci tip diabet birlikdə daxildir [6]. 1-ci tip şəkərli diabet uşaqlar arasında ən geniş yayılmış xəstəliklərdən biri hesab olunur. Xəstəliyin rast gəlmə tezlilyi müxtəlif ölkələrdə müxtəlifdir. Dunyanın bir sıra ərazilərində xəstəliyin yayılması nəzərəcarpan dərəcədə variasiyaya malikdir. Bir sıra ərazilərdə xəstəlik geniş yayılmışdır. 1-ci tip şəkərli diabet uşaq və yeniyetmələr arasında son illər geniş yayılmışdır və kicik yaşlı uşaqlar arasında sürətlə artmaqdadır [7]. Xəstəliyin bir piki 10-12 yaşa, digər piki isə 5-7 yaş arasına düşür. Avropa üzrə 140 000 ŞD-li uşaq vardır. Hər il 26 000 uşaqda şəkərli diabet aşkar edilir. Finlandiyada şəkərli diabetin rastgəlmə tezliyi yüksəkdir və hər 100 000 uşağa 62,3 uşaq düşür. Rusiya Federasiyasında, Böyük Britaniyada, Almaniyada bu xəstəlik daha coxdur. Hesablamalara görə 1-ci tip şəkərli diabetin hesabına 3-4% düşür. Öyrənilmişdir ki, hər 15 ildən bir şəkərli diabetlə xəstələnmə iki dəfə artır [8]. Bütün dünyada aparılan epidemioloyi tədqiqatların nəticələri bir daha sübut edir ki, xəstəliyin yaranmasıda genetik faktorlar və ətraf mühit faktorları əhəmiyyətli rol oynayır. Onların daha dərindən öyrənilməsi isə autoimmun xəstəliklərin aktivləşmə mexanizmini aşkar etməyə imkan verəcəkdir [9].

Tədqiqatın məqsədi. Aparılan tədqiqatın məqsədi Azərbaycanın bir necə ərazisində yaşayan şəkərli dibetli uşaqların klinik və laborator göstəricilərini qiymətləndirilməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə bakı və Gəncə şəhərlərində yaşayan şəkərli diabeti olan uşaqlar müayinədən kecirilmişdir. Gəncə çəhərində 2007-ci və 2009-cu illərdə müayinə aparılmışdır. Bu uşaqların klinik və laborator göstəriciləri Bakı şəhərində qeydiyyatda duran xəstələrlə müqayisə olunmuşdur.

Xəstələrdə şəkərli diabet diaqnozu "Uşaqlarda və yeniyetmələrdə şəkərli diabet üzrə beynəlxalq cəmiyyətin" (İSPAD) tövsiyələrinə əsasən klinik və laborator müayinələrin nəticələrinə əsasən qoyulmuşdur.

Gəncə şəhərində yerləşən endokrinoloji xəstəxanada qeydiyyatda duran 26 uşaq 2007-ci ildə, 20 uşaq isə 2009-cu ildə, Bakı şəhərində isə 27 uşaq 2010-cu ildə müayinədən kecirilmişdir.

Statistik təhlil Statistika 13.0 (Dell Corporation, 2016) proqraqmı vasitəsilə aparılımışdır.

Alınan nəticələrin müzakirəsi. Müayinədən kecirilən uşaqaların göstəriciləri aşağıdakı 1-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 1

Müayinə olunan uşaqların klinik və laborator göstəriciləri

Göstəricilər	Gəncə 2007-ci il (n=26)	Gəncə 2009-cu i l(n=20)	Bakı şəhəri 2010-cu il (n=27)	p
Yaş	15,3±1,20	15,5±1,44	14,5±0,61	p>0,05
Xəstəlik müddəti	7,21±0,99	6,7±1,21	7,05±0,69	p>0,05
HbA1c	*8,1±0,46	7,44±0,34	*10,1±0,99	p<0,05
Qlükoza qanda	268,3±25,5	252,5±22,0	314,9±24,6	p>0,05
Sidik cövhəri qanda	*4,36±0,34	4,10±0,30	*2,91±0,57	p<0,05
Mikroalbuminuriya	4,0±3,21	5,5±1,69	10,8±6,44	p>0,05
Kreatinin sidikdə	*870,8±164,23	*100,0±0,00	*650,0±101,72	p<0,0001
Sidikdə qlükoza	*742,1±101,83	*261,1±39,09 261,1±39,09	*417,3±65,5 417,3±65,5	*p<0,0001 p>0,05
Sistolik arterial təzyiq	113,5±4,17	112,7±3,25	119,2±2,67	p>0,05
Diastolik arterial təzyiq	*66,7±2,11	69,3±2,96	*75,9±2,06	p<0,001
Nəbz	101,8±4,75	98,1±4,19	91,8±2,29	p>0,05

Şəkərli diabetin kompensasiya göstəricilərindən biri də qanda qlikohemoqlobinin (HbA1c) təyin edilməsidir. 1-ci cədvəldən göründüyü kimi Gəncə şəhərində qeydiyyatda olan uşaqlarda Bakı şəhərində qeydiyyatda olan uşaqlarla müqayisədə yaxşı və fərq doğuracaq göstərici qeydə alınmışdır (p<0,05). Əksinə olaraq isə qanda sidik cövhərinin, sidikdə kreatinin və qlükozanın göstəricilərinə görə isə Bakı şəhərində müalicədə olan uşaqlarda isə müsbət nəticələr aşkar edilmişdir (p<0,05). Başqa maraqlı bir nəticə isə Bakı şəhərində qeydiyyatda olan uşaqlarda Gəncə çəhəri ilə müqayisədə diastolik arterial təzyiqin göstəricilərində fərq doğuracaq dərəcədə yüksək nəticə əldə edilməsidir (p<0,001).

Cədvəl 2

Gəncə şəhərində müxtəlif illərdə fiziki inkişafın və insulinoterapiyanın müqayisəli təhlili

Göstəricilər	Gəncə 2007-ci il (n=26)	Gəncə 2009-cu il (n=20)	p
Bədən kütləsi	43,7±3,11	42,1±4,34	p>0,05
Boy	148,1±3,55	145,0±4,25	p>0,05
Bədən kütlə indeksi	19,3±0,71	18,7±1,17	p>0,05
Boy (z)	-0,99±0,27	-1,52±0,46	p>0,05
İnyeksiya sayı	3,03±0,14	3,05±0,18	p>0,05
İnsulin doza ümumi	38,8±2,99	39,4±3,52	p>0,05
Aktrapid doza	21,7±1,75	20,5±1,88	p>0,05
İlsulatrd doza	18,8±1,66	18,3±1,91	p>0,05

2-ci cədvəldən göründüyü kimi Gəncə şəhərində 2 il ərzində aparılan müşahidələrin göstəricilərində statistik etibarlılıq qeydə alınmamışdır.

Bakı şəhərində qeydiyyada duran xəstələrin 7,4%-də (n=2) diabetik nefropatiyanın mikroalbumiuriya mərhələsində olan xəstələr, 7,4%-də (n=2) isə diabetlə əlaqədar olmayan xroniki böyrək xəstəlikləri aşkar edilmişdir.

Gəncə şəhərində 2007-ci ildə 7,7% uşaqada (n=2) diabetk katarakta, 3,8% uşaqda (n=1) diabetik retinopatiya, 3,8% uşaqda (n=1) diabetik nefropatiya mikroalbuminuriya mərhələsində aşkar edilmişdir. 2009-cu ildə Gəncə şəhərində 5% (n=1) katarakta, 10% (n=2) diabetik xayropatiya və 5% (n=1) diabetik pəncə (Şarko pəncəsi) aşkar edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, Şarko pəncəsi şəkərli diabetin oynaqlar tərəfindən nadir rast gələn ağırlaşmalarından biri sayılır.

Bakı və Gəncə şəhərlərində yaşayan uşaqların klinik və laborator göstəriciləri arasında korrelyasiya da öyrənilmişdir. Gəncə şəhərində 2007-ci ildə xəstələrin yaşı ilə qlikohemoqlobin (r=0,83, p<0,05), insulin dozası (r=0,89, p<0,05), Aktrapid (r=0,88, p<0,05) və İlsulatrd (r=0,78, p<0,05) insulinləri arasında müsbət korrelyasiya qeydə alınmışdır. Xəstəlik müddəti ilə sidikdə kreatinin (r=0,71, p<0,05), qlikohemoqlobinlə insulin dozası (r=0,78, p<0,05), Aktrapid (r=0,76, p<0,05) və İlsulatrd (r=0,76, p<0,05) insulinləri arasında müsbət korrelyasiya olmuşdur. Bədən kütlə indeksi ilə sidikdə mikroalbuminuriya arasında da müsbət korrelyasiya aşkar edilmişdir (r=0,68, p<0,05). Uşaqlarda bədən kütləsi (r=0,81, p<0,05) və boy (r=0,70,

p<0,05) ilə də müsbət əlaqə olmuşdur. Arterial təzyiqin göstəriciləri ilə başqa parametrlər arasında isə korrelyasiya əlaqəsi olmamışdır (cədvəl 3).

Cədvəl 3

Gəncə şəhərində 2007-ci ildə qeydiyyatda duran xəstələrin (n=26) laborator və klinik göstəriciləri arasında korrelyasiya əlaqəsi

Göstəricilər	HbA1c	Xəstəlik müddəti	Mikroalbuminuriya	p
Yaş	r=0,83			p<0,05
Sidik cövhəri qanda		r=-0,77		p<0,05
Kreatinin sidikdə		r=-0,71		p<0,05
Boy	r=0,77			p<0,05
BKİ			r=0,68	p<0,05
İnsulin dozası	r=0,78			p<0,05
Aktrapid	r=0,76			p<0,05
Ilsulatard	r=0,76			p<0,05

Cədvəl 4

Gəncə şəhərində 2009-cu ildə qeydiyyatda duran xəstələrin (n=20) laborator və klinik göstəriciləri arasında korrelyasiya əlaqəsi

Göstəricilər	İnsulin dozası	Aktrapid	Ilsulatard	Boy	Sidikdə şəkər	p
Yaş				-0,86		p<0,05
Sidik cövhəri qanda	r=-0,82	r=-0,77	r=-0,79			p<0,05
Kreatinin sidikdə						p<0,05
BKİ					-0,71	p<0,05

2007-ci ildə yaşla bədən kütləsi (r=0,89, p<0,05), boy arasında (r=0,96, p<0,05) arasında korrelyasiya əlaqəsi olduğu halda, 2009-cu ildə yaşla bədən kütləsi arasında (r=-0,23, p>0,05) belə əlaqə qeydə alınmamışdır. 2009-cu ildə yaşla boy arasında mənfi korrelyasiya olmuşdur (r=-0,86, p<0,05). Əgər 2007-ci ildə BKİ ilə nəbz arasında müsbət korrelyasiya olmuşdusa (r=0,67, p<0,05), 2009-cu ildə isə bu göstəricilər arasında korrelyasiya olmamışdır (r=-0,66, p>0,05). BKİ ilə sidikdə şəkər arasında mənfi əlaqə qeydə alınmışdır (r=-0,71, p<0,05) (cədvəl 4).

Bakı şəhərində qeydiyyatda olan uşaqların göstəricilərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, sistolik arterial təzyiqlə xəstəlik müddəti (r=0,90), mikroalbuminuriya (r=0,85) və sidikdə qlükoza arasında (r=0,90) müsbət korrelyasiya olmuşdur (cədvəl 5). Xəstəlik müddəti ilə qlikohemoqlobin arasında mənfi (r=-0,82), mikroalbuminuriya ilə isə müsbət korrelyasiya (r=0,84) olmuşdur. Sidikdə mikroalbuminuriya ilə kreatinin arasında mənfi (r=-0,94), sidikdə qlükoza arasında isə müsbət korrelyasiya qeydə alınmışdır (r=0,87). Aşkar olunan dəyişikliklər aşağıdakı 5-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 5

Bakı şəhərində 2010-cu ildə qeydiyyatda duran xəstələrin (n=27) laborator və klinik göstəriciləri arasında korrelyasiya əlaqəsi

Göstəricilər	HbA1c	Xəstəlik müddəti	Mikroalbuminuriya	Sidikdə qlükoza	p
Sistolik A/T		r=0,90	r=0,85	r=0,82	p<0,05
Xəstəlik müddəti	r=-0,82		r=0,84		p<0,05
Kreatinin sidikdə			r=-0,94		p<0,05
Sidikdə qlükoza			r=0,87		p<0,05

Nəticə. Beləliklə, həm Gəncə şəhərində, həm də Bakı şəhərində qeydiyyatda duran şəkərli diabeti olan uşaqların klinik və laborator göstəriciləri və onlarda rast gələn xroniki ağırlaşmalar təhlil edilmişdir.

ƏDƏBIYYAT

1. Diamond Project Group, Incidence and trends of childhood type 1 diabetes worldwide 1990–1999 // Diabet Med., 2006, 23, 857- 866.

2. Patterson CC, Dahlquist G, Harjutsalo V, Joner G, Feltbower RG, Svensson J, Schober E, Gyurus E, Castell C, Urbonaitĭ B, Rosenbauer J, Iotova V, Thorsson AV, Soltŭsz G, Early mortality in EURODIAB populationbased cohorts of type 1 diabetes diagnosed in childhood since 1989. //Diabetologia 2007, 50, 2439-2442.

3. Niskanen-L. Drug-Therapy- Insulin- Treatment in Elderly patients with Non-insulindependent Diabetes-Mellitus A Double-Edged- Sword. //Drugs & aging, 1996, Iss 3, p.183-92.
4. Peuchant E., Delmas-Beauvieux M.C., Couchouron A. et al. Short-term insulin therapyand normoglycemi, effects on erythrocyte lipid peroxidation in NIDDM patients. //Diabetes Care, 1997, v.20 (2), p.202-7.
5. Cure of prediabetic mice by viral infections involves lymphocyte recruitment along an IP-10 gradient //Journal of Clinical Investigation, 2010, v.113, p.74-84.
6. Imagawa A, Hanafusa T. Fulminant type 1 diabetes mellitus. //Rinsho Byori. 2010 Mar,58(3),216-24.
7. Петеркова В.А., Щербачева Л.Н., Кураева Т.Л., Емельянов А.О. Заболеваемость и распространенность сахарного диабета 1 типа у детей в России // Тезисы докладов 3-го Всероссийского диабетологического конгресса. М., 2004, с.94-5.
8. http,//www.diabetesatlas.org, 20016 year.
9. Науменко С.А., Кураева Т.Л. Эпидемиологическая характеристика сахарного диабета 1 типа у детей и подростков Калининградского региона // Сахарный диабет. 2004. № 3, 8-10

Резюме

Оценка клинических и лабораторных показателей больных сахарным диабетом детей проживающих в разных регионах Азербайджана

Г.А.Ахмедов

Целью проведенной работы было сравнение состояние больных проходящих лечение в столице и в регионе Азербайджанской Республики. Сравнились города Баку и Гянджа. Работа была проведена 2007-2010 годах. В ходе работы была выявлена что состояние детей по клиническим и лабораторным показателями из г.Гянджи были лучше чем в столице г.Баку. Гликированный гемоглобин в г.Гяндже 2007 и 2009 годах соответственно составил 8,1±0,46%, 7,44±0,34 а г. Баку 10,1±0,99 ($p<0,05$). В г.Баку была выявлена положительная корреляция между систолическим артериальном давлением и давностью сахарного диабета ($r=0,90$) и микроальбуминурией ($r=0,85$), а в г. Гяндже в разных годах не отмечались такие корреляционные взаимосвязи.

Summary

Evaluation of clinical and laboratory parameters of patients with diabetes mellitus of children living in different regions of Azerbaijan

G.A.Ahmadov

The aim of this work was to compare the condition of patients undergoing treatment in the capital and regions of Azerbaijan Republic. Compare the city of Baku and Ganja. The work was carried out 2007-2010 period. The work has been revealed that the condition of children by clinical and laboratory parameters of Ganja were better than in the capital Baku. Glycosylated hemoglobin in Ganja in 2007 and 2009, respectively amounted to 8,1±0,46%, 7,44±0,34 and Baku 10,1±0,99 ($p<0,05$). In Baku it was found a positive correlation between systolic blood pressure and a prescription of diabetes ($r=0,90$) and microalbuminuria ($r=0,85$), and in Ganja not observed such correlations in different years.

Daxil olub: 08.11.2016

ФАКТОРЫ РИСКА И УРОВЕНЬ МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ В ГУБИНСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ В СРОКАХ ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ 22 И 28 ПОЛНЫХ НЕДЕЛЬ

С.Н.Мамедова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: ölüdoğma, hestasiya, risk faktorları
Ключевые слова: мертворождаемость, гестация, факторы риска
Key words: stillbirth, gestation, risk factors

Мертворождаемость многофакторная и роль каждого фактора может усиливаться в определенных этапах гестации [1-9]. Наиболее глубже изучены проблемы мертворождаемости, официально регистрируемых в ряде странах, после 28 недель гестации. В развитых странах проблемы мертворождаемости, как правила изучается на основе материалов мертворождения после 22 полных недель гестации. В Азербайджане официальная статистика мертворождаемости охватывает случаи после 28 полных недель гестации, хотя еще в 80-ых годах прошлого столетия в исследованиях Ф. Агаева параллельно изучалась мертворождаемость после 22 полных недель гестации (определение ВОЗ) и 28 полных недель гестации (определение СССР). С 2015 года в Азербайджане решением

правительства введен порядок официального учета мертворождаемости после 22 полных недель гестации. По этому, приобретает актуальность сравнение факторов риска и уровня мертворождаемости в сроках гестации 22 и 28 полных недель в современных условиях.

Материалы и методы исследования. В данной работе использованы материалы Губинского перинатального центра за 2012-2014 годы, собранные сплошным охватом всех случаев завершения беременностей после 22 полных недель гестации (10769). Была собрана информация о сроках гестации, массе тела и росте новорожденного, о жизнеспособности и его состоянии по шкале Апгара. Учитывались сведения о возрасте женщины, паритете (порядковые номера беременности и родов), массе тела и росте, наличие сопутствующих патологий (артериальной гипертензии, сахарного диабета и прочих патологий). Для общей совокупности по календарным годам, для групп по градации вероятности факторов риска (возраст, паритет, индекс массы тела, наличие сопутствующих патологий), определялась доля случаев мертворождения (в % к всем случаям рождения живого и мертвого плода), её стандартная ошибка, 95% доверительный интервал (при t=2). Достоверность различия между группами при парном сравнении оценивалась критерием Z, а при сравнении более 2-х групп- критерием χ^2. Связь между факторами риска и уровнем мертворождаемости оценивалась корреляционным анализом. Выбирался уравнение регрессии с наибольшей величиной коэффициента детерминации (R^2). Статистическая обработка проводилась с использованием пакета «анализа данных» программы Excel [10].

Полученные результаты. Данные о мертворождаемости в Губинском перинатальном центре за 2012-2014 годы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Мертворожденность в Губинском перинатальном центре

Годы	Гестационный возраст, недели	Количество живых и мертвых новорожденных	Количество мертворожденных	Мертворождаемость	
				на 100 всех родившихся	95% ДИ
2012	22+	3205	77	2,40	1,86 - 2,94
	28+	3144	25	0,80	0,48 - 1,12
2013	22+	3633	92	2,53	2,01 - 3,05
	28+	3563	24	00,67	0,40 - 0,94
2014	22+	3931	105	2,67	2,16 - 3,18
	28+	3863	44	1,14	0,80 - 1,48
2012-2014	22+	10769	274	2,54	2,23 - 2,84
	28+	10570	93	0,88	0,70 - 1,06

Уровень мертворождаемости после 22 и 28 полных недель гестации (соответственно 2,54 и 0,88%) друг от друга существенно отличается (95% доверительный интервал: 2,23 - 2,84 и 0,70 - 1,06%). Мертворождаемость после 22 полных недель гестации за 2012-2014 годы друг от друга заметно не отличаются (2,40; 2,53 и 2,67%). Уровень мертворождаемости после 28 полных недель гестации в 2013-ом году был статистически значимо меньше чем в 2014 году (2,3). Доля случаев мертворождения после 28 недель среди случаев мертворождения после 22 полных недель гестации составляла 33,9±2,9%. Очевидно, что основная часть случаев мертворождения приходится на промежуток гестационного периода от 22 до 27 полных недель.

Зависимость риска мертворождаемости от социально-демографических факторов отражена в таблице 2.

Наименьший уровень мертворождаемости как после 22, так и после 28 полных недель гестации отмечался в группе женщин в возрасте до 20 лет (соответственно 2,26 и 0,44%) и 20-24 лет (соответственно 2,17 и 0,71%). Статистически значимый рост мертворождаемости наблюдается в возрастной группе 30-34 лет (3,34 и 1,17%). Максимальный уровень мертворождаемости отмечен в возрасте 35 лет и старше (5,75 и 2,12%).

Соотношение уровней мертворождаемости после 22 и 28 полных недель в группах женщин в возрасте до 20, 20-24, 25-29, 30-34, 35 и более лет соответственно составляло: 5,1; 3,1; 2,4; 2,9 и 2,7. Это свидетельствует о том, что вероятность гибели плода в интервале 22-27 полных недель гестации относительно (по сравнение с периодом после 27 полных недель) больше у молодых женщин. Связь

возраста женщин (х) с вероятностью гибели плода внутриутробно в сроках гестации после 22 ($у_1$) и 28 ($у_2$) полных недель описывается следующим уравнением регрессии:

$У_1=0,0008х^3 - 0,04х^2 + 0,9682х - 4,2739$ ($R^2=0,9987$);

$У_2=0,0005х^3 - 0,0385х^2 +1,0037х - 8,0554$ ($R^2=0,9843$)

Основной тренд возрастной динамики уровня мертворождаемости после 22 и 28 недель гестации сходный и характеризируется линейным ростом.

Таблица 2

Мертвожденность в зависимости от социо-демографических факторов

Факторы	Градация факторов	Гестационный возраст (полные недели)	Число всехт родившихся	Число мертво рожденных	Мертворождаемость	
					на 100 родившихся	95% ДИ
Возраст	<20	22+	1153	26	2,26	138- 3,14
		28+	1131	5	0,44	0,05-0,83
	20-24	22+	4889	106	2,17	1,75-2,59
		28+	4809	34	0,71	0,47-0,95
	25-29	22+	2814	70	2,49	1,90-3,08
		28+	2767	29	1,05	0,39-2,49
	30-34	22+	1227	41	3,34	2,31-4,37
		28+	1198	14	1,17	0,55-1,79
	35+	22+	539	31	5,75	3,75-7,76
		28+	518	11	2,12	0,85-3,39
Паритет	Первые роды	22+	3511	108	3,08	2,50-3,66
		28+	3454	38	1,10	0,75-1,45
	Вторые роды	22+	4396	68	1,55	1,18-1,92
		28+	4301	26	0,61	0,37-0,85
	Три и более роды	22+	2715	98	3,61	2,89-4,33
		28+	2608	99	1,09	0,69-1,49
Индекс массы тела кг/м^2	<25	22+	7081	150	2,12	1,78-2,46
		28+	6941	53	0,76	0,55-0,97
	>25	22+	3541	124	3,50	2,88-4,12
		28+	3482	40	1,15	0,79-1,51
Артериальная гипертензия	имеется	22+	248	22	8,87	5,26-12,48
		28+	230	15	6,52	3,26-9,78
	не имеется	22+	10374	252	2,43	2,13-2,73
		28+	10193	78	0,77	0,60-0,94
Сахарный диабет	имеется	22+	106	8	7,55	2,42-12,68
	не имеется	28+	101	4	3,96	0,08-7,84
	имеется	22+	10516	260	2,52	2,21-2,83
	не имеется	28+	10322	89	0,86	0,68-1,04

В группах женщин по паритету минимальный уровень мертворож-даемости отмечен при вторых родах (1,55% после 22, 0,61% после 28 полных недель гестации). Статистически значимо высокий уровень мертворождаемости наблюдается при первых (соответственно 95% ДИ: 2,50-3,66 и 0,75-1,45%), третьих и последующих родах (95% ДИ: 2,89 - 4,33 и 0,69-1,49%).

Индекс массы тела до 25 и более 25 кг/м^2 ассоциируется статистически значимо разным уровнем мертворождаемости после 22 (95% ДИ: 1,78-2,46 и 2,88-4,12%) и 28 (95% ДИ: 0,55-0,97 и 0,79-1,51%) полных недель гестации.

Беременность на фоне артериальной гипертензии и сахарного диабета значительно часто завершается мертворождением (8,87 и 7,55% после 22; 6,52 и 3,96% после 28 полных недель

гестации) по сравнение с беременностью у женщин без этих патологий (< 2,52% после 22, <0,86% после 28 полных недель гестации)

Таким образом, отдельные социо-демографические факторы являются риском для повышения вероятности мертворождаемости.

Обсуждение полученных результатов. В регионах России уровень мертворождаемости (после 28 полных недель гестации) за 2000 - 2010 годы снизился с 1,06% до 0,37% и в среднем составлял 0,64% [9]. В Губинском перинатальном центре этот показатель относительно высок (0,88%) но различие не существенно. В Южной Африке, в Бразилии и Китае мертворождаемость выше 1,0% [4-7].

Сведения о мертворождаемости после 22 полных недель гестации противоречивые, так как, унифицированное определение мертворождаемости редко применяется. [4] отмечает, что мертворождаемость после 22 полных недель гестации в Южной Африке колебалась за годы 2004 - 2013 в интервале от 2,4 до 2,3%. Причем соотношение мертворождаемости после 22 и 28 полных недель гестации было относительно стабильна (1,3). В Лондоне мертворождаемость после 24 полных недель гестации колебалась в интервале 0,51 - 0,70% [8]. В Омской области России [9] соотношение перинатальной смертности (среди которой превалирует мертворождаемость) среди родившихся после 22 и 28 полных недель гестации (массой тела 500 и 1000 грамм и более) составило 1,7 - 2,0 за 1996 - 2010 годы. В Губинском перинатальном центре мертворождаемость после 22 полных недель гестации (2,54%) в среднем 2 раза больше, чем перинатальная смертность среди родившихся после 22 недель гестации в Омской области. Принимая во внимания отмеченное и учитывая данные о соотношение мертворождаемости после 22 и 28 полных недель (2,3 в 2014, 3,8 в 2013 годах) гестации можно подтверждать, что основной груз перинатальных потерь приходится на интервал гестации с 22 до 27 полных недель. Независимо от причины этого факта очевидно, что переход на новые правила учета живорождения (в соответствии с критериями ВОЗ после 22 полных недели гестации) предусмотренной с января 2015 года в Азербайджане будет ассоциироватся не менее чем двукратным ростом уровня мертворождаемости.

Факторы риска мертворождаемости (возраст матери, паритет, избыточная масса тела, артериальная гипертензия и сахарный диабет у беременных) по нашим данным полностью соответствуют данным в литературе [8]. Однако, их сравнение показывает, что имеется различие по степени риска и роли отдельных возрастных интервалов. В частности в Лондоне относительно благополучным возрастом матери в плане минимизации риска мертворождаемости является 25 - 29 лет. В Губинском районе к таковому относится возраст 20-24 лет. Артериальная гипертензия и сахарный диабет по данным [8] ассоциируется соответственно 2,29 и 1,61 кратким ростом риска мертворождаемости. В Губинском перинатальном центре величины этих покупателей существенно больше (3,65 и 2,99), что свидетельствует о недостаточной эффективности лечебно -- профилактической помощи беременным с артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

Выводы: 1.Уровень мертворождаемости после 22 и 28 недель гестации в Губинском перинатальном центре (соответственно 95% доверительный интервал: 2,23 - 2,84 и 0,70-1,06%) относительно высокий. 2.Переход на международные правила регистрации мертворождаемости (после 22 полных недель гестации) будет ассоциирован существенным ростом зарегистрированных случаев мертворождения (более чем 3 раза). 3.Возраст матери (35 лет и более), первые, третьи и последующие роды, избыточная масса беременной женщины (индекс массы тела >25 кг/м^2), артериальная гипертензия и сахарный диабет являются факторами риска мертворождаемости, которые в условиях Губинского перинатального центра ассоциируются высокой степенью риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев Ф.Б., Нагдалиев А.С., Алиева К.Д. Критериальная значимость перинатальных потерь при оценке эффективности медицинской помощи // Общественное здоровье и здравоохранение. Казань. 2013, №1, с.29-32

2. Adane A.A, Ayele T.A., Ararsa L.G. et al. Adverse birth outcomes among deliveries at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia // BMC Pregnancy and Childbirth. 2014, v.14, p/.0

3. Donoghue D., Lincoln D., Morgan G., Beard J. Influences on the degree of preterm birth in New South Wales // Australian and New Zealand journal of public Health, 2013, v.37, №6, p. 562-567

4. Michalow J., Chola L., McGee Sh. et all. Triple return on investment: the cost and impact of 13 interventions that could prevent sill births and save the lives of mothers and babies in South Africa // BMC Pregnancy and Childbirth, 2015, v.15, p.39

5. National Perinatal Mortality and Morbidity Committee. Treenail report (2008-2010). 2011

6. Medical Research Council. Saving babies 2012-2013. Ninth report on perinatal care in South Africa. In: Pattinson RC, ed. Pretoria: Tshepesa Press; 2014

7. Sun L., Yue H., Sun B. et all. Estimation of high risk pregnancy contri buting to perinatal morbidity and mortality from a birth population - based regional survey in 2010 in China // BMC Pregnancy and Childbirth, 2014, v.14, p.338

8. Penn N., Oteng-Ntim E., Oakley L. and Doyle P. Ethnic variation in stillbirth risk and the role of maternal obesity^ analysis of routine data from a London maternity unit // BMC Pregnancy and Childbirth. 2014, v.14, p.404

9. Кравченко Е.Н., Синицина С.С., Мишутина А.В. К вопросу о переходе на международные критерии регистрации рождения детей в субъектах Россиийской Федерации на примере Омской области // Здравоохранение Российской Федерации. 2012, №5, с. 37-42

10.Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Перевод с английского. М., 1999, 459 с.

Xülasə

Quba Perinatal Mərkəzində 22 və 28 tam həftəlik hestasiya müddətindən sonra ölüdoğulmanın səviyyəsi və risk amilləri

S.N.Məmmədova

Tədqiqatln məqsədi **ö**lüdoğulmanın fərqli hestoloji müddətində qeydiyyatı ilə bağlı Quba Perinatal Mərkəzində ölüdoğulma səviyyəsinin və onun risk amillərinin səciyyələndirilməsindən ibarətdir. 2012-2014-cü illərdə Quba Perinatal mərkəzində qeydə alınmış 10769 sayda hamiləliyin bitmiş hadisələri, ölüdoğulma səviyyəsi keyfiyyət əlamətlərinin statistik metodları ilə qiymətləndirilmişdir. Ölüdoğulmanın səviyyəsi qeydiyyatın hestasiya müdddətinin 22 və 28 -ci həftəsindən sonra aparılmasından asılı 2,23 - 2,84 və 0,70 - 1,06% intervalında dəyişir. Əsas risk amillərinə aiddir: qadının yaşının >34, doğuşun birinciliyi, 3 və çox doğuşlar, bədən kütləsionin izafiliyi, qadında hestasiya hipertenziyasının olması. Hesab edilir ki, ölkədə ölüdoğulma meyarının beynəlxalq standartlara uyğulaşdırılması nəticəsində ölü doğulma ehtimalının qeydiyyata almağın yaxşılaşmasına görə səviyyəsi 3 dəfə çoxala bilər.

Summary

Rate and risk factors of stillbirth after 22 and 28 completed weeks of gestation in Guba Prenatal Centre

S.N.Mamedova

Purpose. Characterizing of rate and risk factors of stillbirth in Guba Prenatal Centre the according registration of stillbirth cases during different histological periods. 10769 registered cases of finished pregnancy have been assessed by means of statistical methods of qualitative signs of stillbirth rate in Guba Prenatal Centre in 2012-2014 years. The stillbirth rate differs between 2,23 - 2,84 and 0,70 - 1,06% depending of registration of cases on 22nd and 28th week of gestation. Main risk factors are: mother's age >34, the first birth, 3 and more birth, extra body mass, hypertension of woman. It is thought that as the result of adapting of stillbirth rates to international standards registration of stillbirth cases may be improved for three times.

Daxil olub: 17.01.2017

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ СОФОСБУВИР С ДАКЛАТАСВИРОМ КАК НОВЫЙ ВЫБОР ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ С

Н.М. Худавердиева, М.М.Джамалдинов, Т. Х .Ейвазов, Г.А.Керимова. Л.Б. Джаванширова, Н.О. Мамедова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: xronik viruslu hepatit, preparatlar, daklastavir

Ключевые слова: хроническией вирусный гепаптит, препараты, дакластавир

Key words: chronic viral hepatitis, drugs, dakladistir

Вирусные гепатиты составляют одну из важных проблем инфектологии. По данным ВОЗ более 1/3 населения мира инфицирована различными формами вирусных гепатитов 350 млн и более человек являются носителями и реально опасным источником. Ежегодно смертность от вирусных гепатитов составляет около 2 млн человек. Из них 100 тыс умирают от молнеоностной формы, еще 500 тыс- и от острой инфекции, около 700 тыс- от цирроза печени и его осложнений 300 тыс от-

гепатокарциномы. Лечение ХГС оствался неизменным на протяжении многих лет. Стандартным режимом терапии является комбинация пегинтерферона и рибавирина. Однако она обладает массой существенных недостатков. Устойчивый вирусологический ответ (УВО) при применении данной комбинации к больным инфекцией, вызванной самым распространенным в Европе и Северной Америке генотипом 1 ВГС не превышает 40-50 %. Комбинация пегинтерферона и рибавирина плохо переносится пациентами, что усугубляется необходимостью проведения длительных курсов лечения (24-48 недель), и способствует развитию резистентност у возбудителя. В связи с непереносимостью интерферона или наличием противопоказаний к его применению эту комбинацию не может получать значительная часть больных. В последние годы ведется активный поиск путей повышения эффективности лечения пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС), основным направлением которого является комбинирование различных противовирусных препаратов. В связи с этим актуальным представляется изучение эффективности и безопасности других сочетаний противовирусных препаратов, в частности, софосбувира с даклатасвиром.

Препарат даклатасвир является ингибитором вирусного белка NS5A и блокирует выделение вируса из инфицированных клеток в кровь, что препятствует его распространению и поражению здоровых клеток). Даклатасвир используеться в комбинации с другими препаратами для лечения хронического гепатита С генотипов 1, 2, 3 и 4 у взрослых пациентов. Даклатасвир- первый препарат своего класса (ингибиторы NS5A), одобренный в ЕС. В свою очередь препарат софосбувир является ингибитором РНК-полимеразы NS5B, подавляет репликацию вируса гепатита С. Комплексная терапия препаратами даклатасвир и софосбувир показала высокую эффективность в клинических исследованиях . У 90 % пациентов, не проходивших ранее противовирусную терапию, был отмечен устойчивый вирусологический ответ спустя 12 недель после завершения лечения.

Исходя из выше изложенного **целью** настоящей работы является изучение современной методики в лечении ХГС комбинированное применение софосбувира с даклатасвиром у больных генотипом 1б.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 25 больных с хроническим гепатитом ХГС генотипом 1б. Из них- 11 женщин и 14 мужчин, средний возраст которых составил 25-65 лет. При объективном исследовании этих больных отмечалось: на коже груди слабо заметные сосудистые знаки, которые были видны только при целенаправленном осмотре, изменение кожи ладоней умеренное увеличение лимфатических узлов (чаще симметричное). Печень пальпировалась на 1,5-2,0 см ниже реберной дуги, селезенка пальпировалась на 1-1,5 см, как правило отмечалось уплотнение этих органов. Всем пациентам для подтверждения диагноза проводили общий анализ крови, биохимическое и вирусологическое исследования. В период компенсации патологического процесса, данные клинических исследований были в пределах физиологических показателей (уровень гемоглобина, лейкоцитов, СОЭ). Анализы проводились в динамике (общий анализ и биохимический каждый месяц). Критерием включения в исследование служили: обнаружение РНК ВГС в крови больных, повышение активности уровня АлАТ, более 1,5 норм, АсАТ отсутствие серьезных сопутствующих заболеваний (почек, сердца и т.п.) и цирроза печени на протяжении 6 мес. и более а также по данным УЗИ печени, хронического гепатита С.

Таблица

Биохимические показатели больных хронический гепатит С до лечения

Показатели	У здоровых (n=30)	ХГС (n=25)
Билирубин, мкмоль/л	До 20	31,5±0,6
АлАТ ммоль/ч.л.	0,4-0,8	3,4±0,5
Сулемово-осадочная проба,мл	1,8-2,2	1,8+-0,3
Тимоловая проба,ед.	4	6+-0,2
Обший белок,г/л	68-85	70,2+-0,7
альбумины,%	50-65	53,4+-0,6
альфа1	4,0	4,8+-0,01
альфа2	8,0	8,8+-0,1
Бета	10,0	12,3+-0,2
Гамма-глобулин	16	23,4+-0,6
Коэффициент А/Г	3 и более	2,7+-0,1xx

Примечание; Х-достоверные различия с показателем здоровых Хх- высокодостоверные различия с показателем здоровых.

Из биохимических тестов наиболее информативными оказались активность АлАТ-3,4+-0,5 ммоль/ч.л. (p<0,001),тимоловая проба 9,4+-0,5ед,(P<0,05) уменьшение соотношения альбуминов к гамма глобулинам 2,7+-0,1(p<0,001)

Таким образом, показатели биохимических исследований больных ХГС незначительно, но отличались от показателей здоровых. Достоверно было повышено активность АлАТ (p<0,01), снижена сулемовоосадочная проба (p<0,01), увеличена тимоловая проба (p<0,01), равно как показатель уровня гамма глобулинов (p<0,01), вследствие чего снизился коэфицент альбуминов к гамма -глобулинам (P<0, Обнаружение РНК ХГС и повышение антитела к вирусу гепатита С определялись в плазме или сыворотке крови методом ИФА и РНК (ПЦР). Специфичность современных диагностических тестов достигает 90% и выше. Подтверждающим для анти-HCV тестом является рекомбинантный иммуноблот (RIBA). В сыворотке крови и плазме РНК ХГС тестируется как качественным методом (определяется ее наличие), так и количественным (измеряется уровень виремии). Специфичность используемых тестов достигает 98-99%. Современные диагностические тесты позволяют определять РНК ХГС в количестве 10-50 МЕ/мл (качественными тест системами) и 25-7 000 000 МЕ/мл (количественными). А также было определено генотипы.

В работе участвовало 25 пациентов, не получавших прежде противовирусного лечения . Всем 25 больным во время этого исследования было назначено софосбувир (400мг. пер /ос 1р) в сочетании с даклатасвиром 60мг в сутки, тоже одинь раз в день во время еды (обед) . Курс лечения длился 12 недель, продолжительность наблюдения после лечения составила 6 мес. Однако уже после первого месяца (через четыре недели) все показатели были позитивными.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований было обнаружено, что указанные схемы обладают сопоставимой эффективностью в плане стойкого вирусологического ответа 25 больных генотипом 1б. У подавляющего большинства больных отмечалась стойкая нормализация уровня печеночных ферментов (97%). Переносимость лечения в большинстве случаев была удовлетворительной у всех пациентов, хотя у некоторых больных во время лечения отмечались побочные явления сопровождающая тошнотой плохим аппетитом и общей усталостью в течении первых двух недель.

Кроме того, полученны результаты свидетельствуют о перспективности использования комбинации софосбувира и даклатасвира в терапии больных с хроническим гепатитом С (ХГС) генотипом1б. Лечение способствовало снижению активности печеночных трансаминаз как на фоне терапии, так и после ее прекращения. Так, уровень АлАт до начала терапии был 159,б±59,3 МЕ/л. По окончании терапии он снизился до 104,9±76,4 МЕ/л (p<0,02), а через 4 недели после окончания терапии стал еще ниже- 81±48,9 МЕ/л (p<0,05). Результаты данных УЗИ печени, в динамике свидетельствуют эффэктивности лечения. Сопоставление иммунологических и биохимических показателей у этих больных выявило, что, как правило, через 4 недель происходит уменьшение или полная нормализация уровня АлАТ, и снижение воспалительной активности процесса: Препараты хорошо переносилась больными, однако в начале лечения отмечались незначительные побочные явлении (тошнота плохой аппетит). Со стороны показателей крови. Терапевтическая польза от применения софосбувира с даклатасповиром у абсолютного большинства пациентов отмечалось позитивное влияние препарата на «качество жизни». Комплексное антивирусное терапия с применением софосбувир 400мг и даклатасвир 60мг привели к значительному улучшению иммунологических показателей, нормализации и исчезновения вируса в сыворотке крови.

Таким образом, комбинации, включавшие софосбувир с даклатасвиром приводили к выздоровлению значительной части пациентов, согласно как старым, так и новым критериям, и хорошо переносились пациентами.

Выводы: 1.Наши исследовании уже после первого месяца(через четыре недели) приема больными Софосбувир с даклатасвиром показали себя высокоэффективными препаратами в лечении ХГС генотипом 1б; 2.Комбинация Софосбувир и дактатасвир в отличии от интерфероновых препаратов показала себя более экономичным; 3.Устойчивый вирусологический ответ (УВО) при применении данной комбинации Софосбувира и дактасви в отличии от интерфероновых препаратов имело место быстрое исчезновение за 4 недели; 4.У пациентов с хроническим гепатитом с применение Софосбувира и дактатасвира дает высокую частоту стойкого биохимического и вирусологического ответа

ЛИТЕРАТУРА

1.Ивашкин В.Т. Маевская М.В., Морозова М.А., Люсина Е.О. Современные схемы лечения хронического гепатита С // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2012, Т.22, №1, с.36-44.

2.Guedj J, Daharl H, Pohl R. et al. Understanding silibinin's modes of action against HCV using viral kinetic modelingJournal of Hepatology // J Hepatol., 2012, v. 56, Issue 5, p.1019-1024

3.Богомолов П.О., Буеверов А.О., Дубинина Н.В. и др. Эффективность лечения больных хроническим гепатитом С с 1-м генотипом вируса стандартным интерфероном альфа // Клин. перспект. гастроэнтерол. Гепатол., 2011, № 6, с. 17-22.

4. Маевская М.В., Знойко О.О., Климова Е.А. и др. Лечение больных хроническим гепатитом С препаратом цепэгинтерферон альфа-2b в сочетании с рибавирином (Итоговые результаты рандомизированного сравнительного клинического исследования) // РЖГГК, 2014, №2, с.53-64.

5.Яковлев А.А., Виноградова Е.Н., Рахманова А.Г. Хронические вирусные гепатиты СПб Из-во НИИХ СПб ГУ, 1996, 287 с.

6Рахманова А.Г., Яковлев А.А., Шаройко В.В. Новые препараты прямого противовирусного действия даклатасвир и асунапревир в лечении пациентов с хроническим вирусным гепатитом с и вич-коинфекцией. перспективы высокоэффективной противовирусной терапии // ВИЧ-инфекция и иммунсупрессия, 2015, №3, с.34-47

7.Hezode C., Fontaine H., Dorival C. et al. CUPIC Study Group. Triple therapy in treatment-experienced patients with HCV-cirrhosis in a multicentre cohort of the French Early Access Programme (ANRS CO20-CUPIC) NCT01514890 // J. Hepatol. 2013, v.59, p.434-41.

8.Zeng Q.L., Zhang J.Y., Zhang Z. et al. Sofosbuvir and ABT-450: terminator of hepatitis C virus? // World J Gastroenterol., 2013, v.19(21), p.3199-206

9.Lawitz E., Mangia A, Wyles D. et al. Sofosbuvir for previously untreated chronic hepatitis C infection // N Engl J Med., 2013, v.368(20), p.1878-87.

Xülasə

Xronik C virus hepatitli xəstələrin sofosbuvir və daklatasvir ilə kombinəedilmiş virusəleyhinə müalicəsi seçim metodu kimi

N.M.Xudaverdiyeva, M.M.Camaldinova, T.X.Eyvazov, Q.A.Kərimova, L.B.Cavanşirova, N.O.Məmmədov

Bu tədqiqatın məqsədi xronik C virus hepatitli xəstələrin sofosbuvir və daklatasvir ilə kombinəedilmiş virusəleyhinə müasir müalicə metodunun öyrənilməsindən ibarətdir. Tədqiqata 1b genotipi olan xronik C hepatitli 25 xəstə daxil edilmişdir. Onların orta yaş həddi 25-65 olmuşdur. Aparılan tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, sofosbuvir və daklatasvir ilə kombinəedilmiş virusəleyhinə müalicəsi nəticəsində həm yeni, həm də köhnə meyarlar üzrə xəstələrin böyük hissəsinin sağalmasına nail olunmuş, xəstələrdə yaxşı keçiricilik qeydə alınmışdır.

Summary

Combined antivirus therapy sofosbuvir with daklatasviir as a new choice for patients with chronic viral hepatitis C

N.M. Khudaverdiyeva, M.M.Jamaldinov, T. Kh. Eyvazov, G.A. Kerimov. L.B. Javanshirova, N.O.Mamedov

The aim of this work is to study modern techniques in the treatment of CHC combined use of cofosbuvir with daklatasvir in patients with genotype 1b. The study included 25 patients with chronic HCV genotype 1b hepatitis. Of these, 11 women and 14 men, whose average age was 25-65 years. Thus, combinations that included somosbuvir with daklatasvir resulted in the recovery of a significant proportion of patients, according to both old and new criteria, and were well tolerated by patients.

Daxil olub: 19.12.2016

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ РАКА

А.А.Гейбулла

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: Qida borusunun xərçəngi, ezofaqoplastika, epidural anesteziya, hiperbarik oksigenizasiya, xarici tənəffüs funksiyası

Ключевые слова: Рак пищевода, эзофагопластика, эпидуральная анестезия, гипербарическая оксигенация, функции внешнего дыхания

Keywords: Esophageal carcinoma, ezophagoplasty, epidural anaesthesia, hyperbaric oxygen therapy, respiratory function

Значительное число осложнений ближайшего послеоперационного периода при такой травматичной операции, как эзофагопластика по поводу рака, связано с эфферентной болевой импульсацией, поступающей по симпатическим волокнам из раздраженных интерорецепторов зоны хирургической агрессии, вызывающей нарушение регионарного кровообращения с развитием гипоксии [2-12].

Угнетение центров регуляции дыхания (наркотики, токсины, ишемия мозга и др.), уменьшение дыхательных экскурсий (боль в месте операции, высокое стояние диафрагмы), функциональная недостаточность дыхательных мышц (постнаркозный период, крайние степени истощения, дегидратация), нарушение биомеханики дыхания вследствие коллапса легкого (пневмо-, гемоторакс, флотирование грудной стенки, уменьшение паренхимы легкого), обструкция трахеобронхиального дерева (подавление кашлевого рефлекса, глубокого дыхания, скопление секрета, аспирация, бронхиолостеноз, неподвижность больного в постели, задержка и загустевание бронхиального секрета) ведет к острой дыхательной недостаточности вентиляционного и паренхиматозного типа с развитием ателектазов. Ателектазированные участки легких создают благоприятный фон для развития послеоперационных пневмоний. Все это ведет к резкому снижению активности больного, что предрасполагает его к тромбозам, эмболиям, мышечной слабости, замедлению выздоровления [1,2,3].

Поэтому одним из ведущих принципов ведения ближайшего послеоперационного периода при травматичных и обширных оперативных вмешательствах, как пластика пищевода, является прерывание послеоперационной боли из зоны оперативного вмешательства.

Применение опия и его синтетических заменителей в послеоперационном периоде не способно вызвать значительного улучшения легочной вентиляции и предупредить развитие легочных осложнений, так как кашель и глубокое дыхание продолжают оставаться болезненными [5, 6].

Для борьбы с послеоперационной болью у онкологических больных успешно применяется регионарная анестезия - длительная эпидуральная блокада (ДЭБ) как с местными анестетиками, так и с наркотическими аналгетиками, преимущественно морфином и фентанилом [4, 5, 7 - 11].

Цель исследования- изучение состояния функции внешнего дыхания (ФВД) у больных, перенесших эзофагопластику по поводу рака грудного отдела пищевода.

Материалы и методы исследования. Для сравнительного анализа и изучения эффективности применения разработанного способа ведения ближайшего послеоперационного периода обследованные больные были разделены на 2 группы:

I группа (контрольная) - больные, которые оперировались с применением традиционного общего обезболивания (72 больных).

II группа (основная) - больные, перенесшие операции на фоне ДЭБ (58 больных): в ближайшем послеоперационном периоде у больных II группы применяли разработанный лечебный комплекс, включающий регионарную анестезию - ДЭБ в сочетании с гипербарической оксигенацией (ГБО) и инфузией реополиглюкина в ближайшем послеоперационном периоде (Получено авторское свидетельство № 1743023 “Способ ведения послеоперационного периода при эзофагопластике” Москва, 22 февраля 1992 года).

У больных I группы ближайший послеоперационный период вели традиционными способами:

а) устранение болей - осуществляли введением наркотических аналгетиков (морфина, промедола, омнопона внутримышечно или подкожно на первые 3-е суток, а по ночам - литической смеси (анальгин + спазмолитическое средство + антигистаминное средство);

б) инфузионная терапия, направленная на восполнение дефицита объема циркулирующей крови, азотистого баланса, липидного и углеводного обменов, минеральных веществ;

в) восстановительное лечение по дыхательной реабилитации (массаж, дыхательная гимнастика, оксигенотерапия, сульфокамфокаин).

У больных II группы начиная с первых часов после операции до ближайших 3-4-х суток послеоперационную аналгезию осуществляли путем эпидурального введения на уровне Th III-VI 2% раствора тримекаина по 4-5 мл 3 раза в сутки. На 1-е сутки спустя несколько часов после инстилляции эпидурального пространства проводили внутривенную капельную инфузию реополиглюкина из расчета 400,0 мл в сутки. Через 2-4 часа после инфузии реополиглюкина проводили 5-7 однократных ежедневных сеансов ГБО при давлении кислорода в камере 1,4-1,6 атм. с экспозицией 40 мин.

Распределение больных по видам хирургического вмешательства и способу ведения ближайшего послеоперационного ведения представлено в табл. 1. В исследование включали больных, у которых хирургические вмешательства проходили с обширной травматизацией медиастинальной плевры, корня легкого, сдавлением легкого и иногда выключением его из акта дыхания. ФВД исследовали методом общей спирографии - графической регистрации дыхательных движений, выражающих изменения объема легких в координатах времени при дыхании смесью кислорода с воздухом на аппарате оксиспирограф Мета 1-256 (Россия). Изучались основные показатели вентиляции: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), абсолютные [минутная вентиляция легких (МВЛ), объем форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1)] и относительные [Тест Тиффно - ОФВ1/ЖЕЛ] скоростные показатели, а также индекс вентиляции (ИВ). Исследования проводились на 2-е, 5-е, 7-е сутки и перед выпиской из стационара.

Таблица 1

Распределение больных по видам хирургического вмешательства и способам ведения ближайшего послеоперационного периода

Способ ведения послеоперационного периода	Виды хирургического вмешательства								Итого
	Операция Гэрлок	Операция Льюис	Заднемедиастинальная пластика			Ретростернальная пластика			
			желудком	толстой кишкой	тонкой киш-кой	желудком	Толстой киш-кой	тонкой киш-кой	
Традиционный	32	27	11	2	--	--	--	--	72 (55,4%)
ДЭБ±ГБО± Реополиглюкин	24	22	10	2	--	--	--	--	58 (44,6%)
Итого	56	49	21	4	--	--	--	--	130 (100,0%)

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ исходных данных показал, что у после эзофагопластики наблюдается ухудшение функциональных резервов дыхания, что наиболее отчетливо было выражено у больных I группы. Отмечалось также выраженное снижение основных характеристик вентиляции (ЖЕЛ и МВЛ) до 30-20% должных величин и ниже (табл. 2). Нарушение показателей вентиляции на 2-е сутки после операции, как правило, развивались по рестриктивному типу и носили субкомпенсированный (у больных II группы) и декомпенсированный (у больных I группы) характер. Отмечалось значительное снижение ЖЕЛ, при этом в относительно меньшей степени снижались абсолютные скоростные показатели [МВЛ, ОФВ1], а относительные (ОФВ1/ЖЕЛ) - оказывались в пределах нормальных значений.

Травматизация целого ряда высокочувствительных образований во время операции, а также достаточно сильной болевой импульсацией с места хирургического вмешательства ведет к значительному ограничению расширения грудной клетки и подвижности диафрагмы, недостаточному расширению легких и тем самым увеличению физиологического мертвого пространства.

На 2-е сутки после операции отмечалось снижение показателей легочной вентиляции, что было наиболее сильно выражено у больных контрольной группы. Это объясняется тем, что

послеоперационная аналгезия внутривенным введением наркотических аналгетиков недостаточно прерывает поток чрезмерной болевой импульсации из зоны операции.

Таблица 2

Динамика показателей функции внешнего дыхания в ближайшем послеоперационном периоде у больных обследованных групп (M±m)

Показатели	Норма	Группа обследо-ванных больных	Дни после операции			
			на 2-е сутки	на 5-е сутки	на 7-е сутки	перед выпиской из стационара
ЖЕЛ, % долж.	89,6±0,4	контроль. группа	42,7±1,4*	51,8±1,6*	74,2±2,4*	80,6±2,3*
		основная группа	54,4±1,2*	67,2±1,4*	82,4±2,8*	86,2±2,6
МВЛ % долж.	84,2±0,9	контроль. группа	48,2±1,3*	58,2±1,7*	71,2±1,9*	76,1±1,6*
		основная группа	59,9±1,1*	68,6±1,4*	76,6±1,4*	81,8±1,8
ОФВ1 % долж.	84,4±0,5	контроль. группа	52,4±1,4*	56,2±1,2*	63,9±1,3*	71,4±1,7*
		основная группа	62,6±1,2*	67,4±1,9*	72,2±1,6*	78,2±1,5
ОФВ/ЖЕЛ (тест Тиффно)	63,8±0,6	контроль. группа	62,9±0,3	63,1±0,2	63,1±0,9	63,1±0,5
		основная группа	62,6±0,2	63,3±0,1	63,4±0,3	63,6±1,1
ИВ	7544,32± 25,40	контроль. группа	2016,46± 18,40	2956,28± 19,10	5257,32± 12,25	6134,12± 12,76
		основная группа	3188,16± 12,40	4556,52± 16,24	6219,84± 14,61	7052,16± 14,19

Примечание: * - P достоверно по отношению к показателям нормы

У больных II группы эффективное прерывание болевой импульсации из зоны операционной травмы эпидуральной блокадой, устранение гипоксии смешанного типа гипербарической оксигенацией, а также улучшение микроциркуляции и реологических свойств крови уже на 2-е сутки приводило к значительному улучшению показателей легочной вентиляции. ИВ так у больных II группы был на 60-65% выше, чем у больных контрольной группы.

Фракционное эпидуральное введение 2% р-ра тримекаина у больных II группы вызывало продолжительную и эффективную аналгезию. В этот период состояние больных улучшалось, прекращалась боль в области послеоперационной зоны. Больные успокаивались, становились активными, дыхание было ровным, пациенты могли откашливать мокроту. Улучшались показатели периферического кровотока, исчезал акроцианоз, повышалась кожная температура. Внутривенное введение наркотических аналгетиков при этом не требовалось.

На 5-е сутки после операции, т.е. когда, как правило, у больных II группы отменялась ДЭБ и сеансы ГБО, наблюдалась заметная положительная динамика в показателях ФВД у больных обеих групп. Однако, у больных основной группы ранняя активация в постели сопровождалась более выраженным улучшением показателей легочной вентиляции, что превышало таковые больных I группы на 50-60%.

На 5-е сутки у 25 больных наблюдались различные осложнения со стороны дыхательной системы (табл. 3).

Легочные осложнения у больных I группы наблюдались в 5,25 раз больше, чем у больных II группы.

У 15-ти (60,0%) больных наблюдались осложнения (из них 13 у больных I группы), такие как пневмония, ателектазы. Основным рефлекторным воздействием является мощный поток болевой импульсации из зоны травматизации высокочувствительных зон, обусловливающий резкое

ограничение движения больного, дыхательных мышц, диафрагмы, затруднение откашливания. Это способствует скоплению вязкого бронхиального секрета, что ведет к нарушению бронхиальной проходимости. Об этом свидетельствует высокий процент пневмоний (48,0%) и ателектазов (12,0%) среди других легочных осложнений у этой категории больных. В одном случае (I группа) несмотря на проведенные мероприятия по дыхательной реабилитации патологические изменения в легких не разрешались и отмечен летальный исход.

Таблица 3

Частота легочных осложнений на 5-е сутки ближайшего послеоперационного периода у больных обследованных групп

Осложнения	Количество больных		Исход				Итого
	контр-ольная группа	основ-ная группа	контрольная группа		основная группа		
			благо-прият.	леталь-ный	благо-прият.	леталь-ный	
Пневмония	10	2	9	1	2	--	12 (48,0%)
Напряженный пневмоторакс	1	1	1	--	1	--	2 (8,0%)
Гнойный эндобронхит	1	1	1	--	1	--	2 (8,0%)
Ателектазы	3	--	3	--	--	--	3 (12,0%)
Отек легких	2	--	--	2	--	--	2 (8,0%)
Острая легочная недостаточность	4	--	--	4	--	--	4 (16,0%)
Итого	21 (84%)	4 (16%)	14 (56%)	7 (28%)	4 (16%)	--	25 (100,0)

У 2-х (8,0%) больных на 2-е сутки развился напряженный пневмоторакс противоположной стороны операции как следствие повреждения медиастинальной плевры. Это осложнение устранено дренированием плевральной полости соответствующей стороны на уровне II межреберья по мамиллярной линии по Бюлау.

В 2-х (8,0%) наблюдениях встречался гнойный эндобронхит.

После проведенных санационных мероприятий бронхиального дерева и восстановительного лечения удалось разрешить гнойный процесс.

У больных контрольной группы в 2-х (8,0%) случаях наблюдали отек легких, а в 4-х (16,0%) возникла острая легочная недостаточность с последующим летальным исходом.

Летальный исход отмечался в 7-и (28,0%) наблюдениях у больных I группы. У больных II группы летальный исход от легочных осложнений не отмечалось.

У больных II группы ведение операционного и послеоперационного периодов применение ДЭБ и обеспечение надежной сегментарной блокады болевой реакции позволяет проводить раннюю активацию больных в постели, наступает увеличение легочной вентиляции и в 6-7 раз снижается частота легочных осложнений и летальность от них в ближайшем послеоперационном периоде.

На 7-е сутки после операции отмечалось значительное увеличение ЖЕЛ и абсолютных скоростных показателей (МВЛ, ОФВ1) у больных обеих групп. При этом, у больных II группы показатели ФВД в 1,1-1,2 раза превышали показатели больных I группы. Следует отметить, что в число обследованных больных на 7-е сутки не включены больные, у которых на 5-е сутки появились легочные осложнения.

Перед выпиской из стационара у больных I группы (как правило, на 12-15-е сутки после операции) отмечалось улучшение показателей легочной вентиляции, однако они не доходили до нормальных значений. В то же время как у больных II группы (как правило, на 11-13-е сутки) наблюдалась нормализация показателей легочной вентиляции, т.к. основные показатели ФВД - ЖЕЛ и МВЛ приближались к норме.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что дробное эпидуральное введение местного анестетика - 2% р-ра тримекаина в сочетании с однократными ежедневными сеансами ГБО (1,4-1,6 ата с экспозицией 40-60 мин) и внутривенной капельной инфузией реополиглюкина из расчета 400,0 в сутки вызывая ряд эффективных для послеоперационных больных физиологических действий,

такие как надежная сегментарная симпатическая блокада из зоны оперативного вмешательства, устранение гипоксии смешанного типа и улучшение микроциркуляции и реологических свойств крови. Начиная со 2-х суток после операции данная методика позволяет улучшить показатели ФВД с последующей их нормализацией перед выпиской из стационара (на 11- 13-е сутки) и тем самым дает возможность приступить к ранней активации больных в постели, улучшению их самочувствия, снижению частоты легочных осложнений и летальности от них.

Традиционные способы ведения ближайшего послеоперационного периода у больных, перенесших эзофагопластику и, при этом применение центральных аналгетиков, не обеспечивают адекватную аналгезию зоны сильной болевой реакции, что обуславливает ограничение движения больного и увеличение мертвого пространства в легких и тем самым усугубляет гипоксию, что сопровождается легочными осложнениями, нередко с летальным исходом.

Выводы. ДЭБ в сочетании с ГБО и инфузией реополиглюкина является высокоэффективным и патогенетически обоснованным способом ведения ближайшего послеоперационного периода у больных, перенесших эзофагопластику по поводу рака пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Ю.Е. Рак пищевода, Москва, Медицина, 1979, 190 с.
2. Горобец Е.С., Зотов А.В., Кононенко Л.П. Эпидуральная блокада как компонент анестезии при онкологических операциях на легких, Регионарная анестезия и лечение боли. Тематический сборник. Москва-Тверь 2004 г, с.116-2
3. Евдокимов Е.А. Интенсивная терапия в комбинированном и комплексном лечении онкологических больных / Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями /под руководством В.И.Чиссова. М.: Медицина, 1989, с.64-94
4. Крохалев Г.А., Башкирский А.Е. Послеоперационная перидуральная анальгезия морфином у онкологических больных // Вестн. хир, 1982, N 4, с.121-3
5. Павлова З.В. Длительная перидуральная блокада в онкологии. М., 1976.
6. Павлова З.В., Исакова М.Е. Лечение болевого синдрома у онкологических больных. М., 1980.
7. Угольников В.А. Применение фентанила с тримекаином для эпидуральной анестезии // Клин. хир, 1985, N 12, с. 29-1
8. Швырева Н.Е. Периоперационный период и анестезия при радикальных операциях по поводу стенозирующих заболеваний пищевода и желудка: Автореф. дис. … канд.мед.наук. М., 2012, 21с.
9. Hjortso N.C., Lund T., Mogensen T. et al. Epidural morfine improves pain relief and maintains sensory analgesia during continuos epidural bupivacaine after abdominal surgery //Anesth. Analg, 1986, Vol. 65, No. 10, P. 1033-66
10. Jorgenson B.C., Anderson H.B., Engquist A. Influense of epidural morphine on postoperative pain, endocrine-metabolic and renal responses to surgery. A controlled study //Acta Anaesthesiol Scand, 1982, Vol. 26, p. 63-8
11. Schildt B., Bengtsson M., Friberg-Nielsen S. et al. Relief of postoperative pain by morphine in the epidural space - a controlled clinical study //Acta Anesthesiol Scand (Suppl.), 1982, v.74, p. 151-4

Xülasə

Xərçəngə görə ezofaqoplastikadan sonar xarici tənəffüs funksiyasının vəziyyəti

A.Ə.Qeybulla

Qida borusunun xərçənginə görə ezofaqoplastika əməliyyatı keçirmiş 130 xəstədə erkən əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişində hiperbarik oksigenizasiya və reopoliqlukin infuziyası ilə birgə Th_{III-VI} səviyyəsində uzunmüddətli epidural blkadadan ibarət yeni müalicə kompleksinin tətbiqinin nəticələri təhlil edilmişdir. Təklif olunmuş müalicə kompleksi patogenetik əsaslandırılmış üsul kimi əməliyyatdan 2 sutka sonra xarici tənəffüs funksiyasının göstəricilərinin yaxşılaşmasına və normallaşmasına, xəstələrin yataqda erkən aktivləşməsinə, ağciyər ağırlaşmalarının tezliyinin və həmin ağırlaşmalardan letallığın azalmasına səbəb olur.

Summary

The state of external respiratory function after esophagoplasty for cancer

A.A.Geybulla

The application of new treatment complex, including Th_{III-VI} continuos epidural blockade (CEB) hyperbaric oxygenation (HBO) and rheopolyglucinum infusion in early postoperative period in 130 patients after esophagoplasty for cancer. The new treatment complex used by us is pathogenetically validated, highly effective methods of prohylaxis of respiratory complications and lethality in the patients

with esophagoplasty for cancer from 2 day after operation led to normalization of values of external respiratory function.

Daxil olub: 25.01.2017

YENİDOĞULAN UŞAQLARDA KƏSKİN BRONX-AĞCİYƏR XƏSTƏLİKLƏRİ ZAMANI İNTERLEYKİNLƏRİN XARAKTER XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

Y.Q. Məstəliyev, Z.Ö. Nadirli, A.Ə. Mehtiyeva, S.Y. Mustafayeva,
İ.Ə. Mirzəyeva, H.B. Məcidova, N.T. Kərimova, N.Ə.Tağıyeva
K.Y.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu;
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: yenidoğulan uşaqlar, kəskin bronx-ağciyər xəstəlikləri, interleykinlər
Ключевые слова: новорожденные, острые бронхиально-легочные болезни, интерлейкины
Key words: newborns, acute bronchial-pulmonary diseases, interleukins

Son illərdə pediatriya sahəsində əldə olunan müəyyən nəaliyyətlər ölkəmizdə uşaq ölümünün azalmasına imkan vermişdir. Lakin yenidoğulanların təxminən 8-10%-inə neonatal dövrdə təxirəsalınmaz reanimasiya və intensiv terapiya tədbirlərinin aparılması zərurəti vardır [1,2]. Xüsusilə qeyd etmək lazımdır ki, bütün mərhələlərdə, vaxtında və düzgün adekvat reanimasiya tədbirləri aparıldıqda 90% yenidoğulanlar qənaətbəxş nəticələrlə həyata qaytarıla bilərlər [3,4]. Məhz bu səbəbdən vaxtında doğulan və vaxtından qabaq doğulan uşaqlarda kəskin bronx-ağciyər xəstəlikləri zamanı patogenetik pozğunluqların araşdırılması öz aktuallığını hələ də itirməmişdir [5,6]. Perinatal xəstələnmə və ölüm hallarının səbəbi kimi pnevmoniya və RDS respirator pozğunluqlar içərisində mühüm əhəmiyyət daşıyır [7,8].

Son illər uşaqlarda müxtəlif xəstəliklərin patogenezində iltihabönü və iltihabəleyhinə interleykinlərin rolunun öyrənilməsi ilə bağlı tədqiqatların aparılması geniş vüsət almışdır [9,10,11]. Amma yenidoğulan uşaqlarda kəskin pnevmoniya və RDS zamanı sitokin spektrinin öyrənilməsinə yönəlmiş işlərin praktik olaraq az aparılması və bəzi hallarda isə bir-birinə əks fikirlərin yaranması bu tədqiqatın aparılmasına maraq doğurur.

Tədqiqatın məqsədi: yenidoğulan uşaqlarda kəskin bronx-ağciyər xəstəlikləri zamanı sitokin spektrinin xarakter xüsusiyyətlərini təyiin etməkdən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Klinik-anamnestik, əlavə laborator və rentgenoloji göstəricilər əsasında kəskin pnevmoniyanın və RDS-un klinik diaqnozu müəyyən edilmişdir. Tədqiqatın aparılma obyekti: 35 pnevmoniyası olan yenidoğulan, həmçinin 35 RDS-lu vaxtından qabaq doğulan və 43 vaxtında doğulan uşaq nəzarət qrupu kimi müayinəyə cəlb edilmişdir.

Müayinə olunan bütün sağlam yenidoğulanlarda doğuş anında ümumi vəziyyət qənaətbəxş olaraq qiymətləndirilmiş,erkən adaptasiya dövrünün fizioloji gedişatı qeydə alınmışdır. Uşaqlarda somatik pozuntular olmamışdır, həyatlarının 4-5 ci sutkalarında kafi vəziyyətdə evə göndərilmişlər.

Pnevmoniyalı xəstə uşaqlar yarımqrupuna daxil edilən və RDS-lu uşaqlarda iltihabönü və iltihabəleyhinə interleykinlər (İL-6,ŞNF-α, İL-4,İL-10) təyin edilmişdir.

Uşaqların qan zərdabında interleykinlərin miqdarı immunoferment analiz metodu ilə təyin edilmişdir. Alınan nəticələrin statistik dürüstlüyünü müəyyən etmək üçün dəyişən statistik metoddan istifadə edərək orta hesab miqdarı hesablanmışdır (M),orta riyazi standart xəta (m), orta kvadrat kənara çıxma (σ) hesablanmışdır.

Tədqiqatların nəticələri və onların müzakirəsi. Pnevmoniyalı uşaqlar yarımqrupunda II dərəcəli tənəffüs çatışmazlığı ilə 15 uşağın intensiv terapiyaya və reanimasiyaya təlabatı olmuşdur. Hemodinamikanın stabilləşməsindən sonra onlar yenidoğulanların patologiyası şöbəsinə keçirilmişlər. Həmin qrupdan olan bütün uşaqlara kompleks intensiv terapiya aparılmışdır:infuzion, antibakterial, sindromlar üzrə terapiya, parenteral qidalandırma.

Müayinəyə cəlb olunan bütün uşaqlarda tənəffüs çatmamazlığının ağır dərəcəsi əlamətləri diaqnozlaşdırılmışdır: dəqiqədə 80-100-ə qədər tənəffüs-taxipnoe,burun pərələrinin gərilməsi, tənəffüs aktında döş qəfəsinin asanlıqla şəklini dəyişən yerlərinin iştirakı, bütün ağciyərlər sahəsində zəifləmiş tənəffüs və krepitasiyalı xırıltılar. 90% hallarda kəskin tənəffüs çatmamazlığı əlamətləri doğulduqdan sonra, 10% uşaqlarda isə doğulduqdan sonra yaxın saatlarda əmələ gəlmişdir.

Doğulduqdan sonra 30 (85,7%) xəstə uşaq həyatının ilk günlərində ağır tənəffüs çatmamazlığı əlamətləri olduğuna görə süni tənəffüs aparatına keçirilmişlər. Vaxtından əvvəl doğulan 5 xəstə (14,3%) uşaqda xəstəliyin klinik əlamətləri doğuşdan 24 saat keçdikdən sonra diaqnozlaşdırılmışdır.

Mühüm faktorlardan biri doğulduqdan sonra effektiv sərbəst tənəffüsün olmamasıdır ki, bu da fetal qan dövranının və ağciyər qan axınının normallaşmasına, yenidən qurulmasına çətinlik törədir.

Vaxtında doğulmuş sağlam və pnevmoniya ilə xəstə uşaqlarda alınan göstəricilər müqayisə edildikdə pnevmoniyalı uşaqlar üçün xarakter olan iltihabönü və iltihabəleyhinə sitokinlərin plazma konsentrasiyası dəyişiklikləri müəyyən edilmişdir (Cədvəl 1).

Aşkar edilmişdir ki,stasionara daxil olan uşaqlarda pnevmoniyanın kəskin dövründə nəzarət hədləri ilə müqayisədə iltihabönü sitokinlərin (İL-6,ŞNF-α) konsentrasiyaları yüksək olur (p<0.001).

Tədqiqatlar sübut edir ki, ŞNF-α konsentrasiyası yüksək olduqda ″iltihabi″ hüceyrələr tərəfindən İL-6-nın sekresiyası yüksəlir, ″iltihabi″ hüceyrələrin qanda toplanma dinamikası kəskin iltihabi prosesin ilkin klinik simptomlarının meydana gəlməsi ilə üst-üstə düşür [12,13]. İlk dövrlərdə xəstələrdə İL-6-nın yüksək göstəriciləri qeydə alınmışdır. Xülasə yaxşılaşma dövründə onun aşağı düşməsi qeydə alınsada, lakin İL-6-nın tərkibi nəzarət qrupuyla müqayisədə yüksək olaraq qalmışdır (p<0.001).

Pnevmoniyanın gedişatının klinik variantından asılı olaraq iltihabönü sitokinlər üçün onların qanda toplanmasının müxtəlif dinamikası xarakterdir. Məlum olur ki, pnevmoniyalı xəstələrin qan zərdabında ŞNF-α konsentrasiyasının nəzərə çarpacaq dərəcədə artdığı məlum olur (p<0.001).

Bu prosesin fəallığı ilə bağlıdır,çox güman ki, bu da vəziyyətin ağırlıq dərəcəsini səciyyələndirən klinik simptomların ümumi kompleksinin inkişafında müəyyən rol oynayır.

Cədvəl 1

Pnevmoniyası olan yenidoğulanlarda interleykinlərin tərkibi (M±m)

Göstəricilər	N	Xəstəliyin mərhələləri				Sağlam n=43
		Başlanğıc	Sağalma	P	P_0	
İL-6 pq/ml	15	29,63±0,48 (27-33,2)	18,24±1,14 (10-26,5)	<0,001	<0,001	5,05±0,16 (3,51-6,47)
İL-4 pq/ml	15	1,35±0,02 (1,2-1,48)	2,31±0,18 (1,5-4)	<0,001	<0,001	2,19±0,08 (1,22-2,56)
ŞNF-α pq/ml	20	34,00±0,81 (28,5-40,3)	29,95±1,0 (23,4-39,3)	<0,001	<0,01	4,51±0,28 (2,25-6,49)
İL-10 pq/ml	20	13,49±0,51 (10,7-16,7)	5,80±0,47 (2,95±10,9)	<0,001	<0,001	5,51±0,30 (3,28-7,91)

Pnevmoniyalı yenidoğulanın qan zərdabında İL-4-iltihabəleyhinə sitokin-müayinə edildikdə aşkar edilmişdir ki, həmin sitokinin konsentrasiyası aşağı olmuş və uşaqlar həm stasionara daxil olduğu anda (1.35±0.02 pq/ml), həm də dinamikada (2.31±0.18 pq/ml) həssaslıq həddini keçməmişdir.

İltihabın generalizasiyası orqanizm tərəfindən prosesin gələcəkdə yayılmasının qarşısını alan iltihabəleyhinə mediatorların sintezinə səbəb olur. Pnevmoniyalı xəstələrdə İL-10-nun səviyyəsi uşaqlar stasionara daxil olduğu anda artmış olur (13.49±0.51 pq/ml) sağalma dövründə səviyyə aşağı enir,nəzarət həddindən bir qədər yüksək olaraq qalır (5.8±0.47 pq/ml).

Söylənilən faktlara istinad edərək demək olar ki, xəstələrin qanında iltihabönü və iltihabəleyhinə sitokinlərin konsentrasiyası xəstəliyin dinamikasına və aparılan müalicənin effektivliyinə nəzarət qismində istifadə edilə bilər.

Belə qənaətə gəlmək olar ki, iltihabönü sitokinlərin səviyyəsinin normallaşması sağalmanının başqa klinik-laborator meyarlarına nisbətən rekonvalessensiyanın başlandığını göstərən daha dəqiq əlamətdir.

Cədvəl 2

Vaxtından qabaq yenidoğulanlarda respirator distress-sindromu zamanı interleykinlərin tərkibi

Göstəricilər	N	Xəstəliyin mərhələləri				Sağlam n=20
		Başlanğıc	Sağalma	P	P_0	
İL-6 pq/ml	20	21,31±0,66 (16,8-25)	14,21±0,94 (9,73-19,3)	<0,001	<0,001	5,05±0,16 (3,51-6,47)
İL-4 pq/ml	20	1,90±0,06 (1,6-2,38)	2,98±0,19 (2,07-4)	<0,001	<0,001	2,19±0,08 (1,22-2,56)
ŞNF-α pq/ml	20	40,62±1,46 (27,6-50,5)	23,10±1,03 (16,8-30,7)	<0,001	<0,001	4,51±0,28 (2,25-6,49)
İL-10 pq/ml	20	14,03±0,66 (8,65-17,7)	9,29±0,43 (6,52±12,9)	<0,001	<0,001	5,51±0,30 (3,28-7,91)

2-ci cədvəldən göründüyü kimi RDS-un gedişi İL-6-nın müxtəlif dinamikası ilə xarakterizə olunur.Başlanğıc dövrdə İL-6 yüksək miqdarı (21.31±0.66 pq/ml) qeyd olunur. Klinik terapiyanın aparılması fonunda bu göstəricinin enməsi baş verir(14,21±0.94 pq/ml), amma tam normallaşmaya gəlib çatmır.

İL-4-ün tədqiqi xəstəliyin başlanğıc dövründə bu göstəricinin az olduğunu nümayiş etdirir (1.90±0.06 pq/ml). Sonralar bu rəqəm dəyişilir və yaxşılaşma zamanı artır, ancaq bu çoxalma müqayisə qrupuna görə o qədər də yüksək olmur (2.98±0.19 pq/ml).

Göründüyü kimi qan zərdabında İL-4-ün səviyyəsi bu uşaqlarda tədqiqatın aparıldığı bütün vaxtlarda statistik dürüst dəyişikliklərə malik olmamışdır. Bu interleykinin təsirinin stabil olmasını və immun sistemin lazım olan balansını təmin etmişdir.

Sonrakı müddətlərdə vaxtından qabaq doğulan uşaqlarda dəyərli respirator hemodinamik adaptasiya baş vermişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi, RDS-un gedişi ŞNF-α-nın müxtəlif dinamikaya malik olduğunu diktə edir. Başlanğıc dövrdə onun yüksək miqdarı müəyyən edilir ($p<0.001$). Kompleks müalicə fonunda həmin göstəricinin azalması baş verir (23.10±1.03 pq/ml), amma bu tam normal həddə gəlib çatmır.

İL-10-nun səviyyəsinin tədqiqi ilk sutkalarda artım olduğunu göstərir (14.03±0.66 pq/ml),sonrakı vaxtlarda bu miqdar dəyişilərək əhəmiyyətli dərəcədə azalır,ancaq əldə olunmuş nəticələr hələlik dürüst olaraq yüksək qalır. Bu yenidoğulanlarda ağciyər patologiyalarının inkişafında İL-10 şübhəsiz vacib rol oynadığını sübut edir.

Bununla əlaqədar olaraq, müəlliflərin fikrincə o, iltihabi proses reaksiyalarının yatırılmasına təkan verdiyi üçün immunitetin tənzimlənməsində iştirak edir [14].

İL-10-səviyyəsi başlanğıc dövrdə artmış olur və patoloji prosesin ortasına kimi çoxalmış kimi qalır, bu da xəstəliyin xoş gedişli olduğunu sübuta yetirir.

Nəticə: 1. İL-6 və ŞNF-α səviyyəsinin artması iltihabi fəallığın diaqnostik meyarıdır. 2. Aparılan tədqiqatlar vaxtından əvvəl doğulan uşaqlarda RDS-zamanı erkən postnatal immun adaptasiyanın xüsusiyyətlərini aşkara çıxarmağa imkan verir. 3. Nəticələrin yekunu uşağın vəziyyətini, patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsini düzgün qiymətləndirməyə, eləcə də xəstəliyin sonrakı gedişatı və sonluğunu proqnozlaşdırmağa zəmin yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Сафонов И.В., Гребенников В.А. Респираторный дистресс-синдром новорождённых: профилактика, методы терапии // Рос. журн. анест. и интенс. терапии, 2000, №1, с.69-70
2. Шабалов Н.П. Неонатология. Т.1. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2004, 267 с.
3. Dağoğlu Türkan, Ovalı Fahri. Neonatoloji 2.baskı, İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri, 2007.
4. Korkmaz A. Respiratuar distress sendromu və komplikasyonları. Sağlık Bakanlığı Kurs Kitabı 2010. 73-86.
5. Володин Н.Н. Перинатология. Исторические вехи, перспективы развития // Вопросы практической педиатрии, 2006, №3(1), с.5-24
6. Дементьева Г.М., Рюмина И.И.Современные проблемы пульмонологии в неонатологии /Пулмонология детского возраста: проблемы и решения: Сб. Материалов. М., 2001, Вып.1, с.16-22.
7. Poluxova A.Ə., Quliyev N.C. Yenidoğulanlarda adaptasiya dövrünün diaqnostikasında sitokinlərin rolu. Bakı 2014, 111 s.
8. Tağıyev N.Ə. Neonatologiya. Bakı: Çaşıoğlu 2008, 535 s.
9. Володин Н.Н,Актуальные проблемы неонатологии. М.:Гэотар-мед., 2004, 448 с.
10. Avery M.E., Mead J.Surface properties in relationto atelectasis and hyaline membrane disease // Am. J.Dis.Child., 1959, v.97 (5 Pt 2), p.517-23.
11. Wauer R.R. Respiratory Distress Syndrom / Surfactant therapy:basic principles, diagnosis, therapy. Stuttgart-NewYork: Thieme,1998.
12. Демьянов А.В., Котов А.Ю., Симбирцев А.С. Диагностическая ценность исследования уровней цитокинов в клинической практике // Цитокины и воспаление, 2003, №3, с.225.
13. Симбирцев А.С. Цитокины-новая система регуляции защитных реакций организма // Цитокины и воспаление, 2002, №1, с.9-17
14. Beresford M.W., Shaw N.Detectable IL-8 and IL-10 in bronchoalveolar lavage fluid from preterm infants ventilated for respiratory distress syndrome // Pediatr.Res, 2002, v.52, p.973-978.

Резюме

Изучение характеристических особенностей интердейкинов при острых бронхиально-легочных болезнях у новорожденных

Й.Г.Масатлиев, З.О.Надирли, А.А.Мехтиев, С.Й.Мустафаева, Ш.А.Мирзоева, Х.Б.Меджидова, Н.Т.Керимова, Н.А.Тагиева

Целью исследования явилось изучение характеристических особенностей интерлейкинов при острых бронхиально-легочных болезнях у новорожденных. В исследование вошли 35 новорожденных с пневмонией, 25 РДС и 43 больных контрольной группы. Повышение уровня İL-6 и ФНО-α является диагностическим критерием воспалительной активности.

Summary

Study of the characteristic features of interdecins in acute bronchial-pulmonary diseases in newborns

Y,G. Masatliyev, Z.O. Nadirli, A.A. Mehtiyev, S.Y. Mustafayeva, S.A. Mirzoyeva, H.B.Mejidova, N.T.Kerimova, N.A.Tagiyev

The aim of the study was to study the characteristic features of interleukins in acute bronchial-pulmonary diseases in newborns. The study included 35 newborns with pneumonia, 25 RDS and 43 patients in the control group. An increase in the level of IL-6 and TNF-α is a diagnostic criterion of inflammatory activity.

Daxil olub:29.12.2016

СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОСЛОЖНЕННОГО ЭКССУДАТИВНЫМ ПЛЕВРИТОМ У ЖЕНЩИНЕ С 19 НЕДЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ С ПОЗДНО ВЫЯВЛЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Э.Н.Мамедбеков, Е.Т. Абдуллаева, И.А.Гасымов, Н.А.Салимова, И.Н.Мамедов

Научно-исследовательский институт легочных заболеваний, г.Баку

Açar sözlər: vərəm, İİV, hamiləlik, PZR metodu
Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ, беременность, ПЦР метод
Key words: tuberculosis, HIV, pregnancy, PCR method

Выделение микробной флоры, позволяющее уточнить этиологию экссудативного плеврита, имеет не только научнопозванательное, но и непосредственно клиническое значение. Выделение возбудителя, вызывающего заболевание, дает возможность проводить целенаправленное лечение экссудативного плеврита.

Трудности устоновления этиологии плевритов у больных туберкулезом в значительной степени связаны с редкостью обнаружения в плевральном экссудате микобактерий туберкулеза. Даже у ранее не леченых больных с явными клиническими и рентгенологическими призниками туберкулеза. Возбудитель из плевральной полости удается выделить 12% - 50% случаев. Целенаправленный поиск возбудителя методом ПЦР и уточнение их роли при туберкулезном течении экссудативного плеврита и явилось разрешением задачи данного случая [5,6].

Развитие и совершанствование молекулярно-диагностических методов открыло новые перспкективы для быстрого выявления микобактерий в клинических образцах. Внедрение полимеразной цепной реакции (ПЦР) в лабораторную диагностику позволяет сократить сроки проведения анализа, а также повысить чувствительность и специфичность исследования на МБТ [7].

ПЦР позволяет амплицифицировать (размножить) в пробирке нуклеотидную последовательность (фрагмент ДНК возбудителя) в течение нескольких часов в миллионы раз. Проведение реакции при наличии единичных цепей ДНК определяет исключительно высокую чувствительность анализа. Нуклеотидная последовательность определенных участков в цепи ДНК определяет генетическое своеобразие микроорганизма, что обьясняет высокую специфичность ПЦР. Значение этого метода для обнаружения и исследования микобактерии туберкулеза обусловлено биологическими особенностями микроорганизма обладающего очень медленным ростом: время удвоения ДНК микобактерий туберкулеза при их культивировании составляет 12-24 часа. Метод ПЦР в наибольшей степени применяется для ускоренной диагностики туберкулёза- обнаружения микобактерий туберкулёза в плевральном экссудате [3].

Материалы и методы исследования. Беременная женщина 19 недель поступила в НИИ Легочных Заболеваний в туберкулезное отделение с диагнозам очаговый туберкулез правого легкого в фазе инфильрации, осложненный экссудативным плевритом левого легкого.

Результаты и обсуждение. Из анамнеза жизни. Родилась в Азербайджане замужем, двое маленьких нормальных детей, некоторое время жили в Дагестане и там до поступления к нам в клинику 18 дней находилась в больнице по поводу отека глаза.

Анамнез заболевания: женщина отмечала ухудшение самочувствия с подьемом темпратуры до фебрильной, появление кашля, отсутсвие аппетита, отеки на нижних конечностях.Чем лечили в стационаре до поступления не знает. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены очаговые высыпания в верхних отделах правого легкого S_{1+2} и экссудативный выпот в плевральную полость левого легкого. При УЗИ левой плевральной полости определяется около 800 мл жидкости

Обьективно: Состояние тяжолое, жалобы на слабость кашель, отсутствие аппетита, боли в животе, отеки нижних конечностей, кожа бледна, питание резко снижено масса тела 48 кг, хрипы в легких не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, живот увеличен из-за беременности, печень и селезенка не пальпируется.

Проведено обследование. Данные клинического и биохимического исследования крови выявлена следующая патология: анемия, лимфопения и ускоренное СОЭ 48 мм/час. Диаскин тест был отрицательный. Результаты исследования крови на ВИЧ от 05.10.16 положительный ответ, исследование повторено дважды с положительным ответом. Стадия ВИЧ инфекции определена врачом Центра Инфекционных Заболеваний.

Бактерологические исследованиа микроскопия мокроты по Циль-Нильсену дважды дал отрицательный ответ. Посев плевральной жидкости MGIT МБТ+ выявлена с чувствительностью к двум препаратам рифампицину и изониазиду.

ПЦР исследование плевральной жидкости проводилась в термоциклере в реальном времени «CFX96 Touch» -прозводитель США, компания Bio-Rad. Результат ПЦР анализа позитив (+).

Установлен клинический диагноз: Очаговый туберкулез, S_{1-2} правого лекгого в фазе инфильтрации осложнонный экссудативным плевритом слева МБТ (+), беременность 19 недель, ВИЧ инфекция 4Б стадия.

Назначен был курс противотуберкулезной терапии I ряда изониазид 0,3 г; Этамбутол 1,2 г; Рифампицин 0,45 г и после консультации врача из Центра Инфекционных Заболеваний начала получать антиретровирусную терапию (Truvada, Tfavirens; Bisseptoli 480 в соответсвующих возрасту дозах).

На фоне праводимой терапии и пункции левой плевральной полости самочувствие женщины улучшилось, нормализовалась темпратура, повысиься аппетит, отеки на ногах исчезли, начала прибавлять в весе. Постепенно улучшились показатели гемограммы РОЭ-нормализовалось при контрольном рентгенологическом исследовании отмечалось рассасывание очаговых изменений, слева утолшение плевры, рассасывание экссудата. За время пребывания в стационаре неоднократно была консультировано врачом акушер-гинекологом, провадилось УЗИ и доплерография плода. Плод развивался нормально. Терапия проводилась по индивидуальному режиму с учетом сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Распространение ВИЧ-инфекции привело к увеличению числа случаев туберкулеза в большинстве стран мира. Это связано с тем, что у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза, независимо от их социального статуса и материальной обеспеченности. ВИЧ-инфекция приводит к нарушению функций иммунитета и благоприятствует развитию туберкулеза [1,2,4].

Заключение. Сочетанная патология туберкулеза осложненного экссудативным плевритом у беременной 19 недель и ВИЧ-инфекция на поздных стадиях, затрудняет излечение и может привести к неблагоприятным исходам. Такая ситуация требует совместных координированных действий специалистов различного профиля (фтизиатра, инфекциониста, хирурга, гинеколога и пр.)

Основным методом раннего выявление туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией был ПЦР исследования плевральной жидкости («CFX96-Touch» Real-Time System, Biorad).

Данный случай демонстрирует выявление впервые выявленного очаговаго туберкулеза осложленного экссудативным плевритом и беременностью 19 недель. Особенностью данного случая состоит в том, что первично был выялен туберкулез, и только углубленного обследование позволило выявить ВИЧ-инфекцию. После родов необходимо провести обследование новорожденного, проведение профилактики ВИЧ, наблюдения ребенка в центре инфекционных заболеваний. Важным диагностическим критерием туберкулеза в данном случае явилось выявление МБТ в плевральной

жидкости методам ПЦР, обследование беременной женщины на ВИЧ, проведение антивирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекци 2-е изд. СПб: Питер 2003
2. Малый В.П. ВИЧ/Спид. М.: Эксмо, 2009
3. Фтизиатрия. Национальное руководство / Под ред. М.И. Перельмана. М. ГЭОТАР-Медна, 2007, 512 с.
4. Дугин С.Г. Роль общественных организаций в оказании помощи наркозависимым, с проблемами туберкулеза, а также туберкулеза и ВИЧ-инфекции / Сборник тезисов III Конгресс Национальной Ассоциации Фтизиатров. 2014, с.33
5. Шумлянская В.Е., Рудакова А.В. Эффективность затрат на различные алгоритмы диагностики туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией / Сборник тезисов III Конгресс Национальной Ассоциации Фтизиатров. 2014, с.51
6. Вязовая А.А., Майская М.Ю., Оттен Т.Ф. и др. Генотипы изолятов Mycobacterium tuberculosis, полученных из аутопсийного материала ВИЧ-позитивных больных туберкулезом / Сборник тезисов III Конгресс Национальной Ассоциации Фтизиатров. 2014, с.57
7. Владимиров К.Б., Мазохина С.В., Шилова Н.Л., Журавлёв В.Ю. Этиологическая диагностика туберкулёзного плеврита у больных ВИЧ - инфекцией, / Сборник тезисов III Конгресс Национальной Ассоциации Фтизиатров. 2014, с.76

Xülasə

HİV infeksiyasının gec diaqnozu ilə 19 həftə hamiləlik ilə qadında ekssudativ plevrit ilə ağırlasmıs ilkin ağciyər vərəmi

E.N.Məmmədbəyov, E.T.Abdullayeva, İ.A.Qasımov, N.A.Səlimova, İ.N.Məmmədov

19 həftəlik hamilə qadında ekssudativ plevritlə ağırlaşmış vərəm patologiyası ilə yanaşı gedən HİV-infeksiyasının gecikmiş mərhələsi mənfi nəticələrə səbəb ola bilər. Bu klinik vəziyyətin xüsuiyyəti ondan ibarət idi ki, ilkin olaraq vərə aşkar edilmişdir, daha darəin müyinələt aparıldıqda İİV-infeksiya da təyine dilmişdir. Doğuşdan sonra yenidoğulmuşun İİV infeksiya üzrə müayinələri aparılmalıdır. ən zəruri diaqnostik meyar plevral mayedə PZR vasitəsilə vərrəm göbələk bakteriyalrının aşkar edilməsi olmuşdur.

Summary

The case of new-onset pulmonary tuberculosis complicated with exudate pleurisy in women with a 19 week pregnancy with late diagnosis of HIV infection

E.N. Mamedbekov, E.T.Abdullayeva, I.A. Qasimov, N.A. Salimova, I.N.Mamedov

Comorbidity TB complicated by exudative pleurisy at 19 weeks pregnant and HIV at a late stage, difficult to cure and can lead to adverse outcomes. The peculiarity of this case is that tuberculosis was first identified, and only an in-depth examination revealed HIV infection. After childbirth, it is necessary to carry out a newborn examination, HIV prevention. An important diagnostic criterion of tuberculosis in this case was the detection of MBT in the pleural fluid by PCR methods.

Daxil olub:02.02.2017

TƏŞVİŞ - QORXU POZUNTULARI OLAN XƏSTƏLƏRİN PARODONT TOXUMALARININ İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜALİCƏSİ ZAMANI SİTOQRAMMLARIN HÜCEYRƏ TƏRKİBİNİN ANALİZİ

A.R.Əliyev

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: parodont toxumaların iltihab xəstəlikləri, təşviş-qorxu pozuntuları, sitomorfoloqiya, "Polised" sedativ preparatı

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, тревожно-фобические расстройства, цитоморфология, седативный препарат "Полисед"

Key words: inflammatory diseases of parodontitis tissues, anxiety-phobic disorders, sitomorphology, sedative medicine "Polised"

Məlumdur ki, ambulator stomatoloji praktikada parodont xəstəlikləri olan pasiyentlərdə baş verən təşviş-qorxu pozuntuları davamlı hal olaraq xroniki stress vəziyyəti meydana gətirir. Bir çox müəlliflərin apardığı müayinələrin nəticəsində orqanizmin immunoloji reaktivliyinin dəyişməsi və külli stress faktorları fonunda mikroorqranizmlərin virulentliyinin artması və parodont toxumalarının iltihabi xəstəliklərinin proqressivliyi müşahidə olunmuşdur. Parodont toxumalarının iltihabi xəstəliklərinin yaranması ağız boşluğunun immunoloji rezistentliyin pozulması ilə əlaqələndirilir [1].

Ən geniş yayılmış stress simptomlarından psixoemosional gərginliklərin müxtəlif formaları, təşviş-qorxu pozuntuları və immunodefisit vəziyyətlər də ola bilər [4]. Beləliklə bəzi müəlliflərin sözlərinə görə və bizim apardığımız tədqiqata əsasən stomatofobiya olan xəstələrdə parodont toxuması xəstəliklərinin meydana gəlməsi riski artdığı üçün bu problemin həlli müasir dövrdə də öz aktuallığını qoruyur [1,2,6].

Tədqiqatın məqsədi parodont toxumalarının iltihab xəstəlikləri və təşviş-qorxu pozuntuları olan xəstələrdə müalicə dinamikası zamanı "Polised" preparatı ilə ağız boşluğunun gigiyenik səviyyəsini və sitoqrammların hüceyrə tərkibini qiymətləndirməkdir.

Tədqiqatın material və metodları. Gigiyenik status və sitoqrammların hüceyrə tərkibi parodont toxumalarının iltihabi xəstəlikləri və təşviş-qorxu pozuntuları olan 28 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələrin yaş həddi 25 - 45 arasında idi. Kontrol qrupunu ağız boşluqları sanasiya olunmuş 10 praktik sağlam şəxslər təşkil edirdi. Klinik müayinə ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətini PHP stomatoloji indeksi və gigiyenanın sitoloji göstəricisi (GSG) əsasında aparılmışdır.

Ağız boşluğunun gigiyenası effektivliyin indeksi (PHP) Podshadley, Haley, (1968) aşağıda göstərilən indeksin nəticələri ilə hesablanmışdır:

İndeksin nəticəsi	Gigiyenanın səviyyəsi
0	əla
0,1 - 0,6	yaxşı
0,7- 1,6	qənaətbəxş
1,7 və çox	Qeyri-qənaətbəxş

Ağız boşluğunun gigiyenanın sitoloji göstəricilərinə (GSG) əsasən sitoloji müayinəyənin nəticələri qiymətləndirildi. GSG sitoqrammanın bakterial kontaminasiyası mikroskopiya zamanı aşağıda cədvəldə göstərilən qiymət ballarına görə hesablanmışdır. (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Sitoqrammların bakterial kontaminasiyasının bal sisteminin qiymətləndirilməsi

Kontaminasiyanın dərəcəsi	Ballarla qiymətləndirilmə
Kontaminasiyanın tam olmaması	0
Əlamətlər	1
Cüzi miqdar	2
Orta sıxlıqlı kontaminasiya	3
Çox sıx kontaminasiya	4

Hüceyrə elementlərin hesablanması x 1000 artırılması ilə hesablanmışdır, yağlı immersiya. Bir sahədə mikroorqanizmlərin olması 1 bal, olmaması- 0 bal kimi qiymətləndirilmişdir.

GSG mənası 0-1 arası yaxşı, 1-2 arası qənaətbəxş, 2-dən yuxarı qənaətbəxş olmayan gigiyenasını sübut edir [5].

Sitoqrammların hüceyrə tərkibin öyrənilməsi diş ətin ocaqından yaxma-izləri üsulu ilə aparılmışdır. Doğranılmış şaqird pozanından hazırlanmış steril dilimi qandayandıran sıxma ilə fiksasiya etdikdən sonra, diş ətinə məlhəm qoyduq və yağsızlaşdırılmış əşya şüşəsinin üzərinə köçürtdük. Hər əşya şüşəsinə 5 iz köçürüldükdən sonra qurutduq və metanolda 15-20 dəqiqə fiksasiya etdik. Həmin əşya şüşəsi Romanovski-Himz üsulu ilə rəngləndi. Qurudmaqdan sonra mikroskoplaşma x100 obyektiv və x10 okulyar vasitəsi ilə aparılmışdır. Əvvəlcə preparatların görülən mikroskopiyasını aparmışdıq, sonra isə x1000 artırılmasında hüceyrə elementlərinin miqdar hesablanmasını öyrəndik. İltihablı infiltratın elementləri neytrofillərlə, limfositlərlə, monositlərlə və epitelial hüceyrələri ilə təqdim olunmuşdur. Daha çox və yaxud daha az miqdarda eritrositlər aşkar edilirdilər. Aşağıdaki daimi bakteriyalar aşkar olunmuşdur: kokklar, hərəkətsiz bakteriyalar, patoqen flora- hərəkətli bakteriyalar və burulmuş formalar. Arabir sapaoxşar bakteriyalar Leptotrix, Candida növlü göbələklər aşkar edilmişdir. Yaxma-izlərdə aşağıdaki göstərilən neytrofillərin faqositoz aktivliyini göstəriciləri təyin etdik: NFA-1 və NFA-2. NFA-1 neytrofillərin aktivliyinə görə hesablamışdılar, autofloranı faqositə edir, NFA-2 dağılmış neytrofillərin faizinə görə qiymətləndirmişdir (neytrofillər, hansıların sitoplazmasında bütöv mikroorqanizmlər saxlanılmışdılar), hansılar tamamlanmamış faqositozu sübut edir.

Ruhi-somatik statusun qiymətləndirilməsi üçün reaktiv həyacanı və həyacanın şəxsiyyət pozuculuğunu müəyyən edən Spilberqer-Xanin şkalasından istifadə olunmuşdur. Müayinəyə parodont toxumalarının iltihabi xəstəlikləri olan, təşviş-qorzu pozuntuları Spilberqer-Xanin şkalası üzrə orta və yüksək səviyyədə qiymətləndirilən (9-18 bal) xəstələr cəlb olunmuşdur.

Apardığımız müalicədən asılı olaraq xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür: 1-ci və 2-ci qrup xəstələrə portativ ultrasəs "Vektor" cihazı ilə ağız boşluğunun peşəkar gigiyenası, Azitromisin antibiotik vasitəsi ilə (500 mq, gündə 1 tabletka, 3 gün ərzində) antibakterial terapiya apardıq desensibilizasiya olunmuş preparatlar - Fenkarol (25 mq, gündə 2-3 dəfə, 5-7 gün ərzində), 0.05% xlorgeksidin biqlukonat qarqarası təyin etdik. Bəzi hallarda əlavə "Stomatidin" qarqarası təyin olunmuşdur. 2-ci qrupa aid olan xəstələrə bazis terapiyası ilə yanaşı "Polised" sedativ preparatını, ev şəraitində isə əlavə olunmuş Stomatidin qarqara vasitəni təyin etdik. "Polised" sedativ preparatını 1 tabletka, gündə 2 dəsfə 3 gün ərzində və həkim-stomatoloqun qəbuluna gəlməzdən 30 dəqiqə əvvəl içməsini tövsiyyə etdik. Polisedin tərkibinə daxil idi: QAYT 200 mg, valerian ekstraktı 100 mq, pasiflora ekstraktı 100 mq, qlisin 100 mq, inozitol 100 mq, Vitamin B_3 20 mq, Vitamin B_6 5 mq, maya otu 45 mq.

Apardığımız müalicənin klinik effektivliyini şikayətlərin kompleksinə, xəstəliyin simptomlarına və sitomorfoloji müayinələrin parametrlərinə görə qiymətləndirirdik. Klinik, sitomorfoloji və immunoloji müayinələr iki dəfə müalicədən əvvəl və kompleks müalicədən sonra aparılmışdır.

Alınan nəticələr Microsoft Excel 2010 kompüter proqram vasitəsi ilə statistik işlənmişdir. Göstəricilərin orta qiymətləri və mənaları hesablanmışdır. Kriteriy əhəmiyyətin dəyərində U-Vilkokson-Manna-Uitni qeyriparametrik kriteriyası istifadə olunmuşdur. Fərqlər etibarlı sayılmışdır ($p<0.05$) [3].

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Həkim-stomatoloqa müraciət edərkən 1-ci və 2-ci qrup olan xəstələrdə müalicədən əvvəl ən çox şikayətlər aşağıdakılar idi: ağız boşluğunda quruluq, ağız boşluğundan pis qoxunun gəlməsi, müxtəlif qıcıqlandırıcıların təsirindən baş verən ağrılar, diş ətinin göynəmə və qaşınma hissi və diskomfort hissiyatı. Xəstələr həmçinin dişləri fırçaladığı zaman və sərt qida qəbul etmə zamanı diş əti qanamasından və çeynəmə zamanı arabir ağrı tutmasından şikayyət edirdilər. Müalicədən sonra hər iki qrupun xəstələri ağız boşluğundan pis qoxunun, diş ətin qanaxmasının yox olmasını qeyd etmişdilər. Baxış zamanı diş ətin cüzi hiperemiyası mühahidə olunmuşdur. PHP indeksin göstəricisi 1,7- dən çox (qənaətbəxş olmayan) 1-ci qrupda 38,5%, 2-ci qrupda isə 20% xəstələrdə qalmaqda idi. GSG indeksə görə müalicədən əvvəl yaxmanın mikroskopiyası zamanı qənaətbəxş olmayan gigiyena (GSG>2) bütün xəstələrdə aşkar olunmuşdur. Müalicədən sonra 1-ci qrupda qənaətbəxş olmayan gigiyena 53,8%, 2-ci qrupda isə daha az - 26,7% xəstələrdə qeyd edilirdi.

Parodont toxumalarının iltihabi xəstəlikləri və təşviş-qorxu pozuntuları olan xəstələrdə praktik sağlam şəxslərlə müqayisədə diş ətinin iltihabi zonasından sitoqramm rəqəmlərin tədqiqi əhəmiyyətli dəyişikləri aşkara çıxardı (Cədvəl 1).

Göründüyü kimi təqdim edilmiş rəqəmlərdə müalicədən əvvəl neytrofillərin miqdarı 1-ci qrupda artmışdır və orta hesabla 39,4±0,5% təşkil etmişdir, 2-ci qrupda isə bu göstərici 35,8±1,2% olmuşdur ki, bu da praktik sağlam şəxslərlə müqayisədə həqiqi fərqlənirdi ($p<0.05$). Müalicədən sonra ən aşağı göstərici 2-ci qrupda qeyd olunmuşdur və orta hesabla 29,3±0,9% təşkil edirdi.

Limfositlərin sayina görə müalicədən əvvəl 1-ci və 2-ci qrup olan xəstələrdə praktik sağlam şəxslərlə müqayisədə limfositoz qeyd olunmuşdur, buna baxmayaraq müqayisə etdiyimiz xəstələr qruplarında çox fərq

aşkar olunmamışdır. Müalicədən sonra aşkar edildi ki, ən çox limfositlərin faizlərinin aşağı düşməsi 2-ci qrupda 18,2±0,4% -ə qədər təşkil etmişdir, 1-ci qrupda isə 18,6±0,4% -ə qədər müşahidə olunmuşdur.

1-ci və 2-ci qrupda parodont toxumasının iltihabi xəstəlikləri olan pasiyentlərdə monositlərin (makrofaqların) sayı xeyli artmışdır (1,5 dəfə, $p<0,05$) və orta səviyyə müalicədən əvvəl 1-ci qrupda 9,5±0,6%, 2-ci qrupda isə 9,6±0,4% təşkil edirdi. Müalicədən sonra 1-ci qrupda 10,5%-dən 8,5±0,4%-ə qədər daha çox enmə 2-ci qrupda 15,6%-dən 8,1±0,2% -ə qədər enmə müşahidə olunmuşdur.

Cədvəl 1

Parodont toxumaların iltihab xəstəlikləri və təşviş-qorxu pozuntuları olan xəstələrin müalicə dinamikasında ağız boşluğunun selikli qişasından götürülmüş yaxma izlərinin sitomorfoloji profili (M±m)

Hüceyrələr	Praktik sağlam (n=10)	1-ci qrup (n=13)		2-ci qrup (n=15)	
		müalicədən əvvəl	müalicədən sonra	müalicədən əvvəl	müalicədən sonra
Neytrofillər	22,7±0,5	39,4±0,5*	30,2±1,0***	35,8±1,2**	29,3±0,9****
Monositlər	6,3±0,4	9,5±0,6*	8,5±0,4*	9,6±0,4*	8,1±0,2***
Limfositlər	15±0,5	21,8±0,6*	18,6±0,4***	20,8±0,5*	18,2±0,4***
Epitelial hüceyrələr	41,7±1,1	14,2±1,2*	26,9±1,1***	17,9±1,6*	29,0±1,1***
NFA-1	9,9±0,6	6,3±0,4*	8,2±0,3***	6,2±0,4*	8,4±0,3***
NFA -2	4,4±0,4	8,8±0,6*	7,5±0,4*	9,5±0,4*	7,0±0,4***

Qeyd: *-praktik sağlam şəxslərlə müqayisədə fərqlərin statistik etibarlılığı; **- müalicədən əvvəl və sonra rəqəmlər arasında fərqlərin statistik etibarlılığı

Lokal immunitetin hüceyrə tərkibinin yenidən paylaşması müalicədən əvvəl bir tərəfdən neytrofillərin, limfositlərin və monositlərin artması ilə, digər tərəfdən isə epitelial hüceyrələrin miqdarın azalması ilə 14,2±0,1% -ə qədər 1-ci qrupda və 2-ci qrupda praktik sağlam şəxslərə nisbətən 17,9±1,6%-ə qədər biruzə verilmişdir ($p<0,05$). Müalicədən sonra hər iki qrupda müayinə olunmuş xəstələrdə epitelial hüceyrələrin faizca miqdarının artması təyin edilir, lakin daha açıq bu 2-ci qrupda olmuşdur 29,0±1,1% -ə qədər, yəni 1,6 dəfə ($p<0,05$), 1-ci qrupda 26,9±1,1% -ə qədər, yəni 1,5 dəfə ($p<0,05$).

Müalicədən əvvəl bizim tərəfimizdən neytrofillərin funksional aktivliyi (NFA-1) və xəstələrin faqositozun səviyyəsi hər iki qrupda praktik sağlam şəxslərlə müqayisədə 1,6 dəfə aşağı enmişdir ($p<0,05$).

Hər iki qrupda xəstələrdə NFA-1 miqdarı orta hesabla 6,3±0,4% təşkil edirdi ki, bu da autofloranı faqositə edən neytrofillərin faizininin aşağı enməsini göstərir. Faqositar aktivliyin belə enməsi kəskin iltihablı prosess üçün xarakterikdir və xronuasiyaynan xəstəliyin residivi üçün çıxış nöqtəsi kimi ola bilər. Kompleks müalicədən sonra hər iki qrup xəstələrdə NAF-1 faqositozun həqiqi statistik artımı qeyd edilirdi. Qruplarda xəstələrin faqositozun göstəricisi 1,3 dəfə artmışdır, 8,2±0,3% və 8,4±0,3% təşkil edirdi. ($p<0,05$).

FAN-2 ilk səviyyəsi 1-ci qrup xəstələrdə 8,8±0,6%, 2-ci qrupda isə 9,5±0,4% təşkil edirdi, bu da praktik sağlam şəxslərlə müqayisədə statistik olaraq yüksək idi (4,4±0,4%). Bizim tərəfimizdən alınan nəticələr dağılmış neytrofillərin (neytrofillər, hansıların sitoplazmasında bütöv mikroorqanizmlər qalmaqdadır) faizinin artmasını göstərir, ancaq aşkar edilmiş dəyişiklər tamamlanmamış faqositozun göstəriciləri kimi sayılır. Müalicədən sonra 1-ci qrupda FAN-2 enməsi baş verir 7,5±0,4% və daha mənalı 2-ci qrupda 7,0±0,4%.

Beləliklə, apardığımız kliniki və immunoloji müayinələr göstərdi ki, təşviş-qorxu pozuntuları ilə yanaşı parodont toxumalarının iltihabi xəstəlikləri olan pasiyentlərin kompleks müalicəsində "Polised" sedativ preparatın əlavə edilməsi məqsədə uyğundur.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я., Мельниченко Г.А., Дедов И.И. Современный взгляд на скрининг и диагностику эндогенного гиперкортицизма // Журнал проблемы эндокринологии, 2012, N4, том 58

2. Буракшаев С.Н. Хронический генерализованный пародонтит: метаболические и иммунологические характеристики. Автореф… дисс.канд. мед.наук. Самара, 2010, 23 с.

3. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета statistica. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012, 384с.

4. Казарина Л.Н. Психосоматические заболевания в стоматологии // Обозрение стоматология, 2011, №1(72), с. 24-27.

5. Островская Л.Ю., Захарова Н.Б., Могила А.П. Изменение баланса цитокинов в десневой жидкости при заболеваниях пародонта и его значение для прогнозирования регенераторных нарушений в тканях пародонта // Саратовский научно-медицинский журнал, 2014, N3, том 10

6. Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э. Пародонтит XXI век. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016, 480 с.

Резюме

Анализ клеточного состава цитограмм у больных с воспалительными заболеваниями тканей пародонта и тревожно-фобическими расстройствами в динамике лечения

А.Р.Алиев

Целью исслелования было оценить гигиену полости рта и цитограммы у больных с воспалительными заболеваниями тканей пародонта и трефожно-фобическими расстройствами польским седативным препаратом "Полисед" фирмы Фитолек в динамике лечения. Были проведены иммунологические исследования 28 больным с воспалительными заболеваниями тканей пародонта и трефожно-фобическими расстройствами. В обследование были включены пациенты с уровнем со средним и высоким уровнем трефожно-фобических расстройств (9-18 балов). В зависимости от проведенной терапии больные были разделены на 2 группы. Всем пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта. Это включало в себя: антибиотикотерапия, полоскания, десенсибилизирующие средства. Пациентам 2-ой группы наряду с базисной терапией назначался седативный препарат "Полисед". По сравнению с 1-ой группой больных у которых был взят мазок со слизистой оболочки полости рта, который показывал результаты цитоморфологических исследований у пациентов 2-ой группы применяющие седативный препарат "Полисед", состояние гигиены полости рта, жалобы б-х, состояние пародонта были намного хуже. Ввиду этого по проведению иммунологических исследований у больных с воспалительными заболеваниями тканей пародонта и трефожно-фобическими расстройствами целесообразно проведение комплексного лечения с седативным препаратом "Полисед".

Summary

Analysis of cytograms cellular compound among the patients with inflammatory diseases of periodontal tissues and anxious-phobic disorders in dynamic of treatment

A.R.Aliyev

By our purpose was to evaluate hygiene of oral cavity and cytograms among the patients with inflammatory diseases of periodontal tissues and anxious-phobic disorders by Fitolek firm polish sedative medicine “Polised” in dynamic of treatment. Immunological researches were conducted among 28 patients with inflammatory diseases of periodontal tissues and anxious-phobic disorders. Patients with middle and high level of anxious-phobic disorders (9-18 balls) were included into the survey. Depending on the conducted therapy patients were divided into 2 groups. Professional hygiene of oral cavity was conducted to all patients which included: antibiotik therapy, rinsings, desensitizing agents. Patients of 2-nd group along with basis therapy was prescribed sedative medicine “Polised". Compared with 1-st group of patients, which was taken swab from oral mucosa showed results of cytomorphologic researches among the patients’ of 2 -nd group used sedative medicine “Polised”, condition of oral cavity hygiene, patients’ complaigns, condition of parodontium was much worse. In view of this by leading immunological researches among the patients with inflammatory diseases of periodontal tissues and anxious-phobic disorders is expediently conducting of complex treatment with sedative medicine “Polised".

Daxil olub:31.01.2017

UŞAQLARDA ŞƏKƏRLİ DİABET ZAMANI KARDİOVASKULYAR AVTONOM NEYROPATİYANIN İNKİŞAFININ MÜASİR ASPEKTLƏRİ

L.B.Aliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: şəkərli diabet, miokard, avtonom neyropatiya, ürək ritmi, uşaq
Ключевые слова: сахарный диабет, миокард, автономная нейропатия, ритм сердца, дети
Key words: diabetes mellitus, myocard, autonomic neuropathy, heart rhythm, children

Şəkərli diabet (Diabetes Mellitus) insulinin gerçək və ya funksional çatmamazlığı nəticəsində ortaya çıxan, karbohidrat,protein və yağ metabolizm pozulması ilə xarakterizə olunan xroniki bir xəstəlikdir [1, 2]. Uşaqlıq və yeniyetmə dövrünün ən çox rast gəlinən endokrin-metabolik pozğunluğudur. Şəkərli diabet tip 1 isə uşaq və yeniyetmələrdə nisbətən tez-tez təsadüf edilən diabet tipi olub pankreasın beta-hüceyrələrində istehsal olunan insulinin mütləq yetərsizliyi nəticəsində meydana çıxır. Əmələ gəlməsində genetik, ətraf

mühit və autoimmun faktorların rolu böyükdür. Xəstəlik 5-7 yaş ilə pubertat dövründə pik həddə çatır [3, 4, 5].

ŞD bütün dünya üzrə əhali arasında sıx yayılmasına, sağlamlığa, yaşın müddətinə birbaşa və dolayı yolla ciddi təsir göstərən yeganə xroniki, qeyri-infeksion xəstəlik olmaqla ölkələrin iqtisadi-inkişaf göstəricilərindən asılı olmayaraq epidemiya şəklini almış ciddi qlobal problem sayılır. Beynəlxalq Diabet Federasiyasının 2015-ci ilə aid məlumatlarına görə, dünya əhalisi arasında ŞD yayılması 8,8% -dir (415 mln) və bu göstərici 2040-cı ildə 10,4 % (642 mln) olacaqdır [6]. ŞD tip 1 uşaqlıq dövründə ortaya çıxan xroniki xəstəliklər arasında ən çox müşahidə edilənlərdən biridir. Statistik məlumatlara əsasən bütün dünyada hər il 50.000 insana yeni ŞD tip 1 diaqnozu qoyulur. Uşaqlar arasında yaşa görə diabetin rastgəlmə tezliyi dəyişir. İllik hesabatlara görə 5 yaşlı uşaqlar arasında hər 1430 uşaqdan, 16 yaşlı uşaqlar arasında isə hər 360 uşaqdan birinə ŞD tip 1 diaqnozu qoyulur [7, 8]. Bu səbəblərdən dolayı diabet və diabetin fəsadları dünyanı maraqlandıran sağlamlıq problemi halına gəlmişdir [9].

ŞD tip I xəstələrdə kəskin və xroniki ağırlaşmalara rast gəlinir. Xroniki ağırlaşmalar mikro- və makrovaskulyar sistemə təsir etməklə və xroniki hiperqlikemiya nəticəsində formalaşır. ŞD-in tipik ağırlaşmalarına: ürək-damar sistemi xəstəliklərinə, miokard infarktına, kəskin beyin qan dövranı pozğunluqlarına, aşağı ətrafların qeyri-travmatik amputasiyasına, retinopatiyaya gətirib çıxaran makro- və mikroangiopatiyalar aiddir [10, 11].

Ən çox rast gəlinən ağırlaşması diabetik neyropatiyadır və 10 ildən artıq diabetdən əziyyət çəkənlərdə müayinə üsullarından asılı olaraq 30-90 % hallarda aşkarlanır [12]. Diabetik neyropatiya avtonom və periferik olmaqla 2 tipə ayrılır. Ürək-damar sisteminin avtonom diabetik neyropatiyası diabetik neyropatiyanın ən çox yayılmış formasıdır və ŞD tip I xəstələrin yarıdan çoxunda rast gəlinir [13].

Avtonom-diabetik neyropatiya ŞD-li şəxslərin gənc yaşlardan əmək qabiliyyətinə təsir göstərdiyindən həyat keyfiyyətini dəyişərək, əlilliyə gətirib çıxarmaqla böyük sosial - ekonomik əhəmiyyət kəsb edir [14]. Tədqiqatlar göstərmişdir ki, avtonom-diabetik neyropatiyanın subklinik formaları belə ağır ürək-damar zədələnməsi və qəfləti ölüm riskini artırır [15].

Əvvəllər ŞD tip 1-də ŞD tip II olduğu kimi ateroskleroz kimi dəyişikliklər getmədiyinə görə, kardiovaskulyar riskin daha aşağı olduğu düşünülürdü [16]. Sonrakı tədqiqatlar göstərmişdir ki, ŞD formaları arasında etiologiya və patogenez baxımından kardinal fərqlərin olmasına baxmayaraq, xroniki dəyişikliklərin olması və onların ağırlığı ŞD-in davametmə müddətindən, karbohidrat mübadiləsinin kompensasiya dərəcəsindən asılıdır [17]. ŞD tip I xəstələrdə ürək-damar sistemi ağırlaşmalarından ən çox miokardın diabetik distrofiyasına və diabetik kardiovaskulyar vegetativ neyropatiyaya rast gəlinir. Sonuncu özü də çox vaxt miokardın diabetik distrofiyası ilə asosiasiya olunur [18]. Diabetik neyropatiyanın əlamətlərindən biri olan diabetik kardiovaskulyar vegetativ neyropatiya özü də ŞD-in gedişatını ağırlaşdırır [19]. Ziegler D. (1994) apardığı 5 illik tədqiqat müddəti zamanı ŞD-li şəxslər arasında diabetik kardiovaskulyar vegetativ neyropatiya olanlarda ölüm hallarının 29%, olmayanlarda isə 6% rast gəlindiyini müəyyənləşdirmişdir [8, 12].

Diabetik kardiovaskulyar vegetativ neyropatiyası olan ŞD-li xəstələrdə qəfləti ölümün əsas səbəbləri arasında miokardın ağrısız infarkti [20], ürək ritminin keçiriciliyinin pozulması [21], ürəyin kardiorespirator dayanması əsas yer tutur [22]. Yanaşı gedən kardial patalogiyalı diabetik kardiovaskulyar vegetativ neyropatiya əlamətlərinin polisindromal olması, bu ağırlaşmaların diaqnostikasını çətinləşdirir, xəstələrin həyat keyfiyyətini azaldır, qəfləti ölüm riskini artırır [23].

Müasir ədəbiyyatda ŞD zamanı ürək-damar sistemi tərəfindən olan fəsadların adlandırılmasında müxtəlif terminlərdən istifadə olunur: diabetik kardiopatiya, diabetik kardiomiopatiya, diabetik ürək, ürəyin avtonom neyropatiyası, kardial avtonom neyropatiya, ürəyin diabetik mikroangiopatiyası, ürəyin spesifik diabetik mikroangiopatiyası, mikrokardiodistrofiya və s. [24,25,26]. Diabetik miokardidistrofiya termini altında müxtəlif nəşrlərdə şəkərli diabetli uşaqlarda spesifik simptomlar olmadan miokardın funksional vəziyyətinin dəyişilməsi nəzərdə tutulur [27]. Digər müəlliflər isə "kardial avtonom neyropatiya" dedikdə ürəyin ritm pozğunluğu şəklində özünü büruzə verən ürəyin spesifik zədələnməsini nəzərdə tuturlar [26].

Uşaq yaşlarında ŞD olan şəxslərdə diabetik miokardidistrofiya ürəyin parasimpatik innervasiyasının pozulması ilə 25%, simpatik innervasiyanın pozulması ilə 9%, sol mədəciyin diastolik funksiyasının pozulması ilə gedən miokardiodistrofiya 20%, sistolik funksiyasının pozulması ilə gedən miokardiodistrofiya 4,5% halda rast gəlinir [27]. Arterial hipertenziyanın ŞD olan uşaqlarda müxtəlif müəlliflərə görə rastgəlmə tezliyi 10-30% arası dəyişir [28, 29].

ŞD zamanı kardiovaskulyar ağırlaşmaların əmələ gəlməsində bir çox patogenetik mexanizmlər rol oynayır: diffuz generalizə olunmuş patoloji prosses-ürək əzələsinin metabolizminin pozulması ilə gedən mikroangiopatiya, ürəyin sinir tənziminin pozulması,damarların endotelial disfunksiyası. ŞD-li xəstələrdə

miokardın funksiya pozğunluğu aterosklerotik dəyişikliklər olmadan da gedə bilər. Diabetik kardiomiopatiya və ya miokardiodistrofiya-tac damarların aterosklerotik dəyişiklikləri olmadan da inkişaf edir. Bu patoloji proseslərin əsasında ürək damarlarının mikroangiopatik dəyişiklikləri durur ki, mikrosirkulyator pozuntular da nəticəsində miokardın morfoloji və funksional dəyişikliklərinə gətirib çıxarır. ŞD zamanı mikroangiopatiyalar generalizə olunmuş səciyyə daşıyır. Mikroangiopatiyanın inkişafında əsas mexanizm-zülal, kollagen, qan laxtalanma sistemi komponenetlərinin, hemoqlobinin və s,nin qeyri-fermentativ qlikolizləşməsi nəticəsində əmələ gələn son məhsullardır.

Bəzi müəlliflərin fikrinə görə diabetik kardiopatiyanın patogenezində əsas rolu aktivləşmiş lipidlərin peroksidləşməsi prossesi və antioksidant müdafiənin zəifləməsi oynayır. Bu zaman kardiomiositlərin daxilinə sərbəst yağ turşularının oksidləşməsi nəticəsində əmələ gələn potensial toksiki aralıq məhsulların yığılmasına və miokard hüceyrələrində patoloji dəyişikliklərin inkişafına səbəb olur [26].

Bu patoloji proseslər kardiomositlərdə energetik defisitə səbəb olur və nəticədə miokardda funksional və ultrastruktur dəyişikliklər fonunda kardiomiopatiyanın metabolik əsası qoyulur [28].

ŞD zamanı aparılan EKQ göstərmişdir ki, dəyişikliklər spesifik olmasa da, ümumi populyasiya ilə müqayisədə ŞD-dən əziyyət çəkən uşaqlarda daha çox 68-84 % hallarda rast gəlinir [30]. ŞD uşaqlarda EKQ göstəricilərinin analizi müəyyənləşdirmişdir ki, ritm pozğunluğu-83%, keçiricilik pozulması-24%, repolyarizasiya dəyişiklikləri- 40% hallarda müşahidə edilir. 47% hallarda ŞD tip I uşaqlarda ketoasidoz zamanı QT intervalının uzanması qeydə alınmışdır [30].

Məlumdur ki, QT intervalının uzanması miokardın elektrik qeyri-sabitliyinin və həyati təhlükəli mədəcik aritmiyalarının əsas göstəricisidir.

Aparılan tədqiqatlar göstərmişdir ki, diabetik ürək həm mikrodamar zədələnmələri, həm də sinir tənziminin pozulması fonunda əmələ gəlir. Normada ürəyin sinir tənzimi əsasən parasimpatik sinir sistemi nəzarəti altında olur və energetik mobilləşmə dönəmlərində ürəyin fəaliyyətində əsas rolu simpatik sinir sistemi öz üzərinə götürür. Bu iki sinir sistemi,daimi dəyişən daxili və xarici mühit amillərinə qarşı ürək əzələsinin adaptasiyasını və requlyasiyasını tənzimləyir ki,periferik toxumaların oksigenlə adekvat təminatı bərpa olunsun [30].

Diabetik kardiovaskulyar avtonom neyropatiyanın olması ŞD xəstələrdə ürək-damar sisteminin adaptasion imkanlarını məhdudlaşdırır.

Hal-hazırda diabetik kardiovaskulyar avtonom neyropatiyanın inkişaf mexanizmini izah edən 2 əsas nəzəriyyə mövcuddur: metabolik və hemodinamik.

Metabolik nəzəriyyə qlükozanın poliol yolu ilə oksidləşməsinin aktivləşməsi, xroniki hiperqlikemiya və hiperlipidemiyanın zədələyici təsirlərinə əsaslanır.

Hemodinamik nəzəriyyə isə, mikrosirkulyator dəyişikliklər mikroangiopatiya və sinir köklərinin xroniki hipoksiyasını əsas nəzərdə tutur [26, 31].

ŞD ürək-damar sistemi fəsadlarına ən çox ürəyin işemik xəstəlikləri aid edilsə də, hiperqlikemiyanın zədələdiyi aparıcı sistemlərdən biri də ürəyin keçirici sistemidir [32]. 38 il müddətində aparılmış Framinqem tədqiqatı zamanı müəyyən olunmuşdur ki, ŞD qulaqcıq fibrilyasiyasının birbaşa səbəbkarıdır [33].

Xaksli R.R. və digər həmmüəlliflərin [34] apardığı meta-analiz zamanı müəyyən olunmuşdur ki, qulaqcıq fibrilyasiyası ŞD şəxslərdə digər populyasiya ilə müqayisədə 40% çox rast gəlinir. Son zamanlarda hipoqlikemiyanın mədəcik aritmiyasını provokasiyaedici olduğunu sübut edən çoxsaylı araşdırmalar aparılmışdır [35, 36].

ŞD zamanı qulaqcıqların fibrilyasiyası ürək-damar sistemi xəstəliklərinin rastgəlmə tezliyini və ölüm hallarını artıran səbəblərdən biridir [37]. Framinqemn araşdırmasında sübut olunmuşdur ki, ŞD qulaqcıq fibrilyasiyanın əmələ gəlməsində əsas və sərbəst faktordur [38] və bu prosesin patogenezində bir çox amillər rol oynayır. Onun əsasını miokardın elektrik və anatomik remodelləşməsi təşkil etsə də qulaqcıq fibrilyasiyası üçün xarakteristik anatomo-histoloji əlamət - patoloji ritmi yaradan yayılmış fibroz toxumanın mövcudluğudur.

Bu zaman fibroz sahənin genişlənməsi, qulaqcıq fibrilyasiyasının paroksizmal formasının daimi formaya keçməsinə və müalicəsində antiaritmik dərmanlara qarşı dözümlüyün yaranmasına səbəb olur [39, 40].

Kato T. və həmmüəlifləri [41] siçanlar üzərində apardıqları tədqiqatlarında sübut etmişlər ki,qulaqcıq fibrilyasiyasının inisiasiyasında diabet-asossasiyalı qulaqcıq fibrozu rol oynaya bilər. Güman olunur ki, ŞD zamanı fibroz prosesin başlanmasına sistem və hüceyrəvi oksidativ stress səviyyəsinin yüksəlməsi səbəb ola bilər [42].

ŞD şəxslərdə avtonom neyropatiyanın əlamətlərinin meydana çıxmasında vegetativ sinir sistemində tarazlığın pozulması və onun simpatik şöbəsinin üstünlüyü sayəsində qulaqcıq fibrilyasiyasının inkişafı əsas rol oynayır [43].

Otake H. və həmmüəlifləri [44] streptozin-induktə olunmuş ŞD siçanlar modelində sübut etmişlər ki, simpatik sinir sisteminin aktivliyinin yüksəlməsi kontrol qrupla müqayisədə qulaqcıq fibrilyasiyasının rastgəlmə tezliyini artırır. ŞD siçanlar üzərində daha ətraflı araşdırmalar zamanı, qulaqcıqların effektiv refrakter dövrünün qısalması və effektiv refrakter dövrünün dispersiyasının artması qeyd olunmuşdur.

Başqa bir tədqiqatda müəyyən olunmuşdur ki,atılım fraksiyası saxlanılmış ŞD xəstələrdə nəbzin bərpa sürətinin azalması və qulaqcıq fibrilyasiyası arasında çox böyük bir əlaqə vardır [45]. Bütün bu qeyd olunan klinik və laborator tədqiqatlar sübut edir ki, ŞD şəxslərdə qulaqcıq fibrilyasiyasının patogenezində vegetativ sinir sisteminin disfunksiyası mühüm rol oynayır.

Ürəyin keçirici sisteminin remodelləşməsinin əsas komponentlərinə aşağıdakılar aid edilir: qulaqcıq effektiv refrakter periodun qısalması, effektiv refrakter dövrün dispersiyasının çoxalması, qulaqcıq daxili keçiriciliyin ləngiməsi [44.46].

Acar G. və həmmüəllifləri [47] öz tədqiqatları ilə sübut etmişlər ki, ŞD-li xəstələrdə kontrol qrup ilə müqayisədə qulaqcıq daxili və qulaqcıqarası keçiricilikdə impuls ləngiməsi daha sıx rast gəlinir. Qlikemiyanın kəskin dəyişiklikləri, elektrolit və turşu-qələvi balansının kəskin pozulmaları ŞD olan şəxslərdə aritmiyanı yaradan başlıca səbəblərdən biri hesab olunurlar.

ŞD-in ürək-damar fəsadlarından biri də mədəcik repolyarizasiyasının pozulması hesab olunur. Mədəcik repolyarizasiyasının pozulması özü də QT intervalının uzanması ilə müəyyən edilir [48].

Chen-Scarabelli C. və həmmüəlliflərinin [49] tədqiqat işi elektrokardiostimulyator ilə implant qoyulmuş ŞD xəstələrdə qlikohemoqlobinin (HbA1C) səviyyəsi və mədəcik aritmiyası riski arasında əlaqənin öyrənilməsinə yönəlmişdir. Tədqiqatda 141 ŞD və 195 nəfər kontrol qrupu götürülmüşdür. Aşkar olunmuşdur ki, spontan mədəcik aritmiyası rastgəlmə tezliyi, QT intervalının uzanmasından deyil, HbA1c (8-10%) səviyyəsindən, yəni ki, xronik hiperqlikemiyadan və qlikemik nəzarətin yetərsiz olmasından asılıdır [49].

Başqa bir tədqiqatda sübut olunmuşdur ki, mədəcik aritmiyasının başqa bir xəbərçisi olan T dişciyinin mikroalternasiyası, aşikar ürək-damar sistemi fəsadı verməyən ŞD xəstələrdə kontrol qrupla müqayisədə daha çox rast gəlinir [35].

Eyni zamanda müəyyən edilmişdir ki, qeyri-tipik T dişciyinin mikroalternasiyası olan xəstələrdə HbA1c səviyyəsi daha yüksək olur. HbA1c 1% artması qeyri-tipik T dişciyinin mikroalternasiyasının rastgəlmə riskini 13 dəfə artırır. Qlikemik nəzarətin yetərsiz olması isə QT intervalının uzanmasından asılı olmayaraq spontan mədəcik aritmiyası riskini artırır [12].

Bütün bu nəticələr bir daha onu sübut edir ki,diabetli şəxslərdə miokardın elektrik qeyri-sabitliyi mövcuddur və bu vəziyyət özü də mədəcik aritmiyası üçün miokardın çapıq dəyişiklilkləri və işemik xəstəliyi olmadan da potensial substrat yaradır [50]. Diabetik sensor neyropatiya həmçinin,həm mədəcik aritmiyasına,həm də qəfləti ölümə səbəb olur.

Digər bir randomizə olunmuş prospektiv tədqiqatda müəlliflər sübut etmişlər ki, hipoqlikemiya epizodları və mədəcik aritmiyası arasında birbaşa əlaqə mövcuddur.Tədqiqat zamanı insulin vəya sulfoniluriya həbləri qəbul edən 30, kontrol qrupda isə hipoqlikemiya vermə ehtimalı daha aşağı olan şəkərsalıcı həblər qəbul edən 12 ŞD şəxs iştirak etmişdir.Tədqiqatın yekununda, hipoqlikemiya və "lal" mədəcik aritmiyası halları daha çox birinci qrupda rast gəlinmişdir [35].

Hipoqlikemiyanın mədəcik aritmiyasına səbəb olma riskini öyrənən daha sonrakı elmi-tədqiqat işini Pistrosch F. və həmmüəllifləri aparmışdır [36].

Baxmayaraq ki, yuxarıda adları çəkilən tədqiqatlar nəticəsində ŞD xəstələrdə hipoqlikemiya və mədəcik aritmiyası arasında olan səbəb-nəticə əlaqələri haqqında tam təssəvvür yaranmır, yenə də, əminliklə demək olar ki, belə xəstələrdə olan hipoqlikemiyalar mədəcik aritmiyasının yaranmasında provokasiyaedici bir səbəbdir. Bu öz növbəsində vegetativ sinir sisteminin simpatik şöbəsini stimulyasiya etməklə QT intervalının uzanmasına gətirib çıxarır [51].

ŞD nəinki ürəyin işemik xəstəliyini şərtləndirir, həmçinin, mədəcik aritmiyasına səbəb olan substratın formalaşmasında başlıca rol oynamaqla onun gedişatını daha da ağırlaşdırır [52].

Beləliklə, qulaqcıq fibrilyasiyası və mədəcik aritmiyası şəkərli diabet zamanı ən şox rast gəlinən aritmiya olmaqla xəstələrin həyat keyfiyyətini azaldır,ürək-damar sistemi tərəfindən bir çox fəsadlara səbəb olmaqla onların orta yaşama müddətini azaldır.

Şəkərli diabet tip I uşaqlarda diabetin labil gedişatı kardivaskulyar avtonom neyropatiya və miokardın diabetik distrofiyasını sürətlə inkişaf etdirərək, erkən yaşlardan ÜDS xəstəliklərinin başlanğıcını qoymuş olur. Kardiovaskulyar avtonom neyropatiyanın miokardın diabetik distrofiyası ilə müşayət olunması zaman ŞD tip 1-li uşaqlarda xəstəliyin dekompensasiya və kompensasiya mərhələlərində ürək fəaliyyətinin vegetativ tənzimlənməsinin və ürəyin ritm pozğunluqlarının öyrənilməsi üçün müasir qeyri-invaziv müayinə

üsulları köməyi ilə erkən diaqnostikanın və profilaktikanın aparılması baxımından böyük praktik əhəmiyyət kəsb edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Alberti K.G., Zimmet P.Z. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications/ Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation // Diabet. Med., 1998, v.15(7), p.539-53.
2. Diagnosis and classification of diabetes mellitus // Diabetes Care, 2007, v.30 suppl 1, p.42-7.
3. Sperling M.A., A. Diabetes mellitus. //In Sperling MA, editor. Pediatric Endocrinology. Philadelphia: Saunders; 2008,p.374-421.
4. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006-2007 //Pediatric Diabetes, 2006, v.7, p.343-351.
5. Unger RH, Foster DW, Wilson JD, Kronenberg HM, Larsen PR. //16 th Ed, Williams Textbook of Endocrinology, Philedelphia: WB Saunders Company, 1998, p.973-1059.
6. Federation ID. // IDF Diabetes Atlas. 2015. 7th Ed.
7. Harjutsalo V., Sund,. R., Knip. M.,Groop P.H. Incidence of type 1 diabetes in Finland. //JAMA, 2013, v.310, p.427-428.
8. Ziegler A.G., Rewers M., Simell O. et al. Seroconversion to multiple islet autoantibodies and risk of progression to diabetes in children.// JAMA, 2013, v.309, p.2473-2479.
9. Global Prevalence of Diabetes Estimates fort he year 2000 and projetions for 2030.// Diabetes care 2004, v.27, p.1047-1053.
10. De Catherina R. Endothelial dysfunctions: common denominators in vasculer disease.// Curr. Opin. Lipidol., 2000, v.11, p.9-23.
11. Stehouwer C.D., Lambert J., Donker A.J., Hinsberg V.W. Endothelial dysfunction and pathogenesis of diabetic angiopathy // Cardiovasc. Res., 1997, v. 34, p.55.
12. Vinik I.A., Dan Ziegler Diabetic Cardiovascular Autonomic Neuropathy // Circulation-Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine, 2007, v.115, p.387-397.
13. Valensi P., Sachs R.N., Harfouche B. et al. Predictive value of cardiac autonomic neuropathy in diabetic patients with or without silent mycardial ischemia.// Diabetes Care. 2001, v.24, p.339-343.
14. Aaron I.V., Derek LeRoith,Controversies in Treating Diabetes // Clinical and Research Aspects. 2008, p.109-135
15. Karamanos B.,Thanopoulou A.,Prossinos V. et al. // Nutrition, Metabolism and Cardiovascular diseases, 2008, v.18, p.373-379.
16. Lind L., Lithell H., Hvarfner A. et al. On the relationships between mineral metabolism,obesity and fat distributiuon // Eur. Journal Clin. Invest., 1993, v.23(5), p.307-10.
17. Дедов И.И. Диабет как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний // Сердечная недостаточность, 2003, №1, с.12-15.
18. Гнусаев С.Ф., Иванов Д.А. Раннее выявление и профилактика осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у детей с сахарным диабетом. Тверь: РИЦ ТГМА, 2002, 36 с.
19. Верткин А.Л. и др. Диабетическая кардиоваскулярная автономная нейропатия // Сахарный диабет, 2004, №1, с. 38-44
20. Соколев Е.В. Диабетическое сердце: причины развитие кардиомиопати // Проблемы эндокринологии, 1996, №6, с.14-16.
21. Kannel W.B., McGee D.L. Diabetes and cardiovascular risk factor: the Farmingham study //Circulation, 1979, v.59, p.8-13.
22. Жаров Е.И., Казанков Ю.Н., Лагуткин Д.И. Безболевая ишемия миокарда у больных сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца // Кардиология, 1993, № 8, с.73-77.
23. Нарушения ритма сердца при коронарной недостаточности и и их связь с ишемией миокарда / А. А. Яловец и др. // Вестник аритмологии, 2004, №35, с.105
24. Шустов С.Б.и др. Функциональное состояние и особенности нарушений ритма сердца у больных диабетической кардиоваскулярной вегетативной нейропатией // Вестник Рос. Ассоциации эндокринологов, 2007, №14, с.1-3.
25. Верткин А.Л. Ткачева О.Н., Новикова И.М. Безболевая ишемия и диабетическая автономная нейропатия // Рус. мед. журн., 2005, № 15, с.1036-1038.
26. Халимов Ю. Функциональные аспекты диабетической кардиоваскулярной нейропатии. Автореф. дис. ... докт. мед. Наук. СПб., 2003, 35 с.
27. Верткин А.Л. Безболевая ишемия и диабетическая автономная нейропатия /А.Л.Верткин, О.Н.Ткачева, И.М.Новикова //Рус. мед. журн. 2005, Т.13, № 15, с.1036-1038.

28.Дианов О.А., Гнусаев С.Ф., Иванов Д.А., Яковлев Б.Н. Кардиоваскулярные нарушения у детей при сахарном диабете // Сахарный диабет. 2005. № 4, с.40-44.

29.Дедова И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководств. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008, 1072 с.

30.Чернышева Ю.А. Клинико-функциональная характеристика сердечно-сосудистой системы у детей с сахарным диабетом 1-го типа: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Омск, 2005, 21с.

31.Алимова И.Л., Козлова Л.В., Сухоруков В.С. Сердечно-сосудистые осложнения при сахарном диабете 1-го типа у детей и их коррекция // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2004, № 4, с.24-29

32.Дианов О.А., Гнусаев С.Ф., Иванов Д.А., Яковлев Б.Н. Кардиоваскулярные нарушения у детей при сахарном диабете // Сахарный диабет, 2005, №4, с.40-44.

33.Алимова И.Л., Козлова Л.В. Роль кардиальной автономной нейропатии в нарушении циркадного профиля АД при сахарном диабете 1-го типа у детей // Сибирский медицинский журнал, 2005, № 3, с.75.

34.Kuppermann N., Park J., Glatter K. et al. Prolonged QT interval corrected for heart rate during diabetic ketoacidosis in children // Arch Pediatr Adolesc Med., 2008, v.162, p.544-549.

35.Дедов И.И., Петеркова В.А. Руководство по детской эндокринологии. М.: Универсум Паблишинг, 2006, 600 с.

36.Garcia M.J., McNamara P.M., Gordon T., Kannel W.B. Morbidity and mortality in diabetics in the Framingham population. //Sixteen year follow-up study. Diabetes, 1974, v.23, p.105-111.

37.Benjamin E.J., Levy D., Vaziri S. et al. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort // JAMA, 1994, v.271, p.840-844.

38.Huxley R.R., Filion K.B., Konety S., Alonso A. Meta-analysis of cohort and case-control studies of type 2 diabetes mellitus and risk of atrial fibrillation // Am J Cardiol., 2011, v.108, p.56-62.

39.Stahn A., Pistrosch F., Ganz X. et al. Relationship between hypoglycemic episodes and ventricular arrhythmias in patients with type 2 diabetes and cardiovascular diseases: silent hypoglycemias and silent arrhythmias // Diabetes Care, 2014, v.37, p.516-520.

40.Pistrosch F., Ganz X., Bornstein S.R. et al. Risk of and risk factors for hypoglycemia and associated arrhythmias in patients with type 2 diabetes and cardiovascular disease: a cohort study under real-world conditions //Acta Diabetol, 2015, v.52, p.889-895.

41.Ball J., Carrington M.J., McMurray J.J., Stewart S. Atrial fibrillation: profile and burden of an evolving epidemic in the 21st century. //Int J Cardiol., 2013, v.167, p.1807-1824.

42.Movahed M.R., Hashemzadeh M., Jamal M.M. Diabetes mellitus is a strong, independent risk for atrial fibrillation and flutter in addition to other cardiovascular disease.// Int J Cardiol., 2005, v.105, p.315-318.

43.Burstein B., Nattel S. Atrial fibrosis: mechanisms and clinical relevance in atrial fibrillation // J Am Coll Cardiol., 2008, v.51, p.802-809.

44.Corradi D. Atrial fibrillation from the pathologist's perspective// Cardiovasc Pathol.,2006,v.23,p71-84.

45.Kato T., Yamashita T., Sekiguchi A. et al. What are arrhythmogenic substrates in diabetic rat atria?// J Cardiovasc Electrophysiol., 2006, v.17, p.890-894.

46.Dudley S.C., Hoch N.E., McCann L.A. et al. Atrial fibrillation increases production of superoxide by the left atrium and left atrial appendage: role of the NADPH and xanthine oxidases // Circulation, 2005, v.112, p.1266-1273.

47.Pop-Busui R. Cardiac autonomic neuropathy in diabetes: a clinical perspective // Diabetes Care, 2010, v.33, p.434-441.

48.Otake H., Suzuki H., Honda T., Maruyama Y. Influences of autonomic nervous system on atrial arrhythmogenic substrates and the incidence of atrial fibrillation in diabetic heart // Int Heart J., 2009, v.50, p.627-641

49.Negishi K., Seicean S., Negishi T. et al. Relation of heart-rate recovery to new onset heart failure and atrial fibrillation in patients with diabetes mellitus and preserved ejection fraction. //Am J Cardiol., 2013, v.111, p.748-753.

50.Heijman J., Voigt N., Nattel S., Dobrev D. Cellular and molecular electrophysiology of atrial fibrillation initiation, maintenance, and progression // Circ Res., 2014, v.114, p.1483-1499.

51.Acar G., Akcay A., Sokmen A. et al. Assessment of atrial electromechanical delay, diastolic functions, and left atrial mechanical functions in patients with type 1 diabetes mellitus // J Am Soc Echocardiogr., 2009, v.22, p.732-738

52.Cardoso C.R., Salles G.F., Deccache W. Prognostic value of QT interval parameters in type 2 diabetes mellitus: results of a long-term follow-up prospective study // J Diabetes Complications, 2003, v.17, p.169-178.

53.Chen-Scarabelli C., Scarabelli T.M. Suboptimal glycemic control, independently of QT interval duration, is associated with increased risk of ventricular arrhythmias in a high-risk population //Pacing Clin Electrophysiol., 2006, v.29, p.9-14.

54.Faerman I., Faccio E., Milei J. et al. Autonomic neuropathy and painless myocardial infarction in diabetic patients. //Histologic evidence of their relationship. Diabetes., 1977, v.26, p.1147-1158.

55.Laitinen T., Lyyra-Laitinen T., Huopio H. et al. Electrocardiographic alterations during hyperinsulinemic hypoglycemia in healthy subjects // Noninvasive Electrocardiol., 2008, v.13, p.97-105.

56.Aronson D., Burger A.J. Diabetes and the occurrence of ventricular arrhythmic events in patients with severe left ventricular dysfunction.// Diabetologia, 2002, v.45, p.1440-1445.

Резюме

Современные аспекты развития кардиоваскулярной автономной нейропатии у детей при сахарном диабете

Л.Б.Алиева

Краткий обзор механизмов возникновения кардиоваскулярной формы автономной нейропатии у детей с сахарным диабетом приведены ниже. Показаны нарушения биоэлектрической стабильности миокарда и сердечного ритма на фоне изменений миокарда при сахарном диабете.

Summary

Modern developmental aspects of cardiovascular autonomic neuropathy in children with diabetes mellitus

L.B.Aliyeva

Resume about mechanisms of cardiovascular autonomic neuropathy in children with diabetes mellitus. Have shown about bioelectric unstability and heart rhythm duiring the changes in myocardium in diabetes mellitus.

Daxil olub:11.01.2017

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА -590 CT ГЕНА IL-4 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

С.Г.Магеррамова

Институт генетических ресурсов НАНА, г.Баку

Açar sözlər: IL-4 geninin polimorfizm assosiasiyası, uşaqlar, ağciyər patologiyaları
Ключевые слова: ассоциации полиморфизма -590 CT гена IL-4, дети, легочные патологии
Keywords: polymorphism associations -590 CT of IL-4 gene, children, pulmonary pathologies

В настоящее время высказывается предположение о связи генетически детерминированной гипер- и гипопродукции цитокинов с качеством иммунного ответа, ассоциативности аллельных вариантов генов цитокинов с тяжестью и продолжительностью инфекционных заболеваний.

Структурные особенности белковых продуктов полиморфных генов цитокинов обуславливают дифференциацию иммунного ответа организма на бактериальную агрессию, определяемую течение и исход инфекционных заболеваний.

Гены цитокинов имеют аллельные варианты, характеризующиеся большей или меньшей активностью белка, либо различным уровнем его экспрессии. Показано, что полиморфные сайты C-590T гена IL-4, G-1082A гена IL-10, G-308A гена TNFA, ассоциированы с уровнем продукции соответствующих цитокинов.

В свете вышеизложенного представляется весьма актуальным изучение секреции in vitro про- и противовоспалительных цитокинов в ассоциации с анализом полиморфизма их генов при бронхолегочных заболеваниях, сепсисе и ЛИВЗ у детей грудного возраста, что, в свою очередь, может быть положено в основу разработки новых подходов к прогнозированию ее клинического течения.

Впервые проведено комплексное, с использованием современных молекулярно-биологических методов, исследование региональных особенностей молекулярно-генетической предрасположенности

к развитию заболеваний органов дыхания у детей по 3-ем полиморфизмам генов про- и противовоспалительных цитокинов [1].

Проведен анализ ассоциации риска возникновения и развития основных фенотипических признаков острых заболеваний легких с полиморфными маркерами, ранее не исследованными в Азербайджане. Установлено, что полиморфизмы -590 CT гена IL-4 ассоциированы с риском развития острой легочной патологии у детей в зависимости от возраста [2]. Полиморфизмы - 308 G/A гена TNF-α является протективным фактором в отношении аллергического бронхита у пневмонии у детей грудного возраста [3].

Полученные данные открывают дополнительные возможности в оценке предикторов развития бронхолегочной патологии у детей. Они могут служить объективным критерием для формирования групп риска по заболеваниям легких у детей и разработки индивидуальных дифференцированных программ первичной и вторичной профилактики с учетом данных генотипирования [4].

Целью исследования явилось изучение ассоциации полиморфизма -590 ct гена il-4 с риском развития острой легочной патологии у детей.

Материалы и методы исследования. В ходе работы было проведено комплексное лабораторное обследование 179 детей.

Все обследованные дети были подразделены на 2 группы. Бронхит (группа 1) диагностирован у 111 детей. Вторую группу (группа 2) составили 69 детей с острой пневмонией условно здоровых детей. ПЦР-исследования мокроты были проведены у 48 пациентов (96%). В 38 образцах (79%) выявлена ДНК M.pneumoniae, в 3 (6%) - S. aureus, в 2 (4%) - CMV.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные дают основание заключить, что применение ПЦР позволяет значимо увеличить возможность определения M.pneumoniae в пробе (мокроте) в сравнении со стандартными микробиологическими методами (79±5,8% и 25±7,2%, соответственно).

Были проведены ПЦР-исследования мазков из носоглотки лиц контрольной группы. Из 52 исследованных образцов в 39 (75%) определено наличие ДНК S. pneumoniae. ДНК других микроорганизмов обнаружено у 43 пациентов (83%). В 39 образцах из носоглотки (75%) было определено наличие ДНК H.influenzae, в 9 образцах (17%) - Candida spp., в 2 образцах (4%) - S. aureus. ДНК M.pneumoniae и CMV не выявлена.

Микробиологическое исследование крови было проведено у 3 пациентов исследуемой группы, роста S. pneumonia обнаружено не было. Была предпринята попытка оценить в данной ситуации диагностическую значимость ПЦР-исследования при использовании в норме стерильной среды организма, а именно крови. У 44 пациентов (88%) исследуемой группы была исследована кровь при помощи ПЦР на наличие ДНК S. pneumonia. ДНК этого возбудителя была обнаружена в 11 образцах крови (25%). Все результаты ПЦР-исследований крови 44 пациентов (88%) исследуемой группы на наличие ДНК Candida spp, S. aureus, H. Influenza и CMV были отрицательными.

Для определения диагностической значимости обнаружения ДНК S. pneumonia в крови при пневмонии методом ПЦР, нами были изучены образцы крови лиц контрольной группы. При исследовании 52 образцов крови лиц контрольной группы только в одном случае получен положительный сигнал (2%). В этой ситуации могут возникнуть предположения о возможном ложно положительном результате ПЦР.

Однако, как было показано Gillespie S.H. et al. В 2000 году, S pneumonia обладает способностью к инвазивным процессам без наличия каких-либо клинических проявлений, особенно у детей.

Таким образом, по нашим данным, вероятность этиологической значимости S pneumoniae в развитии заболевания при обнаружении видового маркера в крови может достигать 98% ДНК Candida spp.; S. aureus, H. influenzae и CMV в крови методом ПЦР не обнаружена.

При ПЦР-исследовании различных биосубстратов при развитии пневмонии, как указано выше, были зафиксированы случаи S pneumoniae, которая определена в нашей работе как ПЦР-обнаружение ДНК возбудителя в крови.

В работе был проведен анализ возможного влияния различных факторов на определение ДНК S pneumoniae в крови, а именно:

1) факторов патогенности самого возбудителя S pneumoniae,

2) микст инфицирования респираторного тракта,

3) тяжести клинического течения сепсиса.

Таким образом, частота обнаружения S pneumoniae в патологическом материале, полученном от больных внебольничными пневмониями, значительно выше при применении ПЦР, чем при

микробиологическом исследовании: в мокроте (79% и 25%, соответственно) и в крови (25% соответственно).

S pneumoniae обладает способностью вызвать бактеремию у лиц без глубоких нарушений иммунного статуса чаще, чем другие исследованные условно-патогенные микроорганизмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахматова Н.К., Киселевский М.В. Врожденный иммунитет. М.: Практическая медицина, 2008.
2. Егорова Н.Б., Курбатова Е.А. Медицинская иммунология, 2008
3. Земсков А.М., Караулов. Иммунология, 2013.
4. Мавзютова Г.А., Тюрина Е.Б., Бикметова Н.Р. Медицинская иммунология, 2007.

Xülasə

Kəskin ağciyər patologiyasının inkişaf riski olan uşaqlarda IL-4-ün 590 ST gen polimorfizmi assosiasiyasının öyrıənilməsi

S.G.Məhhərmova

Tədqiqatın məqsədi kəskin ağciyər patologiyasının inkişaf riski olan uşaqlarda IL-4 –ün 590 ST gen polimorfizmi assosiasiyasının öyrənilməsindən ibarət olmuşdur. Tədqiqatın gedişatında 179 uşağın müayinəsi aparılmışdır. Bütün uşaqlar 2 qrupa ayrılmışdır. I qrupda bronxit (111 uşaq) aşkar edilmişdir. İkinci qrupada isə kəskin pnevmoniya olan şərti sağlam uşaqlar olmuşdur (69 uşaq). 48(96%) xəstədə bəlğəmin PZR diaqnsotikası aparılmışdır. 38(79%) nümunədə M.pneumoniae, в 3 (6%) - S. aureus, 2 (4%) - CM DNT aşkar edilmişdir. Beləliklə, qeyri-xəstəxana pnevmoniyalı xəstələrdən götürülmüş patoloji materialda S pneumoniae-in aşkar edilmə tezliyi mikrobioloji müayinələrə nisbətən PZR ilə daha yüksək olmuşdur. Mikrobioloji müayinələrdə müvafiq olaraq: bəlğəmdə 79% və 25%; qanda- 25% olmuşdur.

Summary

Study of polymorphism polymorphism association -590 ST IL-4 gene with risk development of acute pulmonary pathology in children

S.G.Meherramova

The aim of the study was to study the association of polymorphism -590 of the i-4 gene with the risk of developing acute pulmonary pathology in children. In the course of the work, a comprehensive laboratory examination of 179 children was carried out. All examined children were divided into 2 groups. Bronchitis (group 1) was diagnosed in 111 children. The second group (group 2) comprised 69 children with acute pneumonia of conditionally healthy children. PCR-sputum examination was performed in 48 patients (96%). In 38 samples (79%) M.pneumoniae DNA was detected, in 3 (6%) - S. aureus, in 2 (4%) - CMV. Thus, the detection rate of S pneumoniae in pathological material obtained from patients with community-acquired pneumonia is significantly higher with PCR than in microbiological testing: in sputum (79% and 25%, respectively) and in blood (25%, respectively).

Daxil olub:17.01.2017

HÜNDÜRLÜKDƏN YIXILMA ZAMANI BƏDƏN XƏSARƏTLƏRİNƏ BİOMEXANİKİ ŞƏRAİTİN TƏSİRİ

M.O.Bünyatov, Ə.B.Mevliyev, S.Ç.Cəfərov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: hündürlükdən yıxılma, biomexaniki model, mexaniki xəsarətlər, kinetik enerji.

Ключевые слова: падение с высоты, биомеханическая модель, механические повреждение, кинетическая энергия

Key worlds: fall from height, bio-mechanical model, mechanical injuries, kinetic energy

Hündürlükdən yıxılma mexaniki travmaların ən mürəkkəb və az araşdırılmış növlərindəın biridir. 30 il bundan əvvəl ölümlə nəticələnən travmalardan hündürlükdən yıxılma hadisələri cəmi 4,6-6,4% təşkil edir [1,2,3,4]. Hal-hazırda ölümlə nəticələnən mexaniki travmalar arasında hündürlükdən yıxılma hadisələri yol nəqliyyat hadisələrindən sonra ikinci yer tutur [1,2,5,6,7,8,9]. Bir sıra alimlərin tədqiqatların nəticələrinə görə, ölümlə nəticələnən mexaniki travmalardan hündürlükdən yıxılma hadisələri 39,9% təşkil edir. Bu statistik yüksəliş digər ölkələrdə də müşahidə olunur. Məsələn, ABŞ-da hər il hündürlükdən yıxılma zamanı 19 min nəfər insan ölür [11,12,14,18]. XX əsrdə məhkəmə təbabəti ədəbiyyat;nda bu problemlə bağlı çox az elmi işlər dərc olunmuşdur. Xarici ədəbiyyatda əsas bu travmanın klinik aspektlərinə diqqət yetirilmişdir. Hündürlükdən yıxılma hadisələrinin diaqnostikasının çətinliyi, həmin növ travmanın mürəkkəb olması ilə əlaqədardır, çünki yıxılmalar müxtəlif vaxtlarda, şəraitlərdə və mexanizmlərdə ola bilər. Öyrənilən

problemin analiz metodikasının və vahid terminalogiyanın olmamasına görə ciddi problemlər meydana çıxır.

A.A.Soloxin və Y.A.Soloxin [2] tərəfindən hündürlükdən yıxılma probleminin məhkəmə təbabəti ədəbiyyatında əks olunması geniş təhlil olunmuşdur. Müəlliflər hündürlükdən yıxılmanın müxtəlif variantlarını, müxtəlif orqanların və bədən hissələrinin zədələnməsinin xüsusiyyətlərini geniş təsvir etmişlər. Bununla yanaşı müəlliflər tərəfindən praktik ekspertlər üçün metodik tövsiyələrdə hündürlükdən yıxılma probleminin həlli üçün elmi əsaslandırılmış morfoloji məlumatların olmamasının və yıxılmanın başlanğıc şaquli və üfüqi sürətini qeyd etmək tövsiyə olunmuşdur. Dünya ədəbiyyatında alimlərin əksəriyyəti yıxılmanın hündürlüyünün artması zamanı zədələnmələrin də həcminin artmasını qeyd etmişlər [1,2,3,4]. Bütün Avropa, Asiya və Amerika tədqiqatçılarının elmi araşdırmalarında hündürlükdən yıxılma zamanı zədələnmə şəraitinin formalaşması və bu zədələnmələrin təsnifatı barədə ətraflı məlumatlar verilməmişdir. Bundan əlavə, bu tədqiqatlarda başlıca olaraq statistik, sosioloji və klinik cəhətdən qiymətləndirilmiş praktik materiallar istifadə edilmişdir. Lakin, eksperimental tədqiqat metodundan istifadə edilməmiş və biomexaniki analiz aparılmamışdır.

A.A.Soloxin, Y.A.Soloxin [1,2,3] və digər müəlliflər hündürlükdən yıxılma zamanı zədələnmənin xarakterinə çoxsaylı faktorların təsir göstərdiyini qeyd etmişlər. Bu faktorlar arasında kinetik enerjinin yerə təmas edən bədən sahəsinin yerə zərbə bucağını, həmçinin zədələnən orqanın fərdi xüsusiyyətləri göstərilmişdir. Lakin yerə zərbə anında səth ilə təmas zamanı bədənin kinetin enerjisi mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bu isə 2 əsas parametrlə - bədən çəkisi və zərbə zamanı bədənin düşmə sürəti ilə müəyyən edilir.

Onu da qeyd etmək lazımdır ki, hündürlükdən yıxılma zamanı aerodinamika qanunları bədənin düşməsinin maksimal sürətini məhdudlaşdırır. Bu havanın müqaviməti ilə şərtlənir və bədənin hündürlükdən düşməsi zamanı tormozlayıcı təsir göstərir. Eksperimentlərdə riyazi və aerodinamik hesablamalar göstərir ki, bədən hündürlükdən sərbəst düşməyə başlayandan 12 saniyədən sonra düşmənin sürəti praktik olaraq daim 65 m/s-ya çatır [5,11,12,16]. Ümumdünya cazibə qanununa görə sərbəst düşmənin sürəti bədən çəkisindən və ölçülərindən aslı deyil. Bu göstərir ki, hündürlükdən yıxılma zamanı bədənin hərəkət sürəti yalnız hündürlükdən asılıdır.

Bütün bunları tərəfimizdən aparılan tədqiqatı **məqsədi** müxtəlf hündürlükdən yıxılma zamanı bədənin zədələnməsinin morfoloji, biomexaniki və fiziki-riyazi təhlili olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata yalnız bədənin sərbəst düşməsi yəni bədən hündürlükdən düşərkən trayektoriyasında heç bir maneyəyə rast gəlməyən və əlavə xəsarətlərin olmadığı cəlb edilmişdir. Tədqiqatın obyekti hündürlükdən yıxılaraq ölmüş şəxslərin meytlərinin praktik məhkəmə ekspertizası, həmçinin EMT və PA ETT birliyinin arxiv materialları olmuşdur. Tədqiqatın aparılması zamanı hündürlükdən yıxılmalarda zədələnmələrin təsvirinin morfoloji metodunda onların kəmiyyət və keyfiyyətcə qiymətləndirilmələrindən antropometrik, biomexaniki analiz (kinetik enerjinin hesablanması, sürəti, sərbəst düşmə təcili və hündürlük) nəticələrin statistik analizi (korelyasiya, variasiya, reqressiya) riyazi analiz metodlarından istifadə edilmişdir. Cəmi 180 hündürlükdən yıxılma hadisəsi araşdırılmışdır. Onlardan 84 (46,6%) qadın, 96 (53,4%) kişi olmuşdur. Meyitlərin müayinəsi zamanı bədənin uzunluğuna və quruluşuna diqqət yetirilmişdir. Bədən çəkisi Brok indeksindən istifadə olunmaqla təyin edilmişdir. Hündürlükdən yıxılmalar zamanı zədələnmələrin morfologiyasını analiz edərək aşağıdakı nəticəyə gəlinmişdir: Kontakt zədələnmələr (1-ci qrup) yəni birbaşa zədələnmələr nəticəsində olan xəsarətlər öz xarakterinə görə çox müxtəlifdir. Yalnız yıxılmanın sahəsi ilə müəyyən edilir. (baş, bədən və ya aşağı ətraflar). Bununla yanaşı xarici və daxili zədələnmələr olan 1-li kontakt qrupunu ayırmaq lazımdır. 2-ci qrupa 2-li kontakt zədələnmələr daxil edilir. 3-cü qrupa isə bədənin ümumi silkələnməsindən yaranan zədələnmələr aiddir. Bu qrupa başı üstə yıxılma nəticəsində xarici kontakt xəsarətlərə hematomalar, sıyrıqlar, yaralar, daxili xəsarətlərə isə kəllə tağı və əsası sümüklərinin sınıqları, baş beyin əzilmələri aiddir. Ayaq üsdə yerə yıxılma zamanı birincili kontakt zədələnmələr, topuq, yaxud baldır və diz nahiyəsində lokalizə olunur. Birincili daxili kontakt zədələnmələrə daban sümüklərinin və baldır sümüklərinin aşağı 1\3-nin kompression sınıqları aiddir.

Nəticələr və onalrın müzakirəsi. Hündürlükdən yıxılmalar zamanı gövdənin yerə dəyməsi nəticəsində xarici kontakt zədələnmələr praktik olaraq müşahidə olunmur. Birincili daxili kontakt zədələnmələrə qabırğaların çoxsaylı mürəkkəb sınıqları, eləcə də çanaq sümüklərinin sınıqları da aiddir. Bədənin ümumi silkələnməsi ilə müşahidə olunan zədələnmələrə qara ciyərin, dalağın, böyrəklərin ağ ciyərlərin cırılması və ya qansızmaları müşayiət olunur.

Beləliklə hündürlükdən yıxılma zamanı üç qrup zədələnmə formalaşır. Belə ki, başı üstə və ayaq üstə yıxılmalar zamanı hər üç qrup zədələnmə müşahidə olunur. Gövdəsi üstə yerə yıxılma zamanı isə gövdənin nahiyəsindən və ilkin kontaktın vəziyyətindən asılı olaraq ilkin xəsarətlər və bədənin ümumi silkələnməsi,

yaxud hər üç qrup zədələnmə aşkar oluna bilər. Gövdənin yan, ön, yaxud arxa səthinin yerə dəyməsi zamanı meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasında daha çox iki qrup zədələmə aşkar edilir: 1. Birincili kontakt zədələnmələr. 2. Bədənin ümumi silkələnməsi. Sağrı nahiyəsi üstünə yerə yıxılma zamanı ikinci xəsarətlər başı üstə və ya ayaq üstə yıxılmalara nisbətən daha az rast gəlinir. Bu başı üstə və ayaq üstə yıxılma zamanı bədənin ilkin kontaktından sonra insanın yıxılmasının davam etməsi və kinetik enerjinin hesabına ikincili zərbənin baş verməsi ilə əlaqədardır. Hündürlükdən yıxılmanın bu variantında kinetik enerji kontak zədələnmələrinin əmələ gəlməsinə və bədənin silkələnməsinə sərf olunur. Daha az kinetik enerji ikincili zədələnmələrin formalaşmasına sərf olunur. Gövdənin yerə dəyməsi zamanı kinetik enerjinin böyük hissəsi ilk növbədə bədənin ümumi silkələnməsi nəticəsində yaranan zədələmələrinə, daha az hissəsi isə birincili və ikincili zədələnmələrin formalaşmasına yönəldir. Gövdənin yerə dəyməsi zamanı kontakt sahəsi başı üstə və ayaq üstə yerə dəymənin kontak sahəsindən daha çoxdur. Buna görə də vahid sahəyə düşən kinetik enerjinin xüsusi çəkisi onun böyük göstəricilərinə baxmayaraq cüzidir. Başı üstə yıxılmalar zamanı kontakt zədələnmələr kontakt sahəsində meydana çıxır. Ayaq üstə və gövdə üstə yerə yıxılmalar zamanı daxili orqanların (qaraciyər, dalaq, ağciyər) zədələnmələri mənfi təcilin təsir göstərməsi nəticəsində formalaşır və kinetik enerjidən asılıdır.

Kinetik enerjinin analizi və daxili orqanların zədələnmələri göstərir ki, bu enerjinin əsas hissəsi daxili orqanların zədələnməsinə sərf olunur. Gövdəsi üstə yerə yıxılma zamanı daxili orqanların zədələnməsi kinetik enerjinin əhəmiyyəti barədə informasiya daşıyır və uyğun olaraq yıxılmanın hündürlüyü barədə məlumat verir.

Tərəfimizdən hündürlükdən sərbəst yıxılma zamanı zədələnmələrin formalaşmasının biomexaniki modeli hazırlanmışdır. Bu isə yerə düşmə zamanı zərbənin ümumi kinetik enerjisinin müəyyən etməyə imkan verən mütənasibliklər məcmusudur. Sonra isə hesablanmış kinetik enerjinin əsasında yıxılmanın hündürlüyünü və ilkin sürətlənmənin olub-olmamasını müəyyən etməyə imkan verir. Bununla yanaşı məhkəmə-tibb eksperti sürətlənmənin (özü və yaxud kənar şəxs tərəfindən itələnməsini) xarakterini müəyyən edə bilmir, lakin sürətlənmənin ölçüsünü təyin edə bilir və bununlada hadisənin baş verməsi haqqında orientasiyaya malik ola bilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Солохин А.А. Суд мед эксперт., 1984
2. Солохин А.А., Солохин Ю.А. Судебно медицинские аспекты травмы от падения с высоты. М., 1993
3. Солохин Ю.А. О классификации падения с высоты // Суд. мед. Экспертиза, 2005, №2, с.9-11
4. Чучко В.А., Судебно медицинская характеристика и дифференциальная диагностика повреждений при падении с высоты и из движущейся автомашины: Автореф. дис. … канд.мед.наук. Минск, 1992, 20 с.
5. Бунятов М.О. Некоторые биохимические аспекты судебно-медицинской экспертизы смертельных падений с высоты. Автореф. дисс. ... докт.мед.наук. М., 2001, 41с.
6. Жуков В.А. Судебно-медицинская оценка повреждений при различных условиях падения человека самой высоты. Барнаул 2007, 153с.
7. Томилин В.В., Корсаков С.А., Бунятов М.О. О биохимических условиях формирования повреждений тела при падении с высоты // Суд.мед.экспертиза, 2001, №4, с.8-11
8. Conon H., Koran E., Usmen M., İnvestigotoin of Factors Contributig ti fatce and Nonfatol Rovfer Fall incident // Const. Educ. Res., 2014, v.10, p.300-317
9. Hanapi N.M.Ç., Kamal M.M., İsmail M.İ. İdent fying Root Couss and mitigation measures of construction foll accidentgreading bus // Monog J., 2013, v.17, p.65-79.
10. Hu K., Rahmandad H., Smith-Jakson T.M., Windnester W. Factors influencing the risk of falls in the construction industry: A rivice of the evidence // Const. Manog. Econ., 2011, v.23, p.397-416
11. Kines P.A., Mikkelsen K.L. Effects of fiem size on tisks and reponting of evevation fall injney in construction trades // J. Occup-Mod., 2003, v.45, p.1074-1078
12. Курс теоретической механики. Учебник для вузов. М., 2011
13. Максимов А.В. Падение с большой высоты: аналитический обзор литературы //Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития. М., 2013, с.452-462
14. Павлова Г.В. Морфологическая характеристика и судебно-медицинская оценка повреждений при падении с высоты: Автореф. дис. … кан.мед.наук. М., 2005, 21с.
15. Lafonests Robitall Y., Lesage D. surface chokacterikistics-height, and the occunence and svenity of play graund-inj // Pnw., 2001, v.7(1), p.35-40

16.16World Health Organization. “Fact sheet 344

Резюме

Биомеханические условия формирования повреждений тела при падении с высоты

М.О.Бунятов, А.Б.Мевлиев, С.Ч.Джафаров

Нами разработана биомеханическая модель формирования повреждений при свободном падении с высоты, которая представляет собой совокупность уравнений, позволяющих установить общую кинетическую энергию удара о поверхность приземления. Затем на основе рассчитанной кинетической энергии возможно определение высоты падения и установление наличия или отсутствия предшествующего ускорения. При этом судебно-медицинский эксперт не может установить характер ускорения (самостоятельное отталкивание или выталкивание тела), но может определить величину ускорения и тем самым ориентироваться в обстоятельствах происшествий.

Summary

The impact of bio-mechanical condition on physical injuries during fall from height

M.O.Bunyatov, A.B.Mevliyev, S.C.Cafarov

Bio-mechanical model of the formation of the injuries in the free-fall from height has been developed by us. This is a combination of proportionalities which allows identifying total kinetic energy of the impact. Then it allows determining height of the falling on the base of the calculated kinetic energy and whether or not availability of the initial acceleration. Furthermore, forensic medicine expert cannot determine the character of the acceleration (pushing by himself or other person), however he determines the measures of the acceleration and therefore he may possess orientation on occurring of the accident.

Daxil olub:30.01.2017

İRƏLİ MƏRHƏLƏDƏ OLAN AĞIZ XƏRÇƏNGİNİN MÜALİCƏSİNDƏ BÖYÜK DÖŞ ƏZƏLƏSİ DƏRİ DİLİMİNİN İSTİFADƏSİ

M.M. Davudov, Ç.R.Rəhimov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: böyük əzələ dəri dilimi, rekonstruktiv əməliyyatlar, baş və boyun

Ключевые слова: большой пекторальный лоскут, реконструктивные операции, голова и шея.

Key words: pedicled pectoralis major flap, reconstructive surgery, head and neck area.

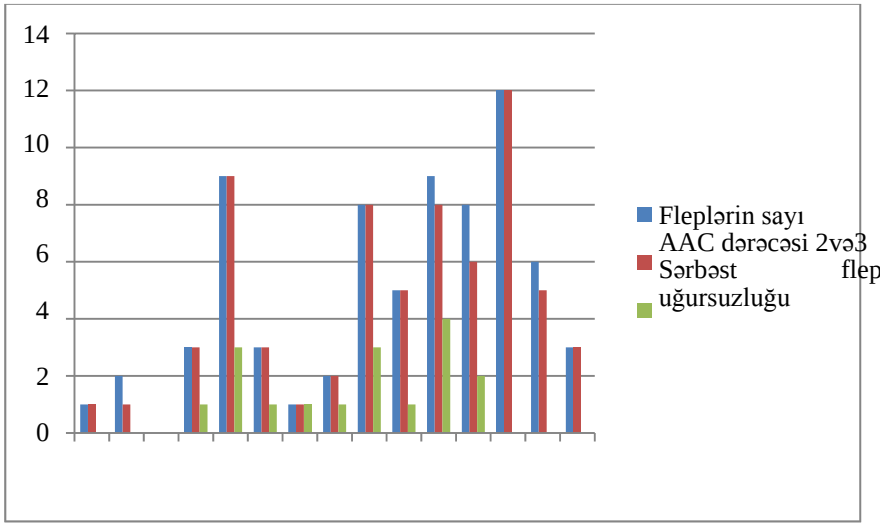
Ayaqcıqlı böyük pektoral dilim (ABD) ilk dəfə 1979-cu ildə Ariyan tərəfindən təsvir edilib və qısa bir vaxtda baş və boyun rekonstruksiyasında geniş istifadə olunan dilim halına gəlmişdir [4]. Bu dilimlə rekonstruksiya 90-cı illərdə hələ də güvənilən və effektiv üsul kimi ilk seçim olaraq qalırdı [5]. Tədricən yumşaq toxuma transferi texnikaları oral funksiyalarda yararlılığına, potensial olaraq müqayisə edilə bilən qiymətlərinə, daha az fəsadlaşma göstəricilərinə və daha yaxşı həyat standartları nəticələrinə görə praktikada etibarlılıq qazanmağa nail oldu [1,2]. Buna görə də ABD inkişaf etmiş ölkələrdə ikinci dərəcəli seçim halına gəldi, ancaq mikrovaskulyar ekspertizanın olmadığı zamanlarda, qiymətlərinin aşağı olmasına görə, irəli dərəcəli xəstəliklərdə və bunu tətbiq edən cərrahların bu üsula başqa üsullardan daha çox üstünlük vermələrinə görə hələ də istifadə olunmağa davam edir [3,6]. Nə zaman ABD, nə zaman sərbəst toxuma transferi üsullarının icra edilməsinə dair dünyada qəbul edilən protokol yoxdur. Buna əsaslanaraq məqsədimiz seçilmiş rekonstruksiya kimi ABD istifadə nəticələrini qiymətləndirməkdir.

Tədqiqatın material və metodları. 2010-2017-ci illər arasında 41 ABP dilim retrospektiv olaraq nəzərdən keçirildi. Əsas patologiya oral və orofaringeal yastı hüceyrəli karsinoma (YHK) idi. Patologiyalar arasında 4-cü mərhələdə ilkin YHK (57,7%), geniş ölçülü rekurrent (14%) və ya izolyasiya olunan boyun metastazları (12,6 %) üstünlük təşkil edirdi. Bunlardan 39- nun rekonstruksiyasında ABP flep tətbiq edildi və buna əsas göstəriş patologiyanın irəli dərəcəli fazasına əlavə olaraq yanaşı gedən patologiyalar idi. Xəstələrin çoxu AAC (Amerikan Anesteziologlar Cəmiyəti) təsnifatının 3-cü sinfinə aid idilər və öncədən cərrahi və/və ya radioterapevtik müalicə almışdılar.

Ən çox alt çənədə (32,4%) və ya dil/ağız- udlaq nahiyyədə (26,7%) rezeksiyalar aparılmışdır. Çənə qüsurları 19,7 % halda ilkin seçim kimi, 12,7% halda sərbəst flepin uğursuzluğunun ardıyca ABP flep ilə bərpa edildi. Ümumi olaraq çənə rekonstruksiyasının müasir prinsiplərində bildirilir ki, forma və funksiyanın

bərpası üçün sümük fleplərindən istifadə olunmalıdır. Halbuki, öncədən alınan cərrahi və ya radioterapevtik müalicələr və yanaşı gedən patologiyalar səbəbindən xəstəliyin irəliləmiş fazasında situasiya kompleks olur. Bizim praktikamızda ABP flep ilə rekonstruksiyada (sümüksüz) məhdud şərtlər nəzərə alınmaqla qənaətbəxş dərəcədə funksionallıq əldə olunmuşdur.

Təyin edilən müddətin digər yarısında xəstələrin 75%-də ABP flep tətbiq edildi, ancaq bu zaman xəstəliyin, AAC dərəcəsinin və ya yaşın artmasına dair sübutlar əldə olunmadı (Şəkil 1). 2 xəstə xaricində bütün xəstələrdə xəstəlik ya ekstensiv rekurrent ya da 4-cü mərhələdə idi və 70 % - də N1 və ya böyük nodal boyun patologiyası var idi. TNM klassifikasiyasının məhdudiyyətlərinə görə xəstəliyin dərəcəsinin artmasını təsvir etmək mümkün olmur, ancaq ABP flepin nəticəsi heç də aşağı düşməyib. Yüksəlmiş AAC dərəcəsi artan fəsadlaşma və ölüm faizi ilə əlaqəlidir və 2-ci dərəcə AAC 94% və ya daha yüksək olmasına baxmayaraq zamanla artmamışdı. Yaşın artması və perioperativ ölüm faizi arasında digər tədqiq etdiklərimizdə bir əlaqə tapa bilmədik, baxmayaraq ki, seçilən yaşlı xəstələr nisbətən sağlam yarımqrup ola bilər. Daha ətraflı ümumi və ya xəstəliyə bağlı fəsadlaşma sistemi artan yanaşı fəsadlaşmaların mühüm proqnostik göstərici olması kimi seleksiya prosesini təkmilləşdirə bilər. Beləliklə, bunun, başqa potensial müalicə mövcud olmadığı səbəbindən rekonstruksiya seçimi və ya cərrahi müalicə təklifini dəyişdirib dəyişdirməyəcəyi bəlli deyil və adətən bununla simptomların yüngülləşməsinə nail olunmuşdur.



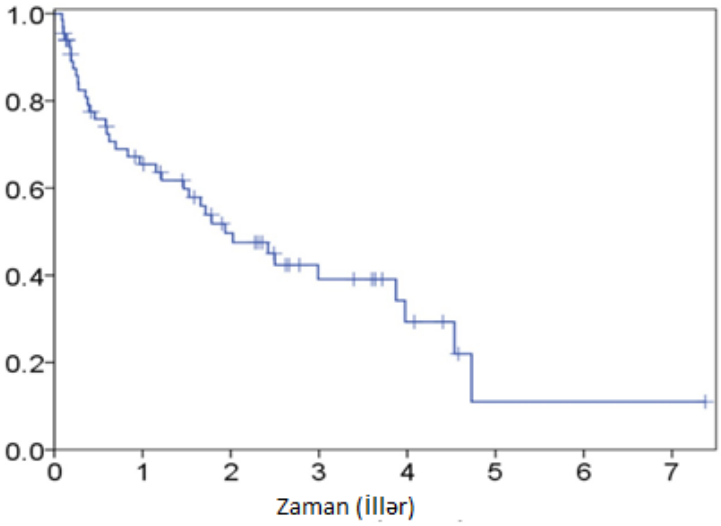
Şək.1. Ayaqcıqlı böyük pektoral dilimin illərə görə istifadəsi

ABP dilimlərin 7,3%-i (n=3) sərbəst flep uğursuzluğundan sonra tətbiq edilidi və bu müddət ərzində mühüm variasiyalar olmadı. ABP flepinin istifadəsi irəliləmiş xəstəliklə birlikdə mühüm yanaşı gedən xəstəliyi olan xəstələrin qəbulu sayında artışı əks etdirirdi.

ABP dilim əsasən ilkin rekonstruksiya seçimi kimi 39 xəstədə (95%) yaxud sərbəst flep uğursuzluğundan sonrakı seçim kimi (7.3%) tətbiq edildi. Ən ümumi ilkin göstərişlərə yanaşı gedən patologiyalar (39.2%), geniş həcmli boyun metastazları (15.7%) sərbəst flepə əks göstəriş olduğu hallar daxil idi (13.7%). Qüsurların çoxu hemimandibulektomiya rezeksiyası ilə rekonstruksiya edildi (n=37) və xəstələrin çoxu öncədən ya onkoloji müalicə almışdılar, ya da sərbəst flep uğursuzluğuna məruz qalmışdılar (Cədvəl 4.3). Böyük mürəkkəb dəri qüsurları rezeksiyaların təxminən üçdə birini təşkil edirdi. Az sayda flep (6%) ağırlaşmalardan sonrakı xilasedici rekonstruksiya üçün istifadə edildi.

Nəticə. Tam flep nekrozu faizinin (2.8%) böyük (8.4%) və kiçik (12.6%) flep itirilmə faizi ilə müqayisəsindən müsbət nəticə əldə edilmişdir. Ağırlaşmaların xəstəxanadan buraxılış müddətini gecikdirməsinə baxmayaraq, növbəti radioterapiyanın gecikdirilməsi yaxud qarşısının alınması nadir hallarda baş verdi.

5 illik ümumi və xərçəngə spesifik sağ qalma faizləri müvafiq olaraq 11.0 % və 65.5 % təşkil etdi (Şəkil 2). Xəstələrin böyük bir qisminin yanaşı gedən fəsadlaşmalarla əlaqəli digər xəstəliklər səbəbindən öldüyünə baxmayaraq, bu nəticələr irəli dərəcəli və rekurrent xəstəliklər üçün ədəbiyyatla müsbət şəkildə müqayisə olunur.



Şək. 2. Kumulyativ ümumi sağqalma üçün Kaplan-Meier əyrisi

Beləliklə, yekun olaraq qeyd edə bilərik ki, rekonstruksiyaya praqmatik yanaşma ilə birlikdə irəli dərəcəli və rekurrent xəstəliklər üçün aqressiv cərrahi müalicə məqsədəuyğundur. ABP flep çənənin, dilin və orofarinksin böyük deffektləri üçün rekonstruksiyada güvənilən seçimdir. ABP flep irəli dərəcəli ilkin və ya rekurrent xəstəlikdə, geniş izolyasiya olunan metastatik boyun patologiyasında, öncəki böyük cərrahi və/və ya radioterapiyadan sonra yaxud da mühüm yanaşı baş verən patologiya ilə konyuqasiya halında sərbəst flep uğursuzluğundan sonra patologiyaların idarə olunmasında böyük rol oynayır.

ƏDƏBİYYAT

1. Pohlenz P., Klatt J., Schmelzle R., Li L. The importance of in-hospital mortality for patients requiring free tissue transfer for head and neck oncology // Br J Oral Maxillofac Surg., 2013, v.51, p.508-513
2. Perisanidis C., et al. Complications after free flap surgery: do we need a standardized classification of surgical complications? // Br J Oral Maxillofac Surg., 2012, v.50, p.113-118
3. Urken M.L., Moscoso J.F., Lawson W., Biller H.F. A systematic approach to functional reconstruction of the oral cavity following partial and total glossectomy // Arch Otolaryngol Head Neck Surg., 1994, v.120, p.589-601
4. Ariyan S. The pectoralis major myocutaneous flap. A versatile flap for reconstruction in the head and neck // Plast Reconstr Surg., 1979, v.63, p.73-81
5. Ariyan S. Further experiences with the pectoralis major myocutaneous flap for the immediate repair of defects from excisions of head and neck cancers // Plast Reconstr Surg., 1979, v.64, p.605-612
6. Ariyan S., Cuono C.B. Use of the pectoralis major myocutaneous flap for reconstruction of large cervical, facial or cranial defects // Am J Surg., 1980, v.140, p.503-506

Резюме

Использование Большой пекторальный лоскута при ротовых раках на поздних стадиях

М.М.Давудов, Ч.Р.Рагимов

Большой пекторальный лоскут на ножке впервые был описан Арианом в 1979-ом году, и за короткое время стал наиболее широко используемым лоскутом, при выполнении реконструктивных операций в области головы и шеи. Техника перемещения мягких тканей постепенно получила признание хирургов в связи с использованием в ротовой полости, с низкими показателями осложнений, улучшением стандартов уровня жизни. Однако на данный момент, использование БПЛ на ножке стал методом вторичного выбора в развитых странах, но в случаях отсутствия микрососудистой экспертизы, из-за низкой стоимости, и в связи с предпочтением хирургов ранее применявших этот метод, он все еще используется. Цель нашей работы оценить результаты использования БЛП, как метод выбора реконструкции, в связи с тем, что отсутствует протокол по выполнению перемещения большого пекторального лоскута на ножке и свободных тканей.

Summary
Use of the Large pectoral flap with oral cancer in the late stages
M.M.Davudov, C.R.Rahimov

The pedicled pectoralis major (PPM) flap was initially described by Ariyan in 1979. It soon became the ‘‘workhorse” flap for most reconstructive head and neck surgeons. Subsequently free tissue transfer techniques have achieved increasing reliability with apparent benefits in oral function combined with fewer complications, although PPM flaps may still have been preferred for advanced
disease. The cost of treatment is controversial but broadly comparable for pedicled and free flaps when all aspects of care, including complications, have been considered. Hence the PPM was gradually relegated to a secondary role in most units practising free flap surgery. The aim of this study was to review our use of the PPM flap in a unit that has routinely performed free tissue transfer surgery as the reconstruction of choice.

Daxil olub:27.01.2017

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИФФУЗНОЙ МАСТОПАТИИ

А.А.Гаджиева
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: ginekologiya, diaqnostika, süd vəzi xəstəlikləri
Ключевые слова: гинекология, диагностика, заболевания молочных желез,
Keywords: gynecology, diaqnostics, mammal qland diseases

Мастопатия- самая частая женская патология, которая встречается у 50-60% всех женщин. Мастопатия представляет собой группу гетерогенных заболеваний, различных по клиническим, морфологическим и этиологическим признакам, развивающихся вне периода беременности и характеризующихся нарушением гистологической структуры тканей молочной железы (МЖ) [1]. ВОЗ определяет данную патологию как фиброзно-кистозную болезнь. В отечественной литературе обычно применяют термины мастопатия, фиброаденоматоз, дисгормональная гиперплазия МЖ.

Диффузные доброкачественные заболевания молочных желез (мастопатии) относятся к наиболее распространенным у женщин репродуктивного возраста. Проявляются различными процессами по клиническим, морфологическим и этиологическим признакам [2].

По классификации ВОЗ, мастопатия определяется как фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы. Частота встречаемости этого заболевания колеблется от 30% до 50%.

Симптоматика весьма вариабельна. Чаще всего больные жалуются на боли в молочных железах, чувство распирания, увеличение объема, повышение плотности и неоднородности структур молочных желез. Все симптомы, как правило, появляются во вторую фазу менструального цикла. Эти симптомы могут сочетаться с наличием уплотнений и узловых образований, с различного рода выделениями из сосков, раздражительностью, повышенной неадекватной нервной возбудимостью, чувством страха.

Степень выраженности клинических проявлений весьма разнообразна - от невыраженного предменструального напряжения до резко выраженного болевого синдрома, сопровождающегося увеличением объема и плотности желез с формированием узловых пролифератов и кист.

Мастопатии представляют собой группу гетерогенных заболеваний, имеющих сложную клиническую, рентгенологическую и гистологическую картину, что весьма затрудняет не только диагностику, но и терминологическое обозначение диффузных процессов [3].

Эти обстоятельства нередно приводят к тому, что в широкой клинической практике все возможные формы мастозов (банальную масталгию, нарушения развития и функции желез, развитую железистую ткань молодых женщин, болезненные проявления, связанные с остеохондрозом, миозитом, плекситом и др.) относят к фиброзно-кистозной болезни. Отсутствие представлений об основных этиологических аспектах тех или иных изменений молочных желез, необъективная диагностика приводят к неадекватному терапевтическому ведению больных.

Большая роль в развитии и становлении молочных желез принадлежит пролактину, который совместно с эстрогенами и прогестероном контролирует весь процесс маммогенеза. Пролактин, участвуя в процессе маммогенеза, обеспечивает рост эпителиальных клеток, совместно с эстрогенами

и прогестероном, и активизирует процессы физиологической пролиферации тканей молочных желез, способствует дифференцировке тканей желез во время беременности [4].

Поэтому основные принципы предупреждения развития заболеваний состоят из включения иммунокоррегирующей терапии в комплексе с природными средствами с направленным антиоксидантным воздействием, где действующим началом являются токотриенолы, каратиноиды (ликопин), витамины, стабилизирующие гормональный профиль и обмен, микроэлементы (селен, йод), участвующие во всех жизненных процессах.

При ряде заболеваний целесообразны препараты с конкурентно-эстрогенрецепторным воздействием (соевые изофлавоноиды, компоненты красного клевера, масло примулы вечерней), которые обладают эстрогенной или антиэстрогенной активностью в зависимости от количества рецепторов в тканях молочной железы.

Актуальность проблемы заболеваний молочных желез обусловлена, прежде всего, неуклонным ростом этой патологии во всем мире [5,6]. Так, в популяции нераковые заболевания молочных желез встречаются у 30-70% женщин, а при одновременно имеющих место гинекологических заболеваниях их частота возрастает до 76-97,8% [7].

Несмотря на то, что мастопатии не являются облигатным предраком, рак молочной железы встречается в 3-5 раз чаще на фоне диффузных дисгормональных доброкачественных заболеваний молочных желез и в 30-40 раз чаще - при узловых формах мастопатии с явлениями пролиферации эпителия молочных желез [8]. В связи с этим, значительно возрос интерес к доброкачественным заболеваниям, а снижение заболеваемости мастопатией - реальный путь к снижению частоты рака молочной железы. В целом, рак молочной железы не является предметом изучения и лечения врачей акушеров-гинекологов, но к ним часто обращаются женщины с проблемами, напрямую не связанными с содержанием специальности, в том числе и с проблемами, касающимися молочных желез. Поэтому акушеры-гинекологи могут существенно улучшить работу по сохранению здоровья женщины при экстрагенитальной патологии и при некоторых формах онкозаболеваний, в частности при ране молочной железы. Несомненно, приоритетными для гинекологов являются вопросы диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желез [9]. Поскольку молочные железы являются неотъемлемой частью репродуктивной системы женщины, решение проблемы ее оздоровления невозможно без наблюдения и исследования молочных желез, что, несомненно, должно входить в круг обязанностей акушеров-гинекологов. Выявление диффузной и очаговой патологии молочных желез и правильная трактовка полученных результатов обследования позволяют своевременно направить женщин на комплексное обследование и сориентироваться в правильном выборе метода лечения [10].

Осмотр и пальпация- основные и доступные методы выполняются врачом в вертикальном положении женщины (с опущенными, а затем- поднятыми вверх руками) и горизонтальном положении. При осмотре молочной железы учитываются аномалии (добавочные молочные железы), изменение формы и объема, изменение цвета кожных покровов (наличие и степень выраженности венозного рисунка, кожные симптомы). Пальпаторно обследуют всю железу последовательно по квадрантам и область субмаммарной складки. При пальпации молочных желез определяются участки болезненных уплотнений без четких границ в виде тяжей, а также грубые железистые дольки в виде «булыжной мостовой». Довольно часто встречается локальная болезненность. Указанные изменения наиболее выражены в верхненаружных квадрантах, которые в функциональном отношении являются наиболее активными.

Доступность молочных желез для обследования и кажущаяся простота диагностики часто приводят к неправильной интерпретации результатов клинического исследования, которое зачастую проводится малоподготовленными в этом вопросе специалистами. Все это ведет как к гипо-, так и к гипердиагностике. Поэтому мануальное обследование должно дополняться комплексным рентгенологическим, ультразвуковым (УЗИ), радиотермометрией (РТМ-диагностика), электроимпедансной маммографией (ЭИМ), другими видами инструментальных исследований.

Основным на сегодняшний день методом объективной оценки состояния молочных желез является рентгенологическая маммография. Эта методика рентгенологического исследования позволяет своевременно распознать патологические изменения в молочных железах в 95-97% случаев [8]. Именно это качество, в отличие от других методов диагностики, позволяет рассматривать маммографию как ведущий метод скрининга. В настоящее время во всем мире общепринято (ВОЗ, 1984), начиная с 40 лет проводить маммографическое исследование 1 раз в 2 года (при отсутствии показаний для более частого обследования), после 50 лет- 1 раз в год. Исключением являются

женщины до 35 лет, кормящие, беременные женщины и подростки, которым маммография противопоказана.

Маммография- это рентгенография молочной железы без применения контрастных веществ. Метод простой, безопасный для обследуемых, отличается высокой диагностической эффективностью.

Маммографию проводят в двух проекциях (прямой - краниокаудальной и боковой) на 5-10 день менструального цикла, когда паренхима молочной железы менее отечна и болезненна, а при отсутствии менструаций - в любой день. Также можно использовать дополнительную боковую проекцию с медиолатеральным ходом луча (косая проекция). На боковых снимках при правильной укладке должны визуализироваться частично грудная мышца, ретромаммарная клетчатка, переходная складка. В прямой проекции - сосок, выведенный на контур железы, все структурные элементы молочной железы, в 20-30% - грудная мышца.

Первичным и основным рентгенологическим признаком рака молочной железы является наличие опухолевой тени и микрокальцинатов. Наиболее четко тень опухоли дифференцируется у женщин старшей возрастной группы на фоне инволютивно измененной ткани молочной железы. Тень опухоли, как правило, неправильной - звездчатой или амебовидной формы, с неровными, нечеткими контурами, характерной радиарной тяжистостью. Очень часто опухолевый узел сопровождается «дорожкой» к соску и втяжением последнего, утолщением кожи железы, иногда с ее втяжением. Одним из наиболее достоверных и ранних признаков рака является наличие микрокальцинатов, являющихся отображением отложения солей в стенках протоков. Иногда микрокальцинаты являются единственным рентгенологическим проявлением раннего рака молочной железы. Обычно микрокальцинаты имеют мелкоклеточный характер (размерами 1 мм и менее), напоминая песчинки. Чем их больше и чем они мельче, тем больше вероятность рака. Кальцинаты могут встречаться и при мастопатии и даже в норме, однако, их характер значительно отличается от вышеописанного: их немного, они значительно крупнее (более 3-5 мм), более бесформенные и глыбчатые.

К вторичным (косвенным) рентгенологическим признакам рака молочной железы относят симптомы со стороны кожи, соска, окружающей ткани молочной железы, усиленная васкуляризация и т.д.

По общепринятому мнению, УЗИ является основным методом диагностики заболеваний молочных желез у женщин до 35-40 лет, при беременности, лактации, а в более позднем возрасте - предпочтение следует отдавать рентгенологической маммографии. Ультразвуковая диагностика постоянно наращивает свой потенциал благодаря совершенствованию уже имеющихся и разработке новых методик диагностики. Сканирование выполняется на ультразвуковых аппаратах линейным датчиком с частотой 7,5-10 МГц при коэффициенте увеличения изображения 1,5, с использованием иммерсии - наличия слоя геля на соприкасающихся поверхностях кожи и датчика - для уменьшения содержания между ними воздуха.

Одним из эффективных средств лечения предменструального синдрома и фиброзно-кистозной болезни является препарат Мастодинон. Основным действующим началом препарата является Vitex agnus-castus (витекс священный). Мастодинон способствует снижению уровня пролактина посредством реализации дофаминэргического эффекта на лактотрофные клетки гипофиза. В результате устраняется дисбаланс между эстрогенами и прогестероном за счет улучшения функции желтых тел, нормализуется менструальная функция, овуляция. Реализация этих механизмов приводит к устранению предменструальных болей в молочных железах, снижению объема молозивных выделений из сосков и последующему их исчезновению. Мастодинон рекомендуется принимать по 30 капель (или 1 таблетке) два раза в день на протяжении трех месяцев без перерыва независимо от менструального цикла. При выраженных болевых проявлениях лечение должно быть регулярным, с периодическим повтором курса приема препарата и более длительным. При мастодинии без выраженных органических изменений молочных желез устранение болевого синдрома наблюдается у 78-80% больных. У пациенток с умеренно выраженной формой фиброзно-кистозной болезни эффективность препарата составляет 72%. При выраженной форме мастопатии позитивный результат достигается у более 50% больных.

Мастодинон хорошо согласуется с другими препаратами, направленными на снижение пролиферативной активности доброкачественных процессов.

Другой препарат - Циклодинон, в отличие от Мастодинона, представляет собой монопрепарат из экстракта прутняка (Vitex agnus-castus). В Циклодиноне концентрация прутняка выше, чем в

Мастодиноне. Препарат способствует нормализации уровня пролактина и приводит к обратному развитию патологических процессов.

Повышенная концентрация пролактина нередко приводит к изменению секреции гонадотропинов, что вызывает нарушение созревания фолликулов и овуляции. На этом фоне возникает дисбаланс между эстрадиолом и прогестероном, который приводит к нарушениям менструальной функции и развитию мастодинии и мастопатии. Препарат Циклодинон оказывает нормализующее действие на уровень половых гормонов, корректирует нарушения менструальной функции, связанной с недостаточностью второй фазы менструального цикла, устраняет боли внизу живота, купирует предменструальный синдром, мастодинию. Прием препарата производится ежедневно на протяжении 3-4 месяцев по 40 капель (1 таблетке) один раз в день, без перерыва. Непереносимость препарата встречается крайне редко.

Болевые ощущения в молочных железах, дискомфорт, диффузное уплотнение тканей, выделения из сосков у многих пациенток вызывают чувство страха, настороженность, бессонницу, которые усиливаются в предменструальный период. Сам факт психологического напряжения индуцирует развитие болевых ощущений. Нередко произведенное обследование молочных желез, не обнаружившее причин для серьезного беспокойства, автоматически снимает не только стресс, но и спровоцированные им негативные ощущения в молочных железах.

Для лечения легких и умеренно выраженных депрессивных расстройств, которые обычно наблюдаются у женщин, страдающих предменструальным синдромом, успешно применяется препарат Гелариум. Действующим началом препарата является экстракт зверобоя. Рекомендуемый режим приема Гелариума - 1 драже 3 раза в день, курс лечения - не менее 3-6 недель.

У женщин пре- и постменопаузального возраста соматическое состояние нередко ухудшается в связи с появлением вегетососудистых нарушений (приливы, чувство жара, раздражительность, потливость, неадекватная нервная возбудимость, страх). Нередко к ним присоединяются урогенитальные расстройства, активное развитие атеросклероза, остеопороза, дряблость кожи, дискомфорт в молочных железах, нарушения сердечно-сосудистой системы. Такой симптомокомплекс обозначается как климактерический синдром. Развитие климактерических нарушений начинает проявляться в возрасте от 45-50 лет. Основой развития климактерических расстройств является угнетение функции яичников, нарушение гормонального баланса за счет повышения лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов на фоне резкого снижения продукции эстрогенов. В связи с этим, патогенетическая коррекция должна основываться на подавлении лютеинизирующего гормона с помощью заместительной гормонотерапии эстрогенами или препаратами, обладающими эстрогеноподобным действием.

Для этих целей можно использовать фитопрепарат Климадинон. Препарат представляет собой эстрогенорецепторный модулятор. Основой Климадинона является экстракт корневища цемицифуги, обладающий дофаминэргическим действием, способностью стимулировать экспрессию эстрогеновых рецепторов в ЦНС, подавлять избыточную секрецию лютеинизирующего гормона.

Климадинон устраняет комплекс вегетативных расстройств, способствует восстановлению костных структур, эпителия влагалища. Климадинон несколько уступает лечебной результативности гормональной терапии в коррекции вегетативно-сосудистых расстройств. Вместе с тем, высокая эффективность препарата, его хорошая переносимость, отсутствие пролиферативного действия на матку и молочные железы дают полное основание рассматривать его в качестве альтернативного терапевтического средства при климактерических расстройствах и рекомендовать для широкого использования. Побочного действия, в отличие от заместительной гормонотерапии, не оказывает. Принимают препарат по 30 капель (1 таблетке) два раза в день на протяжении 6 месяцев.

Индинол - фитопрепарат из семейства крестоцветных, содержит высокоочищенный индол-3 карбинол. Противоопухолевый и противовирусный препарат, обладает выраженной антиэстрогенной активностью, нормализует метаболизм эстрадиола и ингибирует синтез 16 альфа-гидроксиэстрона, обладающего выраженным канцерогенным свойством, ингибирует образование эстрогеновых рецепторов, снижая их количество на тканях-мишенях, подавляет рост эстрогензависимых и эстрогеннезависимых опухолей женской репродуктивной системы, блокирует синтез онкобелка Е7 в эпителиальных клетках, инфицированных вирусом папилломы человека, индуцирует избирательный апоптоз опухолевых клеток, нейтрализует действие ростковых факторов, стимулирующих развитие опухоли. Оказывает положительное влияние при предменструальном синдроме и масталгиях. Назначать по 2 капсулы (200-300 мг) 2 раза в день в течение 3 месяцев (более эффективен прием в течение 6 месяцев).

В целом, эффективность вышеописанной терапии колеблется от 40% до 90%. Однако, гарантировать полный успех на длительное время невозможно, так как меняется возраст, могут появляться новые болезни и обостряться старые. Поэтому курс лечения может повторяться с учетом состояния молочных желез.

В данном разделе указаны лишь основные позиции различных направлений терапевтического воздействия на состояние молочных желез: фитотерапия, лекарственное, гормональное и гомеопатическое лечение. Представлены наиболее часто используемые и лечебные препараты. Вместе с тем, их применение оправдывает себя на практике, если они используются в комплексном воздействии на организм с учетом факторов питания, особенностей экологического окружения, социальной среды, психоэмоционального состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1.Корженевский А.В. Квазистатическая электромагнитная томография для биомедицины: Авторф. Дис. … д-ра физ,мат. наук. М., 2009, 41с.

2.Корженевский А.В., Карпов А.Ю., Корниенко В.Н. и др. Электроимпедансная томографическая система для трехмерной визуализации тканей молочной железы // Биомедицинские технологии и радиоэлектроника, 2003, № 8, с.5-10.

3. Летягин В.П. Мастопатия // Гинекология, 2000, № 11, с.468-472.

4.Озерова О.Е. Нормальные эхографические особенности структуры молочных желез в различные возрастные периоды, при беременности и лактации // Sonoace international, 2001, Вып. 9, с.50-57.

5.Радзинский В.Е., Зубкин В.И., Золичев Г.Е. и др. Сборник научных трудов «Онкологический скрининг, канцерогенез и ранние стадии рака в практике гинеколога». Ижевск, 2000. С. 201-203.

6.Зотов А.С., Белик Е.О. Мастопатии и рак молочной железы. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 112 с.

7.Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В., Клецель А.Е. Неинвазивные и инвазивные опухоли молочной железы. СПб., 2006. с.6-60.

8.Ильин А.Б., Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний молочных желез у женщин: Метод. Рекомендации. СПб., 2005, 44 с.

9. Guray M., Sahin A. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management // Oncologist, 2006, v.11, p.435-449.

10.Беспалов В.Г. Лечебно-профилактические препараты из морских водорослей. СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2005, 160 с.

Xülasə

Diffuz mastopatiyanın diaqnostika və müalicəsinin müasir məsələləri

A.A.Hacıyeva

Mastopatiya-ən çox yayılmış qadın patologiyasıdır, onun rast gəlmə tezliyi bütün qadınalr arasında 50-60% təşkil edir. Mastopatiya klinik, morfoloji və etioloji əlamətlərinı görə heterogen xəstəliklər qrupundan ibarət olub, süd vəzisinin histoloji strukturunun pozulması ilə xarakterizə olunur. Burada diffuz mastopayinın diaqnostika və müalicəsinin müasir aspektlərinə toxunulmuşdur.

Summary

Diagnosis and treatment of diffusious mastpatia

A.A. Hajiyeva

Mastopathy is the most frequent female pathology, which occurs in 50-60% of all women. Mastopathy is a group of heterogeneous diseases, different in clinical, morphological and etiological features, developing outside the period of pregnancy and characterized by a violation of the histological structure of breast tissue. The article describes the main methods of diagnosis and treatment of diffuse mastopathy.

Daxil olub:25.01.2017

БИОСОВМЕСТИМОСТЬ МАТЕРИАЛОВ- ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Л.Б. Акперли, А.М. Сафаров, А.М.Архмамедов
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: stomtoloji yardım, materiallar, bioloji uyğunluq, əhali
Ключевые слова: стоматологическая помощь, метариалы, биосовместимость, население
Key words: dental care, materials, biocompatibility, population

Данные многочисленных научных исследований свидетельствуют о том, что, несмотря на стремительное развитие стоматологической науки, достижения в области разработки и внедрения все новых и совершенных методов лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний, таких как кариес и воспалительные заболевания пародонта, во многих странах мира очень высок процент больных с полной адентией. В связи с этим налицо факт высокой потребности населения в ортопедической помощи с применением полных съемных, а в некоторых случаях и частичных съемных протезных пластиночных конструкций. Анализ данных научных исследований показывает, что потребность населения в съёмном пластиночном зубном протезировании находится в пределах от 15 до 96%. И объясняется данный факт возрастной структурой населения отдельных регионов. Количественно среди съёмных пластиночных протезов частичные съёмные протезы составляют 48,34+2,5%, а полные съемные зубные протезы составляют 42,23+3,04%. В некоторых странах удельный вес съёмных зубных пластиночных протезов составляет 90% от общего числа всех съёмных протезов. 26% больных не адаптируются к съёмным протезам и отказываются от их ношения, 37% вынуждены приспосабливаться к некачественно изготовленным протезам [1,2,3]. Но, несмотря на принимаемые меры, число лиц, неудовлетворенных качеством съёмных зубных протезов, или количество осложнений от их побочного воздействия, не уменьшается, а имеет тенденцию к росту. Помимо локального токсико-аллергического действия полимера, в организме человека могут наблюдаться изменения общего характера, такие как обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, диспептические явления, астенизация. Таким образом, совершенствование материалов и технологии изготовления полностью не решает проблемы зубного протезирования, и, как результат, причину необходимо рассматривать в сложных физиологических процессах взаимоотношения зубных протезов с контактирующими тканями ротовой полости и организма в целом [4,5,6].

Несмотря на использование новых технологий полимеризации, проблема максимального снижения количества остаточного мономера в частичных съемных пластиночных протезах остается актуальной. Разлитые токсико-аллергические воспаления возникают как результат повышенной реактивности тканей полости рта на материал протеза. Акриловая пластмасса способна вызвать аллергические и токсические стоматиты. Важно отметить, что в течение более чем 2-5 лет в базисе протеза сохраняется токсический мономер. Токсическое действие мономера проявляется и при перебазировке протезов непосредственно в полости рта больного с использованием быстротвердеющей пластмассы. Причиной протезных стоматитов кроме остаточного мономера, являются красители, факторы мутности, пластификаторы, микротравма, бактериальный слой. Общепризнанным является мнение о том, что протезные стоматиты возникают у людей с ослабленной резистентностью слизистой оболочки и органов полости рта и с общим ослаблением реактивности организма, что проявляется у лиц пожилого возраста. Исследования указывают, что после 3-7 суток использования съёмных пластиночных протезов клетки базального слоя эпителия практически не отличаются от нормальных. При дальнейшем ношении протезов наблюдается расширение просвета сосудов и явление воспалительного характера, которые проявляются в виде гиперемии и инфильтрации собственно слизистой оболочки фибробластами, гистиоцитами и плазматическими клетками. При длительном применении протезной конструкции инфильтрация тканей протезного ложа соединительнотканными клетками отмечается на всем протяжении, включая эпителиальный слой [7].

«Протетические стоматопатии» делят на две группы: 1) стоматопатии протетические первичные, вызываемые местными раздражающими факторами: механическими, химическими, аллергическими, электрогальваническими. В эту группу она включает очаговые и различные воспаления, атрофии, гипертрофии, заболевания с тяжелыми субъективными симптомами (жжение, зуд, пощипывание),

локализующимися в слизистой протезного ложа и языка, нарушения слюноотделения и вкусовой чувствительности, потеря аппетита, боль в желудке, рвоты, поносы, «заеды» у углов рта. 2)Стоматопатии протетические вторичные, связанные с гиповитаминозом группы В, С, заболеваниями органов кровотворения, заболеваниями, сопровождающимися нарушением секреции слюны, сахарным диабетом и другими, характеризующиеся атрофическим воспалением слизистой оболочки полости рта, нарушением слюноотделения, тяжелыми субъективными ощущениями, образованием «заед» [8]. Различает еще третью форму стоматопатий - стоматодинию, основными симптомами которой являются чувство жжения и ползания мурашек в слизистой оболочке языка, нёба и других участках при отсутствии видимых клинических изменений.

У пациентов с непереносимостью акриловых зубных протезов выявлено снижение содержания лизоцима, иммуноглобулинов А, М, G в ротовой жидкости и иммуноглобулинов в крови, повышение содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов, а также с тенденцией достоверности в крови выявлен дефицит компонентов комплемента. Показано, что при явлениях непереносимости акриловых зубных протезов в крови и в слюне увеличивается концентрация МДА, в ротовую полость усиленно мигрируют нейтрофилы. Установлено увеличение интенсивности хемилюминисценции слюны, что отражает содержание в ней диеновых коньюгатов и гидроперекиси; МДА при использовании зубных протезов.

Использование съёмных пластиночных протезов повлекло за собой на 7 день увеличение в крови содержания диеновых коньюгатов, ТБК реагирующих веществ, процента перекисного гемолиза эритроцитов, активности СОД и каталазы. Это состояние сохранялось и через месяц и только через год возвратилось к норме. Аналогичная картина наблюдалась и в слюне: через 7 дней увеличилась концентрация ТБК реагирующих веществ, активность каталазы и СОД, причем эти величины нормализировались через год после протезирования. Установлено, что у протезоносителей щелочная фосфатаза (ЩФ) выявляется в различных клеточных элементах соединительной ткани СОПЛ, где ее наибольшая активность отмечается в эндотелии кровеносных сосудов сосочкового слоя. После потери зубов активность ЩФ усиливается и фермент выявляется в эндотелии крупных сосудов, фибробластах и в периневрии. При длительном сроке пользования СП активность ЩФ повышается в эндотелии капилляров, цитоплазме жировых клеток и составе мембран слизистых желез. Гистологические и гистохимические исследования трупного материала показали, что структурные изменения в слизистой протезного ложа (истончение или полное разрушение рогового слоя, утолщение или разрыхление шиповатого слоя, нарастание явлений паракератоза и погружного роста эпителиальных сосочков, развитие деструктивных процессов в волокнах и сосудах собственно слизистой оболочки, нарастание воспалительных процессов, увеличение количества плазматических и тучных клеток и др.) усиливаются по мере удлинения срока пользования протезами и сопровождаются выраженными трофическими нарушениями (увеличение содержания гликогена в эпителии, уменьшение мукополисахаридов, исчезновение щелочной фосфатазы из эпителия и ее активизация в соединительной ткани, увеличение активности кислой фосфатазы и др.).

Исследования мобильности холодовых, тепловых и тактильных рецепторов слизистой оболочки твердого нёба у некоторых групп людей показали, что функциональное состояние воспринимающих приборов слизистой оболочки полости рта зависят от возраста, состояния жевательного аппарата и слизистой оболочки полости рта, а также от характера раздражающего влияния протезов. С применением современнейших методов лабораторных исследований четко выявляется количество изучаемых микроорганизмов в слюне и на слизистой оболочке полости рта. Протезозависимые стоматиты чаще всего наблюдаются у лиц, пользующихся полными съемными зубными протезами [9,10,11]. Было определено, что если в слюне количество микроорганизмов равняется или больше чем 400 c/ml, то частота встречаемости протезозависимых стоматитов повышается. Candida albicans функционируют в полости рта как сапрофиты и неудовлетворительная гигиена при ношении съемных протезных конструкций является результатом роста грибов Candida и, что естественно, развития протезозависимых стоматитов [12,13,14,15]. Несмотря на значительные успехи ортопедического материаловедения, дальнейшее усовершенствование конструкций СП, стремления стоматологов максимально учитывать адаптационные возможности организма для предупреждения возможных осложнений, проблема остается актуальной и требует дальнейшего изучения.

В последние годы в современной стоматологии биосовместимость используемых материалов стала серьезной проблемой, поскольку она напрямую связана с качеством стоматологической помощи населению. Резкое увеличение в последние десятилетия хронических заболеваний, нарушений иммунной системы, эндокринопатии и увеличение в масштабах планеты доли лиц

пожилого и старческого возраста делают проблему диагностики и профилактики непереносимости стоматологических материалов крайне актуальной. Стоматологические материалы, помещённые в полость рта, могут выделяться в окружающую среду в неизменённом виде, а также в виде их дериватов из места их аппликации в процессе лечения или долговременного нахождения, что может вызывать нежелательные побочные явления вследствие их прямого токсического действия на клетки слизистой оболочки полости рта или десны, включая тучные клетки или базофилы находящиеся в этих тканях. Во всем мире постоянно растет число аллергических заболеваний и осложнений, и они занимают важное место в структуре инфекционной и неинфекционной патологии. В качестве гаптенов могут выступать различные химические вещества, в том числе и применяемые в стоматологии материалы, которые, соединяясь, как правило, с белковым носителем, выступают в роли адъюванта, становятся иммуногенными и могут вызывать аллергические реакции. Анализ научных данных убедительно показывает, что изучение действия стоматологических материалов является весьма актуальным новым научным направлением современного биоматериаловедения [16,17]. Ряд материалов и препаратов, используемых в стоматологической практике вызывают выраженную острую аллергическую реакцию. Другие группы материалов и препаратов оказывают менее выраженное действие и могут быть применены по врачебной тактике стоматологического лечения и реабилитации пациентов с учетом индивидуальных особенностей их иммунной системы у больных с атопической аллергией с учётом данных анамнеза и определения специфических IgE и IgG в крови для исключения индивидуальной непереносимости [18]. На основании проведенных клинико-лабораторных исследований и их результатов, автор показывает, что применение новых биологически нейтральных базисных материалов- термопластов обеспечивает более быстрое восстановление трофики сосудов, нормализацию микроциркуляторного русла и транскапиллярного обмена, что в конечном итоге вызывает лишь незначительные патологические изменения в тканях и что доказывает достаточную эффективность данных материалов при лечении ортопедических больных с частичной и полной адентией [1,20,21,22]. Однако, к настоящему времени этот эффект изучен явно недостаточно для разработки научно обоснованных рекомендаций для практической ортопедической стоматологии. Учитывая то, что акриловые протезы являются жесткими протезами, то их травматическое воздействие на весь жевательный аппарат остается одной из актуальных проблем зубного протезирования. Не случайно, что такие симптомы как боль при жевании, травмирование слизистой оболочки протезного ложа, появление декубитальных язв и эрозий, нарушения дикции являются неизбежными при неправильном конструировании съемных протезов и их недостаточной фиксации и стабилизации на челюстях, при применении акриловых пластмасс в качестве базисного материала [22,23,24,25,26,27].

Таким образом, с целью повышения функциональной эффективности съемных пластиночных протезных конструкций в различные годы, в разных странах проводились и проводятся научные исследования по разработке и внедрению более совершенных технологий и материалов для изготовления базисов протезов. Все это, в конечном итоге, обеспечивает создание детальной и пространной системы, главная задача которой- повышение уровня ортопедической стоматологической помощи введением модернизированных базисных материалов и принципа индивидуального подхода в подготовке и процессе съемного протезирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Огородников М.Ю. Улучшение свойств базисных материалов, использующихся в ортопедической стоматологии: этапы развития, совершенствование и перспективные направления // Стоматология, 2004, №6, с. 69-72.

2. Goncalves T.S., Morganti M.A., Campos L.C. et al. Allergy to autopolymerizedacrylic resin in an orthodontic patient.// Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2006, v.129, p.431-5.

3. Koyama S., Sasaki K., Kawata T. et al. Multivariate analysis of patient satisfaction factors affecting the usage of removable partial dentures // Int. J. Prosthodont., 2008, v.21, p.499-500.

4. Mohammed Q.R. Evaluation of some of the clinical variables affecting patients satisfaction with removable partial dentures // Smile Dent. J., 2009, v.4, №3, p. 8-11.

5. Narva K.K. Clinical survey of acrylic resins removable denture repairs with glass-fiber reinforcement / // Int. J. Prosthodont, 2001, v 14, N 3, p. 219-224.

6. Polyozois G.L. Bonding of silicone prosthetic elestomers to three defferent denture resins / G.L. Polyozois // Int. J. Prosthodont., 2001, v.15, N6, p.535-538.

7. Freitas J.B., Gomez R.S., de Abreu MHNG et al. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians //J Oral Rehabil, 2008, v.35, p.370-374.

8. Emami E., de Grandmont P., Rompre P.H. et al. Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis.// J Dent Res, 2008, v.87, p.440-444.
9. Давыдов Б.Н., Бакерникова Т.М., Червинец В.М., Червинец Ю.В. Колонизация микроорганизмами съёмных пластиночных протезов из различных материалов у детей // Стоматология детского возраста и профилактика, 2008, Т. 7, №4, с. 57-60.
10. Сафаров А.М. Микробная обсемененность полости рта при ношении съемных зубных протезов на основе различных материалов // Современная стоматология, 2010, № 2, с.103-105.
11. Сулемова Р.Х. Клинико-микробиологическая характеристика динамики микробной колонизации съемных зубных протезов с базисами из полиуретана и акриловых пластмасс автореф. дис. … канд.мед.наук. М., 2011, 37с.
12. Campos M.S., Marchini L., Bernardes L.A.S. et al. Biofilm microbial communities of denture stomatitis //Oral Microbiol Immunol, 2008, v.23, p.419-424.
13. Casaroto A.R., Lara V.S. Phytomedicines for Candida-associated denture stomatitis // Fitoterapia, 2009.
14. Dar-Odeh NS, Shehabi AA. Oral candidosis in patients with removable dentures // Mycoses 2003; 46: p.187-191.
15. Khozeimeh F., Shahtalebi M.A., Noori M., Savabi O. Comparative evaluation of ketoconazole tablet and topical ketoconazole 2% in orabase in treatment of Candida-infected denture stomatitis. // J Contemp Dent Pract., 2010, v.1, No2, p.17-2
16. Лебедев К.А., Митронин А.В., Понякина И.Д. Непереносимость зубопротезных материалов. // Непереносимость зубопротезных материалов: М., 2009, с.18-26.
17. Монастырева Н.Н. Профилактика осложнений слизистой оболочки полости рта после ортопедического лечения в концепции улучшения качества жизни: Автореф. дис. … канд.мед.наук. Мю, 2014, 20с.
18. Федотова А.В. Стоматологическая ортопедическая реабилитация пациентов с ограниченными физическими возможностями: Автореф. дис. … канд.мед.наук. Екатеринбург, 2014, 21с
19. Авдеев Е.Н. Клинико-лабораторное обоснование эффективности лечения пациентов комбинированными съемными протезами полного зубного ряда: Автореф. дис. … канд.мед.наук. Воронеж, 2014, 20с.
20. Варес Э.Я., Нагурный В.А., Варес Я.Э., Аллахвердиева Л. Литьевым термопластам медицинской чистоты - дорогу в стоматологическую ортопедию // Стоматология, 2004, т.83, №6, с. 75-76.
21. Дубова Л.В., Лебеденко И.Ю., Бабахина Ю.А. и др. Влияние образцов зубных протезов из акриловой пластмассы, на проявление краткосрочной IgE- зависимой бронхиальной астмы в эксперименте.//Российский стоматологический журнал. М., 2010, №4, с.12-22.
22. Верховский А.Е Лечение пациентов с частичным и поным отсутсвием зубов съемными акриловыми протезами: Автореф. дис. … канд.мед.наук. Смоленск, 2015, 169с.
23. Покровская И.Я., Сутугина Т.Ф., Пешкина М.Г. 60 лет с момента создания отечественных акриловых материалов для стоматологии. История развития и перспективы // Стоматология, 2002, №5, с.64-66.
24. Сафаров А.М. Состояние слизистой оболочки протезного ложа при съемном протезировании // Висник стоматологии, 2010, № 2, с. 121-123.
25. Трезубов В.Н., Климов А.Г. Клиническая критериальная оценка качества съемных протезов // Стоматология, 2006, №6, с. 62-65.
26. Bilhan H. et al. Complication rates and patient satisfaction with removable dentures // J. Adv. Prosthodont, 2012, N 4, p.109-115.
27. Wöstmann B., Michel K., Brinkert B. et al. Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. //J Dent., 2008, v.36, p.816-821.

Xülasə

Materialların- bioloji uyğunluğu- əhaliyə olan stomatoloji yardımın keyfiyətinin artırması üsulu kimi

L.B.Əkbərli, A.M.Səfərov, A.M.Arxməmmədov

Aparılan tədqiqatların nəticələrinin təhlilindən məlum olmuşdur ki, əhalinin çıxarıla bilən diş protezlərinə olan tələbatı 15%-dən 96%-ə qədər təşkil edir. Aparılan tədbirlərə baxmayaraq, əhalinin bir çox hissəsi ya protezlərin keyfiyyətindən ya da yan təsirlər nəticəsində baş verən fəsadlardan narazı qalırlar, burada da azalmaya tendensiya qeydə alınmır. Çıxarıla bilən diş protezlərinin funksional effektivliyinin artırılması məqsədilə müxtəlif illərdə və müxtəlif ölkələrdə daha mükəmməl texnologiyaların tətbiq edilməsi və protez materialların hazırlanmsına həsr edilmiş tədqiqatlar aparılmışdır. Bütün bunlar son nəticədə detallı və həcmli sistemlərin yaradılmasını tələb edir, bunun da əsas vəzifəsi modernizə edilmiş materalların tətbiq edilməsi ilə

ortopedik stomatologiyanın səviyyəsinin artırılmasından və prosesin hazırlığına fərdi yanaşna prinsipinin işlənib hazırlanmasından ibarətdir.

Summary

Biocomposition of materials - the way to improving the quality of dental assistance to population

L.B. Akperly, A.M. Safarov, A.M.Arhmamedov

An analysis of the data of scientific research shows that the population's need for removable dental prosthetics is between 15 and 96%. But, despite the measures taken, the number of people unsatisfied with the quality of removable dentures, or the number of complications from their side effects, does not decrease, but tends to grow. With the purpose of increasing the functional efficiency of removable plastic prosthetic structures in different years, research has been conducted in different countries on the development and introduction of more advanced technologies and materials for the manufacture of prosthesis bases. All this, in the final analysis, ensures the creation of a detailed and extensive system, the main task of which is to increase the level of orthopedic dental care by introducing modernized basic materials and the principle of an individual approach in the preparation and process of removable prosthetics.

Daxil olub: 10.01 2017

ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI VENTRAL YARALARIN İRİNLƏMƏSİNİN PROQNOZLAŞDIRILMASI

R.E.Cəfərli[1], A.V.Fərzəlliyev[2], Q.C.Əfəndiyev[3]

Azərbaycan Tibb Universiteti[1], Bərdə Mərkəzi Rayon Xəstəxanası[2], Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi[3]; Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının idarəetmə sistemləri İnsitutu, Bakı[2]

Açar sözlər: ventral yaralar, irinləmə, proqnoz

Ключевые слова: вентральные раны, нагноение, прогноз

Key words: ventral wounds, suppuration, prognosis

Abdominal əməliyyatlardan sonra qarının ön divarında yaraların iltihabi ağırlaşmalarının profilaktikası və müalicəsi hazırkı dövrə qədər öz aktuallığını itirməmişdir [1,2].

Müxtəlif müalicə profilaktik tədbirlərin aparılmasına baxmayaraq, hələ də yaraların yüksək ehtimalla irinləməsi ilə səciyyələnməsi nəticələri qənaətbəxş etmir [3].

Qarın boşluğu orqanları üzərində aparılan əməliyyatlardan sonrakı yaraların irinləməsinin profilaktikası və müalicəsi prosesinin optimallaşdırılması baxımından əməliyyatdan sonrakı yara irinləmələrinin (ƏSYİ) proqnozlaşdırılması çox mühüm əhəmiyyət kəsb edir [4, 5]. Lakin tətbiq edilən proqnozlaşdırma üsullarının az informativliyinə görə əməliyyata gedəcək xəstələrin əməliyyatdan sonrakı yaralarda cərrahi və ya hospital infeksiyanın inkişafını proqnozlaşdırmağa yardımçı olan üsulların təkmilləşdirilməsinə ehtiyac artmışdır.

Tədqiqatın məqsədi: qarının ön divarında əməliyyatlardan sonrakı yaraların infeksion-iltihabi ağırlaşmalarının profilaktika və müalicəsi üçün daha səmərəli tədbirlərin işlənib hazırlanması.

Tədqiqatın material və metodları. Əvvəlcə yuxarıda sadalanan risk faktorları arasından statistik cəhətdən əhəmiyyətli olanları seçilmişdir (Cədvəl 1). Tədqiqata daxil olmuş 200 xəstənin 42-də (21 %) stasionar müalicədə olduğu müddətdə laporotom yaraların irinləməsi baş vermiş, 158-də (79 %) irinləmə baş verməmişdir.

ƏSYİ baş verməsini proqnozlaşdırmaq məqsədi ilə bizim tərəfimizdən Bayesin müxtəlif təzahürlərin proqnozlaşdırılmasında tətbiq edilən aşağıdakı düsturundan istifadə edilmişdir:

$$P\left(A_k / x_j^i\right)=\frac{P\left(A_k\right)P\left(x_j^i / A_k\right)}{\sum_k P\left(A_k\right)P\left(x_j^i / A_k\right)} \quad (1)$$

Burada: $P(A_k)$ - A_k hallarının aprior ehtimalı, k=1,2,…,l; $\sum P(A_k)=1$;

$P\left(x_j^i\right)$ - x_j^i dərəcələrinin aprior ehtimalı, j=1,2,…,r; i=1,2,… m;

r - faktorların ümumi sayı, m - hər bir faktorun dərəcələrinin sayıdır.

Bizim tədqiqatda 2 hala baxılır (k=2): A_1 - əməliyyatdan sonra ƏSYİ baş verməsi, A_2 - əməliyyatdan sonra ƏSYİ baş verməməsi.

ƏSYİ baş vermiş xəstələrin sayı 42, ƏSYİ baş verməmiş xəstələrin sayı 158-dir (nəzarət və əsas qruplar bir yerdə). Bu halların aprior ehtimalları:

$P(A_1)$= 42/200=0,21; $P(A_2)$=158/200=0,79

Cədvəl 1

Qarın boşluğu orqanları üzərində aparılmış əməliyyatlardan sonrakı yaraların irinləməsinin risk faktorlarının statistik əhəmiyyətliliyi

Risk faktorları		İrinləmə				Cəmi		P
		baş verib		baş verməyib				
		müt.	%	müt.	%	müt.	%	
Əm-tın təm. dər-si	təmiz və nisbi təmiz	3	7,1	88	55,7	91	45,5	<0,001
	infeksiyalaşmış və çirkli	39	92,9	70	44,3	109	54,5	<0,001
Piylənmə	Var	26	61,9	35	22,2	61	30,5	<0,001
	Yoxdur	16	38,1	123	77,8	139	69,5	<0,001
Əməliyyatın travmatikliyi	travmatik	23	54,8	39	24,7	62	31,0	<0,001
	az travmatik	19	45,2	119	75,3	138	69,0	<0,001
Əməliyyatın davametmə müddəti	1 saatdan az	5	11,9	47	29,7	52	26,0	<0,001
	1-3s	16	38,1	91	57,6	107	53,5	<0,001
	3 saatdan artıq	21	50,0	20	12,7	41	20,5	<0,001
Hospitalizasiya	təcili	19	45,2	30	19,0	49	24,5	<0,001
	planlı	23	54,8	128	81,0	151	75,5	<0,001
Boşluqlu orqanın	açılmadığı hallarda	18	42,9	109	69,0	127	63,5	<0,001
	açıldığı hallarda	24	57,1	49	31,0	73	36,5	<0,005
Drenajlanma	Aparılıb	24	57,1	38	24,1	62	31,0	<0,001
	Aparılmayıb	18	42,9	120	75,9	138	69,0	<0,001
Cinsi	Kişi	15	35,7	95	60,1	110	55,0	<0,005
	Qadın	27	64,3	63	39,9	90	45,0	<0,01
Yanaşı gedən xəstəlik:	Var	22	52,4	42	26,6	64	32,0	<0,005
	Yoxdur	20	47,6	116	73,4	136	68,0	<0,001
Yaş:	50 yaşa qədər	20	47,6	114	72,2	134	67,0	<0,005
	50 yaşdan yuxarı	22	52,4	44	27,8	66	33,0	<0,005
Tikiş materialı	Sorulan	20	47,6	114	72,2	134	67,0	<0,005
	Sorulmayan	22	52,4	44	27,8	66	33,0	<0,005
Əməliyyatın sayı:	İlkin	29	69,0	143	90,5	172	86,0	<0,001
	Təkrar	13	31,0	15	9,5	28	14,0	<0,001
Şəkərli diabet	Var	7	16,7	6	3,8	13	6,5	<0,01
	Yoxdur	35	83,3	152	96,2	187	93,5	<0,001
İmmunitet	Azalıb	11	26,2	11	7,0	22	11,0	<0,005
	Azalmayıb	31	73,8	147	93,0	178	89,0	<0,001
Qan qrupu:	0 (1)	33	78,57	13	8,2	46	23,0	<0,001
	A (II)	7	16,67	54	34,2	61	30,5	<0,02
	B (III)	2	4,76	65	41,1	67	33,5	<0,001
	AB (IV)	0	0,0	26	16,5	26	13,0	<0,005
Əməliyyatın vaxtı (fəsil):	qış	2	4,76	43	27,22	45	22,5	<0,001
	yaz	23	54,76	38	24,05	61	30,5	<0,001
	yay	11	26,19	29	18,35	40	20,0	>0,05
	payız	6	14,29	48	30,38	54	27,0	<0,025

Empirik verilənlərə görə yuxarıda sadalanan risk faktorları içərisindən əməliyyatdan sonra ƏSYİ baş verməsinə əhəmiyyətli təsir edən 11 faktor seçilmişdir:

1.Xəstənin cinsi
2.Xəstənin yaşı
3.Əməliyyatın sayı
4.Yanaşı gedən xəstəliklərin mövcudluğu
5.Xəstədə piylənmə
6.Hospitalizasiyanın növü (xəstə daxil olandan əməliyyatın başlanmasına qədər olan müddət)
7.Əməliyyatın vaxtı (fəsil)
8.Xəstədə şəkərli diabetin mövcudluğu
9.Xəstənin immuniteti

10.Xəstənin qan qrupu
11.Əməliyyatın təmizlik dərəcəsi
Növbəti mərhələdə hər bir faktorun dərəcələri araşdırılmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Beləliklə, (1) düsturuna görə verilmiş risk faktorlarını nəzərə alaraq aposterior ehtimalların - qarın boşluğu orqanları üzərində aparılan əməliyyatdan sonra ƏSYİ baş verib verməməsinin ehtimallarının hesablanması üçün bütün göstəricilər təyin edilmişdir.

Ümumiləşdirilərək əhəmiyyətli risk faktorlarını öxündə birləşdirən vahid proqnostik cədvəl tərtib edilmişdir (cədvəl 2).

Cədvəl 2
Risk faktorlarına görə ƏSYİ baş verməsinin proqnozlaşdırılması

№	Faktorlar (x_j)	Faktorların dərəcələri: x_j^i	$P\left(x_j^i / A_1\right)$	$P\left(x_j^i / A_2\right)$	DƏ
1.	Xəstənin cinsi	Kişi	0,357	0,601	-2,26
		Qadın	0,643	0,399	2,07
2.	Xəstənin yaşı	50 yaşa qədər	0,476	0,722	-1,80
		50 yaşdan yuxarı	0,524	0,278	2,74
3.	Əməliyyatın sayı	İlkin	0,690	0,905	-1,18
		Təkrar	0,310	0,095	5,13
4.	Yanaşı gedən xəstəlik	Var	0,524	0,266	2,95
		Yoxdur	0,476	0,734	-1,88
5.	Piylənmə	Var	0,619	0,222	4,46
		Yoxdur	0,381	0,778	-3,10
6.	Əməliyyatın növü	Təcili	0,452	0,190	3,77
		Planlı	0,548	0,810	-1,70
7.	Fəsil	Qış	0,048	0,272	-7,57
		Yaz	0,548	0,241	3,57
		Yay	0,262	0,184	1,54
		Payız	0,143	0,304	-3,28
8.	Şəkərli diabet	Var	0,17	0,04	6,42
		Yoxdur	0,83	0,96	-0,62
9.	Xəstənin immun vəziyyəti	Azalıb	0,262	0,070	5,75
		Azalmayıb	0,738	0,930	-1,01
10.	Xəstələrin qan qrupu	0 (1)	0,79	0,08	9,80
		A (II)	0,17	0,34	-3,12
		B (III)	0,05	0,41	-9,36
		AB (0)	0,00	0,16	0,00
11.	Əməliyyatın təmizlik dərəcəsi	Təmiz və nisbi təmiz	0,071	0,557	-8,92
		İnfeksiyalaşmış və çirkli	0,929	0,443	3,21

$P(A_1)$=0,21; $P(A_2)$=0,79 olduğunu və cədvəl 2-ni nəzərə alsaq, (1) düsturunu aşağıdakı kimi yaza bilərik:

$$P(A_1 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = \frac{0{,}21 \cdot \prod_{j=1}^{11} P\left(x_j^i / A_1\right)}{0{,}21 \cdot \prod_{j=1}^{11} P\left(x_j^i / A_1\right) + 0{,}79 \cdot \prod_{j=1}^{11} P\left(x_j^i / A_2\right)} \quad (2)$$

$$P(A_2 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = \frac{0{,}79 \cdot \prod_{j=1}^{11} P\left(x_j^i / A_2\right)}{0{,}21 \cdot \prod_{j=1}^{11} P\left(x_j^i / A_1\right) + 0{,}79 \cdot \prod_{j=1}^{11} P\left(x_j^i / A_2\right)} \quad (3)$$

(2) və (3) düsturlarında x_j^i - faktorların (əlamətlərin) dərəcələridir. $P\left(x_j^i / A_1\right)$ və $P\left(x_j^i / A_2\right)$ aprior ehtimallarının qiymətləri cədvəl 2-də verilmişdir.

Eyni zamanda, risk faktorları üçün cədvəl 2-də verilmiş DƏ qiymətlərini nəzərə almaqla, daha sadə şəkildə olan ardıcıl diaqnostik analiz üsulunu tətbiq etmək mümkündür. Bu üsula görə, DƏ-lər iki diaqnostik həddən (qarın boşluğu orqanları üzərində aparılmış əməliyyatdan sonrakı yarada irinli-iltihabi ağırlaşmanın baş verməməsi və baş verməsi) birinə çatanadək, başqa sözlə, aşağıdakı düstur doğru ilmayana qədər toplanır:

$$10lg\frac{\alpha}{1-\beta} < D\Theta_1 + D\Theta_2 + ... + D\Theta_{11} < 10lg\frac{1-\alpha}{\beta} \quad (3)$$

Burada:

$A_1 = 10lg\frac{1-\alpha}{\beta}$, $A_2 = 10lg\frac{\alpha}{1-\beta}$.

A_2 - əməliyyatdan sonra ƏSYİ baş verməməsi həddi,

A_1 - əməliyyatdan sonra ƏSYİ baş verməsi həddi,

α - 1-ci dərəcəli xəta, β - 1-ci dərəcəli xətadır.

α=0,1 və β=0,05 qəbul etsək, (3) düsturu aşağıdakı kimi olar:

$$-9{,}8 < D\Theta_1 + D\Theta_2 + ... + D\Theta_{11} < 12{,}6 \quad (4)$$

Ardıcıl diaqnostik analiz (Vald) üsulunun sadəliyi daha az hesablamaların olması, həmçinin, A_1 diaqnostik həddi alındıqda digər risk faktorlarını yoxlamadan da irinləmə haqqında fikir söyləməyin mümkün olması ilə əlaqədardır. Digər tərəfdən, hətta bütün risk faktorlarını yoxladıqdan sonra belə (4.7) düsturu döğru ola bilər. Belə olduqda, fikir yürütmək üçün kifayət qədər informasiyanın olmadığı qeyd edilir.

(2) və (3) düsturlarının tətbiqi zamanı isə cədvəl 4-də verilmiş bütün əhəmiyyətli risk faktorlarını nəzərə almaqla qarın boşluğu orqanları üzərində aparılan əməliyyatdan sonra ƏSYİ baş verib verməməsinin və baş verməsinin ehtimalları dəqiq hesablanır. Müasir texnologiyaların və proqram təminatlarının imkanlarını nəzərə alsaq, ilk baxışdan böyük və mürəkkəb görünən (2) və (3) düsturlarının hesablanmasına (4) düsturundan çox vaxt lazım olmadığını deyə bilərik.

Bir neçə klinik müşahidəyə baxaq.

Misal 1. Xəstə M.G., qadın, 21 yasında, 07 fevral-18 fevral 2008 il tarixində kəskin destruktiv appendisit diaqnozu ilə stasionara daxil olmuş, yanaşı gedən xəstəlik, piylənmə, şəkərli diabet qeyd olunmamışdır. Xəstə ilk dəfə, yalnız təçili şəkildə cərrahi əməliyyata götürülmüşdür. Həkim tərəfindən əməliyyatın təmizlik dərəcəsi "infeksiyalaşmış və çirkli" kimi qeyd edilmişdir. Xəstənin immuniteti qismən azalmış, qan qrupu 0(1)rh+ olmuşdur.

İlkin əlamətlər nəzərə alınaraq (2) və (3) düsturlarına əsasən $P(A_1 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0{,}651$, $P(A_2 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0{,}349$ alınmışdır. Yəni ƏSYİ baş verməsi ehtimalı (65,1 %) bir qədər yüksəkdir.

Xəstəyə Mak Burney kəsiyi ilə appendektomiya, qarin boşlugunun drenaji icra olunmuşdur. Kəsik sorulmayan saplarla tikilmişdir. Əməliyyatdan sonra yarada irinləmə baş verib. Ənənəvi usulla mualicə almış, yara ikincili sağalmışdır.

Misal 2. Xəstə M.F., qadın, 54 yaşda, qan qrupu, 25.02-10.03/2008-ci il tarixində stasionarda ilk dəfə mualiçə alib. Öd daşi xəstəliyi, xroniki kalkulyoz xolesistit, şəkərli diabet diaqnozu ilə daxil olub. 5 ildən artıqdır ki, öd daşi xəstəsidir

Xəstədə piylənmə, şəkərli diabet qeyd olunmuş, ilk dəfə, planlı şəkildə cərrahi əməliyyata götürülmüşdür. Həkim tərəfindən əməliyyatın təmizlik dərəcəsi "infeksiyalaşmış və çirkli" kimi qeyd edilmişdir. Xəstənin immuniteti azalmış, qan qrupu A(II)rh+ olmuşdur.

İlkin əlamətlər nəzərə alınaraq (2) və (3) düsturlarına əsasən $P(A_1 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0{,}871$, $P(A_2 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0{,}129$ alınmışdır. Yəni ƏSYİ baş verməsi ehtimalı kifayət qədər yüksək (87,1 %) olmuşdur.

Xəstəyə yuxaru orta loporotomiya, xolesistektomiya, qaraçiyəralti sahənin drenajı icra olunmuş, gözlənildiyi kimi, əməliyyatdan sonra yarada irinləmə baş vermişdir.

Ənənəvi usulla mualicə almiış, antibakterial, duz məhlullari, agrikəsicilər təyin olunmuş, yara ikincili sagalmışdır.

Misal 3. Xəstə H.M., qadin, 29 yaş, 06.04.2009-05.05.2009 il tarixdə ilk dəfə stasionar mualicəyə daxil olub. Diaqnoz: öd daşi xəstəliyi, öd kisəsinin hidrosu, xroniki pankreatit, şəkərli diabet.

Xəstədə piylənmə qeyd olunmamış, ilk dəfə, planlı şəkildə cərrahi əməliyyata götürülmüşdür. Həkim tərəfindən əməliyyatın təmizlik dərəcəsi "infeksiyalaşmış və çirkli" kimi qeyd edilmişdir. Xəstənin immuniteti azalmış, qan qrupu A(II)rh+ olmuşdur.

İlkin əlamətlər nəzərə alınaraq (2) və (3) düsturlarına əsasən $P(A_1 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,844$, $P(A_2 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,156$ alınmışdır. Yəni ƏSYİ baş verməsi ehtimalı kifayət qədər yüksək (84,4 %) olmuşdur.

Xəstəyə koxer kəsiyi, xolesistektomiya, drenaj icra olunmuş, əməliyyatdan sonra, gözlənildiyi kimi, yarada irinləmə baş vermişdir.

Ənənəvi usulla mualicə almiş, yara ikinçili sagalmışdır.

Misal 4. Xəstə Q.M., kişi, 45 yaş, 05.10-15.10/2015-ci il tarixdə ikinci dəfə stasionar mualicəyə daxil olub. Diaqnoz: sol tərəfli qasıq yırtığı.

Xəstədə yanaşı xəstəlik, piylənmə, şəkərli diabet qeyd olunmamış, planlı şəkildə cərrahi əməliyyata götürülmüşdür. Həkim tərəfindən əməliyyatın təmizlik dərəcəsi "təmiz və nisbi təmiz" kimi qeyd edilmişdir. Xəstənin immuniteti azalmış, qan qrupu 0(I)rh+ olmuşdur.

İlkin əlamətlər nəzərə alınaraq (2) və (3) düsturlarına əsasən $P(A_1 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,120$, $P(A_2 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,880$ alınmışdır. Yəni ƏSYİ baş verməsi ehtimalı kifayət qədər kiçik (12,0 %) olmuşdur.

Xəstəyə qasıq kəsiyi, herniotomiya, hernioplastika icra olunmuş, əməliyyatdan sonra, gözlənildiyi kimi, yarada irinləmə olmamışdır. Yarada birincili sagalma qeyd edilmişdir.

Misal 5. Xəstə Ə.Q., qadın, 78 yaş, 30.06-16.07/2015-ci il tarixdə ilk dəfə stasionar mualicəyə daxil olub. Diaqnoz: öd daşi xəstəliyi, öd kisəsinin hidropsu.

Xəstədə yanaşı xəstəlik, şəkərli diabet qeyd olunmamış, piylənmə olmuş, planlı şəkildə cərrahi əməliyyata götürülmüşdür. Həkim tərəfindən əməliyyatın təmizlik dərəcəsi "təmiz və nisbi təmiz" kimi qeyd edilmişdir. Xəstənin immuniteti azalmış, qan qrupu B(III)rh+olmuşdur.

İlkin əlamətlər nəzərə alınaraq (2) və (3) düsturlarına əsasən $P(A_1 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,049$, $P(A_2 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,951$ alınmışdır. Yəni ƏSYİ baş verməsi ehtimalı kifayət qədər kiçik (4,9 %) olmuşdur.

Xəstəyə Koxer kəsiyi, xolesistektomiya, drenaj icra olunmuş, əməliyyatdan sonra, gözlənildiyi kimi, yarada irinləmə olmamışdır. Yarada ikincili sagalma qeyd edilmişdir.

Misal 6. Xəstə H.H., kişi, 74 yaş, 11.02-22.02/2010-cu il tarixdə ikinci dəfə stasionar mualicəyə daxil olub. Diaqnoz: Sağ tərəfli iri həcmli qasıq - xaya yırtığı.

Xəstədə piylənmə, şəkərli diabet qeyd olunmamış, yanaşı xəstəlik müəyyən edilmiş, planlı şəkildə cərrahi əməliyyata götürülmüşdür. Həkim tərəfindən əməliyyatın təmizlik dərəcəsi "təmiz və nisbi təmiz" kimi qeyd edilmişdir. Xəstənin immuniteti azalmamış, qan qrupu B(III)rh+. olmuşdur.

İlkin əlamətlər nəzərə alınaraq (2) və (3) düsturlarına əsasən $P(A_1 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,001$, $P(A_2 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,999$ alınmışdır. Yəni demək olar ki, ƏSYİ baş verməməsi (99,9 %) gözlənilir.

Xəstəyə qasıq kəsiyi, herniotomiya, hernioplastika icra olunmuş, əməliyyatdan sonra, gözlənildiyi kimi, yarada irinləmə olmamışdır. Yarada birincili sagalma qeyd edilmişdir.

Misal 7. Xəstə M.S., kişi, 55 yaş, 30 iyun-05 iyul 2011-ci il tarixdə ilk dəfə stasionar mualicəyə daxil olub. Diaqnoz: kəskin destruktiv(qanqrenoz) appendisit, yerli peritonit.

Xəstədə piylənmə, şəkərli diabet qeyd olunmamış, yanaşı xəstəlik müəyyən edilmiş, planlı şəkildə cərrahi əməliyyata götürülmüşdür. Həkim tərəfindən əməliyyatın təmizlik dərəcəsi "təmiz və nisbi təmiz" kimi qeyd edilmişdir. Xəstənin immuniteti azalmamış, qan qrupu 0(I)rh+ olmuşdur.

İlkin əlamətlər nəzərə alınaraq (2) və (3) düsturlarına əsasən $P(A_1 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,151$, $P(A_2 / x_1^i, x_2^i, ...x_{11}^i) = 0,849$ alınmışdır. Yəni ƏSYİ baş verməsi ehtimalı kifayət qədər kiçik (15,1 %) olmuşdur.

Xəstəyə Mak Burney kəsiyi, appendektomiya, drenaj icra olunmuş, əməliyyatdan sonra, gözlənildiyi kimi, irinləmə olmamışdır. Yarada birincili sagalma qeyd edilmişdir.

Proqnostik modelin həssaslıq dərəcəsini yoxlamaq üçün bizim tərəfimizdən yuxarıdakı klinik müşahidələrə analoji şəkildə qarın boşluğu orqanları üzərində aparılan əməliyyatdan sonra ƏSYİ baş vermiş və verməmiş 56 xəstənin göstəriciləri yoxlanılmışdır. Alınmış nəticələr cədvəl 5-də verilmişdir.

Cədvəl 5.

Risk faktorlarına görə ƏSYİ baş verməsinin proqnozlaşdırılması modelinin nəticələri

ƏSYİ	Proqnoz		Cəmi
	Gözlənilir	Gözlənilmir	
Müşaidə edilib	a=22	b=2	24
Müşaidə edilməyib	c=1	d=31	32
Cəmi	23	33	56

Cədvəl 5-dəki verilənlərə əsasən aşağıdakı düsturlar vasitəsilə qurulmuş modelin xarakteristik göstəriciləri olan həssaslığı (Hs), spesifikliyi (Sp) və proqnostik dəqiqliyi (Pd) hesablanmışdır:

$$Hs = \frac{a}{a+c} \quad (5)$$

$$Sp = \frac{d}{b+d} \quad (6)$$

$$Pd = \frac{a+d}{a+b+c+d} \quad (7)$$

Burada:

a - proqnoza görə gözlənilən nəticənin müşahidə edildiyi halların,

b - proqnoza görə gözlənilməyən nəticənin müşaidə edildiyi halların,

c - proqnoza görə gözlənilən nəticənin müşaidə edilmədiyi halların,

d - proqnoza görə gözlənilməyən nəticənin müşaidə edilmədiyi halların sayıdır.

5-7 düsturlarına görə qurulmuş modelin həssaslığı -Hs=0,957;, spesifikliyi -Sp=0,912; proqnostik dəqiqliyi - Pd=0,930 təşkil etmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ağayev B.A., Əliyev F.X., Nəcəfquliyeva P.H. Qarının ön divarının alloplastikası əməliyyatından sonrakı dövrdə yarada gedən reparativ proseslərin morfoloji xüsusiyyətləri / Cərrahiyyə. 2009, №3, s.7-13.

2. Hacıyev E.Ə. Fiziki təsir üsulları ilə birlikdə irinli yaraların kompleks müalicəsi / Cərrahiyyə. №2 (22), 2010, s.17-22.

3. Блатун Л.А., Мороз В.Ю., Гагаев Г.Г. и др. Актуальность проблемы госпитальной инфекции в специализированном отделении гнойной хирургии // В сб. тез. Докл. 2-й Росс. Научно-практ. Конференции. М., 1999, с.39-40.

4. Добровольский С.Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи. // Журнал Хирургия им. Н.И. Пирогова, 2008, №1, с. 66-72

5. Гейниц А.В., Баум Р.Ф., Зарецкий А.М. Фотодинамическая терапия в лечебной практике // Лечащий врач, 2005, №2, с. 74-75.

Резюме

Прогнозирование нагноений послеоперационных вентральных ран

Р.Э.Джафарли, А.В.Фарзалиев, Г.Дж.Эфендиев

Целью исследования явилось создание юолее рациональных мероприятий для профилактики и лечения инфекционно-воспалительных осложнений послеоперационных ран. В исследование вошли 200 больных. Из них у 42 после лапаротомии произошло нагноение ран, у 158 больных нагноение на произошло. Для прогнозирования авторы использовали методику Баеса

Summary

Forecasting suppuration of postoperative ventral wounds

R.E.Jafarli, A.V.Farzaliyev, G.J.Efendiyev

The aim of the study was to create more rational measures for the prevention and treatment of infectious and inflammatory complications of postoperative wounds. The study included 200 patients. Of these, 42 had

a suppuration after laparotomy, 158 patients had suppuration. For the prediction the authors used the Bayesian methodsTo predict the authors,

Daxil olub: 01.11.2016

UĞURSUZ MÜALICƏDƏN SONRA FƏALLAŞAN AĞCIYƏR VƏRƏMI OLAN XƏSTƏLƏR ARASINDA DƏRMANLARA REZISTENTLIK

R.İ. Bayramov, C.M. İsmayılzadə, R.İ. Həmzəyeva, A.E.İrzayeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: ağciyər vərəmi, dərmanlara rezistentlik, uğursuz müalicə
Ключевые слова: туберкулез легких, лекарственная резистентность, неудачное лечение
Key words: pulmonary tuberculosis, drug resistance, unsuccessful treatmen

Dünyanın əksər ölkələrində vərəmin epidemioloji göstəricilərinin ilbəil nisbətən yaxşılaşmasına baxmayaraq son illər vərəmin dərmanlara rezistent formalarının artması müşahidə edilir [1]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatına əsasən dünyada hər il təxminən 490 mindən çox insan dərmanlara rezistent formalı vərəmlə xəstələnir ki, onların da 110 min nəfəri bu xəstəlikdən dünyasını dəyişir [2]. Xüsusilə, əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş və spesifik prosesin yenidən fəallaşdığı xəstələr arasında vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı rezistentlik (o, cümlədən multirezistentlik və genişləndirilmiş dərmanlara davamlılıq) daha çox müşahidə edilir. Belə ki, ÜST-nın məlumatına əsasən ilkin aşkar edilmiş ağciyər vərəmi olan xəstələr arasında multirezistentliyin rast gəlmə tezliyi 3,6% olduğu halda, əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş və spesifik prosesin yenidən fəallaşdığı xəstələr arasında 20,2% halda multirezistentlik (MDR) müşahidə edilir [2]. Vərəm mikobakteriyalarının dərmanlara rezistent ştamları vərəmə görə epidemioloji vəziyyətin gərginləşməsinə səbəb olmaqla yanaşı onunla mübarizəni də çətinləşdirir [3]. Xüsusilə kompleks müalicəyə və profilaktik tədbirlərə əməl etməyən dərmanlara rezistent, əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş və uğursuz müalicədən sonra yenidən fəallaşan ağciyər vərəmi olan xəstələr müalicənin daha çətin, baha başa gələn və uzun müddətli olması ilə yanaşı, epidemioloji təhlükəli olub, sağlam şəxslərin yoluxmasına və yeni birincili dərmanlara rezistent vərəm hallarının inkişafına səbəb olur.

Tədqiqatın məqsədi əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş və uğursuz müalicədən sonra fəallaşan ağciyər vərəmi olan xəstələr arasında dərmanlara rezistentliyin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsidir.

Tədqiqatın material və metodları. Qarşıya qoyulan vəzifələri icra etmək üçün son illər Milli İstinad Laboratoriyasında bəlğəm nümunələri müayinə olunan, əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş və uğursuz müalicədən sonra fəallaşan ağciyər vərəmi olan xəstələr arasında dərmanlara rezistentliyin rast gəlmə tezliyi və rezistentliyin strukturu araşdırılmışdır. Vərəm əleyhinə əvvəllər müalicə olunmuş və uğursuz müalicədən sonra spesifik prosesin yenidən fəallaşması dedikdə əvvəlki kimyaterapiya kursu müddətində uğursuz nəticə qeydə alınan, həmçinin dərmanlara rezistentlik aşkar olunmuş və müvafiq kimyaterapiya rejiminə keçirilmiş vərəm xəstələri nəzərdə tutulur.

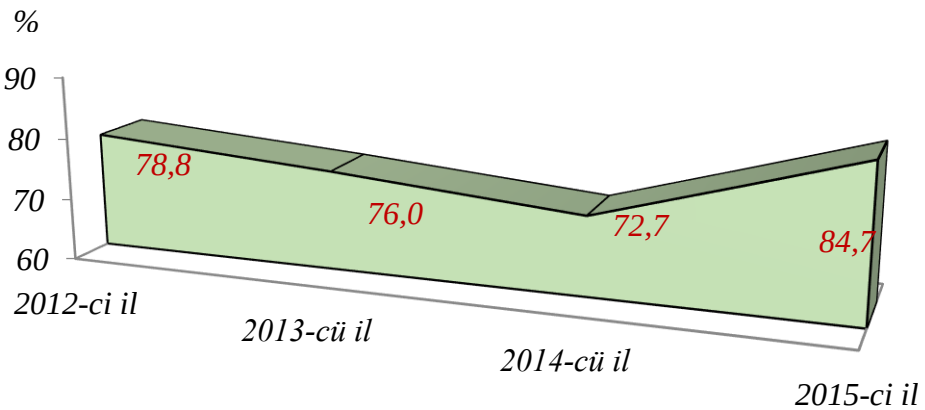
Vərəm mikobakteriyalarının təyini və vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı həssaslıq bəlğəm nümunələrinin Levenşteyn-Yensen qidalı mühitində əkilməsi və GeneXpert MTB/RIF müayinəsi nəticəsində əldə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, 2012-ci ildə vərəmin yenidən fəallaşdığı, əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş 2302 nəfər VMB+ xəstədən 165 nəfərdə (7,2%) uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşması müəyyən edilmişdir. Cari ildə uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı 165 nəfər VMB+ ağciyər vərəmi olan xəstələrin bəlğəm nümunələrinin tədqiqi zamanı bu qrupdan olan xəstələrin 21 nəfərində (12,7%) bütün vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı həssaslıq qorunmuş, 130 nəfərdə (78,8%) isə bu və ya digər vərəm əleyhinə preparata qarşı rezistentlik aşkar edilmişdir. Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı 14 nəfər (8,5%) xəstədə isə vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı həssaslıq təyin edilməmişdir. Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı dərmanlara rezistent ağciyər vərəmi olan xəstələrdə rezistentliyin strukturuna görə 13 nəfər xəstədə (10%) streptomisinə qarşı monorezistentlik, 37 xəstədə (28,5%) polirezistentlik aşkar edilmişdir. Polirezistent formalı, uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı ağciyər vərəmi olan xəstələrin 23 nəfərində (62,2%) vərəm əleyhinə ən güclü təsirə malik dərmanlardan biri olan izoniazidlə yanaşı streptomisin və etambutola qarşı rezistentlik, 14 nəfərdə (37,8%) isə digər vərəm əleyhinə ən güclü effektə malik olan rifampisinlə yanaşı streptomisin və etambutola qarşı rezistentlik aşkar edilmişdir. Dərmanlara rezistent, uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı ağciyər vərəmi olan xəstələrin

75 nəfərində (57,7%) multirezistentlik (MDR) aşkar edilmişdir. 5 nəfər (3,8%) xəstədə isə vərəm əleyhinə preparatlara qarşı genişləndirilmiş rezistentlik (GDD) müəyyən edilmişdir.

2013-cü ildə vərəmin yenidən fəallaşdığı, əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş 3053 nəfər VMB+ xəstədən 628 nəfərdə (20,6%) uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşması müəyyən edilmişdir. Cari ildə uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı 628 nəfər VMB+ ağciyər vərəmi olan xəstələrin bəlğəm nümunələrinin tədqiqi zamanı bu qrupdan olan xəstələrin 16 nəfərində (2,5%) bütün vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı həssaslıq qorunmuş, 477 nəfərdə (76%) isə bu və ya digər vərəm əleyhinə preparata qarşı rezistentlik aşkar edilmişdir. Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı 135 nəfər (21,5%) xəstədə isə vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı həssaslıq təyin edilməmişdir. Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı dərmanlara rezistent ağciyər vərəmi olan xəstələrdə rezistentliyin strukturuna görə 16 nəfər xəstədə (3,4%) streptomisinə qarşı monorezistentlik, 26 xəstədə (5,4%) polirezistentlik aşkar edilmişdir. Polirezistent formalı, uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı ağciyər vərəmi olan xəstələrin 13 nəfərində (50%) vərəm əleyhinə ən güclü təsirə malik dərmanlardan biri olan izoniazidlə yanaşı streptomisin və etambutola qarşı rezistentlik, 13 nəfərdə (50%) isə digər vərəm əleyhinə ən güclü effektə malik olan rifampisinlə yanaşı streptomisin və etambutola qarşı rezistentlik aşkar edilmişdir. Dərmanlara rezistent, uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı ağciyər vərəmi olan xəstələrin 361 nəfərində (75,7%) multirezistentlik (MDR) aşkar edilmişdir. 74 nəfər (15,5%) xəstədə isə vərəm əleyhinə preparatlara qarşı genişləndirilmiş rezistentlik (GDD) müəyyən edilmişdir.

2014-cü ildə vərəmin yenidən fəallaşdığı, əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş 2178 nəfər VMB+ xəstədən 451 nəfərdə (20,7%) uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşması müəyyən edilmişdir. Cari ildə uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı 451 nəfər VMB+ ağciyər vərəmi olan xəstələrin bəlğəm nümunələrinin tədqiqi zamanı bu qrupdan olan xəstələrin 65 nəfərində (14,4%) bütün vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı həssaslıq qorunmuş, 328 nəfərdə (72,7%) isə bu və ya digər vərəm əleyhinə preparata qarşı rezistentlik aşkar edilmişdir. Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı 58 nəfər (12,9%) xəstədə isə vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı həssaslıq təyin edilməmişdir. Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı dərmanlara rezistent ağciyər vərəmi olan xəstələrdə rezistentliyin strukturuna görə 9 nəfər xəstədə (2,7%) streptomisinə qarşı monorezistentlik, 86 xəstədə (26,3%) polirezistentlik aşkar edilmişdir. Polirezistent formalı, uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı ağciyər vərəmi olan xəstələrin 48 nəfərində (55,8%) vərəm əleyhinə ən güclü təsirə malik dərmanlardan biri olan izoniazidlə yanaşı streptomisin və etambutola qarşı rezistentlik, 38 nəfərdə (44,2%) isə digər vərəm əleyhinə ən güclü effektə malik olan rifampisinlə yanaşı streptomisin və etambutola qarşı rezistentlik aşkar edilmişdir. Dərmanlara rezistent, uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı ağciyər vərəmi olan xəstələrin 189 nəfərində (57,6%) multirezistentlik (MDR) aşkar edilmişdir. 44 nəfər (13,4%) xəstədə isə vərəm əleyhinə preparatlara qarşı genişləndirilmiş rezistentlik (GDD) müəyyən edilmişdir.



Şək/ Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı xəstələr arasında dərmanlara rezistentliyin rast gəlmə tezliyi

2015-ci ildə vərəmin yenidən fəallaşdığı, əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş 2660 nəfər VMB+ xəstədən 555 nəfərdə (20,9%) uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşması müəyyən edilmişdir. Cari ildə uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı 555 nəfər VMB+ ağciyər vərəmi olan

xəstələrin bəlğəm nümunələrinin tədqiqi zamanı bu qrupdan olan xəstələrin 61 nəfərində (11%) bütün vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı həssaslıq qorunmuş, 470 nəfərdə (84,7%) isə bu və ya digər vərəm əleyhinə preparata qarşı rezistentlik aşkar edilmişdir. Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı 24 nəfər (4,3%) xəstədə isə vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı həssaslıq təyin edilməmişdir. Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı dərmanlara rezistent ağciyər vərəmi olan xəstələrdə rezistentliyin strukturuna görə 16 nəfər xəstədə (3,4%) streptomisinə qarşı monorezistentlik, 87 xəstədə (18,5%) polirezistentlik aşkar edilmişdir.

Polirezistent formalı, uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı ağciyər vərəmi olan xəstələrin 27 nəfərində (31%) vərəm əleyhinə ən güclü təsirə malik dərmanlardan biri olan izoniazidlə yanaşı streptomisin və etambutola qarşı rezistentlik, 60 nəfərdə (69%) isə digər vərəm əleyhinə ən güclü effektə malik olan rifampisinlə yanaşı streptomisin və etambutola qarşı rezistentlik aşkar edilmişdir. Dərmanlara rezistent, uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı ağciyər vərəmi olan xəstələrin 339 nəfərində (72,1%) multirezistentlik (MDR) aşkar edilmişdir. 28 nəfər (6%) xəstədə isə vərəm əleyhinə preparatlara qarşı genişləndirilmiş rezistentlik (GDD) müəyyən edilmişdir.

Aparılan tədqiqat nəticəsində son illər əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş ağciyər vərəmi olan xəstələr arasında dərmanlara rezistentliyin rastgəlmə tezliyi ilə onun strukturu müqayisəli formada təhlil edilmişdir (şəkil). Göründüyü kimi son illər, əvvəllər vərəm əleyhinə müalicə olunmuş ağciyər vərəmi olan xəstələr arasında uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı xəstələr arasında dərmanlara rezistentliyin rast gəlmə tezliyi daha yüksəkdir. Belə ki, şəkil 1,dən göründüyü kimi əgər 2012-ci ildə uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı xəstələr arasında dərmanlara rezistentlik 78,8% olmuşdursa, 2013, 2014 və 2015-ci illərdə müvafiq olaraq 76%, 72,7% və 84,7% təşkil etmişdir. Uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı xəstələr arasında dərmanlara rezistentliyin strukturuna əsasən MDR formalı ağciyər vərəminin rast gəlmə tezliyi daha yüksək olub, son illərdə artmaqda davam edir. Belə ki, əgər 2012-ci ildə uğursuz müalicədən sonra vərəmin yenidən fəallaşdığı xəstələr arasında MDR formalı ağciyər vərəminin rast gəlmə tezliyi dərmanlara rezistent formalı xəstələrin 57,7%-ni təşkil edirdisə, bu göstərici 2015-ci ildə artaraq 72,1% olmuşdur. Qeyd edilənlər ağciyər vərəmi olan xəstələr aşkar edildikdə vərəm əleyhinə dərmanlara rezistentliyin aşkar edilərək dərmanlara həssaslıq testinə müvafiq antibakterial preparatlarla müalicənin aparılmasının zəruri olduğunu bir daha təsdiq edir. Belə olduğu halda, həm uğursuz müalicə hallarının, həm də bu xəstələr arasında vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı rezistentlik hallarının azalmasına nail olmaq mümkündür.

ƏDƏBİYYAT

1.Acosta C.D., Dadu A., Ramsay A., Dara M. Drug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: challenges and ways forward // Intern. Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2014, v.4, supp. 2, p.3-12.

2.Word Health Organization Global tuberculosis report, 2013, p. 45-47

3.Сапожникова Н.В., Яковчук А.А., Чернохаева И.В. и др. Влияние ранних методов диагностики множественной лекарственной устойчивости на эффективность лечения пациентов с туберкулезом органов дыхания // Инфекционные болезни, 2014, Т.12, №1, с 273-274.

Резюме

Лекарственная устойчивость у больных с активизацией туберкулезного процесса в легких после неудачного лечения

Р.И. Байрамов, Дж.М. Исмаилзаде, Р.И. Гамзаева, А.Е.Ирзаева

Лекарственно- устойчивые штаммы микобактерии туберкулеза наряду с ухудшением эпидемиологической ситуации еще и затрудняют борьбу с ним. Целью проведенного исследования явилось изучение особенности лекарственной устойчивости у больных ранее получавших противотуберкулёзное лечение и у больных с активизацией туберкулезного процесса после неудачного лечения. В результате исследования было выявлено, что частота встречаемости лекарственной резистентности у больных с новой активизацией туберкулезного процесса после неудачного лечения намного выше, чему больных, ранее получавших противотуберкулёзное лечение. Так, если в 2012 году лекарственная устойчивость у больных с новой активизацией туберкулезного процесса в легких после неудачного лечения составило 78,8%,то в 2013,2014,2015 годах -76%,72,7% и 84,7% соответственно. На основании анализа структуры лекарственной устойчивости больных с новой активизацией туберкулезного процесса в легких после неудачного лечения было выявлено, что частота встречаемости MDR форм среди них остается высоким и в последние годы продолжает расти. Так, если 2012 году частота встречаемости MDR форм среди больных с новой активизацией туберкулезного процесса в легких после неудачного лечения составило 57,7% от больных с лекарственной устойчивостью, то этот же показатель в 2015 году вырос и составил 72,1%.

Summary

Drug resistance in patients with the activation of lung tuberculosis process afterunsuccessful treatment

R.I. Bayramov, J.M. Ismailzada, R.I. Hamzayeva, A.E.Irzayeva

Drug- resistant strains of Mycobacterium tuberculosis along with a worsening of the epidemiological situation also make it difficult to fight with him.The aim of the study was to examine the features of drug resistance in patients with previously receiving TB treatment and in patients with the activation of lung tuberculosis process after unsuccessful treatment.The study revealed that the frequency of occurrence drug resistance in patients with a new activation process after TB unsuccessful treatment is much higher than in patients who have previously received TB treatment. So, if in 2012 the drug resistance in patients with the new activation lung tuberculosis process afterunsuccessful treatment was 78.8%, in 2013,2014,2015 years was 76%, 72.7% and 84.7%, respectively.An analysis of structure of the drug resistance in patients with the new activation lung tuberculosis process after unsuccessful treatment revealed that the the frequency of occurrence MDR forms remains high among them and in recent years continues to grow.So, if in 2012 the frequency of occurrence MDR forms among patients with new activation of lung tuberculosis process after unsuccessful treatment was 57.7% of patients with drug-resistant, the same indicator increased and amounted to 72.1% in 2015.

Daxil olub: 15.11.2016

PROSTAQLANDİNLƏRİN TƏTBİQİ FONUNDA BİRİNCİLİ AÇIQBUCAQLI QLAUKOMASI OLAN PASİYENTLƏRİN ÖN KAMERA MAYESİNDƏ ŞİŞİN NEKROZU AMİLİNİN QATILIĞI

N.T.İbadova

Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanası, Bakı

Açar sözlər: ön kamera mayesi, qlaukoma, prostaqlandinlər, sitokinlər, şişin nekrozu amili

Ключевые слова: влага передней камеры, глаукома, простагландины, цитокины, фактор некроза опухоли

Key words: aqueous humour, cytokines, glaucoma, prostaglandins, cytokines, tumor necrosis factor

Şişin nekrozu amili-alfa (ŞNA-alfa) infeksiyalaşmaya və ya travmaya, həmçinin gözdaxili təzyiqin (GDT) yüksəlməsinə cavab olaraq hasil edilən, molekul kütləsi 17 kD olan iltihabönü sitokin hesab edilir və kaspazaların və ya mikroqliyanın fəallaşması yolu ilə torlu qişanın qanqlioz hüceyrələrinin apoptozuna gətirib çıxarır [1,2]. Birincili açıqbucaqlı qlaukoma (BABQ) olan pasiyentlərin ön kamera mayesində (ÖKM) kontrol qrupdakı pasiyentlərlə müqayisədə ŞNA-alfanın daha yüksək qatılığı müşahidə edilir [3-6]. Ədəbiyyat məlumatlarına görə, sitokinlərin səviyyəsi əməliyyatdansonrakı dövrdə çapıqlaşma proseslərinin intensivliyinə və müvafiq olaraq qlaukomaəleyhinə aparılan əməliyyatın uğurlu nəticələnməsinə təsir göstərir [7-9]. Belə ki, Leinonen S. müş. müəll. ŞNA-alfa amilin sistem ingibitorlarının qəbulu fonunda uveal qlaukoma və yuvenil idiopatik artrit olan pasiyentlərdə aparılan retrospektiv tədqiqatlarda Mitomitsin C ilə trabekulektomiyanın effektivliyinin yüksəldiyini qeyd etmişlər [7].

Bir sıra müəlliflər qlaukomalı pasiyentlərin göz yaşı mayesində və ÖKM-də sitokinlərin qatılığına uzunmüddətli hipotenziv terapiyanın təsir etdiyini göstərmişlər [10-14], halbuki digər tədqiqatçılar onun təsirini inkar edirlər [15,16]. Bu zaman kombinə olunmuş hipotenziv terapiya (KHT) alan pasiyentlərdə bəzi sitokinlərin (TNFa, IL1b) hipotenziv monoterapiya alan pasiyentlərlə müqayisədə yüksək ekspressiyyası müşahidə edilir [13]. Takai Y. həmçinin sitokinlərin (TGF-β1, IL-8 və SAA) və tətbiq edilən qlaukomaəleyhinə preparatların miqdarı arasında müsbət korrelyasiyanın olmasını göstərir [6]. Lakin ədəbiyyatda prostoqlandinlərin tətbiqi fonunda ÖKM-də ŞNA-alfanın qatılığı haqqında dəqiq məlumatlar yoxdur.

Tədqiqatın məqsədi. Prostaqlandinlərin tətbiqi fonunda BABQ olan pasiyentlərin ÖKM-də ŞNA-alfanın qatılığını təyin etmək.

Tədqiqatın material və metodları. ÖKM-də ŞNA-alfanın təyin edilməsi orta yaşı 54,7±6,7 (43 -64) olan 18 pasiyent arasında aparılmışdır ki, onlardan 11(61,1%) nəfər- kişi, 7 (38,9%) - qadındır. Pasiyentlərin hamısı 2 qrupa bölünmüşlər: 1-ci qrupu- BABQ olan 9 pasiyent (14 göz) təşkil edir ki, onlara prostaqlandinlərlə (PQ- β-blokator+ prostaqlandin, β-blokator+ karboanhidrazanın ingibitoru+ prostaqlandin) birlikdə KHT aparılmışdır; 2-ci qrupu - BABQ olan 9 pasiyent (11 göz) təşkil edir ki, onlara prostaqlandinlərdən istifadə etməməklə KHT aparılmışdır (KHQ- β-blokator + karboanhidrazanın ingibitoru; β-blokator + karboanhidrazanın ingibitoru + α-aqonist).

Anamnezdə oftalmocərrahi müdaxilə aparılan gözlərdə sitokinlərin ekspressiyasının xeyli artmasını nəzərə alaraq [8, 15] pasiyentlərin bu qrupunu tədqiqatımızdan kənar etmişik

Nəticələr və onların müzakirəsi. Pasiyentlərin ümumi xarakteristikası cədvəl 1-də təqdim edilmişdir. Qruplar arasında yaşlar və cinslər üzrə statistik dürüst fərqlər olmamışdır.

13±7% pasiyentdə- qlaukomanın inkişaf etmiş, 87±7% pasiyentdə isə gecikmiş mərhələsi aşkar edilmişdir. Ədəbiyyatda qlaukoma prosesinin və başlanğıc GDT ŞNA-alfanın miqdarına təsir etməsi haqqında məlumatlar verilmişdir [13]. Bizim müayinələrdə qlaukomalı pasiyentlərin qrupları arasında qlaukoma prosesinin ağırlıq dərəcəsində və başlanğıc GDT orta səviyyəsində statistik dürüst fərqlər aşkar edilməmişdir ki, bu da əldə olunan məlumatların dürüstlüyünü artırır. Təhlildən göründüyü kimi, 1-ci və 2-ci qruplarda qlaukomalı pasiyentlərdə əməliyyata qədər KHT-nin orta davametmə müddətində statistik dürüst fərqlər aşkar edilməmişdir.

2-ci qrupdakı pasiyentlərin ÖKM-də ŞNA-alfanın orta qatılığı 2,87±0,81 (0 - 4,6) pq/ml və 2,10±0,52 (0 - 7,7) pq/ml təşkil etmişdir. Beləliklə, prostaqlandinlər tətbiq edilən, BABQ olan pasiyentlərin ÖKM-də ŞNA-alfanın qatılığı prostaqlandinlər almayan BABQ olan pasiyentlərə nisbətən 26,7%-ə qədər yüksəkdir (1,4 dəfə yüksək). Əldə olunan məlumatlar digər müəlliflərin nəticələri ilə korrelyasiya edir, onlara əsasən BABQ olan pasiyentlərin ÖKM-də ŞNA-alfanın qatılığı 1,6±1,2 pq/ml-dən 14,1±12,8 pq/ml-ə qədər dəyişir [3-6].

Cədvəl 1

Tədqiqata daxil edilən pasiyentlərin ümumi xarakteristikası

2 qrupda olan göstəricilər (%)	PQ	KHT
Pasientlərin (gözlərinin) sayı	9 (14)	9 (11)
Orta yaş	56,3 ± 1,9	53,1 ± 2,3
Yaş qrupunda olan pasiyentlərin sayı		
≤ 50	1 (11,1)	3 (33,3)
51-60	6 (66,7)	5 (55,6)
≥ 60	2 (22.2)	1 (11,1)
Cinsiyyəti: kişilər	5 (55,6)	6 (66,7)
qadınlar	4 (44,4)	3 (33,3)
Başlanğıc GDT-nin orta səviyyəsi, mm.c.süt.	33,8±2,3 (20-54)	35,3±2,6 (22-48)
Gözdə qlaukoma prosesinin mərhələsi		
başlanğıc	-	-
inkişaf etmiş	1 (8,3±8)	2 (18,2±11,6)
ifrat inkişaf etmiş	11 (91,7±8)	9 (81,8±11,6)
Ekskavasiyanın diskə (ED) orta nisbəti	0,808±0,04	0,795±0,036
ED olan gözlərin sayı		
≤ 0,5	1 (8,3±8)	-
0,5 <ED< 0,8	1 (8,3±8)	3 (27,3±13,4)
≥ 0,8	10 (83,3±10,8)	8 (72,7±13,4)
Əməliyyatdan əvvəl hipotenziv terapiyanın davametmə müddəti, ay	10,5±3,3 (0,25-25)	10,4±9,3 (0,25-66)

Müayinə qruplarında aparılan korrelyasiya təhlili başlanğıc GDT-nin səviyyəsi, həmçinin ED-nin həcmi və ÖKM-də ŞNA-alfanın qatılığı arasında korrelyasiya əlaqələrinin olmasını aşkar etməmişdir

BABQ olan pasiyentlərlə müqayisədə prostaqlandinlər tətbiq edilən pasiyentlərin ÖKM-də KHT-nin digər rejimində ŞNA-alfanın daha yüksək qatılığı sitokinlərin ekspressiyasına onların fəallaşdırıcı təsir göstərməsini sübut edir ki, bu da bir sıra elmi-tədqiqat işlərində təsvir edilmişdir. Belə ki, Russ H.H. müş. müəll. Digər hipotenziv preparatların kombinasiyaları ilə müqayisədə 0,5%-li travoprost/timolol

kombinasiyasından istifadə etdikdə interleykin 6-nın ekspressiyasının yüksəldiyini göstərirlər [14]. Lopilly Park H.Y. müş. müəll. prostaqlandinlər tətbiq edilən pasiyentlərin göz yaşında kontrol qrupdakı pasiyentlər və timolol tətbiq edən pasiyentlərlə müqayisədə IL-1β, IL-6, MMP-1, MMP-3 və MMP-9 səviyyəsinin yüksəlməsini, TIMP-1 və TIMP-2 səviyyəsinin azalmasını aşkar etmişlər [12].

Yekun. BABQ olan pasiyentlərin ÖKM-də prostaqlandinlərin tətbiqi fonunda KHT-nin digər rejimi ilə müqayisədə ŞNA-alfanın daha yüksək qatılığını nəzərə alaraq, pasiyentlərin bu qrupunda yuxarıda göstərilən sitokinlərin qatılığının azaldılması və qlaukoma əleyhinə aparılan əməliyyatların maksimal funksional effektinin əldə edilməsi məqsədilə əməliyyatönü dövrdə qısamüddətli iltihabəleyhinə terapiyanın aparılması məqsədəuyğundur.

ƏDƏBİYYAT

1. Agarwal R., Agarwal P. Glaucomatous neurodegeneration: an eye on tumor necrosis factor-alpha // Indian J Ophthalmol., 2012, v. 60(4), p. 255-61.

2. Xin X., Gao L., Wu T., Sun F. Roles of tumor necrosis factor alpha gene polymorphisms, tumor necrosis factor alpha level in aqueous humor, and the risks of open angle glaucoma: a meta-analysis // Mol Vis., 2013, v. 19, p. 526-35.

3. Balaiya S., Edwards J., Tillis T. et al. Tumor necrosis factor-alpha (TNF-alpha) levels in aqueous humor of primary open angle glaucoma // Clinical Ophthalmology, 2011, v. 5, p. 553-6.

4. Chua J., Vania M., Cheung C.M. et al. Expression profile of inflammatory cytokines in aqueous from glaucomatous eyes // Molecular Vision, 2012, v. 18, p. 431-8.

5. Sawada H., Fukuchi T., Tanaka T., Abe H. Tumor necrosis factor-alpha concentrations in the aqueous humor of patients with glaucoma // Investigative Ophthalmology and Visual Science, 2010, vol. 51(2), p. 903-6.

6. Takai Y., Tanito M., Ohira A. Multiplex cytokine analysis of aqueous humor in eyes with primary open-angle glaucoma, exfoliation glaucoma, and cataract // Investigative Ophthalmology and Visual Science, 2012, v. 53(1), p. 241-7.

7. Leinonen S., Kotaniemi K., Kivelä T., Majander A. Potential Effect of Tumor Necrosis Factor Inhibitors on Trabeculectomy With Mitomycin C for Patients With Juvenile Idiopathic Arthritis-Related Uveitic Glaucoma: A Retrospective Analysis // JAMA Ophthalmology, 2015, v. 133(11), p. 1323-8.

8. Ohira S., Inoue T., Iwao K., Takahashi E., Tanihara H. Factors Influencing Aqueous Proinflammatory Cytokines and Growth Factors in Uveitic Glaucoma // PLoS One, 2016, v. 11(1), e0147080.

9. Seet L.F., Finger S.N., Chu S.W., Toh L.Z., Wong T.T. Novel insight into the inflammatory and cellular responses following experimental glaucoma surgery: a roadmap for inhibiting fibrosis // Current Molecular Medicine, 2013, v. 13(6), p. 911-28.

10. Baudouin C., Hamard P., Liang H. et al. Conjunctival epithelial cell expression of interleukins and inflammatory markers in glaucoma patients treated over the long term // Ophthalmology, 2004, v. 111(12), p. 2186-92.

11. Bensoussan L., Blondin C., Baudouin C. et al. Flow cytometric analysis of HLA-DR, IL-6 and IL-8 expression by conjunctival epithelial cells from patients with prolonged topical antiglaucoma treatments // Journal Français d'ophtalmologie, 2003, v. 26(8), p. 782-9.

12. Lopilly Park H.Y., Kim J.H. et al. Effect of prostaglandin analogues on tear proteomics and expression of cytokines and matrix metalloproteinases in the conjunctiva and cornea // Experimental Eye Research, 2012, v. 94(1), p. 13-21.

13. Malvitte L., Montange T., Vejux A. et al. Measurement of inflammatory cytokines by multicytokine assay in tears of patients with glaucoma topically treated with chronic drugs // British Journal of Ophthalmology, 2007, v. 91(1), p. 29-32.

14. Russ H.H., Nogueira-Filho P.A., Barros Jde N. et al. Ocular surface evaluation in patients treated with a fixed combination of prostaglandin analogues with 0.5% timolol maleate topical monotherapy: a randomized clinical trial // Clinics (Sao Paulo), 2013, v. 68(10), p. 1318-24.

15. Engel L.A., Muether P.S., Fauser S., Hueber A. The effect of previous surgery and topical eye drops for primary open-angle glaucoma on cytokine expression in aqueous humor // Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology, 2014, v. 252(5), p. 791-9.

16. Taylor S.R., Gurbaxani A., Sallam A., Lightman S. Topical prostaglandin analogues and conjunctival inflammation in uveitic glaucoma // Open Ophthalmology journal, 2012, v. 6, p. 75-8.

Резюме

Концентрация фактора некроза опухоли во влаге передней камеры у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой на фоне применения простагландинов

Н.Т.Ибадова

Целью проведённого исследования явилось определение концентрации фактора некроза опухоли (ФНО-альфа) во влаге передней камеры (ВПК) у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) на фоне применения простагландинов. Проведён анализ показателей ФНО-альфа в ВПК у 18 пациентов. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа - 9 пациентов (14 глаз) с ПОУГ, применяющих комбинированную гипотензивную терапию (КГТ) с простагландинами (ПГ); 2 группа- 9 пациентов (11 глаз) с ПОУГ, применяющих КГТ без использования простагландинов (КТГ). Средние концентрации ФНО-альфа в ВПК составили: у пациентов с ПОУГ, применяющих простагландины - 2,87 ± 0,81 пг/мл; у пациентов с ПОУГ без использования простагландинов − 2,10 ± 0,52 пг/мл. У пациентов с ПОУГ, применяющих простагландины, концентрация ФНО-альфа на 26,7% выше (в 1,4 раз выше), чем у пациентов с ПОУГ, не применяющих простагландины, соответственно. Учитывая более высокую концентрацию ФНО-альфа в ВПК у пациентов с ПОУГ на фоне применения простагландинов по сравнению с другим режимом КГТ, является целесообразным применение краткосрочной противовоспалительной терапии в предоперационном периоде с целью снижения концентрации указанного цитокина и достижения максимального функционального эффекта проводимой антиглаукоматозной операции у этой категории пациентов.

Summary

Tumor necrosis factor-alfa level in aqueous humour of patients with open angle glaucoma treated with prostaglandins

N.T.Ibadova

The aim of this study was to define tumor necrosis factor-alfa (TNF-alfa) concentration in aqueous humour of patients with primary open angle glaucoma (POAG) treated with prostaglandins. Analysis of TNF-alfa levels in aqueous humour of 18 patients was performed. All the patients were divided into 2 groups: 1st group consist of 9 patients (14 eyes) with POAG treated with combined hypotensive therapy (CHT) included prostaglandins; 2nd group included 9 patients (11 eyes) with POAG treated with CHT without prostaglandins. The mean levels of TNF-alfa in aqueous humour were: in patients with POAG treated with prostaglandins - 2,87±0,81 pg/ml; in patients with POAG treated without prostaglandins - 2,10± 0,52 pg/ml. In patients with POAG treated with prostaglandins TNF-alfa level in aqueous humour was 26,7% higher, than in patients with POAG treated without prostaglandins. To take into account the fact of higher TNF-alfa levels in aqueous humour of patients with POAG treated with prostaglandins it is recommended to use short-term anti-inflammatory therapy preoperatively in this type of patients to reduce its concentration in aqueous humour and obtain maximal efficacy of performed antiglaucomatous surgery.

Daxil olub: 30.11.2016

VICIA VARIABILIS VƏ ONOBRYCHIS PETRAEA BİTKİLƏRİNİN BƏZİ FARMAKOQNOSTİK TƏDQİQİ

C.İ. İsayev, T.V. Zairli, G.A.İsmayılova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: Vicia variabilis, Onobrychis petraea, flavonoidlər, spektrofotometrik analiz
Ключевые слова: Vicia variabilis, Onobrychis petraea, flavonoids, spectrophotometric analysis
Keywords: sainfoin of rock, tufted vetch, flavonoids, spectrophotometric analysis

Yeni və daha effektli bitki mənşəli fitovasitələrin axtarışı həmişə xüsusi əhəmiyyət kəsb etmişdir. Bu baxımdan Azərbaycan florasından olan, eləcə də kifayət miqdarda xammal bazasına malik yabanı dərman bitkilərinin hərtərəfli tədqiqi və onların tərkibində olan bioloji fəal maddələr əsasında daha effektli fitovasitələrin yaradılması və praktik əczaçılıqda tətbiqi aktuallığı ilə seçilən məsələlərdəndir. Azərbaycan ərazisində növ baxımından zəngin olan bir çox bitki fəsilələrinə rast gəlinir. Bu fəsilələrdən biri də paxlakimilər- *Fabaceae* fəsiləsidir. Ölkə florasında paxlakimilər fəsiləsinə aid 56 cins və 446 sayda bitki növü daxildir [1].

Azərbaycan florasından olan yabanı bitkilərindən biri də qaya esparseti- *Onobrychis petraea* (M.B.)

Fisch. bitkisidir. Ölkə florasında *Onobrychis* cinsinə aid 22 bitki növü müxtəlif ərazilərdə yayılmışdır [1]. Cinsə aid bitkilərdən biri olan qaya esparseti Böyük Qafqaz dağlarının qərb və şərq hissələrində, Quba dağ massivində, eləcə də Kiçik Qafqazın müxtəlif ərazilərində yayılmışdır. Bitkinin xammalı - otu və kökləri iyul ayında Quba rayonunun Cek kəndi ətrafında toplanmışdır. Bitki daha çox dağətəyi və dağlıq ərazilərdə olan çəmənliklərdə bitir. Ədəbiyyat məlumatlarının ilkin araşdırılması nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, bitkinin xammalının tərkibində flavonoidlər, kumarinlər, aşı maddələri, polisaxaridlər və s. bioloji fəal maddələr var. Azərbaycanda bitən digər esparset növü *O. vaginalis* əczaçılıq fakültəsinin əməkdaşları tərəfindən tədqiq edilmiş və onun otundan flavonoidlərə aid 3 maddə: kversetin, hiperozid və rutin alınmışdır [2]. Qeyd etmək lazımdır ki, Azərbaycanda bitən qaya esparseti bitkisi farmakoqnostik tədqiqatlara cəlb olunmamışdır. Dünyanın müxtəlif ölkələrində bitən esparset növlərindən flavonoidlər, kumarinlər, polisaxaridlər və digər qrup bioloji fəal maddələrə aid xeyli miqdarda fərdi maddə alınmışdır və onlardan bəzilərinin farmakoloji xassələri tədqiq edilmişdir [3-7].

Son illər Azərbaycan Respublikasının təbii sərvətlərinin bir hissəsini təşkil edən yabanı bitkilərinin farmakoqnostik tədqiqi, eləcə də bu bitkilərdən müxtəlif bioloji fəal maddələrin alınması və onların əsasında daha effektli fitovasitələrin yaradılmasına xüsusi önəm verilir. Paxlakimilər fəsiləsinə aid olan və ölkə ərazisində kifayət qədər xammal ehtiyatına malik bitki cinslərindən biri də lərgədir. Cinsə 41 bitki növü daxildir [1]. Bu bitkilərə Azərbaycanın demək olar ki, bütün rayonlarında təsadüf olunur. Lərgə cinsinə daxil olan dəyişkən lərgə - *Vicia variabilis* Azərbaycanda yabanı şəkildə rast gəlinir. Bitkinin xammalı iyul ayında Şamaxı rayonunun Məlhəm kəndi ətrafında, dağətəyi ərazidə toplanmışdır. Ədəbiyyat məlumatlarının ilkin araşdırılması nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, bu bitki farmakoqnostik baxımdan az tədqiq edilmişdir. Azərbaycanda bitən digər lərgə növləri isə ümumiyyətlə tədqiq olunmamışdır. Müxtəlif ölkə alimləri lərgə cinsinə aid bitkilərdə əsasən polisaxaridlər, flavonoidlər, aşı maddələr və s. bioloji fəal maddələr aşkar etmişlər [8-12].

Tədqiqatın **məqsədi** Azərbaycan florasından olan dəyişkən lərgə və qaya esparseti bitkilərinin xammallarında flavonoidlərin spektrofotometrik üsulla miqdarını təyin etməkdir.

Tədqiqatin material və metodları. Bioloji fəal maddələrin miqdari təyinatında spektrofotometrik üsuldan geniş istifadə olunur. Bu üsul alınan nəticələrin daha dürüst olması və prosesin tez başa gəlməsi ilə fərqlənir. Esparset xammalının tərkibində olan flavonoidlərin miqdarı təyinatını spektrofotometrik üsulla yerinə yetirdik.

İşin gedişi. Tədqiq olunan hər iki bitkinin xammalının - otunun analitik nümunəsi o qədər xırdalanır ki, məsamələrinin diametri 1 mm olan ələkdən ələnsin. Xırdalanmış və ələnmiş xammaldan 1 qr (dəqiq çəki) həcmi 150 ml olan cilalanmış kolbaya tökülür və üzərinə 30 ml 50 %-li etil spirti əlavə edilir. Kolba əks soyuducuya birləşdirilir, qaynar su hamamı üzərində 30 dəq müddətində qızdırılır. Kolbanın divarlarına yapışmış xammal hissəciklərini islatmaq üçün aradabir çalxalanır. İsti çıxarış pambıqdan həcmi 100 ml olan ölçülü kolbaya elə süzülür ki, xammal hissəcikləri pambığın üzərinə tökülməsin. Süzmək üçün istifadə olunmuş pambıq ekstraksiya gedən kolbaya yerləşdirilir, üzərinə 30 ml 50 %-li etil spirti əlavə edilir. Ekstraksiya yuxarıda göstərilən qaydada daha 2 dəfə təkrarlanır və çıxarışlar ölçülü kolbaya süzülür. Soyuduqdan sonra çıxarışın həcmi 50 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılır və qarışdırılır (A məhlulu).

Həcmi 25 ml olan ölçülü kolbaya A məhlulundan 1 ml tökülür, üzərinə 2 ml alüminium-xloridin 95 %-li etil spirtindəki məhlulu əlavə edilir və kolbanın həcmi 95 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılır. 40 dəq-dən sonra məhlulun optiki sıxlığı spektrofotometrdə 415 nm dalğa uzunluğunda, qatının qalınlığı 10 mm olan küvetdə ölçülür. Müqayisə məhlulu kimi 25 ml-lik ölçülü kolbaya tökülmüş 1 ml çıxarışdan, 1 damcı duru sirkə turşusundan və həcmi 95 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılmış qarışıqdan istifadə olunur.

Paralel olaraq yuxarıda göstərilən qaydada hazırlanmış rutinin standart nümunə məhlulunun optiki sıxlığı da eyni şəraitdə ölçülür.

Mütləq quru xammalda flavonoidlərin rutinə nisbətən faizlə miqdarı aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$\times = \frac{D \cdot m_0 \cdot 100 \cdot 100 \cdot 100}{D_0 \cdot m \cdot 100 \cdot (100 - W)} = \frac{0.129 \cdot 0.05 \cdot 100 \cdot 100 \cdot 100}{0.625 \cdot 1 \cdot 100 \cdot (100 - 12.4)}$$

Burada, D - tədqiq olunan məhlulun optiki sıxlığı;

D_0 - rutinin standart nümunə məhlulunun optiki sıxlığı;

m - xammalın çəkisi, qr-la;

m_0 - rutinin standart nümunəsinin çəkisi, qr-la;

W - xammalı qurutduqda çəkidə itki, %-lə.

Qeyd. Rutinin standart nümunə məhlulunun hazırlanması. 0,05 qr (dəqiq çəki) standart rutin nümunəsi qabaqcadan 130-135 ^{0}C temperaturda 3 saat müddətində qurudulur. Həcmi 100 ml olan ölçülü kolbada 85 ml 95 %-li etil spirtində qızdırmaqla həll edilir. Soyudulur, miqdari cəhətdən 100 ml-lik ölçülü kolbaya keçirilir,

kolbanın həcmi 95 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılır və qarışdırılır.

Qeyd! Flavonoidlərin miqdari təyinatı 6 dəfədən az aparılmamalıdır.

NƏTİCƏ VƏ MÜZAKİRƏ. Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, qaya esparseti xammalında 0,18 % və dəyişkən lərgə otunda isə 0,48 % flavonoid məcmuyu vardır.

Cədvəl 1

Qaya esparseti xammalında flavonoidlərin miqdari təyini (n=6), (α=0,95).

.

Bitkinin xammalı	Flavonoidlərin miqdarı, %-lə	Metroloji xarakteristika
Otu	1,17 1,17 1,18 1,19 1,18 1,16	X=1,18 % S=0,01048 S_x=0,00429 ε_α=0,01102 A=± 0,938%

Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi həyata keçirilmişdir və müvafiq olaraq 1 və 2 saylı cədvəllərdə verilmişdir.

Cədvəl 2

Dəyişkən lərgə xammalında flavonoidlərin miqdari təyininin nəticələri (n=6), (α=0,95).

Bitkinin xammalı	Flavonoidlərin miqdarı, %-lə	Metroloji xarakteristika
Otu	0,48 0,49 0,49 0,48 0,48 0,47	X=0,48 % S=0,08944 S_x=0,03665 ε_α=0,09422 A=± 1,19%

Yekun. Beləliklə, aparılmış spektrofotometrik analiz nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, hər iki bitki növü flavonoid baxımından perspektivli bitkilərdir və onlardan fərdi flavonoidlərin alınması, eləcə də alınmış bioloji fəal maddələr əsasında daha effektli dərman vasitələrinin yaradılması aktual və perspektivli məsələdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Флора Азербайджана. Баку, Изд-во АН Аз ССР, в 8-х томах, т. 5, 1954, с. 458-471; 476-511.

2. Мовсумов И.С., Гараев Э.А. Изучение химических компонентов некоторых растений из флоры Азербайджана с целью получения биологически активных веществ //Химия растительного сырья, 2010, № 3, с. 5-10.

3. Veitch C.H., Regos I., Kite G.C. et al. Structural identification of new acylated flavonol glycosides from the forage legume sainfoin (*Onobrychis viciifolia*) // Phytochemistry, 2011, v. 72, p. 423-429.

4. Regos I, Treutter D. Optimization of a high-performance liquid chromatography method for the analysis of complex polyphenol mixtures and application for sainfoin extracts (*Onobrychis viciifolia*) // J. Chromatogr. 2010, v. 1217, p. 6169-6177.

5. Thill J., Regos I., Ahmad A.F. etal. Polyphenol metabolism provides a screening tool for beneficial effects of *Onobrychis viciifolia* (sainfoin) // Phytochemistry 2012, v. 82, p. 67-80.

6. Saratsis A., Regos I., Tzandakis N. etal. In vivo and in vitro efficacy of sainfoin (*Onobrychis viciifolia*) against Eimeria spp in lambs // Vet. Parasitol. 2012, v. 188, p. 1-9.

7. Regos I. Chemical characterisation of low molecular weight phenolic compounds from the forage legume sainfoin (*Onobrychis viciifolia*). München, 2014, 123 p.

8. Mohammed S., Mahrukh K., Imran Q, et al. In vitro antibacterial activity and phytochemical analysis of hexane extract of Vicia sativa // Bangladesh J. Pharmacol., 2014, vol. 9, p. 189-193.

9. Бойков А.А. Ботанико-фармакогностическое и товароведческое изучение трех видов горошка рода Vicia L. (V.cracca L., V.sepium L., V.sylvatica L.) в онотогенезе, произрастающих на территории Московской области / автореф. диссерт. канд. фарм. наук, М., 2006, 22 с.

10. Elisabetta C., Serena C. et al. Flavonoids analysis of Vicia species of Narbonensis complex: V. kalakhensis Khatt., Maxt. & Bisby and V. eristalioides Maxt.// Caryologiya, 2000, vol. 53, p. 63-68.

11. Yuldashev M.P., Muminova B.A., Drenin A.A., Botirov E.Kh. Flavonoids from the aerial part of Vicia subvillosa // Chemistry of Natural Compounds, 2007, vol. 43, № 1, p. 33-36.

12. Дренин А.А. Флавоноиды и изофлавоноиды трех видов растений родов Trifolium L. и Vicia L.: Автореф. дис. ...канд. хим. наук. Сургут, 2010, 23 с.

Резюме

Некоторые фармакогностическое исследования растений Vicia variabilis и Onobrychis petraea

Д.И. Исаев, Т.В. Заирли, Г.А.Исмаилова

На территории Азербайджана распространено множество семейств, отличающихся богатым видовым составом. Одним из таких семейств является семейство бобовые- Fabaceae. В мире насчитывается 56 родов и 446 видов относящихся к этому семейству. К роду Onobrychis относятся 22 вида, которые имеют различные местообитания в пределах нашей страны, среди них имеется и Эспарцет скальный - Onobrychis petraea. Род горошек представлен 41 видами, одним из них которых является горошок изменчивый- Vicia variabilis. Целью исследований являлось спектрофотометрическое определение количественного содержания флавоноидов в сырье горошка изменчивого и эспарцета скального. В результате спектрофотометрического анализа было выявлено, что в сырье эспарцета скального содержится 1,18 %, а в сырье горошка изменчивого 0,48 % суммы флавоноидов. Исследования показали, что эти растении являются перспективным для изучения их флавоноидного состава, актуально получение индивидуальных веществ этой природы с целью создания в будущем более эффективных лекарственных средств.

Summary

Some pharmacological studies on the herbs of Vicia variabilis and Onobrychis petraea

C.İ. İsayev, Babayeva N.T.

There are some family of plants in Azerbaijan's landwhich are rich for species. One of these families is legume - Fabaceae family. Plant species of 56 gender and 446 number belonging to fodder family included in countries' flora. 22 plant species belonging to the genus of Onobrychis in the country are spread in different areas ,that is one of them is kind of sainfoin of rock - Onobrychi spetraea mode.41 plant species include in genus of vetch and one of them is tufted vetch - Vicia variabilis plant. The aim of research is to determine amount of flavonoids by spectrophotometric method is raw materials of tufted vetch and plant of rock sainfoin belonging to Azerbaijan's flora.In result of spectrophotometric analysis it was determined that there are 1,18 % total flavonoids in raw materials and but in tufted vetch sainfoin of rock seed it is 048 %. Research shows that both plant species are promising for flavonoids and the acquisition of personal flavonoids from them, as well as the creation of more effective drug means on the basis of biologically active substances taken is an up-to-date and promising issue.

Daxil olub: 06.12.2016

MÜALİCƏVİ-KOSMETOLOJİ EMULSİON KREMİN TƏRKİBİNİN VƏ TEXNOLOGİYASININ İŞLƏNİB HAZIRLANMASI

S.C. Mehralıyeva, A.H. Mehralıyeva, X.T.Abışıva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: *emulsion* krem, termostabillik, damcıdüşmə temperaturu, yararlılıq müddəti, flavonoidlərin ayrılma sürətinin təyini

Ключевые слова: эмульсионный крем, термостабильность, температура выпадения капли, срок годности, определение скорости оседания флавоноидов

Key words: emulsion cream, *thermal stability, dropping point, shelf life, determining the rate of release of flavonoids*

Əczaçılıq texnologiyasının vacib məsələlərindən biri də müalicəvi-kosmetoloji emulsion kremlərin hazırlanmasından ibarətdir.

Aparılan araşdırmaların nəticələrinə görə ətraf mühitin çirklənməsi, stres, süni qaralma, tərkibi zərərli konservantlarla (ftalatların, xüsusilə də mono-benzil və mono-izobutil ftalatların, paraben, formaldehid və natrium- lauril sulfat **və s.)** zəngin olan kosmetik vasitələrin istifadəsi orqanizmdə müxtəlif xəstəliklərin yaranmasına, dərinin həddindən artıq qurumasına və vaxtından əvvəl qocalmasına səbəb olur [2, 6].

Qeyd olunanları nəzərə alaraq, tərkibi təbii komponentlərlə zəngin, konservantsız su/yağ tipli müalicəvi-kosmetoloji emulsion kremin hazırlanması qarşıya məqsəd kimi qoyulmuşdur.

Tədqiqatın *m*aterial və metodları. Tədqiqat obyekti kimi portağal və limon qabıqlarının qatı ekstraktı, dəniz kələmindən alınan polisaxaridlər məcmuyu, zeytun yağı, dərgil (itburnu) yağı, lanolin, kakao yağı, arı mumu, portağal, qızılgül və rozmarinin efirli yağları, təmizlənmiş su istifadə edilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, portağal və limonun qabığından alınan, tərkibi hespe-redin, diosmin, naringenin, lyuteolin, rutin, kversetin, C, B_1, B_2, B_6, A, E, P vitamin-ləri, fitonsidlər, mineral duzlarla zəngin olan qatı ekstrakt əsasən kollagenin sinte-zinə təsir göstərir, sərbəst radikalların əmələ gəlməsinin qarşısını alır, dəri örtüyü-nün elastikliyini bərpa edir, hüceyrələrin yeniləşməsi prosesini aktivləşdirir [2,3,8].

Dəniz kələmindən alınan polisaxaridlər məcmusu- dərini nəmləndirir, yumşal-dır, zülallar, lipoproteidlərlə qidalandırır, tonusunu nizamlayır, onun metabolizmi-ni yaxşılaşdırır və təravətləndirir. Dermada nəmliyin saxlanmasını təmin edir, kollagenin sintezini stimullaşdırır, hüceyrə immunitetini yaxşılaşdırır [2,3,7].

Susuz lanolin- əsas kimi, həmçinin emulsiyalaşdırıcı vasitə və konservant kimi kremlərə daxil edilir. Lanolin tərkibinə görə insanın dərisinin yağına (xolesterin və izoxolesterin 25-33%) yaxın olduğundan ondan daha çox quru və yaşlanmış dəriyə qulluq üçün qidalandırıcı kremlərdə istifadə olunur [1, 2, 6].

Kakao yağı - lubrikant (sürüşkənlik verən) xüsusiyyətə malik olduğu üçün kremlərdə 10%-ə kimi istifadə edilir. Açıq-sarı rəngli bərk kütlə olub, tərkibində antioksidant xüsusiyyətə malik E vitamini vardır. Eyni zamanda, kakao yağının tərkibi doymamış və doymuş yağ turşuları, o cümlədən olein, stearin, laurin, palmitin, linol, araxin turşuları ilə zəngindir. Unikal tərkibi hesabına kakao yağı dərinin yumşalmasını təmin edir, kollagenin əmələ gəlməsini sürətləndirir, dəriyə elastiklik verir, qırışları aradan qaldırır və qocalma prosesini ləngidir, regenerasiyaedici təsir göstərir [1-3, 6].

Arı mumu -təbii emulqator və konservant kimi kremlərin tərkibinə verilir. Arı mumu- piyəbənzər boz-sarı rəngli xarakterik iyli bərk kütlədir. Mumun zəif emulsiyalaşdırıcı qabiliyyəti tərkibindəki sərbəst ali yağ turşularının olması ilə əlaqədardır. Arı mumu az miqdarda su ilə emulsiyalaşdırılır və hidrofil məhlul alınır. «Su/yağ» tipli krem konsistensiyasını nizamlamaq üçün mum 5-6% konsentrasiyada , «yağ/su» tipli kremlərdə isə 2-3 % olmaqla tərkibə daxil edilir. Mumun tərkibində həmçinin ali spirtlər, laktonlar, karotinoidlər, A vitamini, antibiotiklər, bakterisid maddələr, həmçinin aromatik, rəngləyici və digər maddələr vardır. Tərkibindəki A vitamini hüceyrələrin və dərinin epitel örtüyünün normal inkişafını təmin edir. Arı mumu yumşaldıcı, qidalandırıcı və iltihab əleyhinə xüsusiyyətlərə malik olub, müxtəlif dəri zədələnmələri zamanı sağalmanı sürətləndirir [1,2,3,6].

Dərgil (itburnu) yağı- baza yağı kimi kremlərin tərkibinə daxil edilir. İtburnu yağında 15-dən çox aminturşuları, P, Mo, Mg, K, Cu, Mn, monodoymamış, yarıdoymamış yağ turşuları vardır ki, bunun da əsas hissəsini linol, linolen və olein turşuları təşkil edir. Qeyd olunan turşular dərinin qoruyucu-baryer xüsusiyyətini möhkəmləndirir, dəriyə təravət, elastiklik verir, qırışların qarşısını alır. Dərgil yağında olan C, E, A vitaminləri isə güclü antioksidant olub, sərbəst radikalların əmələ gəlməsinin qarşısını alır və dərinin qocalma prosesini əhəmiyyətli dərəcədə ləngidir. Həmçinin C vitamini kollagenin sintezini stimullaşdırır, dəriyə elastiklik verir [1-3].

Zeytun yağı - kremlərin tərkibinə baza yağı kimi daxil edilir. Tərkibi E, A, D vitaminləri, doymamış yağ turşuları ilə zəngindir. Zeytun yağı əsasən qocalmış və quru dərilər üçün effektlidir. Bu yağ regenerasiya proseslərini sürətləndirir, dəriyə təravət və elastiklik verir. Mütəmadi istifadə edildikdə, qırışlar hamarlanır, vaxtından əvvəl qocalmanın qarşısı alınır [2,3].

Portağal qabığının efirli yağı- kremlərə aromatlaşdırıcı vasitə kimi daxil edilir. Sarı-narıncı rəngli, acı-şirin dadlı sitrus aromatlıdır. Quru və qıcıqlanan dəri üçün effektivdir. A provitamini ilə zəngindir. Həmçinin efir yağlarından limonen, sitral və s. üstünlük təşkil edir. Bundan başqa yağın tərkibində mirsen, n-simol, nerol, geraniol, terpineol, sitronellol, linalool, kampfen, pinen, sabinen və s. vardır. Portağal yağı dəri məsamələrini büzür, uqri səpgilərindən azad edir, dərini ağardır, piqmentasiyanı azaldır, qırışları aradan qaldırır, kollagenin istehsalını nizamlayır, dərinin regenerasiyasını stimullaşdırır və tonuslandırır, toksinləri uzaqlaşdırır [2,3,8].

Ədəbiyyat məlumatlarının təhlili zamanı seçilmiş inqrediyentlərin unukal kombinasiyasından ibarət olan təbii mənşəli müalicəvi-kosmetik kremin bakterisid, antioksidant, regenerasiyaedici, iltihab əleyhinə, həmçinin dəriyə qidalandırıcı, yumşaldıcı, stimullaşdırıcı təsirə malik olduğu müəyyən edildi.

Müalicəvi-kosmetoloji kremin bəzi fiziki-kimyəvi xüsusiyyətləri (termostabillik, kolloid stabillik, damcıdüşmə temperaturu), eyni zamanda antioksidant təsirə malik bioloji fəal maddələrin miqdarı təyini (Wavescan markalı (Koreya) spektrofotometrdə 300-500nm dalğa uzunluqda ölçməklə), kosmetoloji

kremdən təsiredici maddələrin ayrılma sürəti (dializ üsulu ilə süni membrandan istifadə edilmişdir), həmçinin mikrobioloji analizi məlum farmakopeyalarda qeyd olunan metodikalar üzrə yerinə yetirilmişdir [2,4,5].

Tərkibə daxil olan portağal və limon qabıqlarının qatı ekstraktı, dəniz kələminin polisaxaridlər məcmuyunun alınma texnologiyası aşağıdakı kimi həyata keçirilmişdir.

I. Portağal və limon qabıqlarının qatı ekstraktının alınması.

Bu məqsədlə xırdalanmış qabıqlar ələk dəstindən keçirilir, ölçüsü 1mm olan ələkdə qalan xammaldan 10qr çəkilir, üzərinə 130ml 70%-li etil spirti əlavə edilir və ağzı bağlı halda su hamamı üzərində 30dəq müddətində 50-60°C temperaturda ekstraksiya aparılır. Alınan çıxarış 4-qat tənzifdən təmiz kolbaya süzülür. İşlənilmiş bitki xammalı sıxılır, yenidən kolbaya yerləşdirilir və üzərinə 120ml 70%-li etil spirti əlavə olunur. Ekstraksiya prosesi yuxarıda göstərilən ardıcıllıqla davam etdirilir. Daha 3 dəfə ekstraksiya prosesi təkrar olunur. Alınan çıxarışlar birləşdirilir və həlledici tam uçana qədər buxarlandırma prosesi yerinə yetirilir. Buxarlandırma zamanı alınan 5-10ml çıxarış əvvəlcədən çəkisi müəyyən edilmiş çini kasaya yerləşdirilir və su hamamı üzərində qatılaşana qədər buxarlandırılır, $X=a_1-a/Px100$ düsturuna əsasən çəkisi hesablanır. Portağalın qatı ekstrakt narıncı-qəhvəyi rəngli qatı kütlə olub 48,5%; limonun qatı ekstraktı isə sarı-qəhvəyi rəngli qatı kütlə olub 51,43% təşkil etdi.

II. Dəniz kələmindən polisaxaridlər məcmuyunun alınması.

Dəniz kələminin tallomları xırdalanır və ələk dəstindən keçirilir, 3mm ölçüdə olan xammaldan 30qr elektron tərəzidə çəkilərək həcmi 500ml olan kolbaya yerləşdirilir, üzərinə 150ml təmizlənmiş su əlavə edilir. Su hamamı zərində 30dəq müddətində 80-90°C temperaturda ekstraksiya aparılır. Alınan çıxarış süzülüb, bitki xammalı sıxılaraq yenidən kolbaya yerləşdirilir və üzərinə 140ml təmizlənmiş su əlavə edilərək, ekstraksiya prosesi əvvəlki qaydada davam etdirilir. Bu proses daha 2 dəfə təkrar olundu (4 çıxarış). Alınan çıxarışlar birləşdirilib ilkin həcmin 1/10 hissəsi qalana qədər buxarlandırılır. Sonra sulu qalıq kolbaya yerləşdirilərək üzərinə 95%-li etanol əlavə edilir. Bu zaman polisaxaridlərin çökməsi müşahidə olundu. Koaqulyasiyanın tam getməsi üçün sentrifuqalaşdırma əməliyyatına uğradılır. 1sutka saxlandıqdan sonra polisaxaridlər tənzifdən təmiz kolbaya süzülüb, qalıq 85%-li spirtlə 2 dəfə yuyulur. Alınan bozumtul-ağ rəngli polisaxaridlər məcmuyu 10 saat müddətində su hamamı üzərində 55-60°C temperaturda tam quruyana qədər qızdırılır. Quru qalıq həvəngdə xırdalanaraq çəkisi müəyyən edildi: 3,5qr.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Su/yağ tipli müalicəvi-kosmetoloji emulsion kremi hazırlamaq üçün fitokomponentlər kimi-portağal və limon qabığının qatı ekstraktları, strukturəməlegətirici kimi lipofil komponentlər-kakao yağı, təbii emulqator və konservant kimi susuz lanolin, arı mumu, baza yağları kimi-zeytun və dərgil yağları, hidrofil kompozisiya yaratmaq üçün dəniz kələmindən alınan polisaxarid geli, həlledici kimi-təmizlənmiş su, aromatlaşdırıcı vasitə kimi qızılgül, rozmarin, portağalın efirli yağları əsasında 3 tərkibdən ibarət kompozisiya təklif edilmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Su/yağ tipli kosmetik kremin tərkibi

İnqrediyentlər	I kompozisiya	II kompozisiya	III kompozisiya
	Tərkib, qr-la		
Portağal qabığının qatı ekstraktı	2,5	2,5	2,5
Limon qabığının qatı ekstraktı	2,5	2,5	2,5
Polisaxaridlər məcmuyu	2,5	2,5	2,5
Zeytun yağı	12,0	15,0	16,0
Dərgil yağı	13,0	15,0	17,0
Susuz lanolin	11,0	12,0	13,0
Kakao yağı	9,0	10,0	11,0
Arı mumu	8,0	5,0	7,0
Portağal qabığının efirli yağı	-	0,5	-
Qızılgülün efirli yağı	0,5	-	-
Rozmarinin efirli yağı	-	-	0,5
Təmizlənmiş su	100,0 ml-ə kimi	100,0 ml-ə kimi	100,0 ml-ə kimi

I kompozisiyalı tərkib üzrə kremi hazırlamaq üçün əvvəlcə həvəngə susuz lanolin və su əlavə edildi, qarışdırıldı. Çini kasada kakao yağı, arı mumu əridildi, üzərinə bitki yağları əlavə olundu, daha sonra bitki ekstraktları suda həll edilərək sulu fazanın hazırlanması həyata keçirildi. Sonrakı mərhələdə sulu faza yağlı faza ilə homogenləşdirildi. Axırda aromatlaşdırıcı yağlar əlavə olunaraq qarışdırıldı. Digər 2 kremin də

analoji qaydada hazırlanması həyata keçirildi. İşlənib hazırlanmış kremlərin orqanoleptik, fiziki-kimyəvi göstəriciləri: termostabilliyi, kolloid stabilliyi, pH göstəricisi və s. yoxlanıldı.

Alınan I kompozisiyalı tərkibin qızılgül ətirli, açıq-sarı rəngli, yumşaq konsistensiyalı, II kompozisiyalı tərkibin spesifik portağal iyli sarımtıl-yaşıl rəngli, qatı konsistensiyalı, III kompozisiyalı tərkibin isə rozmarin iyli tünd-sarı rəngli daha qatı konsistensiyalı olduğu müşahidə edilmişdir. Hazırlanmış kremlərin dəriyə yaxılma xüsusiyyətləri yoxlanılmışdır. Nəticədə II kompozisiya üzrə hazırlanmış kremin digər tərkibli kompozisiyalardan fərqli olaraq dəriyə asan yaxılması və dəri səthindən bərabər paylanması müşahidə olunmuşdur.

Su/yağ tipli emulsion kremdə flavonoid və polisaxaridlərin eynilik təyini. Hazırlanan kremdən 0,5 qr götürüldü, kimyəvi stəkana yerləşdirildi, üzərinə 70%-li etil spirti əlavə edildi, su hamamı üzərində qızdırıldı və kağız süzgəcdən təmiz kolbaya süzüldü.

1. Filtratdan 1 ml götürüldü, sınaq şüşəsinə yerləşdirildi, üzərinə 1 ml 10%-li ammonyak məhlulu əlavə edildi və bu zaman sarı rəngin əmələ gəlməsi müşahidə edildi (flavanoidlər).
2. Filtratdan 1ml götürüldü, əşya şüşəsi üzərinə yerləşdirildi, üzərinə 1 ədəd Zn qırıntısı (və ya Mg) və 5-6 damcı qatı HCl əlavə edildi, su hamamı üzərində narıncı-qırmızı rəng alınana qədər qızdırıldı (flavonoidlər).
3. Filtratdan 1ml götürüldü, üzərinə 1ml 95%-li spirt əlavə edildi, bu zaman pambığabənzər çöküntü əmələ gəldi (polisaxaridlər).
4. Ninhidrin sınağı: Aminturşulara məxsus ninhidrinlə reaksiya nəticəsində göy-bənövşəyi rəng alındı. Reaksiyanın mahiyyəti ondan ibarətdir ki,amintuşuları ninhidrin məhlulu ilə qızdırdıqda amintuşulardan ayrılan ammonyak ninhidrin (triketohihrinden-hidrat) və onun reaksiya məhsulu diketooksihidrindenlə birləşir, əmələ gələn məhsulun enol formasının ammonium duzu göy-bənövşəyi rənglidir (aminturşuları).

Damcıdüşmə temperaturunun təyini. Hazırlanmış kremdən 0,1 qr götürülüb Ubellode termometrinin gilzasına yerləşdirildi və termometrin ucuna bərkidildi. Daha sonra içərisində qliserin olan kolba elektrik qızdırıcısı üzərinə qoyuldu. Həmin kolbaya içərisində dairəvi kəsilmiş filtr kağızı olan sınaq şüşəsi yerləşdirilildi. Sonra Ubellode termometri kolabanın dibinə və kənarlarına toxunmamaq şərti ilə ştativ vasitəsilə bərkidildi və damcıdüşmə temperaturu 2 dəfə ölçmə aparmaqla təyin edildi: $T= (T_1 + T_2)/ 2$; (38,8+39)/2= 39° C.





Termostabilliyinin təyini. Hazırlanmış kremdən 1qr götürülüb, çini kasaya yerləşdirildi və 60°C temperaturda termostata qoyuldu. 1 saat ərzində kremin stabil qalması, eynicinsli olması və təbəqələrə ayrılmaması müşahidə edildi.

Kolloid stabilliyin təyini. Tədqiq olunan kremdən 6 qr olmaqla sentrifuqanın plastik sınaq şüşələrinə doldurulur. Sonra sınaq şüşələri sentrifuqaya yerləşdirilir və 6000dövr/dəq sürətlə 5 dəq müddətində fırladılır. Mərkəzdənqaçma qüvvəsinin təsiri altında emulsion kremin tərkib hissələrinə parçalanıb-parçalanmaması yoxlanılır. Kremin təbəqələrə ayrılmaması onun kolloid stabilliyini sübut etdi.

pH-ın təyini. Emulsion kremdən 1qr götürüldü, kimyəvi stəkana yerləşdirib, üzərinə 50ml su əlavə edilib qızdırılaraq süzüldü. Potensiometr vasitəsilə kremdə pH-ın 5,9-a bərabər olduğu müəyyən edildi.

Xromatoqrafik analiz. Hazırlanmış kremdən 1qr kimyəvi stəkana yerləşdirilib üzərinə 20ml 70%-li spirt əlavə olunaraq su hamamı üzərində qızdırıldı. Daha sonra kağız süzgəcdən süzüldü və alınmış süzüntü çini kasaya yerləşdirilərək 1-2ml qalana qədər buxarlandırıldı. Silufol təbəqəyə şahid maddə kimi standart rutin, krem nümunəsinin spirtli çıxarışı, limon qabığının qatı ekstraktı; portağal qabığının qatı ekstraktı yerləşdirildi. Sistem kimi butanol-sirkə turşusu-su (4:1:5) istifadə edildi. 2 saat ərzində xromatoqrafiya prosesi həyata keçirilir. Bu müddətdən sonra silufol lövhə kameradan çıxarılır və açıq havada qurudulur. Flavonoidləri aşkar etmək üçün slifol lövhə üzərinə 10%-li ammonyak buxarları ilə işlənildi. Əvvəl adi işıqda silufol lövhə üzərində sarı rəngli ləkələr müşahidə olundu. Sonra isə UB-işıqda baxıldı. Bu zaman

tünd-qəhvəyi rəngli ləkələr və sarı rəngli flüorossensiya müşahidə edildi. Flavonoidlərin təyini metodikasına müvafiq olaraq tünd-qəhvəyi rəngli ləkələr rutinə məxsusdur.

Flavonoidlərin miqdarı təyini. İlkin məhlul. Kosmetik kremdən təxminən 1q (dəqiq çəki, 0, 8240 q) çəkilir, 30 ml 70%-li etil spirtində həll edilir, maqnit silkələyicidə silkələnir, 5 dəqiqə ərzində 50°C-yə qədər temperaturda qızdırılır, süzgəcdən keçirilir, həcmi 50ml olan ölçülü kolbaya yerləşdirilir. Məhlul 70%-li etil spirti ilə ölçüyə qədər çatdırılıb, qarışdırılır.





Yoxlama məhlul 1. Ilkin məhluldan 2,0 ml götürüb həcmi 25 ml olan ölçülü kolbaya yerləşdirir, məhlulun həcmi etil spirti ilə (70 %) ölçüyə qədər çatdırıb qarışdırılır. Alınmış məhlulun optik sıxlığını Wavescan markalı (Koreya) spektrofotometrdə 300-500 nm dalğa uzunluqda ölçməklə, məhlulun spektral xüsusiyyətləri müəyyən edilir.

Kompensasiya məhlulu 1. Etil spirti (70%).

Yoxlanılma məhlul 2. Ilkin məhluldan 2,0 ml götürülüb həcmi 25 ml olan ölçülü kolbaya yerləşdirilir. Üzərinə 4,0 ml 2%-li alüminium- xlorid və 1 damcı buzlu sirkə turşusu əlavə edib, məhlulun həcmini etil spirti ilə (70%) ölçüyə qədər çatdırıb, qarışdırılır. 40 dəqiqədən sonra optik sıxlıq göztəricisini Wavescan spektrofotometrdə 415 nm dalğa uzunluğunda ölçülür. Kompensasiya məhlulu 2. Ilkin məhluldan 2,0ml ölçülüb həcmi 25 olan ölçülü kolbaya yerləşdirib, üzərinə 1 damcı buzlu sirkə turşusu əlavə edib, məhlulun həcmini etil spirti ilə (70 %) ölçüyə qədər çatdırıb, qarışdırılır.

Flavonoidlərin miqdarı (rutinə görə) aşağıdakı formul üzrə hesablandı.

$$X = \frac{A \cdot 50 \cdot 25}{A_{1sm}^{1\%} \cdot m \cdot 2{,}0}$$

$$X = \frac{0{,}398 \cdot 50 \cdot 25}{260 \cdot 0{,}8240 \cdot 2{,}0} = 1{,}16\%$$

A- yoxlanılan məhlul 2-nin 415 nm-də optik sıxlığı;

$A_{1sm}^{1\%}$ -rutinin $AlCl_3$-lə kompleksinin 415 nm-də xüsusi udma göstəricisi;

m - məlhəmin dəqiq çəkisi (0,8240 q).

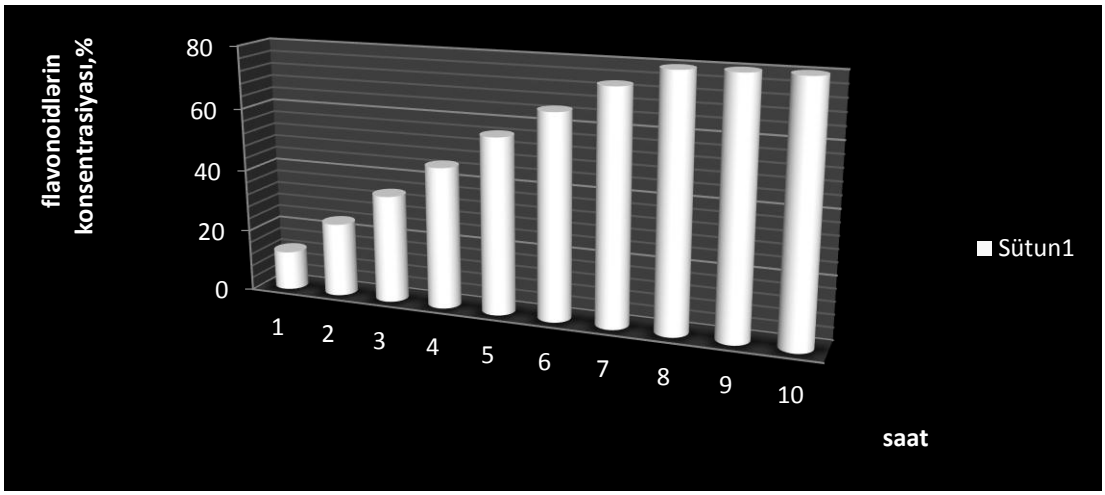
Flavonoidlərin rutinə əsasən hesablanmış miqdarı 1,0%-dən az olmamalıdır.

Bioloji fəal maddələrin ayrılma sürətinin təyini. Hazırlanmış kremdən bioloji fəal maddələrin ayrılma sürəti *in vitro* olaraq yerinə yetirilmişdir. Yarımkeçirici membran kimi sellofan plyonka istifadə edildi. Hazırlanmış kremdən 2qr çəkildi şpatel vasitəsilə bərabər qalınlıqda sellofan plyonkaya yaxıldı. Bu da dializ borusunun ucuna rezin vasitəsilə bağlanıldı. Dializ borusu içərisində Ringer məhlulu (dializ mühiti 25ml) olan şüşə qaba 2 mm -dən çox olmayan dərinlikdə yerləşdirildi. Bioloji fəal maddələrin (flavonoidlər) sellofan membrandan keçməsi 37±0,5°C temperaturda termostatda 10 saat müddətində yerinə yetirildi. Dializatdan sınağın götürülməsi hər 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 və s. saatlarda həyata keçirildi. Hər dəfə dializ mühitindən pipetka vasitəsilə 2,5 ml məhlul götürüldü və əvvəlcədən çəkisi müəyyən edilmiş çini kasaya yerləşdirildi. Təmiz Ringer məhlulundan 2,5 ml ölçülərək dializ mühitinə əlavə edildi. Çini kasadakı məhlul su hamamı üzərində quruduldu və quru qalığın miqdarı $X=a_1$-a/Px100 düsturuna əsasən hesablandı (P=2,5ml). Bioloji fəal maddələrin kremdən azadolma sürəti qravimetrik üsulla uyğun saatlarda: 12,55%, 23,73%, 34,58%, 45,33%, 56,24%, 65,12%, 73,78% və s. müəyyən edildi. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində BFM-in maksimal miqdarda ayrılmasının 8-ci saatda 79,80% təşkil etdiyi müşahidə olundu. Sonrakı saatlarda isə sistemdə əhəmiyyətli dəyişiklik baş vermədi (şək.1).

Yararlılıq müddətinin təyini. Su/yağ tipli emulsiya kreminin yararlılıq müddətinin öyrənilməsi yerinə yetirilmişdir. Bu məqsədlə krem 6 ədəd olmaqla narınc rəngli şüşə flakonlara yerləşdirilmiş +5 və +25°C temperaturda saxlanılmışdır. Kremin başlanğıc anda fiziki-kimyəvi xüsusiyyətləri yoxlanılmış və nəticələr

qeyd edilmişdir. Bundan sonra hər 4 aydan bir olmaq şərtilə növbəti flakonlardakı kremdən nümunələr götürülmüş və tədqiqatlar təkrar aparılmışdır. Nəticədə su/yağ tipli emulsion kremin narıncı rəngli şüşə flakonlarda +5- +25°C temperatur rejimində saxlandıqda 12 ay müddətində sabit qaldığı müəyyən olundu (cədvəl 2).

Beləliklə, optimal tərkibi işlənib hazırlanmış su/yağ tipli emulsion krem konservantsız yaradılan təbii kosmetik vasitələrin çeşidini artırmaq məqsədilə yerli əczaçılıq sənayesinə təklif edilə bilər.



Şək.1. Su/yağ tipli emulsiya kremdən flavonoidlərin ayrılma sürətinin təyini

Cədvəl 2
Su/yağ tipli emulsion kremin stabilliyinin təyini

Fiziki-kimyəvi xüsusiyyətləri	Başlanğıc anda	Aylar üzrə saxlanma müddəti		
		4	8	12
Flavonoidlərin miqdarı (rutinə görə), %-lə	1,16	1,16	1,16	1,16
pH göstəricisi	5,9	5,9	5,9	5,9
Termostabillik	stabildir	stabildir	stabildir	stabildir
Kolloid stabillik	stabildir	stabildir	stabildir	stabildir
Təsviri	spesifik portağal iyli sarımtıl-yaşıl rəngli, qatı konsistensiyalı	spesifik portağal iyli sarımtıl-yaşıl rəngli, qatı konsistensiyalı	spesifik portağal iyli sarımtıl-yaşıl rəngli, qatı konsistensiyalı	spesifik portağal iyli sarımtıl-yaşıl rəngli, qatı konsistensiyalı
Dəridə paylanması	dəri səthində bərabər paylanır və asan sorulur	dəri səthində bərabər paylanır və asan sorulur	dəri səthində bərabər paylanır və asan sorulur	dəri səthində qeyri-bərabər paylanır və çətin sorulur
Damcıdüşmə temperaturu	39°C	39°C	39°C	40°C

ƏDƏBİYYAT

1. Əczaçılıq texnologiyası: Dərmanların sənaye texnologiyası Vəliyeva M.N., Mehralıyeva S.C. Dərslik, I hissə, Bakı 2012, s.90-107.
2. Vəliyeva M.N. Müalicəvi-kosmetoloji vasitələrin texnologiyası: Dərslik. Bakı, 2015, 286s.
3. Kərimov Y., Süleymanov T., İsayev C., Xəlilov C. Farmakoqnoziya: Dərslik. Bakı, "Herba Flora" , 2010, s. 678.
4. Государственная фармакопея СССР: XI изд. Вып. 2. Общие методы анализа.М. Медицина, 1990, с. 150-151.
5. ГОСТ Р 52343-2005 - Кремы косметические. Общие технические условия.
6. Марголина А., Эрнандес Е., Зайкина О. Новая косметология. Косметика и медицина, 2002, 457с.

7. Оболенцева Г.В. Растительные полисахариды - перспективный источник лекарственных средств / Актуальные проблемы оценки фармакологи-ческой активности химически активности химических соединений: Тез. Докл.всесоюз.конф. М., 1981, Ч.2, с.108-109.
8. Евсеева О.С., Андреева О.А. Разработка и валидация методики количественного определения флавоноидов в некоторых видах рода Citrus // Журнал, Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация, 2013, Выпуск, № 25 (168), с.55-60

Резюме

Разработка содержание и технологии лечебно-косметологического эмульсионного крема

С.ДжМехралыева, А.Х.Мехралыева. А.Х.Абышыва

Состав крема экстракта апельсина и лимона, полисахариды морской капусты, оливковое масло, масло шиповника, ланолин, масло какао, пчелиный воск, оранжевый, розы и розмарина эфирные масла, очищенная вода, масло типа вода, медицинские и косметические сливки разработаны. Некоторые из физических и химических свойств сливок (термо- и коллоидной стабильности, понизив температуру, pH и т.д.). Авторы описали процесс приготовления крема.

Summary

Development of the content and technology of the medical and cosmetological emulsion cream

S.J.Mehraliyeva, A.Kh. Mehraliyeva. A.H. Abishiva

The composition of the cream of the extract of orange and lemon, polysaccharides of sea kale, olive oil, rosehip oil, lanolin, cocoa butter, beeswax, orange, roses and rosemary essential oils, purified water, oil-like water, medical and cosmetic creams are developed. Some of the physical and chemical properties of cream (thermo- and colloidal stability, lowering temperature, pH, etc.). The authors described the process of preparing the cream.

Daxil olub: 14.12.2016

LERİK RAYONUNDA SİDİK DAŞI XƏSTƏLİYİNİN EPİDEMİOLOGİYASI

R.A. Ramazanov

Lənkəran Müalicə Diaqnostika Mərkəzi, Lənkəran

Açar sözlər: sidik daşı xəstəliyi, epidemiologiya
***Ключевые* слова:** мочекаменная болезнь, эпидемиология
Key words: urolithic disease, epidemiology

Sidik daşı xəstəliyi geniş yayılmış uroloji xəstəliklərdən olub ilbəil artması ilə səciyyələnir [5-6;10]. Sidik yollarının infeksion xəstəlikləri və urodinamikanı pozan anadangəlmə qüsurları, böyrəklərin xəstəlikləri, isti iqlimlərdə yaşamaq, az miqdarda maye qəbul etmə vərdişi, bəzi dərman maddələri, genetik xəstəliklər, şəkərli diabet, metabolizm pozuntuları [8], piylənmə və yüksək çəki [11] urolitiazın risk faktorlarına aiddir.

Son illərdə sidik daşı ilə xəstələnmənin yayılmasının artmasını nəzərə alaraq bu istiqamətdə tədqiqatın vacibliyi ön plana çıxır.

Məqsəd. Tədqiqatın aparılmasının məqsədi Lerik rayonu nümunəsində müraciət əsasında sidik daşı xəstəliyinin epidemioloji xüsusiyyətlərinin araşdırılması olmuşdur.

Material və metod. 2010-2014-cü illər ərzində Lerik Rayon Mərkəzi Xəstəxanasının ambulator xəstənin tibbi kartları (AZS-025) əsasında bütün sidik daşı ilə xəstələnmə hadisələri əsas götürülmüşdür. Tədqiqat vahidi sidik daşı diaqnozu təsdiqlənmiş xəstə olmuşdur. Bu illər ərzində Lerik rayonunda 362 sidik daşı ilə xəstələnmə hadisəsi (o cümlədən kişilər-244, qadınlar-118) aşkarlanmışdır. Müxtəlif illər üzrə əhalinin orta illik sayı nəzərə alınmaqla hər 100000 nəfərə düşən ümumi, eləcə də kişi və qadın xəstələnmə hadisələrinin sayı və onun orta xətası müəyyən edilmişdir. Eyni hesablamalar müxtəlif yaş qrupları üzrə də təyin edilmişdir. Tədqiqat işində xəstələnmə hadisələrinin yaş strukturu müvafiq yaş qruplu əhalinin hər 10000 nəfərinə görə araşdırılmışdır. Kişi və qadın qruplarının xəstələnmələri arasındakı fərqin dürüstlüyü ayrı-ayrı illər və yaş qrupları üzrə hesablanmışdır.

Alınmış nəticələrin analizi Excel proqramının köməyi ilə təsviri statistik metodlarla aparılmışdır. Müxtəlif qruplar arasındakı fərqin dürüstlüyü t-kriteriyasına görə qiymətləndirilmişdir [4].

Alınmış nəticələr. 2010-2014-cü illərdə Lerik rayonunda sidik daşı xəstəliyinin yayılması cədvəl 1-də göstərilmişdir. Hesablamalar nəticəsində məlum olmuşdur ki, Lerik rayonunda əhalinin hər 100000 nəfərinə

orta hesabla 92,63± 10,89, o cümlədən kişilər arasında 124,97±17,89, qadınlar arasında isə 60,34± 12,42 xəstələnmə hadisəsi düşür.

2010-cu ildə Lerik rayonunda ümumi, kişi və qadın xəstələnmələrinin orta göstəricisi müvafiq olaraq 93,67±11,11; 116,94±17,62 və 70,73±13,61, 2011-ci ildə isə uyğun olaraq 85,77±10,55, 125,27±18,07 və 46,60±10,98 olmuşdur. Bu illərdə xəstələnmələr arasında dəyişiklik əhəmiyyətsizdir. Kişi və qadın xəstələnmələri arasındakı fərq isə statistik dürüst olmuşdur (t=2,08,3,72).

2012-ci ildə ümumi, kişi və qadın xəstələnmələri müvafiq olaraq 83,24± 10,32; 115,35±17,19 və 51,18±11,44, 2013-cü ildə isə 83,35±10,25; 118,48±17,27 və 48,08±11,03 kimi təyin edilmişdir. Bu illər ərzində də xəstələnmələrin dəyişikliyi dürüst olmamışdır. Kişi və qadın xəstələnmələr arasındakı fərq statistik əhəmiyyətlidir (müvafiq olaraq t=3,11; 3,44).

Cədvəl 1

2010-2014cü illərdə Lerik rayonunda sidik daşı xəstəliyinin yayılması

İllər	Ümumi əhali			Kişilər			Qadınlar		
	N	n	$\frac{n}{N}$*100000	N	n	$\frac{n}{N}$*100000	N	n	$\frac{n}{N}$*100000
2010	75801	71	93.67±11.11	37625	44	116.94±17.62	38176	27	70.73±13.61
2011	76947	66	85.77±10.55	38318	48	125.27±18.07	38629	18	46.60±10.98
2012	78089	65	83.24±10.32	39013	45	115.35±17.19	39076	20	51.18±11.44
2013	79182.5	66	83.35±10.25*	39668	47	118.48±17.27	39514.5	19	48.08±11.03*
2014	80266	94	117.11±12.07*	40317	60	148.82±19.20	39949	34	85.11±14.59*
	78057.1	362	92.63±10.89	38988.2	244	124.97±17.89	39068.9	118	60.34±12.42

Qeyd: N-əhalinin orta illik sayı; n-sidik daşı ilə xəstələnmə hadisələrinin sayı; *-bu qruplar arasındakı fərq statistic dürüstdür

2014-cü ildə ümumi, kişi və qadın xəstələnmələri müvafiq olaraq 117,11± 12,07, 148,82±19,20 və 85,11±14,59 olmuşdur. 2013-2014-cü illərdə ümumi və qadın xəstələnmələrin dəyişikliyi statistik dürüstdür (2,13; 2,02). Həmin ildə də kişi və qadın xəstələnmələri arasında fərq dürüstdür (t=2,64).

Lerik rayonunda sidik daşı ilə xəstələnmənin yaş və cins xüsusiyyətləri cədvəl 2-də verilmişdir. 2010-2014-cü illərdə 0-19 yaş qrupunda ümumi xəstələnmənin orta göstəricisi 0,21±0,12, 20-39 yaş qrupunda isə 8,04±0,75 kimi təyin olunmuşdur. Bu göstəricilər arasında fərq statistik əhəmiyyətlidir (t=10,31). Oxşar mülahizəni həmin yaş qruplarının kişi (müvafiq olaraq 0,13±0,13 və 10,60±1,22) və qadın (müvafiq olaraq 0,30±0,21 və 5,49±0,88) göstəriciləri arasında da demək olar (uyğun olaraq t=8,53; 5,74).

Cədvəl 2

2010-2014cü illərdə Lerik rayonunda sidik daşı ilə xəstələnmə hadisələrinin yaş qrupları üzrə səciyyələndirilməsi

Yaş qrupları	Cinslər	$\frac{n}{N}$*10000
0-19 yaş	Ümumi	0.21±0.12
	Kişi	0.13±0.13
	Qadın	0.30±0.21
20-39 yaş	Ümumi	8.04±0.75
	Kişi	10.60±1.22
	Qadın	5.49±0.88
40-59 yaş	Ümumi	20.38±1.62
	Kişi	28.47±2.83
	Qadın	13.48±1.80
60-79 yaş	Ümumi	31.59±3.53
	Kişi	53.97±6.95
	Qadın	14.08±3.15
80 və yuxarı yaş	Ümumi	21.96±7.76
	Kişi	45.02±16.98
	Qadın	4.79±4.77

40-59 yaş qrupunda ümumi xəstələnmənin 20,38±1,62,60-79 yaş qrupunda isə 31,59±3,53 olduğunu nəzərə alsaq, 20-39 və 40-59 yaş qrupları,eləcə də 40-59 və 60-79 yaş qrupları arasında xəstələnmə fərqlərinin statistik dürüst olmasını qeyd etmək olar(müvafiq olaraq t=6,91,2,89). Eynilə həmin yaş qruplarının kişi və qadın xəstələnmələrini bilərək (40-59 yaş qrupunda müvafiq olaraq 28,47±2,83 və 13,48 ±1,80, 60-79 yaş qrupunda isə 53,97±6,95 və 14,08±3,15), 20-39 və 40-59 yaş qrupları, eləcə də 40-59 və 60-79 yaş qruplarında kişilər arasında xəstələnmə fərqinin dürüst olmasını göstərmək olar (müvafiq olaraq t=5,80; 3,99 və 3,40).

80-dən yuxarı yaş qrupunda ümumi, kişi və qadın xəstələnmələri müvafiq olaraq 21,96±7,76, 45,02±16,98 və 4,79±4,77 kimi təyin olunmuşdur. Bu göstəricilərə əsaslanaraq 60-79 və 80-dən yuxarı yaş qrupları arasında fərq statistik əhəmiyyətli olmamışdır.

Ayrı-ayrı yaş qrupları üzrə kişi və qadın xəstələnmələri müqayisə olunduqda fərqli nəticələr ortaya çıxır. Belə ki, 0-19 yaş qrupunda bu fərq əhəmiyyət daşımadığı halda 20-39 və digər yaş qruplarında statistik əhəmiyyətlidir (müvafiq olaraq t=3,40; 4,47; 5,23 və 2,28).

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. 2008 və 2009-cu illərdə Rusiya Federasiyasında əhalinin hər 100000 nəfərinə düşən sidik daşı ilə xəstələnmələr bizim aldığımız nəticələrdən yüksək olmuşdur (müvafiq olaraq 134,1 və 138,5). Lakin bəzi vilayətlərində aşağı göstəricilər (2008-ci il, Voronej və Pskov vilayətləri, müvafiq olaraq 74,3 və 61,1), digərlərində isə bizim nəticələrə yaxın göstəricilər qeyd olunur (2009-cu il, Moskva şəhəri və Kursk vilayəti, müvafiq olaraq 95,5 və 93,8) [2].

Apardığımız tədqiqat nəticəsində sidik daşı ilə xəstələnmənin yaş artdıqca artması digər tədqiqatlar zamanı da öz təsdiqini tapmışdır [7].

Nəticələr:

1.2010-2014-cü illərdə Lerik rayonunda hər 100000 nəfərə orta hesabla 92,63 ±10,89, o cümlədən kişilər arasında 124,97±17,89, qadınlar arasında isə 60,34 ±12,42 xəstələnmə hadisəsi düşür.

2. Kişi və qadın xəstələnmələri arasındakı fərq ümumilikdə,ayrı-ayrı illərdə və ayrı-ayrı yaş qruplarında statistik dürüst olmuşdur(t>2).

3. Yaş artdıqca xəstələnmə hadisələri də artır.

ƏDƏBIYYAT

1.Борисов В.В., Дзеранов Н.К. Мочекаменная болезнь. Терапия больных камнями почек и мочеточников. М., 2011, 88 с.

2.Заболеваемость населения России в 2009 году: Статистические материалы, Ч. I. М., 2010 120 с.

3.Меринов Д.С., Фатихов Р.Р. Эффективность трансуретральной лазерной литотрипсии коралловидных камней почек. // Саратовский научно-медицинский журнал, 2011, № 52, с.189- 190.

4. Стентон Гланц.Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999, 459с.

5.Яненко Э.К., Меринов Д.С., Константинова О.В. и др. Современные тенденции в эпидемиологии, диагностике и лечении мочекаменной болезни // Экспериментальная и клиническая урология, 2012, №3, с. 45-51

6. Brikowski T.H., Lotan Y., Pearle M.S. Climate-related increase in the prevalence of urolithiasis in the United States. // Proc Natl Acad Sci USA, 2008, v.105, p. 9841-9846

7.Indridason O.S., Birgisson S., Edvardsson V.O. et al. Epidemiology of kidney stones in Iceland: a population-based study // Scand J Urol Nephrol. 2006, v.40(3), p.215-20.

8.Hui Seok Jung, In Ho Chang, Kyung Do Kim et al. Possible Relationship between Metabolic Syndrome Traits and Nephrolithiasis: Incidence for 15 Years According to Gender // Korean J Urol., 2011, v.52, p.548-553

9. Miernik A., Wilhelm K., Ardelt P. et al. Modern stone therapy: Is the era of extracorporeal shock wave lithotripsy at an end? // Urologe A., 2012, v.51, №3, p. 372-378.

10. Knoll T. Epidemiology, Pathogenesis, and Pathophysiology of Urolithiasis // European Urology, 2010, Supplement 9, p.802-806.

11.Taylor E.N., Stampfer M.J., Curhan G.C. Obesity, weight gain, and the risk of kidney stones. // JAMA, 2005, v.293(4), p.455-62.

Резюме

Эпидемиология мочекаменной болезни в Лерикском районе

Р.А.Рамазанов

Мочекаменная болезнь является наиболее распространенным урологических заболеваний, характеризующихся увеличением каждый год. Инфекционные заболевания мочевыводящих путей и врожденные дефекты, нарушающие уродинамику, болезни почек, жизнь в теплом климате, пить малое количество жидкости, некоторые препараты, генетические заболевания, сахарный диабет,

метаболические расстройства, ожирение и избыточный вес относится к факторам риска уролитиаза. Учитывая в последние годы расту-щую распространенность мочекаменной болезни, важность исследований в этой области выходит на первый план. Целью данного исследования является эпидемиологическое изучение характеристик мочекаменной болезни по запросу на примере Лерикского района. В период 2010-2014 гг. согласно медицинским картам (AZS-025) амбулаторных больных Центральной больницы Лерикского района случаи мочекаменного заболевания были взяты за основу. Учитывая среднегодовая численность населения, была определена случаи заболевания на каждые 100000 человек, в том числе заболеваемость между мужчинами и женщин и средняя угроза этого заболевания. Также были определены одинаковые расчеты по разным возрастным группам на 10000 человек населения. Анализ полученных результатов были проведены описательно статистическим методом с помощью программы Excel. Точность разницы между различными группами были оценены в соответствии с т-критериями. За 2010-2014 годы в Лерикском районе на каждую 100000 населения в среднем попадает 92,63±10,89 случаев заболевания, в том числе 124,97±17,89 среди мужчин, а среди женщин 60,34±12,42. Разница между случаями заболеваемости мужчин и женщин, в целом в разные годы и в отдельные возрастные группы была статистически правильной (t>2). С возрастом число случаев заболевания увеличивается.

Summary

Epidemiology of urolithiasis in Lerik region

R.A.Ramazanov

Urolithiasis disease is the most common urological diseases characterized by increasing every year. Infectious diseases of urinary tracts and congenital defects that violate urodynamics, kidney diseases, living in a warm climate, drinking a small amount of liquid, some drugs, genetic diseases, diabetes, metabolic disorders, obesity and overweight related to risk factors of urolithiasis. Taking into account the growing prevalence of urolithiasis in recent years the importance of research in this field comes to the forefront. The purpose of this study is to epidemiological investigate the prevalence of urolithiasis on demand in the example of Lerik region. During 2010-2014, according to medical records (AZS-025) outpatients Central Hospital of Lerik region cases of urolithiasis disease were used as a basis. Taking into account the average annual population size, cases of the disease for every 100000 people has been identified, including the incidence between men and women and the average threat of this disease. There were also identified the same calculations for different age groups on the 10000 people of population. Analysis of obtained results was carried out by descriptive statistics in Excel. The accuracy of the difference between the different groups was evaluated according to the t-criteria. During 2010-2014, in Lerik region for every 100000 of population on average gets 92,63±10,89 cases of disease, including 124,97±17,89 among men and among women 60,34±12,42. The difference between diseases cases of men and women, in general, in different years and in some age groups was statistically correct (t> 2). The number of cases increases with age.

Daxil olub: 08.12.2016

2-Cİ TİP ŞƏKƏRLİ DİABETLİ XƏSTƏLƏRDƏ BEYİN VƏ AŞAĞI ƏTRAF QAN DÖVRANI POZULMALARININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

S.X.Mehdiyev

Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: 2-ci tip şəkərli diabet, beyin qan dövranı pozulması, aşağı ətraf qan dövranı pozulması

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, нарушение мозгового кровообращения, нарушение кровообрашения нижних конечностей

Key words: diabetes mellitus type 2, cerebral blood circulation disorders, lower extremities blood circulation disorders

2-ci şəkərli diabet (2TŞD) zamanı hədəf orqanlarında müxtəlif xarakterli zədələnmələr baş verir ki, bu nahiyyələrdən biri də periferik arteriyalar hesab edilir. Aşağı və yuxarı ətraf, ekstrakranial yuxu yaxud onurğa və böyrək arteriyaları periferik arteriyalara aid edilir [1]. Şəkərli diabet (ŞD) bir çox damar mənfəzində aterosklerozun əmələ gəlmə riskini artırır ki, xüsusilə periferik arterial damarlarda bu risk 2-4 dəfə çox olur və monofokal ateroskleroza nisbətən çox damar patologiyası olan xəstələrdə proqnoz daha da pisləşir [2]. Diabetli xəstələrin əksəriyyətində periferik arteriya xəstəliklərinin simptomlarının olmamasına

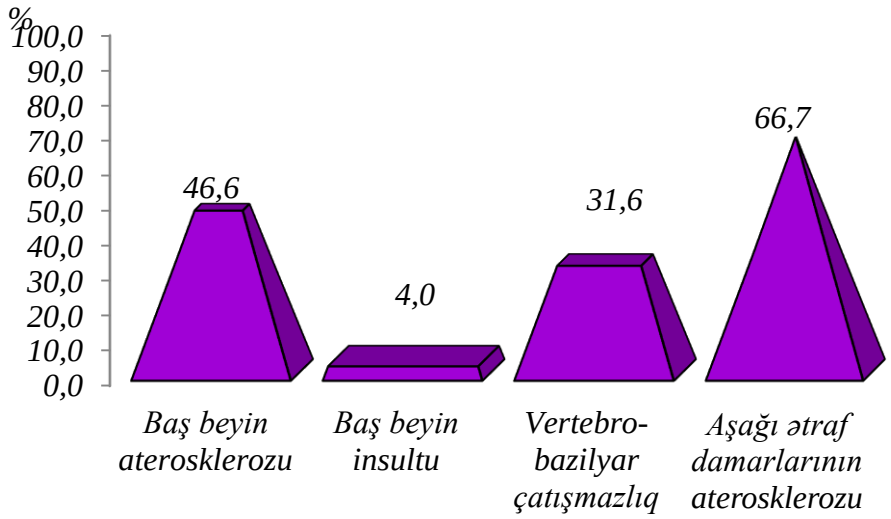
baxmayaraq, onlardan ətraflı anamnezin toplanılması, obyektiv və instrumental müayinələrin aparılması periferik arteriyalarda qan cərəyanının vəziyyətinin qiymətləndirilməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edir [1]. Aşkar edilmişdir ki, ABŞ-da aşağı ətrafların qeyri-travmatik amputasiyalarının təxminən 50%-i ŞD səbəbindən baş verir. Bu xəstələrdə aşağı ətrafların xroniki işemiyası olduqda ölüm göstəriciləri artır və amputasiyadan sonrakı 3 illik sağ qalma ehtimalı 50%-dən az olur [3]. Odur ki, diabetli xəstələrdə aşağı ətrafların xroniki işemiyasının erkən diaqnostikası həm xəstəliyin proqressivləşməsinin, eyni zamanda ümumi ürək-damar riskinin qarşısını almaq üçün də çox vacib hesab edilir. Diabetli xəstələrdə periferik arteriya xəstəliklərinin əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün qlikemiyaya optimal nəzarətin təmin edilməsi ilə bərabər [4,5], adekvat hipolipidemik, antihipertenziv və antitrombositar müalicənin də aparılması çox əhəmiyyətlidir [6,7].

Yuxarıda sadalanları nəzərə alaraq, tədqiqatımızın **məqsədi** 2TŞD-li xəstələrdə sorğu, obyektiv və instrumental müayinələr vasitəsilə baş beyin damarları, yuxu və aşağı ətraf arteriyalarında qan cərəyanının vəziyyəti və bu patologiyaların rast gəlmə tezliyinin qiymətləndirilməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. 1 momentli kliniki-epidemioloji tədqiqatda 2TŞD-li 30-69 yaşlı 528 xəstə iştirak etmişdir. Modifikasiya olunmuş "ARİC" beynəlxalq sorğu anketi vasitəsilə xəstələrdən baş beyin aterosklerozu, keçirilmiş baş beyin insultu, vertebro-bazilyar çatışmazlıq və aşağı ətraf arterial damarları aterosklerozunun kliniki əlamətlərinə dair məlumatlar toplanılmış, topuq-bazu indeksi (TBİ) təyin edilmişdir. TBİ aşağı ətrfların xroniki işemiyasını aşkar etməyin obyektiv üsulu hesab edilir [8]. Bu indeks ayağın arxa arteriyası və arxa böyük qamış arteriyası səviyyəsində sistolik arterial təzyiqin bazu arteriyasında eyni göstəriciyə olan nisbəti kimi götürülür və TBİ<0,9 olması periferik arteriya xəstəliyinin olmasını göstərir. Aşağı ərtaf arteriyaları və yuxu arteriyalarının rəngli dupleks skanerlənməsi ("SONO 8X PRİME" - Cənubi Koreya) vasitəsilə intima-media qalınlığı (İMQ), aşağı ətraf arterial damarlarında qan cərəyanının forması və ayrı-ayrı seqmentlərdə stenozların dərəcəsi haqqında məlumatlar əldə edilmiş, İMQ>0,9 olması isə aterosklerotik mənşəli stenoz yaxud pilək kimi qiymətləndirilmişdir.

Statistik işləmə variasiya və diskriminant analiz üsullarının tətbiqi ilə MS EXCEL-2010 və SPSS-20 proqramlarında aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri. Sorğu zamanı xəstələrin təxminən yarısı onlarda baş beyin aterosklerozunun kliniki əlamətlərinin olmasını qeyd etmişlər (şək. 1). Bu xəstələrdə yuxu arteriyasında aterosklerotik dəyişikliyin (İMQ) daha yüksək olması (78,9±3,4%) müəyyən edilmişdir (şək. 2) ki, bu da xəstələrdə gələcəkdə beyin qan dövranının kəskin pozulması ehtimalının yüksək olduğunu göstərir. Yuxu arteriyalarında ciddi stenozun olması aşkar edilmiş (İMQ 1,217±0,038 mm) və bu damarlarda stenozun rast gəlmə tezliyində ciddi asimmetriya olmamışdır (cədvəl 1).



Şək. 1. Sorğu əsasında damar patologiyalarının aşkar edilmə tezliyi

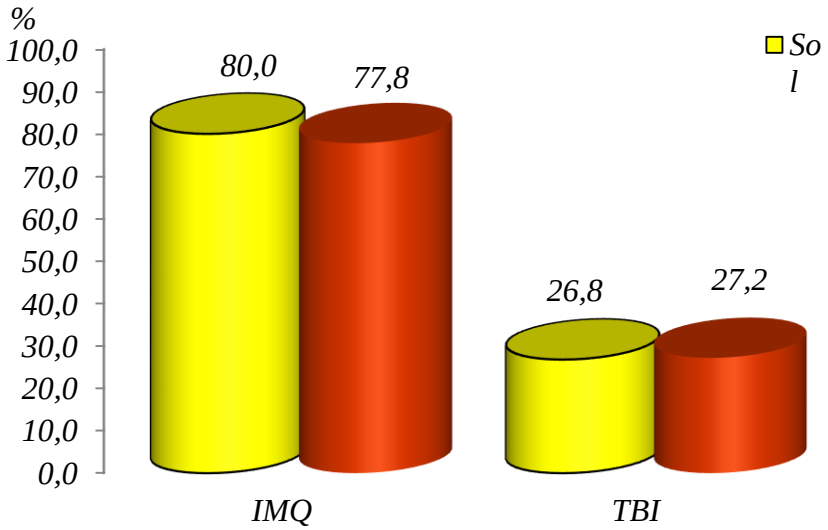
Cədvəl 1
Subklinik orqan zədələnmələrinin xüsusiyyətləri

Göstəricilər	İMQs (mm) (n=70)	İMQd (mm) (n=72)	TBİs (n=511)	TBİd (n=511)

M±m	1,167±0,047	1,265±0,060	1,061±0,009	1,061±0,009
min	0,4	0,4	0,6	0,6
max	2,3	3,2	1,8	1,8

Qeyd. İMQs - intima media qalınlığı (sol), İMQd - intima media qalınlığı (sağ), TBİs - topuq bazu indeksi (sol), TBİd - topuq bazu indeksi (sağ).

Sonoqrafik olaraq xəstələrin 30,6±5,4%-də yuxu arteriyalarının <40% stenozu, 58,3±5,8%-də 50-59% və 12,5±3,9%-də isə 60-95% stenozu aşkar edilmişdir. Sorğu zamanı xəstələrin çox az bir hissəsi (cəmi 4%) baş beyin insultu ilə xəstələndiyini qeyd etmiş, vertebro-bazilyar çatışmazlığın kliniki əlamətləri isə hər 3 xəstədən 1-də müəyyən edilmişdir. Aşağı ətraf damarları aterosklerozunun simptomları kifayət qədər yüksək tezlikdə (66,7%) rast gəlsə də, yalnız 27,0±1,4% xəstədə TBİ<0,9 olmuşdur (bax: şək. 1 və 2).



Şək. 2. Subklinik orqan zədələnmələrinin rast gəlmə tezliyi; İMQ - intima media qalınlığı, TBİ- topuq bazu indeksi

2 saylı cədvəldən göründüyü kimi, aşağı ətrafların arterial damarlarının sonoqrafik stenozu 20-90% arasında tərəddüd etmiş, periferiyaya doğru aterosklerotik stenozun orta göstəricisi və ağırlıq dərəcəsi artmış, maksimal göstəricilər dizaltı-topuq seqmentində (DTS) qeyd edilmişdir. Qalça-bud seqmentində (QBS) qan cərəyanı 98,7±1,3% halda mağistral, 1,3±1,3%-də kollateral, bud-dizaltı seqmentdə (BDS) 97,4±1,8% magistral, 2,6±1,8%-də kollateral, DTS-də isə 96,1±2,2% mağistral, 3,9±2,2% kollateral tipdə olmuşdur. Qan dövranının hər 3 seqmentdə 18,4±4,4%-i kompensasiya, QBS və BDS-də 81,6±4,4%, DTS-də 76,3±4,9%-i subkompensasiya, yalnız DTS-də 5,3±2,6% xəstədə dekompensasiya mərhələsində olması aşkar edilmişdir.

Cədvəl 2

Aşağı ətraf damarları stenozunun orta göstəriciləri və strukturu

Göstəricilər	QBS (n=76)		BDS (n=76)		DTS (n=76)	
M±m (min - max)	41,1±1,2 (25-65)		44,1±1,5 (20-80)		49,7±1,9 (20-90)	
Dərəcəsi	25-40%	45-65%	25-45%	50-80%	20-50%	55-90%
Tezliyi	40 52,6±5,7%	36 47,4±5,7%	38 50,0±5,7%	38 50,0±5,7%	47 61,8±5,6%	28 38,2±5,6%

Qeyd: QBS - qalça - bud seqmenti, BDS - bud - dizaltı seqment, DTS - dizaltı - topuq seqmenti.

Beləliklə, 2TŞD-li xəstələrdə ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün periodik olaraq periferik arteriya xəstəliklərinin ciddi skrininqi aparılmalıdır.

Müzakirə. Sübut olunmuşdur ki, yuxu arteriyalarının stenozu olan 2TŞD-li xəstələrdə baş beyin insultu və beyin qan dövranı keçici pozulmalarının baş vermə ehtimalı yüksək olur. Məhz bu məqsədlə onlarda supra-aortal arteriyaların vizualizasiyası məsləhət görülür ki, dupleks ultrasonoqrafiya bu istiqamətdə vacib

müayinə üsullarından biri hesab edilir [9]. Bizim tədqiqatda da bu müayinə üsulundan istifadə edilməklə xəstələrin 4/5-də yuxu arteriyalarında ciddi aterosklerotik stenoz yaxud piləyin olması aşkar olunmuşdur. Sorğu zamanı xəstələrin yarısında baş beyin aterosklerozunun, 1/3-də isə vertebro-bazilyar çatışmazlıq əlamətlərinin aşkar edilməsinə baxmayaraq, xəstələrin az bir hissəsi (yalnız 4%-i) baş beyin insultu keçirdiklərini bildirmişlər. Anamnestik olaraq baş beyin qan dövranı kəskin pozulmasının az müəyyən edilməsini diabet zamanı bu xəstəliyin az simptomlu yaxud asimptomatik olması, xəstələrin xəstəliyin mahiyyətini düzgün başa düşməmələri və sorğunun bu patologiyanın aşkar edilməsində o qədər də informativ olmaması ilə əlaqələndirmək olar.

ŞD zamanı adətən aşağı ətrafların distal nahiyyələrinin, xüsusilə dizaltı arteriya hövzəsi yaxud ayaqların periferik hissəsinin zədələnmələri qeyd edilir. 6880 xəstənin iştirak etdiyi tədqiqatda xəstələrin 20%-də aşağı ətrafların distal arteriyalarının aterosklerozu aşkar edilmiş və onların yalnız 10%-də xəstəliyin kliniki simptomları olmuşdur [10]. Bizim populyasiyada xəstələrin 27%-də TBİ<0,9 olmasına baxmayaraq, sonoqrafik olaraq periferiyada, yəni DTS-də aterosklerotik mənşəli stenoz daha yüksək (40-60%) qeydə alınmışdır.

Tədqiqata cəlb edilən xəstələrimizdə obyektiv olaraq aşağı ətrafların xroniki işemiyası 27% xəstədə müəyyən olunmuşdur. Aldığımız nəticə NHANES II tədqiqatındakı məlumatlarla demək olar ki, eynilik təşkil etmiş, belə ki, ŞD-li xəstələrin 16-24%-də ayağın arxa arteriyasında pulsasiyanın zəifləməsi yaxud olmaması aşkar edilmişdir [11].

Adətən diabetli xəstələrdə aşağı ətrafların xroniki işemiyası diffuz xarakterli və distal hövzədə daha ağır gedişli olur [12]. Bizim tədqiqatdakı xəstələrdə də analoji nəticə alınmış, aşağı ətrafların DTS-də digər nahiyyələrə nisbətən qan cərəyanı daha ciddi şəkildə pozulmuş və yalnız bu seqmentdə qan dövranının dekompensasiyası qeyd edilmişdir. Odur ki, ŞD-li xəstələrdə ola biləcək ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə hər il periferik arteriya xəstəliklərinin diaqnostikası aparılmalı və aşağı ətrafların xroniki işemiyasını aşkar etmək üçün TBİ ölçülməlidir (sinif I, sübut səviyyəsi C) [12]. Bu qrup xəstələrdə periferik arteriya xəstəliklərinin qarşısını almaq üçün qlikemiyanın adekvat idarə olunması ilə bərabər, aşağı sıxlıqlı lipoproteid xolesterininin <1,8 mmol/l olması yaxud hədəf səviyyəyə nail olmaq mümkün olmadıqda, ilkin səviyyənin 50%-dən çox endirilməsi, arterial təzyiqin <140/85 mm c. süt. səviyyəsində saxlanılması və əks-göstəriş yoxdursa, periferik arteriya xəstəliyinin simptomları olan bütün diabetli xəstələrə antitrombositar terapiyanın təyin edilməsi məsləhət görülür [6,7].

Beləliklə, 2TŞD-li xəstələrdə periferik arteriya xəstəlikləri ilə uğurlu mübarizə aparmaq üçün xəstəliyin idarə olunmasına müxtəlif ixtisaslı həkimlərin (endokrinoloq, nevroloq, damar cərrahları, kardioloq) komanda şəklində yanaşması tələb olunur [13].

Nəticələr: 1.Yuxu arteriyaları aterosklerozunun subklinik əlaməti onun kliniki simptomlarından 1,7 dəfə çox, aşağı ətraf arteriyaları aterosklerozunun klinik önü simptomu isə xəstələrin 27%-də aşkar edilmişdir.
2.Sonoqrafik olaraq aşağı ətraflarda kollaterala nisbətən magistral qan cərəyanı üstünlük təşkil etmiş, xəstələrin hamısında stenozun müxtəlif ağırlıq dərəcələri qeyd edilmiş və qan dövranı əsasən subkompensasiya mərhələsində olmuşdur. Aşağı ətraf damarlarında stenozun ağırlıq dərəcələri ilə onun rast gəlmə tezliyi arasında tərs mütənasiblik müəyyən edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1.Tendera M., Aboyans V., Bartelink M.L. et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J., 2011, v.32, p.2851-2906.

2. Alberts M.J., Bhatt D.L., Mas J.L. et al. Three-year follow-up and event rates in the international Reduction of Atherothrombosis for Continued Health Registry // Eur Heart J., 2009, v.30, p.2318-2326.

3. Campbell W.B., Ponette D., Sugiono M. Long-term results following operation for diabetic foot problems: arterial disease confers a poor prognosis // Eur J Vasc Endovasc Surg., 2000, v.19, p.174-177.

4. Stettler C., Allemann S., Juni P. et al. Glycemic control and macrovascular disease in types 1 and 2 diabetes mellitus: Meta-analysis of randomized trials // Am Heart J., 2006, v.152, p.27-38.

5. Lepantalo M., Apelqvist J., Setacci C. et al. Diabetic foot // Eur J Vasc Endovasc Surg., 2011, v.042, p.S60-74.

6. Reiner Z., Catapano AL., De Backer G. et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) // Eur Heart J., 2011, v.32, p.1769-1818.

7. Baigent C., Blackwell L., Collins R. et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. Lancet 2009;373:1849-1860.

8. de L II., Hoeks SE., van Gestel YR. et al. The prognostic value of impaired walking distance on long-term outcome in patients with known or suspected peripheral arterial disease // Eur J Vasc Endovasc Surg., 2009, v.38, p.482-487.

9. Rothwell P.M., Giles M.F., Flossmann E. et al. A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack // Lancet, 2005, v.366, p.29-36.

10. Diehm C., Allenberg J.R., Pittrow D. et al. Mortality and vascular morbidity in older adults with asymptomatic versus symptomatic peripheral artery disease // Circulation, 2009, v.120, p.2053-2061.

11. Mensah G.A., Brown D.W., Croft J.B., Greenlund K.J. Major coronary risk factors and death from coronary heart disease: baseline and follow-up mortality data from the Second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II) // Am J Prev Med., 2005, v.29, p.68-74.

12. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD // European Heart Journal., 2013, v.34, p.3035-3087

13. Aschner P., LaSalle J., McGill M. The team approach to diabetes management: partnering with patients // Int J Clin Pract., 2007, Suppl., p.22-30.

Резюме

Особенности нарушений кровотока в сосудах нижних конечностей и головного мозга у больных сахарным диабетом типа 2

С.Х.Мехдиев

Цель иисследования- изучить особенности нарушений кровотока в сосудах нижних конечностей и головного мозга у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2). В одномоментном клинико-эпидемиологическом исследовании приняло участие 528 больных СД2 в возрасте 30-69 лет. С помощью международной анкеты опросника “ARIC” у них собирались сведения относительно мозгового атеросклероза, перенесенного мозгового инсульта, вертебро-базилярной недостаточности и симптомов указывающих на атеросклероз сосудов нижних конечностей. Всем больным проводилась допплерография сонных артерий и сосудов нижних конечностей, определялись толщина интима-медиа (ТИМ), лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).Несмотря на то, что у 46,6% опрошенных были выявлены клинические проявления мозгового атеросклероза, при сонографии у 78,9% больных значения ТИМ было >0,9 мм (средние показатели 1,217±0,038 мм). У 30,6% обследованных был выявлен стеноз сонных артерий <40%, у 58,3%- 50-59%, у 12,5% - 60-95%, у 4% - отмечался перенесенный инсульт, а у 31,6% больных - симптомы вертебро-базилярной недостаточности. Клинические проявления атеросклероза сосудов нижних конечностей отмечались у 66,7%, ЛПИ<0,9 у 27% больных. У всех обследуемых СД2 при проведении сонографии отмечался стеноз артерий нижних конечностей, степень выраженности которого менялась в пределах 20-90%, средние значения стеноза, а также степень его тяжести на периферии значительно возрастали. Кровообращение в сосудах нижних конечностях отмечалось преимущественно по магистральному типу и в стадии субкомпенсации, и между тяжестью стеноза и частотой его встречаемости отмечалась отрицательная корреляционная связь. Для предотвращения поражений периферических артерий у больных СД2 необходимо периодически проводить скрининг субклинических и клинических проявлений заболевания и своевременную коррекцию его осложнений.

Summary

Characteristics of the cerebral and lower extremities blood circulation disorders in patients with diabetes mellitus type 2

S.Kh.Mehdiyev

Objectives. Investigation of characteristics of blood circulation disorders in arterial vessels of the cerebral and lower extremities in patients with diabetes mellitus type 2 (DM2). In the single-mission clinical epidemiology cohort study were included 528 patients with DM2 at the age of 30-69. Using international “ARİC” questionnaire, it was gathered information about symptoms of cerebral atherosclerosis, cerebral stroke in anamnesis, *vertebra-basilar insufficiency* and atherosclerosis of the lower extremity vessels; it was implemented dopplerography of the lower extremity artery vessels and carotid arteries, determined intima-media thickness (IMT), ankle-brachial index (ABI). Although, it was found out clinical signs of cerebral atherosclerosis in 46.6% of the patients during questioning, in 78.9% of the patients sonographic evolution of IMT was >0.9 mm (mean value is 1.217±0.038 mm). It was determined stenosis of the carotid arteries as follow: <40% in 30.6%, 50-59% in 58.3% and 60-95% in 12.5% patients; 4% of the patients noted cerebral

stroke in anamnesis, in 31.6% of the patients were symptoms of *vertebra-basilar insufficiency. Following were found out in patients:* clinical signs of atherosclerosis of the lower extremity vessels in 66.7% and ABİ<0.9 in 27%. Using ultrasound in all patients with DM2 it was determined stenosis of the lower extremity arteries and this value changed between 20-90%; towards periphery the mean value and severity of stenosis increased. Blood circulation in lower extremities, mainly, was in magisteral type and sub-compensation stage; it was noted disproportionality between severity of stenosis and its rate of occurrences. To protect of the peripheral artery diseases in patients with DM2 it is advisable to implement periodic screening of the sub-clinic and clinic damage, and correction of the severities in time.

Daxil olub: 19.12.2016

MÜASİR DÖVRDƏ AZƏRBAYCANDA VİSSERAL LEYŞMANİOZ OCAQLARINDA HÜNÜLƏRİN COĞRAFİ-BIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ VƏ EPİDEMİOLOJİ ƏHƏMİYYƏTİ

V.Ç.Cəlilov, V.N.Vəkilov, A.Z.Fərəməzov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: Leyşmanioz, protozoozlar, dəri leyşmaniozu, visseral leyşmanioz, canlı keçiricilər.
Ключевые слова: лейшманиоз, протозоозы, кожный лейшманиозы, висцеральный лейшманиозы, живые переносчики.
Keywords: leishmaniosis, protozoans, visceral leishmaniosis, cutaneous leishmaniosis, lively conductors.

Tropik təbabətdə obliqat-transmissiv yoluxma mexanizminə, yüksək letallıq dərəcəsinə və əhali arasında çoxsaylı yoluxma təhlükəsinə malik olan leyşmaniozların keçirici amilini hünülər təşkil edir. Leyşmaniozların ötürülməsində digər həşaratların da rolunun olduğu bəzi müəlliflər tərəfindən qeyd edilsə də, bu mülahizələr öz təsdiqini tapmamışdır [1,2].

Leyşmaniozlarda epidemik prosesin inkişaf qanunauyğunluqlarını, ona təsir göstərən hərəkətverici qüvvələrin xarakterini düzgün qiymətləndirmək üçün, onun yoluxma amilinin, yəni hünülərin bioloji və coğrafi xüsusiyyətlərinin araşdırılması qarşıya qoyulan ən vacib və aktual məsələlərdən biridir[2,3].

Tədqiqat işinin bu qismi 2015-ci ildə visseral leyşmanioz hadisələri qeydə alınan Şəmkir rayonunun Yeni həyat, Qapanlı, Yuxarı seyfəli, Goranboy rayonunun Təhlə, Xoylu, Yolqulular, Tərtər rayonunun Qapanlı, Qaynaqlı kəndlərində aparılmışdır.

Tədqiqatın **məqsədi.** Tədqiqatın əsas məqsədi hünülərin göstərilən regionlarda spesifik faunasını və ekologiyasını, fəsli dinamikasını, gündəlik aktivliyini, göstərilən ərazilərdə çoxluq təşkil edən hünülərin insanlara qarşı aqressivliyini, hünülərin ən çox həssaslıq göstərdiyi insektisidləri müəyyən etmək və nəticədə onlara qarşı effektiv mübarizə tədbirləri işləyib hazırlamaqdan ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatlarda eksqausterdən, yapışqanlı lentlərdən(bayraqcıqlardan), işıq tələlərindən, sınaq şüşələrindən, entomoloji iynələrdən, mikroskopdan, ekspress "Elisa" testlərdən, əşya şüşələrindən, Romonovski-Gimza məhlulundan, etil spirtindən, rəngləyici vasitələrdən, dezinfaldan, avtomaksdan istifadə olunmuşdur. Tədqiqatda əldə olunmuş mütləq və nisbi kəmiyyətlər, ekstensivlik və intensivlik göstəriciləri vasitəsilə hesablanması aparılmış və nəticələr müvafiq qrafik təsvirlərdə əks olunmuşdur.

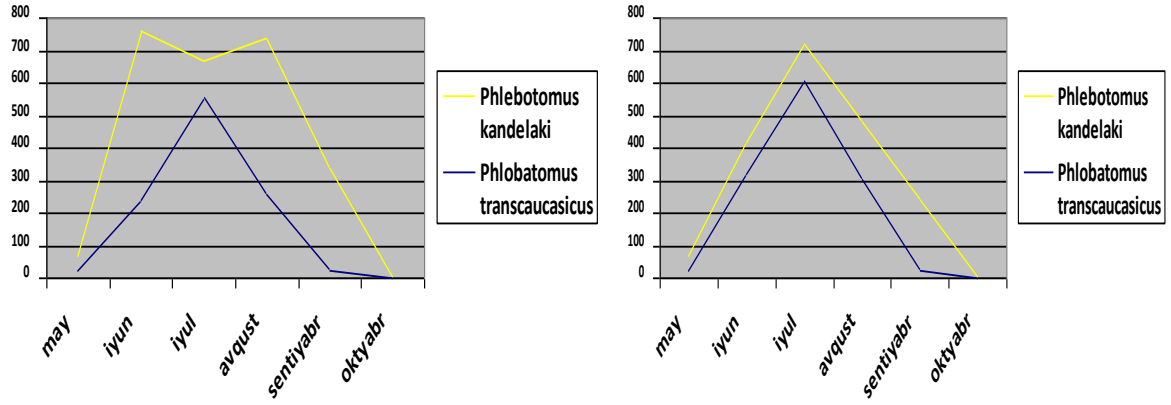
Nəticələr. Şəmkir rayonundakı müşahidələr 120 nöqtədə, 82-si yaşayış yerləri ətrafında, 38-i təbiətdə aparılmışdır. Yaşayış məntəqələrində 27 həyətdə, 18 heyvan damında, 15 toyuq damında, 10 otaqda, 12 zirzəmidə işıq tələləri və yapışqanlı lentlər quraşdırılmışdır. Yaşayış məntəqələrindən kənarda torpaq çatlarına yaxın yerlərdə 10, şam küknar agaclarının çatlarında və içi boş kötüklərində 12, gəmirici və çaqqal yuvalarının yaxınlığında 9, üzümlüklərdə 7 nöqtədə tələlər quraşdırılmışdır. Tələlər əsasən saat 17:00-dan səhər 08:00-a kimi quraşdırılmışdır. Goranboy rayonunun ərazisində müşahidələr 100 nöqtədə, 65-i yaşayış yerləri ətrafında, 35-i təbiətdə aparılmışdır. Yaşayış məntəqələrində 18 həyətdə, 15 heyvan damında, 12 toyuq damında, 11 otaqda, 9 zirzəmidə işıq tələləri və yapışqanlı lentlər quraşdırılmışdır. Yaşayış məntəqələrindən kənarda torpaq çatlarına yaxın yerlərdə 15, sıx bitmiş ot bitgiləri arasında 8, gəmirici və çaqqal yuvalarının yaxınlığında 12 nöqtədə tələlər quraşdırılmışdır.

Tərtər rayonunda isə müşahidələr 110 nöqtədə, 60-ı yaşayış yerləri ətrafında, 50-i təbiətdə aparılmışdır. Yaşayış məntəqələrində 15 həyətdə, 15 heyvan damında, 10 toyuq damında, 10 otaqda, 10 zirzəmidə işıq tələləri və yapışqanlı lentlər quraşdırılmışdır. Yaşayış məntəqələrindən kənarda torpaq çatlarına yaxın

yerlərdə 10, sıx bitmiş ot bitgiləri arasında 15, gəmirici və çaqqal yuvalarının yaxınlığında 25 nöqtədə tələlər quraşdırılmışdır.

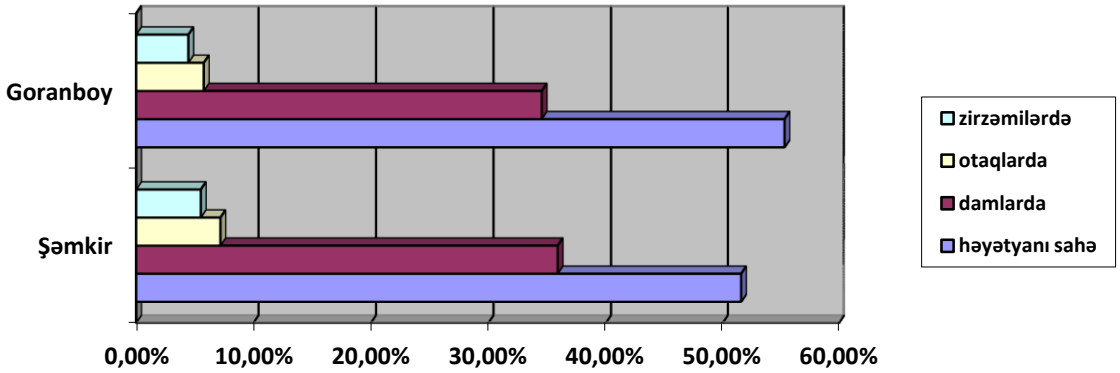
Tədqiqat aparılan regionların hamısında demək olar ki işin prinsipi eyni olmuşdur. Yapışqanlı lentlərdən ölmüş halda hünülər entomoloji iynələr vasitəsilə götürülüb və 96%-li spirtlə doldurulmuş prabirkalara toplanmış və hünülərin növünü təyin etmək üçün istifadə olunmuşdur. Diri halda hünüləri toplamaq üçün eksqausterlə işıq tələlərindən hünülər toplanmışdır. Hünülərdən preparatlar hazırlamaq üçün tələlərdən götürülmüş hünülər efirlərdə dondurulur. Ümumiyyətlə bu regionlarda təqribən 8300-9000 hünü nümunəsi əldə edilmiş və təcrübələrdə istifadə edilmişdir.

Hünülərin fəsil dinamikasını öyrənmək üçün Şəmkir rayonunda Yeni həyat kəndində 8, Goranboy rayonunun Xoylu kəndində 10 və Tərtər rayonunun Qapanlı kəndində 10 sahədə müşahidələr aparılmışdır. Bu məqsədlə hava şəraiti yaxşı olan günlərdə hünülərin çox toplaşdığı yerlərdə işıq tələləri və yapışqanlı lentlər qurulmuş və onların fəsil dinamikası, say intensivliyi müşahidə edilmişdir. Məlum olmuşdur ki, Şəmkir və iqlim coğrafi şəraitinə görə ona yaxın olan bölgələrdə hünülərin fəsil dinamikası iyun ayının əvvəllərindən başlayır sentyabr ayının ortaları başa çatır. Hünülərin fəsil dinamikasını növlər arasındakı fərqini müşahidə etdikdə bəzi növlərin ilin müəyyən vaxtları say intensivliyinin maksimum həddə çatdığı məlum olur. Ən çox rast gəlinən Phlebotomus kandelaki əsasən ildə 2 dəfə iyunun sonu və avqustun sonu, Phlebotomus transcaucasicus isə avqustun ortası sayı maksimum həddə çatır. Goranboy və Tərtər rayonlarında isə fəsil dinamikası may ayının axırlarında başlayır sentiyabr ayının ortaları başa çatır. Phlebotomus kandelaki və Phlebotomus transcaucasicusun sayı əsasən ildə bir dəfə iyulun ortası maksimum həddə çatır.



Şək. 1. Şəmkir Goranboy Tərtər və rayonlarında hünülərin fəsil dinamikası

Hünülərin yaşayış məntəqələrindəki say intensivliyini müəyyən etmək üçün müşahidələr aparılmışdır. Bunun üçün müxtəlif yerlərdə Şəmkir rayonunda həyətlərdə 35, heyvan və toyuq damlarında 25, otaqda 25, zirzəmilərdə 25 nöqtədə yapışqanlı lentlər quraşdırılmış və 3 gün ərzində müşahidə edilmişdir. Evlərin həyətlərində 51,56% (1150±80), heyvan və toyuq damında 35,87% (800±60), otaqda 7,17% (160±40), zirzəmidə 5,40% (120±40) intensivlikdə hünü müşahidə edilmişdir.

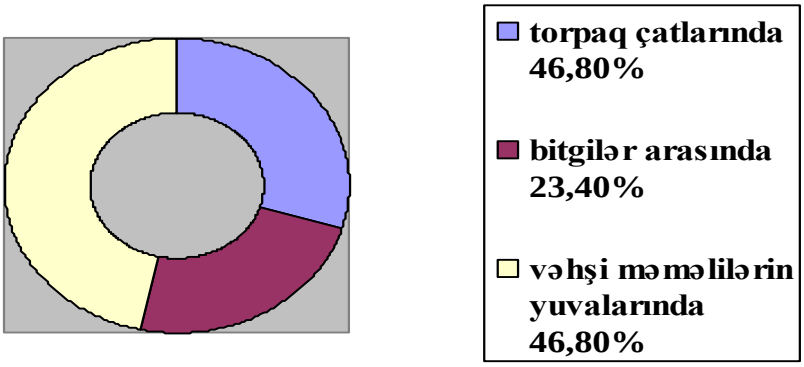


Şək. 2. Şəmkir və Goranboy rayonlarında yaşayış məntəqələrində hünülərin say intensivliyi

Gün batandan sonra həyətlərdə quraşdırılmış süni işıq qurğularına yaxın yerlərdə hünülərin sayı daha artıq olmuşdur.

Goranboy ərazisində həyətlərdə 30, heyvan və toyuq damlarında 21, otaqda 22, zirzəmilərdə 19 nöqtədə yapışqanlı lentlər quraşdırılmış və 4 gün ərzində müşahidə aparılmışdır. Müəyyən olunmuşdur ki, evlərin həyətlərində55,30% (1250±80), heyvan və toyuq damında 34,51% (780±60), otaqda 5,75% (130±40), zirzəmidə 4,44% (100±40) intensivlikdə hünü müşahidə edilmişdir.

Tərtərdə rayonunda isə təbii şəraitdə hünülərin say intensivliyini yoxlamaq üçün yaşayış məntəqələrindən kənarda torpaq çatlarında 10, sıx bitmiş ot bitkiləri arasında 15, gəmirici və çaqqal yuvalarının yaxınlığında 25 nöqtədə 5 gün ərzində müşahidələr aparılmışdır. Müəyyən olunmuşdur ki, torpaq çatlarında 29,80% (700±50), sıx bitmiş ot bitkiləri arasında 23,40% (550±40), gəmirici və çaqqal yuvalarında 46,80% (1100±90) hünü müşahidə edilmişdir.

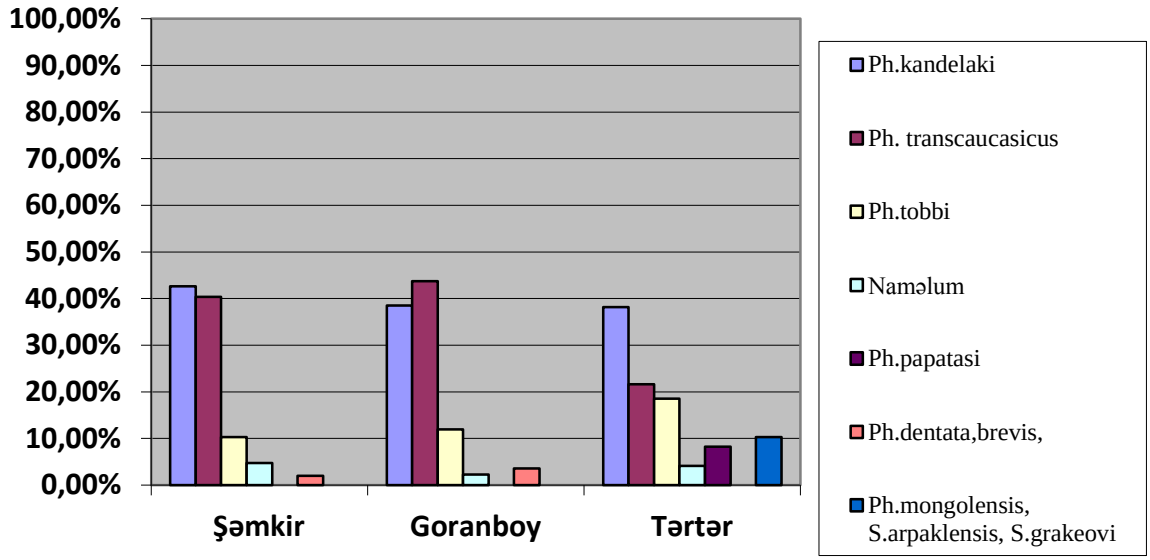


Şək. 3. Tərtər rayonunda təbii ocaqlarda hünlərin say intensivliyi

Epidemioloji cəhətdən daha təhlükəli hesab olunan hünü növlərini müəyyən etmək üçün yapışqanlı lentlərdən və işıq tələlərindən əldə edilmiş hünülərin növləri müəyyən edilmişdir. Əldə edilmiş məlumata əsasən Şəmkir rayonunda hünülərin 42,60%-i (950±80) Phlebotomus kandelaki, 40,35%-i (900±100) Phlebotomus transcaucasicus, 10,31%-i(230±50) Phlebaotomus tobbi, 2,01%-i (45±10) isə Sergentomia dentata, Phlebotomus brevisin payına düşür. 4,73%-inin (105±30) növünü müəyyən etmək mümkün olmamışdır.

Goranboy rayonunda hünülərin 38,52%, (1772±70) Phlebotomus kandelaki, 43,73%-i (2011±80) Phlebotomus transcaucasicus, 11,93%-i(548,78±50) Phlebaotomus tobbi, 3,56%-i (163±10) isə Sergentomia dentata, Phlebotomus brevisin payına düşür. 2,26%-inin (105±30) növünü müəyyən etmək mümkün olmamışdır.

Tərtər rayonunda hünülərin Ph.kandelaki, Ph.chinensis, Ph.tobbi, Ph.transcaucasicus, Ph.papatasi, Ph.perfilievi, Ph.wenyoni, Ph.mongolensis, S.arpaklensis, S.grakeovi. S.pavlovski və s. növləri müşahidə edilmişdir. Tər-tər rayonunda yaşayış məntəqələrində və ondan kənarda 38,14%(1850±50) Phlebotomus kandelaki, 21,64%-i(1050±80) Phlebotomus transcaucasicus, 18,55%-i(900±50) Phlebaotomus tobbi, 8,24%-i(400±10) Ph.papatasi, 10,30%-i(500±30) Ph.mongolensis, S.arpaklensis, S.grakeovinin payına düşür. 4,12%-inin (200±40) növünü müəyyən etmək mümkün olmamışdır.



Şək. 4. Şəmkir, Goranboy, Tərtər rayonlarında epidemioloji cəhətdən təhlükəli hünülərin növ intensivliyi

Hünülərin təbii şəraitdə yoluxmasını müəyyən etmək üçün əsasən Tərtər rayonunda çöl şəraitində xırda məməlilərin yuvaları ətrafından tutulmuş hünülər entomoloji iynələrin köməyi ilə yarılmış və mədəsindən dağılmamış (həzm olunmamış) qan götürülərək ekspress "Elisa" testlərində müayinə olunmuşdur və nümunələrin qalan hissəsi ağ siçanlara inyeksiya edilmişdir. Həmçinin başı qopardılmış hününün döş və qarın hissəsi yarılmış və həmin möhtəviyyat götürülərək əşya şüşəsi üzərində etil spirti ilə fiksasiya edilmiş və Romonovski üsulu ilə rənglənmişdir. Bu müayinələrin aparılması zamanı dəqiqliyin əldə edilməsi çətinlik təşkil etsə də müəyyən nəticələr əldə edilmiş və müayinədə istifadə edilmiş hünülərin təqribən 4,6-5,2%-də yoluxmuş hünülər aşkar edilmişdir.

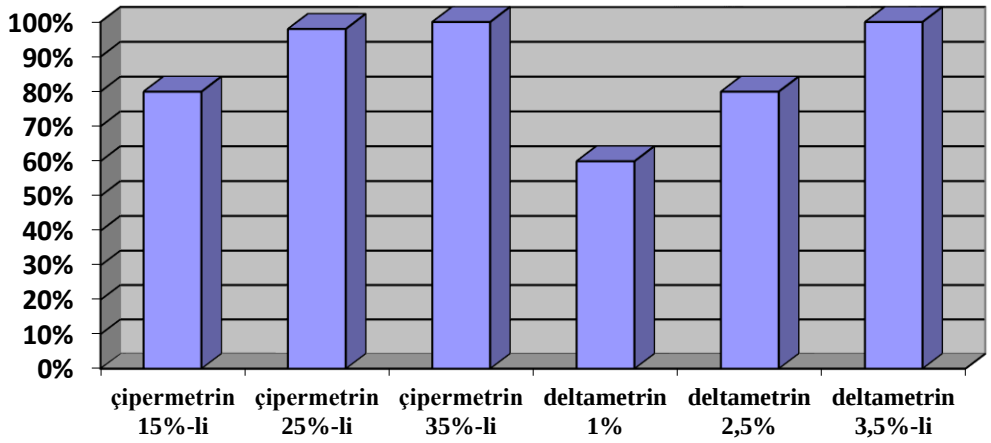
Hünülərin gündəlik aktivliyi əsasən yaşayış məntəqələrindəki nöqtələrdə müşahidə edilmişdi. Müəyyən edilmişdir ki, hər üç rayonda müşahidə nöqtələrində gündəlik aktivlik əsasən axşam saat 20:00-dan səhər 07:00-a kimi olan zaman kəsiyində artmışdır.

Bundan sonra hünülərlə mübarizədə daha effektiv üsulları araşdırmaq üçün müxtəlif insektisidlər, onlara qarşı hünülərin həssaslığı və dezinseksiyaedici vasitələr müqayisəli şəkildə öyrənilmişdir. Tədqiqatlar Şəmkir rayonunun ərazisində aparılmışdır.

Bu sahədə tədqiqatlar 80-ci illərdə bəzi müəlliflər tərəfindən aparılmış və müxtəlif qatılıqlı malation və DDT insektisidlərinə qarşı hünülərin həssaslıq dərəcəsi müəyyən edilmişdir.(1) Bu preparatlara qarşı hünülər yüksək həssaslıq göstərmişdir. Lakin sonralar bu preparatların canlı orqanizmlərə qarşı yüksək toksiki təsirinin olması, onlardan istifadənin insanlar və digər zərərsiz canlı orqanizmlər üçün toksiki təsirə malik olduğu iş təcrübələrində göstərilmişdir. Bu tədqiqat işində biz daha az toksiki təsirə malik, lakin yaşayış yerlərində və təsərrüfat sahələrində də istifadə oluna bilən ikinci və üçüncü nəsil piretroid insektisidlərdən istifadə etmişik. Ümumiyyətlə, bütün insektisidlərə qarşı allergik reaksiyalar əhali arasında rast gəlinə bilər. Bəzi hallarda insektisidlərdən istifadədən sonra gözlərin qızarması, zökəm əlamətləri, dəridə səpgilər və digər allergiya əlamətləri müşahidə edilə bilər.

Tədqiqat aparmaq üçün çipermetrin və deltametrinin preparatlarından istifadə olunmuşdur. Əvvəlcə müxtəlif qapalı otaqlarda süni işıqlandırıcı ekranlarla həşəratlar cəlb edilmişdir və ekran üzərində yetərincə hünülər (bu zaman digər həşəratlar da ekran üzərinə qona bilər) olduqda 15%, 25% və 35%-li çipermetrin emulsiyalarından 10l suya 60ml qatılaraq dezinfalla ekrana və otağa püsgürdülür. Təqribən 100m² sahə işlənmişdir. 2-3 saat gözlədikdən sonra nəticələr müqayisə olunur. Müqayisələr zamanı təqribən 25% və 35%-li çipermetrin məhlulu ilə 100%, 15% ilə 80% nəticə əldə edilmişdir. İstifadədən sonra təsir müddəti 3-4 həftə olur.

Deltametrinin 1%, 2,5%, 3,5%-li məhlullarından istifadə edilmişdir. Bunun üçün hər üç qatılıqlı məhluldan 100ml götürülərək 10 l suya qatılaraq işçi məhlul düzəldilib təqribən 100 m² sahə işlənmişdir. İstifadə zamanı 1% və 2,5%-li məhlullarda 60%, 3,5%-li məhlulda isə 80% nəticə əldə edilmişdir. İşlənmədən sonra 1-2 həftə təsiri qalmışdır.



Şək. 5. İnsektisidlərə qarşı hünülərin həssaslığı

Bu tədqiqatlardan sonra hünülərin deltametrinə nisbətən çipermetrinə qarşı daha çox həssaslıq göstərdiyi və insanlar üçün daha az toksik olduğu və digər piretroidlərə nisbətən daha uzunmüddətli təsirə malik olduğu müəyyən edilmiş və yaşayış məntəqələrində istifadəsi üçün 25%-li çipermetrinin istifadəsi daha məqsədəuyğun hesab edilmişdir.

Müzakirələr. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur :

-Göstərilən regionda epidemioloji əhəmiyyətli hünülərin əksər hissəsi Ph.kandelaki, Ph.chinensis, Ph.tobbi, Ph.transcaucasicus, Ph.papatasi, Sergentomia dentata, Phlebotomus brevis, Ph.perfilievi, Ph.wenyoni, Ph.mongolensis, S.arpaklensis, S.grakeovi. S.pavlovski və s növlərin payına düşür.

-Hünülərin fəsli dinamikası əsasən may-iyun aylarından sentiyabr-oktyabr aylarına kimi təqribən 5-6 ay çəkir.

-Yaşayı məntəqələrində hünülər əsasən həyətlərdə süni işıqlandırıcı olan yerlərə yaxın ərazilərdə, toyuq və digər heyvan damları yaxınlığında daha çox toplaşır. Tərtər rayonu ərazisində aparılan müşahidələr nəticəsində yaşayış məntəqəsindən kənarda isə hünülərin ən çox tülkü-çaqqal yuvalarına yaxın ərazilərdə, torpaq çatlarına və içi boş ağaclarda daha çox toplanığı müşahidə olunmuşdur. Təqribən 4,6-5,2%-də yoluxmuş hünülər aşkar edilmişdir.

-Əksepidemik tədbirlər aparılarkən yaşayış məntəqələrində 25%-li çipermetrinin istifadəsi daha məqsədəuyğun hesab edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Гаджибекова Э.А. “Экология москитов в очаге висцерального лейшманиоза и обоснование тактики борьбы с ними”. Баку-1986, стр. 2-4.

2. Фарамазов А. З. “Иммунологическая структура населения и заболеваемость висцеральным лейшманиозам”. Баку-1987. стр.23-26

3. Доклад на заседании Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с лейшманиозом, Женева, 22-26 марта 2010 года.

Резюме

Эпидемиологическое значение и географически-биологические характеристики москитов висцерального лейшманиоза на территории Азербайджана в современное время

В.Ч. Ялилов, В.Н. Вакилов, А.З. Фарамазов

Москиот является передаточным фактором лейшманиоза, который характеризуется общат-трансмиссивным механизмом и уровнем смертности. Тот же ученый сказал, что различным насекомым может быть передаточный фактор лейшманиоза. Но эта теория не нашла подтверждения. Географически-биологические характеристики москитов являются очень актуальными и важными факторами для изучения закономерностей эпидемического процесса в лейшманиозе. Эта часть исследования была проведена в Шамкирском, Горанбойском и Татарском регионах, где произошли события висцерального лейшманиоза в 2015 году.

Summary

The epidemiological importance and geografical-biological characteristics of the mosquitoes in the visceral leishmaniasis territory of the Azerbaijan in modern time.

V.Ch.Jalilov, V.N.Vakilov, A.Z.Faramazov.

Mosquiotes is the transfer factor of the leishmaniosis that, characterized obliqat-tranmissible mechanism and hight mortality level. The same scientist has said that different insect may be transfer factor of the leishmaniosis. But this theory has not find the affirmation. Geographical-biological characteristics of the mosquitoes is very actual and important factors for learning regularities of the epidemic process in leishmaniosis. This part of the research were carried out in Shamkir, Goranboy and Tartar regions that happened visceral leishmaniasis events in 2015.

Daxil olub: 27.12.2016

KƏSKİN PANKREATİT AĞIRLAŞMALARININ AZİNVAZİV-ENDOSKOPİK METODLARLA MÜALİCƏSİ

N.A. Qasımov, C.R.Kazımzadə

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: kəskin pankreatit, endoskopiya, aznivazuv müaliə
Ключевые слова: острый панкреатит, эндоскопия, малоинвазивное лечение
Key words: acute pancreatitis, endoscopy, minimally invasive treatment

Kəskin pankreatitin müalicəsi əsasən konservativ olsa da, bəzi hallarda yaranan ağırlaşmaların müalicəsi cərrahi müdaxilənin aparılmasını tələb edir. Qeyd olunan ağırlaşmalar xəstəliyin daha çox ağır destruktiv formaları üçün xarakterikdir və əksər hallarda pankreanekrozun yaranması ilə əlaqədardır [1]. Retropitoneal sahəyə və ya peripankreatik sahəyə toplanan pankreatik maye ilk 4 həftə müddətində pankreatik maye kolleksionları kimi adlandırılır və əksər hallarda spontan olaraq rezorbsiya olunurlar. Lakin kəskin pankreatit keçirən xəstələrin 5-15%-də qeyd olunan maye kolleksionları geri sorulmayaraq fibroz kapsula ilə əhatə olunaraq psevdokista halını alırlar. Proses kəskin pankreatitdən sonra yaranarsa bu kəskin psevdokist, xronik pankreatitdən sonra yaranarsa isə xronik psevdokist adlandırılır.

Qeyd olunan maye kolleksiyaları lokal təzyiq və ya davam edən iltihabi proses ilə əlaqədar olaraq ağrı, hərarətin yüksəlməsi, dispepsiya kimi simptomlarla müşahidə olunur, bəzi hallarda isə mədə çıxacağının və öd axarlarının kompressiyası, mədə-bağırsaq traktı və ya periton boşluğuna spontan olaraq açılma, ətraf vaskulyar strukturalarda psevdoanevrizmanın yaranması, spontan qanaxmalar, vaskulyar trombozlar kimi ağırlaşmalar yarada bilirlər. Kistanın sadəcə aspirasiyasından sonra təkrar yaranma ehtimalının 70-80% olmasını nəzərə alaraq daha yaxşı və davamlı nəticələrə səbəb olan müalicənin aparılması tövsiyyə olunur. Bu nəticələr psevdokistaların cərrahi, radiolojik (perkutan), endoskopik drenlənməsi ilə həyata keçirilir. Qeyd olunan müalicə metodlarının nəticələrini müqayisə edən randomizə olunmuş tədqiqatlar aparılmamışdır. Cərrahi müalicə tarixən daha çox istifadə olunan metod olsa da yüksək ağırlaşma və ölüm göstəriciləri ilə xarakterizə olunur. Perkutan drenaj daha az invaziv olsa da, kist daxilinə qoyulan drenaj borunun uzun müddət saxlanılması, dəri fistulaların daha çox rast gəlinməsi ilə müşahidə olunurlar. Endoskopik üsullarla aparılan pankreatik kist drenajı zamanı isə perkutan drenajdan fərqli olaraq drenaj boru saxlanılmasına ehtiyac olmur, infeksiyalaşma və xarici fistula yaranma riski daha azdır. Bunları nəzərə alaraq endoskopik olaraq drenaj olunması mümkün olan psevdokistlərə endoskopik drenajın aparılması, nekrozun çox geniş sahədə olması, psevdokistin endoskopik olaraq drenaj olmasının mümkünsüzlüyü zamanı isə cərrahi drenajın aparılması tövsiyyə olunur [2,3,4].

Pankreatik psevdokista ilk dəfə Morqani tərəfindən 1761-ci ildə qeydə alınmış [5], 1865-ci ildə ilk perkutan drenaj əməliyyatı, 18882-ci ildə isə ilk cərrahi drenaj əməliyyatı icra olunmuşdur. Endoskopik üsulla ilk dəfə transqastrik kist aspirasiyası 1975-ci ildə, ilk psevdokist drenajı əməliyyatı isə 1982-ci ildə icra edilmişdir [6]. 2000-ci ildə ilk dəfə endoskopik transqastrik nekrektomiya əməliyyatı aparılmışdır.

Psevdokist drenajı zamanı hansı əməliyyatın aparılması barədə qərar multidissiplinar qaydada verilməlidir. İxtisaslaşmış mərkəzlərdə xəstələrin cərrah, radiloq, qastroenteroloq tərəfindən birlikdə müzakirə olunub müalicə taktikası adekvat olaraq seçilməlidir.

Endoskopik drenaj əməliyyatlar tətbiq olunmazdan əvvəl psebdokistlərin drenajı üçün standart üsul cərrahi üsul idi. Kistin lokalizasiyasına uyğun olaraq kisto-qastrostomiya, kistoyeyunostomiya və eksternal drenaj əməliyyataları icra olunurdu. Endoskopik drenaj əməliyyatlarının tərbiq olunduğu dövrdən sonra isə cərrahi drenajlar daha çox endoskopik icra olunması mümkün olmayan kistlərdə və psevdoanevrizma olduğu hallarda aparılır. Bəzi hallarda endoskopik və cərrahi drenaj əməliyyatları bir birini tamamlamış olur, belə ki,

endoskopik drenaj zamanı meydana çıxan ağırlaşmalar zamanı cərrahi müdaxilə və ya əksinə, cərrahi müdaxilə zamanı endoskopik və ya perkutan müdaxilələrə tələbat yarana bilər.

Perkutan drenaj cərrahi müdaxilə ilə müqayisədə daha az invazivdir, endoskopik olaraq drenaj olunmayan kistlərdə, sərbəst, divarı olmayan, cərrahi müdaxilədən sonra yaranan maye kolleksiyalarınd əsas alternativ metoddur. 50 xəstəni əhatə edən tədqiqatda perkutan drenajdan sonra drenaj borunun qalma müddətinin 79 gün olması bildirilmişdir (14). Bəzi tədqiqatlar isə perkutan drenajdan sonra 50% hallarda cərrahi müdaxilənin aparılmasına ehtiyac olduğunu göstərmişdir. Kistin solid komponentinin olması perkutan drenaj üçün əks göstəriş hesab olunur. Pankreatik kanalla əlaqəsi olan hallarda uzunmüdətli dəri fistulunun yaranma ehtimalı yüksəkdir (20). Bəzi tədqiqatlar isə perkutan drenaj sonra rast gəlinıən ağırlaşma və ölüm hallarının cərrahi müdaxilə ilə eynilik təşkil etdiyini göstərmişdir.

Peripankreatik maye kolleksiyalarının endoskopik drenajı zamanı xəstəliyin klinik gedişatının müəyyən edilməsi vacibdi [7]. 1993-cü ildə istifadəsi qəbul edilmiş Atlanta təsnifatına görə kəskin maye kolleksiyaları xəstəliyin ilk günlərində meydana çıxan, fermentlə zəngin olan maye toplantılarıdır. Kəskin psevdokista isə kəskin pankreatitin gedişatı zamanı meydana çıxan, 4 həftədən çox müddətdə müşahidə edilən, nazik qeyri epitel divarı olan, solid komponenti olmayan maye toplantılarıdır. Uyğun şərtlər daxilində endoskopik drenaj aparılması mümkündür. Xronik psevdokista isə xronik pankreatit zamanı yaranan, fibroz və ya qranulyasion toxumadan ibarət divarı olan toplantılardır. Daxilində solid komponenti olmayan pankreatik maye kolleksiyasının infeksiyalaşması isə pankreatik abses kimi qitmətləndirilir. Yenilənmiş Atlanta təsnifatına görə pankreatik abses termini istifadəsi yerinə infeksiyalaşmış psevdokista və ya infeksiyalaşmış nekroz terminləri istifadə olunmaqdadır [9]. Əvvəlki təsnifatlarda qeyd olunmayan, endoskopik drenaj olunması mümkün olan, solid komponenti olan, 4 həftədən artıq müddıtdə müşahidə edilən və divara malik olan pankreatik nekroz (walled-off necrosis) termini yeni təsnifatda təklif olunmuşdur. Qeyd olunan nekroz sahəsinin infeksiyalaşması isə infeksiyalaşmış nekroz adlandırılır. İnfeksiyalaşmış kist drenaj ilə müalicə edilıə bilər, lakin infeksiyalaşmış nekroz isə drenaj ilə boşaldılması mümkün deyildir, endoskopik və ya cərrahi nekrektomiya aparılması lazımdır.

Psevdokist drenajından əvvəl antibiotik profilaktikasının aparılması tövsiyyə olunur. Bu məqsədl daha çox imipenam və ya çiprofloksasin-metronidazol kombinasiyasından istifadə edilir.

Drenaj prosedurundan əvvəl EUS aparılması kista daxilində solid komponentin olmasını müəyyən edir ki, bu da neoplastik kistlərin differensial diaqnostikasında xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Qeyd etdiyimiz kimi psevdokistlərin drenajı aparılmazdan əvvəl düzgün diaqnozun qoyulması vacibdir. Bəzən pankreasın həqiqi kistləri, kistik neoplaziyalar psevdokistalar kimi qəbul oluna bilir. Xəstəliyin klinik gedişatı və radioloji müayinə metodları diaqnozun qoyulmasında yardımçı olurlar. Radioloji müayinələr zamanı atrofik kalsinatlaşmış mədəaltı vəzi olan, əvvəllər mədəaltı vəzi kistası qeydə alınmayan, anamnezində keçirilmiş pankreatit hadisəsi olması psevdokista lehinə dəyərləndirilməlidir. Mədəaltı vəzin kistik neoplaziyaları zamanı ağrı sindromu psevdokistlərlə müqayisədə daha az rast gəlinir. MRT zamanı kista daxilində səviyyələnmə göstərən debris kütləsinin olması psevdokista üçün xarakterik olduğu halda, kista daxilində solid komponentin olması, septaların müşahidə olunması, onkomarkerlərin yüksək olması kistik neoplaziyalar üçün daha xarakterikdir (10). Bu məqsədlə kontrastlı KT, MRT, EUS müayinələri ilə yanaşı kist möhtəviyyatının laborator tədqiqi xüsusi əhəmiyyət daşıyır, belə ki, psevdokist möhtəviyyatı fermentlərlə zəngin olduğu halda həqiqi kistlərdə bunun əksinə onkomarkerlərin yüksək olması qeyd edilir [11].

Qeyd etdiyimiz kimi kəskin pankreatitlər zamanı peripankratik sahədə meydana çıxan, solid komponenti olmayan maye kolleksiyalarının əksər qismi bir neçə həftə ərzində spontan geri sorularaq yox olurlar və beləliklı drenaj aparılmasına ehtiyac olmur. Kistanın pankreatik kanalla əlaqəsinin kəilməsi kistin rezorbsiyasına gətirib çıxarır. Lakin xronik pankreaitlər zamanı meydana çıxan kistlərin mədəaltı vəz axarı ilə əlaqəsi davam edir ki, bu da kistin rezorbsiyasını çətinləşdirir. 6 həftədən çox davam edən və ölçüsü 6sm-dən böyük olan kistlərin müdaxilə edilmədiyi hallarda infeksiyalaşma ehtimalının yüksək olması göstərilmişdir. Digər bir tədqiqatda isə böyük ölçülü kistlərin 50% qədərinin asimptomatik olduğu və müşahidə ərzində ölçülərinin kiçildiyi göstərilmişdir. Formalaşmış kistanın müdaxilə olunmadan ölçülərinin kiçilməsi və aradan qalxması kistin boşluqlu orqanlara spontan olaraq açılması zamanı müşahidə olunur. Kəskin pankreatitlər zamanı yaranan psevdokistaların xronik psevdokistalardan fərqli olaraq mədəaltı vəz axarı ilə əlaqəndirən protein tıxacının sorulması hesabına ölçülərinin kiçilməsi ehtimalı daha yüksəkdir.

Uzun müddət davam edən və kiçik ölçüyə malik olan (4sm-dən kiçik) kistalarda da endoskopik drenaj əməliyyatı aparıla bilər. 4 sm-dən kiçik kistaların eyni zamanda transpapilyar yolla drenaj olunmasını göstərən tədqiqatlar mövcuddur. Kistanın ölçülərini sürətlə böyüməsi, obstruksiya, qanaxma, tromboz, şiddətli ağrı sindromu drenaj əməliyyatının aparılmasına göstərişdir. Psevdoanevrizma yaranan hallarda

əvvəlcə angioqrafiya müalicəsinin aparılması, bunun ardınca isə endoskopik drenaj əməliyyatının aparılması tövsiyyə olunur.

6 həftədən uzun müddətdə ölçüləri kiçilməyən kista, mədə və ya 12 barmaq bağırsaq proksimalına kompresiya edən kistlər endoskopik drenaj üçün ideal kistlər hesab olunur. Yeni yaranan kistlərdə divarın tam formalaşmaması və kistin mədə divarına tam bitişməməsi müşahidə oluna bilir ki, bu da endoskopik drenaj əməliyyatının aparılmasını çətinləşdirir. Kist divarının mədə divarına bitişik olmaması drenaj zamanı perforasiyanın yaranmasına səbəb olur.

Endoskopik drenaj əməliyyatından əvvəl duktal anatomiyanı müəyyən etmək məqsədilə ERPXQ və ya MRCP müayinələrinin aparılması tövsiyyə olunur. ERPXQ müayinəsinin invaziv olması və kistanın infeksiyalaşma ehtimalını nəzərə alaraq drenaj əməliyyatından bilavasitə əvvəl aparılması daha məqsədəuyğundur. Bu baxımdan MRCP müayinəsi daha təhlükəsizdir. Müasir MRCP müayinəsinin imkanları duktal anatomiyanı daha detallı şəkildə vizualizasiya etməyə imkan verir. Endoskopik kist drenajı aparılan xəstələrin 50%-də drenajdan əvvəl ERPXQ aparıldığı göstərilir. Pankreatik kanalda daş və ya striktur aşkar oluna hallarda kist drenajı əməliiaytının aparılması residiv ehtimalını artırır. Belə hallarda duktal patologiyanın aradan qaldırılması kist drenajını daha effektiv edir. MRCP və ya ERPXQ zamanı kanal-kist əlaqəsinin olmamasının yanlış neqativ olması da nəzərdən qaçırılmamalıdır. D Egidio və Schein apardıqları və 83 xəstəni əhatə edən tədqiqatda göstərilmişdir ki, kəskin pankreatit zamanı yaranan, normal pankreatik kanala sahib olan, psevdikist-kanal əlaqəsi olmayan və ya nadir olan tip I kistalarda endoskopik drenj əməliyyatının effektiv olması göstərilmişdir. Bunun əksinə tip III kistalarda isə drenaj əməliyyatının az effektiv olması göstərilmişdir(13). (Cədvəl 1).

Cədvəl 1
Mədəaltı vəzi psevdokistalarının D'Egidio və Schein təsnifatı

	TİP I	TİP II	TİP III
Əsas xəstəlik	Kəskin pankreatit	Kəskin və ya xronik	Xronik pankreatit
Pankreatik kanal	Normal	Striktur yoxdur	Striktur var
Kanal-kist əlaqəsi	Yox	Yox	Var

Cədvəl 2
Nealon-Walser təsnifatı (ERPXQ pankreatik kanal anatomiyasına görə)

	Kanal anatomiyası	Kanal-psevdokist əlaqəsi
Tip I	Normal	Yox
Tip II	Normal	Var
Tip III	Sadəcə darlıq var	Yox
Tip IV	Sadəsə darlıq var	Var
Tip V	Normal	Obstruksiya
Tip VI	Xronik pankreatit	Yox
TipVII	Xronik pankreatit	Yox

Nealon və Walserin 253 xəstəni əhatə edən tədqiqatlarında normal pankreatik kanalı olan, strikturu olan və kist-kanal əlaqəsi olmayan hallarda perkutan drenajın effektiv olması göstərilmişdir [14]. Xronik psevdokistalarda isə perkutan drenajın effektsiz olması müəyyən olunmuşdur (Cədvəl 2). Lakin qeyd olunan tədqiqatın daha çox perkutan drenaj olunmuş xəstələri əhatə etdiyi də qeyd edilməlidir.

Keçirilmiş pankreatitdən sonra splenik vena trombozu nəticəsində portal hipertenziya və qastrik varikoz damarların meydana gəlməsini nəzərə alaraq EUS müayinəsi vasitəsilə etibarlı punksiya yerinin müəyyən edilməsi məqsədəuyğundur [15]. Kistin mədə və 12 barmaq bağırsağa kompresiya etmədiyi hallarda etibarlı punksiya yeri müəyyən edildikdən sonra qastroskop və ya duodenoskopun köməkliyi ilə drenaj aparılması zamanı hava insfulyasiyasından sonra punksiya yerinin dəyişməsi ehtimalı da nəzərə alınmalıdır. Bu baxımdan prosedurun EUS nəzarəti altında aparılması təhlükəsiz hesab olunur. Transmural drenaj zamanı kistin punksiya aparılan yerdən uzaqlıq məsafəsi 1-1.5sm-dən az olmalıdır. Əks halda perforasiya ehtimalı daha yüksəkdir. Bəzi hallarda aparılan EUS müayinəsi zamanı kistin psevdokista olmaması müəyyən edilə bilər. Ümumiyyətlə endoskopik drenaj əməliyyatı aparılması nəzərdə tutulan 5-37% hallarda EUS istifadəsindən sonra əməliyyatın aparılmasından imtina edildiyi göstərilir [16].

Endoskopik drenaj aparılmasını araşdıran tədqiqatda bu məqsədlə daha çox (65%) mədədən transmural yola üstünlük verildiyi müəyyən edilmişdir. EUS istifadəsi imkanı məhdud olan hallarda daha çox kistanın mədəyə kompressiya etdiyi yerdə drenaj aparılması tövsiyə edilir. 12 barmaq bağırsaqdan aparılan drenaj zamanı fistul traktının mədə ilə müqayisədə daha uzun müddət açıq qaldığı bildirilmişdir.

İnkeksiyalaşmış pankreonekroz daha ağır gedişli olub sepsis və multiorqan yetməməzliyi ilə müşahidə olunur. Kəskin pankreatitin ağırlaşması olaraq meydana gələn abses və ya infeksiyalaşmış pankreanekroz zamanı aparılan cərrahi nekrektomiya yüksək ağırlaşma (78%) və ölüm(11-27%) ilə müşahidə olunur. Əgər cərrahi nekrektomiya aparılması nəzərdə tutulursa demarkasion xəttin əmələ gəlmisi üçün 3-4 həftə müddətin gəzlənilməsi tövsiyyə olunur. Əks halda aparılan müdaxilə vəziyyətin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxara bilər. 22 pankreanekrozlu xəstəni əhatə edən tədqiqatada endoskopik müalicə qrupunda cərrahi müalicəyə nəzərən iltihabi aktivliyin və ağırlaşmaların daha az olması göstərilmişdir [17]. Nekrozektomiya məqsədilə EUS rəhbərliyi altında nekroz sahəsinə transmural yolla qalın (19G) iynə ilə daxil olunur və rəhbər tel (035inch) yerləşdirilir. Telin üzərindən dilatasiya balonları ilə endoskopin keçidinə imkan verilən qədər genişləndirdikdən sonra nekroz sahəsi basket və s. ilə təmizlənir.

Endoskopik kist drenajı bir neçə mərhələdə icra olunan və tibbi ləvazimatlar tələb edən prosedurdur. Bu məqsədlə aşağıdakı ləvazimatların istifadəsi gərəkli ola bilər: linear EUS probu, rentgenskopiya cihazı, 19 gauge incə iynə aspirasiya iynəsi, kistotom, aksesotom və ya sfinkterotom, 5 Fr kateter, biliar dilatasiya balonları,10 Fr double pigtail stentlər. Kist daxilinə qoyulan drenaj borunun pigtail tipdə olması daha məqsədəuyğundur. Bu drenaj borunun düşməsinin, eyni zamanda kist divari erozoyasının qarşısını alır. Düz uclu stentlərin istifadəsi zamanı qanaxma olmasını göstərən tədqiqatlar mövcuddur. Son illər kist drenajı üçün dizayn edilmiş xüsusi metal stentlərin olması da bildirilmişdir.

Transpapilyar drenaj əməliyyatları mədəaltı vəz axarına stent yerləşdirilərək kanal daxili təzyiqi azaltmaq, kanaldakı darlıq seqmentlərini düzəltmək, bununla da kist möhtəviyyatının pankreatik kanal vasitəsilə bağırsağa axması prinsipinə əsaslanır. Bu prosedurun aparılması üçün kist-kanal əlaqəsinin olması mütləqdir. Psevdokista ilə kanal arasında əlaqə olması pankreatoqram vasitəsilə kontrol edilir. Bəzi hallarda kistin transpapilyar yolla drenajı transmural yolla kombinə edilmiş olur. Transpapilyar drenlər mədəaltı vəz axarına, eyni zamanda buradan kist daxilinə də qoyula bilir.

Transmural drenaj zamanı rentgenskopiya cihazının nəzarəti altında, uyğun lokalizasiya müəyyən olunduqdan sonra iynə uclu sfinkterotomla fistul yaradıldıqdan sonra rəhbər tel bir neçə dəfə dövrə vuracaq şəkildə kist boşluğuna daxil edilir. Fistul traktı 6 və ya 8 mm-lik biliar dilatasiya balonları vasitəsilə dilatasiya oluduqdan sonra isə iki ucu pigtail 10Fr stentlər kist boşluğuna yerləşdirilir. Kist boşluğuna daxil olduqdan və boşaldıldıqdan sonra kist boşluğuna kontrast maddə yeridilərək kontrol edilir. Əlavə olaraq kist drenajına nəzarət etmək üçün bir neçə gün ərzində nazokistik drenajın yerləşdirilməsi də mümkündür. Bəzən iri həcmli kistlərdə kist möhtəviyyatının mədəyə anidən boşalması görüntünün itməsinə aspirasiyay səbəb ola bilər. Transduodenal və ya transqastrik drenajın seçilməsi kistin lokalozasiyası ilə əlaqəlidir. Kistin daha çox kompressiya etdiyi orqandan drenaj edilməsi daha məqsədəuyğundur. Hər iki orqana kompressiya müşahidə olunursa duodenal drenajın daha üstün olmasını bildirən tədqiqatlar vardır. Son illərdə EUS rəhbərliyi altında drenajın aparılması daha da geniş yayılmışdır. Bu metodla həm vaskulyar strukturlar daha aydın görüntülənir, həm də mənfəzə doğru təzyiq etməyən kistlər daha rahat drenaj oluna bilirlər. Psevdokistaların 50% qədərinin mənfəzə doğru təzyiq etmələri bildirilmişdir. Kiçik ölçülü, mədəaltı vəzi quyruq hissəsində lokalizasiya olan kistalarda, EUS olmayan hallarda qeyri endoskopik drenaj üsullarından istifadə edilir. Lakin EUS cihazının işçi kanal diametrinin az olması adekvat dilatasiya üçün alətlərin istifadəsini çətinləşdirir ki, bu da metodun çatışmayan cəhətlərindəndir. EUS və klassik transmural drenaj qruplarının müqayisəsi zamanı əməliyyatın uğurlu olması və ağırlaşmalar baxımından ciddi fərq aşkar edilməmişdir [22]. Duodenoskopla drenajın EUS ilə drenajı müqayisə edən araşdırılma aparılmasa da, praktik olaraq duodenoskop vasitəsilə aparılan drenajın daha praktik olması hesab olunur. EUS Ümumiyyətlə EUS ilə drenajın mümkünlüyünün 90%, ağırlaşma hallarının isə 5% olması bildirilmişdir (23). Bəzi hallarda EUS cihazı ilə duodenoskopin əvəz olunmasına ehtiyac yaranır ki, bu zaman EUS vasitəsilə rəhbər tel yeridildikdən sonra alət duodenoskopla əvəz olunur.

Kist boşluğuna drenaj taxıldıqdan sonra onun nə zaman çıxarılması barədə fikir birliyi yoxdur. 8 həftəlik nəzarət ərzində kist aşkar olunmursa drenaj çıxarıla bilər, lakin daha qısa müddət ərzində çıxarılan drenajlarda kist residivinin baş verməsinin yüksək olması bildirilişdir (24). Residiv olan hallarda MRCP və ya ERPXQ vasitəsilə pankreatik kanalın vəziyyətinin qiymətləndirilib, striktur və ya ekstravazasiya varsa buraya stent qoyulması effektiv ola bilər.

Ortalama 43 aylıq nəzarət aparılan 92 xəstəlik tədqiqat qrupunda endoskopik drenajın 71% hallarda effektiv olması bildirilmişdir [18]. 80 xəstəni əhatə edən digər bir tədqiqatda isə 31 aylıq nəzarət müddətində bu göstərici 72% olmuşdur [25].

Psevdikistanın endoskopik drenajı əməliyyataları zamanı 10-15% hallarda qanaxma, 2-8% hallarda perforasiya, 10-15% hallarda isə infeksiya riski olması göstərilmişdir. Bəzi hallarda stentin kist boşluğuna miqrasiya olması ehtimalı vardır. Adekvat olmayan drenajlar zamanı infeksiya riski daha yüksəkdir, Bunun əksinə olaraq çoxlu stent istifadəsi, geniş fistul traktının yaradılması, stentlərin uzun müdət saxlanılması infeksiya riskini azaldır. Qatı möhtəviyyatı olan, absesləşmiş kistalar zamanı nazokistik dren taxılaraq kist boşluğunun yuyulması belə hallarda faydalı olur.

Beləliklə kəskin pankreatitin nəticəsində yaranan maye kolleksiyaları, psevdokista, abseslər zamanı multidissiplinar yanaşma tətbiq olunmalı, hər bir xəstə üçün uyğun müalicə taktikası seçilməlidir. Uyğun olan xəstələrdə və təcrübəli mərkəzlərdə endoskopik drenaj əməliyyatlarının aparılması daha məqsədəuyğundur.

ƏDƏBIYYAT

1. Schwartz S.I., Brunicardi F.C. Schwartz's principles of surgery. 9th Ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, 2010.
2. Tonsi A.F., Bacchion M., Crippa S. et al. Acute pancreatitis at the beginning of the 21st century: The state of the art // World J Gastroenterol. 2009, v.15(24), p.2945-59
3. Sheu Y., Furlan A., Almusa O. et al. The revised Atlanta classification for acute pancreatitis, a CT imaging guide for radiologists. Emerg Radiol 2011.
4. Frossard J.L, Steer ML, Pastor CM. Acute pancreatitis // Lancet 2008, 371, 143-52
5. Brun A., Agarwal N., Pitchumoni C.S. Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis // J Clin Gastroenterol., 2011, v.45(7), p.614-25.
6. Cahen D., Rauws E., Fockens P. et al. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts, long-term outcome and procedural factors associated with safe and successful treatment // Endoscopy, 2005, v.37, p.977-983.
7. Yousaf M., McCallion K., Diamond T. Management of severe acute pancreatitis // Br J Surg., 2003, v.90, p.407-20.
8. Giovannini M. What is the best endoscopic treatment for pancreatic pseudocysts? // Gastrointest Endosc. 2007, v.65, p.620-623.
9. Weckman L., Kylänpää M.L., Puolakkainen P., Halttunen J. Endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts // Surg Endosc. 2006, v.20, p.603-607.
10. Baron T.H. Drainage of pancreatic fluid collections, is EUS really necessary? // Gastrointest Endosc. 2007, v.66, p.1123-1125.
11. Mortele K.J., Girshman J., Szejnfeld D. et al. CTguided percutaneous catheter drainage of acute necrotizing pancreatitis, clinical experience and observations in patients with sterile and infected necrosis // AJR Am J Roentgenol., 2009, v.192(1), p.110-6
12. Varadarajulu S., Wilcox C.M., Tamhane A. et al. Role of EUS in drainage of peripancreatic fluid collections not amenable for endoscopic transmural drainage // Gastrointest Endosc. 2007,v.66,p.1107-1119.
13. Navaneethan U., Vege S.S., Chari S.T., Baron TH. Minimally invasive techniques in pancreatic necrosis. // Pancreas, 2009, v.38(8), p.867-75.
14. Vazquez-Sequeiros E. Drainage of peripancreatic-fluid collections, is EUS really necessary? // Gastrointest Endosc., 2007, v.66, p.1120-1122.
15. van Santvoort H.C., Bakker O.J., Bollen T. et al. A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves the outcome // Gastroenterology, 2011, v.141, p.1254 - 63 .
16. Fockens P., Johnson T.G., van Dullemen H.M. et al. Endosonographic imaging of pancreatic pseudocysts before endoscopic transmural drainage // Gastrointest Endosc., 1997, v.46, p.412-416
17. Bakker O.J., van Santvoort H.C., van Brunschott S. et al. Endoscopic transgastric vs surgical necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis, a randomized trial // JAMA, 2012, v.307, p.1053-61
18. Vilmann P., Hancke S., Pless T. et al. One-step endosonography-guided drainage of a pancreatic pseudocyst, a new technique of stent delivery through the echo endoscope // Endoscopy. 1998, v.30, p.730-733.
19. Runzi M., Niebel W., Goebell H. et al. Severe acute pancreatitis, non surgical treatment of infected necrosis // Pancreas, 2005, v.30, p.195-9
20. Giovannini M., Bernardini D., Seitz J.F. Cystogastrotomy entirely performed under endosonography guidance for pancreatic pseudocyst, results in six patients // Gastrointest Endosc., 1998, v.48, p.200-203.

21.van Baal M.C., van Santvoort H.C., Bollen T.L. et al. Systematic review of percutaneous catheter drainage as primary treatment for necrotizing pancreatitis // Br J Surg., 2011, v.98, p.18-27

22.. Krüger M., Schneider A.S., Manns M.P., Meier P.N. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts or abscesses after an EUS-guided 1-step procedure for initial access // Gastrointest Endosc. 2006, v.63, p.409-416.

23.Telford J.J., Farrell J.J., Saltzman J.R. et al. Pancreatic stent placement for duct disruption // Gastrointest Endosc., 2002, v.56, p.18-24.

24.Itoi T., Itokawa F., Tsuchiya T. et al. EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage, simultaneous placement of stents and nasocystic catheter using double-guidewire technique // Dig Endosc. 2009, v.21 Suppl 1, p.S53-S56.

25.Arvanitakis M., Delhaye M., Bali M.A. et al. Pancreatic-fluid collections, a randomized controlled trial regarding stent removal after endoscopic transmural drainage // Gastrointest Endosc., 2007, v.65, p.609-619.

Резюме

Лечение малоинвазивными эндоскопическими методами осложнений острого панкреатита

Н.А.Касумов, Д.Р.Казимзаде

Лечение острого панкреатита, в основном, консервативное, а лечение возникающих в некоторых случаях осложнений требует проведения хирургического вмешательства. Отмеченные осложнения наиболее характерны для тяжелых деструктивных форм заболевания и в большинстве случаев связаны с возникновением панкреанекроза. Накопленная в течение первых 4 недель в ретропитонеальной области и/или перипанкреатической области панкреатическая жидкость называется коллекционами панкреатической жидкости и в большинстве случаев спонтанно резорбцируется. Однако, у 5-15% больных, перенесших острый панкреатит, отмеченные коллекционы жидкости, не всасываясь обратно, окруженные фиброзной капсулой, принимают форму псевдокисты. Необходимо внедрить жидкостные коллекционы, созданные в результате острого панкреатита, при псевдокистах, абсцессах мультидисциплинарный подход, для каждого больного необходимо выбрать соответствующую тактику лечения. У соответствующих больных и испытательных центрах наиболее целесообразно проведение эндоскопических дренажных операций.

Summary

Treatment by mile invasive endoscopic methods of complications of acute pancreatitis

N.A.Kasumov, D.R.Kazimzadeh

Treatment of acute pancreatitis is generally conservative, and the treatment of complications arising in some cases requires surgical intervention. The noted complications are most typical for severe destructive forms of the disease and in most cases are associated with the emergence of pancreatic necrosis [1]. Accumulated within the first 4 weeks in the retropitoneal region and / or peripancreatic region, the pancreatic fluid is called pancreatic fluid collections and in most cases is spontaneously resorbed. However, in 5-15% of patients who underwent acute pancreatitis, the noted fluid collections, not absorbed back, surrounded by a fibrous capsule, take the form of pseudocysts. It is necessary to introduce liquid collections created as a result of acute pancreatitis, with pseudocysts, abscesses, a multidisciplinary approach, for each patient it is necessary to choose the appropriate treatment tactics. In appropriate patients and testing centers, it is most expedient to carry out endoscopic drainage operations.

Daxil olub: 21.12.2016

О ПРЕПОДАВАНИИ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В ЕВРОПЕЙСКИХ ВУЗАХ

Э.М.Гаджиева, И.Р.Джахангирова, З.М.Гусейнова, Н.Т.Байрамов

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: Latın dili, universitet, təhsil, Avropa, tibb

Ключевые слова: Латынь, университет, образование, Европа, медицина

Key words: Latin language, university, education, Europe, medicine

Известно, что Латинский язык, прошедший многовековую историю развития, на протяжении более 1000 лет был важным элементом культуры и политики, дипломатии и религии, науки и

образования народов Западной и Центральной Европы. Многие века ученые и философы писали свои бесценные труды на этом языке. Во всем Западном мире в течение примерно 12 столетий Латынь играла ту же роль, которую в современном мире играет английский язык.

Когда в XII веке в Европе образовались первые университеты, все предметы там велись на латинском языке. И несмотря на то, что в XVII-XVIII вв постепенно образование с латинского заменялось национальным языком, каждый образованный человек знал латынь великолепно [4-7].

Язык умирает тогда, когда не остается на земле народа, говорящего на нем. С этой точки зрения латынь относится к числу мертвых языков. Однако значение ее в науке по-прежнему велико, вне всякого сомнения. На конференциях Студенческого Научного Общества неоднократно были выступления об истории языка и словах латинского происхождения в нашей повседневной жизни, о роли латинского языка в медицине и фармации, в анатомической, клинической и фармацевтической терминологии и т.д.

Мы попытались провести некоторые исследования в области преподавания латыни в ВУЗах, а также школах и гимназиях Европы, стран СНГ и некоторых ВУЗах Северной и Южной Америки. Хотя точные статистические данные мы привести не можем вследствие недостаточно глубокой изученности вопроса, но кое-какой обзор все же попытаемся вам представить. Ввиду недостаточности информации о методике преподавания латыни конкретно на медицинских факультетах, в нижеследующем обзоре мы затронем также вопрос обучения языку в гуманитарных ВУЗах.

В настоящее время Латынь изучают в большинстве университетов, школ и гимназий Европы (Германии, Италии, Австрии, Франции, Голландии, Дании, Швеции, Исландии, Австрии, Республики Македонии, Венгрии, Словении, Хорватии, Сербии, Болгарии и Румынии и др). В европейской образовательной традиции классическая гимназия, в которой изучают древние языки, до сих пор остается кузницей политической элиты, формируя широкую интеллигентскую прослойку общества. Латынь предлагается в качестве трамплина для изучения других европейских языков и понимания различных культур. Изучение латыни развивает аналитическое мышление, она давно признана отличным тренажером для развития интеллектуальных способностей в целом - к такому выводу пришли ученые Цюрихского университета [8-9]. На Международном конгрессе содействия латинскому образованию на острове Мальта было принято обращение к Министерствам народного образования европейских стран, в котором говорилось: "…просим министерства народного образования всех стран поддерживать, укреплять и развивать преподавание латинского языка в средней школе, университетах и других высших учебных заведениях …" [17].

Великобритания. В первой половине 20-го века, Латынь преподавался примерно в 25 % школ. Позже во многих школах язык был заменен на другие иностранные языки. Сегодня во многих гимназиях обучению латыни в неделю уделяется 6-8 часов, в 9 классе- 2 часа. Грамматические упражнения основываются на повторении, заучивании афоризмов и работе над словами в текстах. В конце 9 класса сдаются экзамены, включающие простые упражнения, переводы текстов и афоризмов и 2-3 вопроса по грамматике [13].

В Кембридже располагается Школа клинической медицины, которая уже многие годы задает самый высокий уровень подготовки молодых специалистов. В Кембриджском университете уже 45 лет существует программа Кембриджский Латинской курс Cambridge Latin Course (CLC), зарекомендовавший себя как ведущий курс для изучающих латынь. Здесь используются высококачественные аудиовизуальные ресурсы. Основной ресурс представляет собой серию из 5 учебников, изданных Cambridge University Press (CUP). Кроме того существуют электронные книги, онлайн словари и тесты. Проект Кембриджской школы также включает курсы дистанционного обучения латыни.

Как известно, университет в Оксфорде является старейшим высшим учебным заведением Великобритании, представляющим в настоящее время уникальные возможности в области изучения многих наук, в том числе медицины. В Оксфорде латынь изучают 1 год (в основном на гуманитарных факультетах). 1-ый уровень это грамматика и лексика, 2-ой уровень - терминология, 3-й - афоризмы и крылатые слова.

В Королевском колледже Лондона (King's College London) и Университетском колледже Лондона (University College London) организована Классическая Летняя школа, где в обязательном порядке преподается латынь от начального до высшего уровня.

Германия. В Германии Латынь является обязательным вторым языком в гимназии, как правило, вместе с французским, а иногда и испанским, русским и т.д. Почти 1/3 студентов в гимназиях изучает латынь несколько лет, после чего им выдается сертификат "Latinum", являющийся необходимым

условием при поступлении в некоторые университеты страны. Это третий популярный язык, после английского и французского. В некоторых регионах, особенно где проживает большинство католиков, таких как Бавария, более 40% всех учащихся гимназии изучают латынь. В Восточной Германии Латынь пользуется меньшей популярностью. Образование в университетах Германии в основном на английском и на немецком языке [13].

Италия. В Италии как родной язык проходят и Итальянский и Латинский. В средних школах Италии, таких как Liceo Classico и Liceo scientifico около 1/3 учащихся изучают язык в течение пяти лет.

В Миланском Государственном университете на всех факультетах проходят Латынь, больше часов на факультетах философии, социологии, юридическом и медицинском. На юридическом факультете Латынь проходят 3 семестра по 270мин. в неделю, на социологии 2 семестра по 180мин. в неделю, на филологическом 3 семестра по 180мин. в неделю, на медицинском же 4 семестра по 180мин. в неделю. При чем на медицинском факультете больше всего латынь проходят фармацевты. Процесс обучения на факультетах различен. Медицинский факультет в первую очередь обучает грамматике, клинической, анатомической и фармацевтической терминологии, а также рецептуре [12].

Швейцария. Латынь всегда занимала в Швейцарии особое место. Сокращенное название страны - CH, на которое также заканчиваются адреса швейцарских сайтов, означает ни что иное, как Confoederatio Helvetica, в переводе - Швейцарская Конфедерация. Латинское название страны присутствует и на швейцарских монетах.

В Швейцарии Латынь проходят относительно больше, чем в других странах. Латынь издавна значилась в списке дисциплин учебного курса средних школ и гимназий Швейцарии. В настоящее время в гимназиях ее изучают около 1/5 всех студентов, а в некоторых регионах около 40% студентов [12].

В Цюрихском Государственном Университете Латынь проходят на некоторых факультетах, больше на медицинском и юридическом. Процесс обучения различен. На медицинском факультете - 4 семестра по 270мин. в неделю.

Нидерланды (Голландия). В маленькой Голландии, где населения всего в 1,5 раза больше, чем в Москве, в 3500 школ преподается латынь. Она является обязательной в среднем образовании, по крайней мере в первые 3 года. После этого, ученики могут выбрать классические языки в своей учебной программе еще в течение 3 лет.

В Медицинской Академии Амстердама все факультеты изучают латынь. Но в этой Академии процесс изучения отличается от других стран. Согласно решению, принятому в 2008 г, создан новый учебный план по системе DSVAG (De Studie Aforismen Grammatica). Сущность системы DGVAG в том, что студенты изучают Латынь на основе афоризмов. По этой системе в 2014-2015 г в Академии экзамен по Латинскому языку 58% студентов сдали на отлично [16].

Бельгия. Здесь Латынь необязательна в вузах и средних школах. Студентам предоставляется на выбор латинский, греческий или современные языки .

В рамках программы бакалавриата и магистратуры курс Латыни направлен на обзор морфологии и синтаксиса языка, обучение студентов читать и понимать исторические документы на латыни и чтение канонических текстов. Основная цель заключается в том, что студенты в конце года имели достаточно базовых знаний, чтобы уметь читать латинский текст в оригинале с использованием словаря [10].

Греция. Преподавание латыни имеет очень долгую историю в Греции. Латынь сегодня обязательна для старшеклассников, желающих изучать право, социальные и политические и гуманитарные науки и медицину. Она является одним из 6 предметов, по которым сдаются экзамены для поступления в некоторые университеты. В средней школе предмет преподается очень подробным образом [14].

Португалия. В настоящее время образование на латинском языке существует во многих лицеях. А так же в этой стране в некоторых университетах существуют факультеты "Латынь " и "Латинская литература" [14].

Испания. Латинский является обязательным предметом в 11 и 12 классах для всех тех, кто изучает гуманитарные науки [14].

Ирландия. Латынь до недавнего времени была очень популярна в средних школах. В настоящее время преподается в качестве факультативного предмета в некоторых средних школах Ирландии [15].

Польша. Латынь и культура античности является одним из дополнительных экзаменов выпускников средней школы. В университетах является обязательным предметом для студентов права, медицины, ветеринарии и филологов [15].

А как обстоит вопрос латыни в Американском образовании?

США. Американская классическая лига (ACL) совместно с Американской филологической Ассоциацией (APA) и региональными классическими ассоциациями сформировали стандарты для обучения классического языка, по которым предусматривается программа для студентов в XXI веке. По этим стандартам считается, что: «Студенты, изучающие латынь, развивают навыки для приобретения новой лексики и структуры предложения, которые увеличивают их готовность изучать другие языки; она развивает память, логику, анализ и критическое мышление…» [18] .

В средних школах Латынь преподается, как правило, в качестве факультатива. Существует, однако, растущее классическое образование, состоящее из частных школ и домашних школ, где преподавание латыни является обязательным требованием.

Южная Америка. Венесуэла. Во всех венесуэльских университетах Латынь является обязательным предметом. В отрасли гуманитарных наук bachillerato преподается в течение 2 лет. Bachillerato представляет собой сегмент среднего образования, где студенты изуча-ют латинскую грамматику в первый год обучения, а затем на второй год переводят латинские тексты. Андский университет предлагает степень программы для Letras Mención Lengua y Literaturas Clásicas (классическая программа языков и литератур). В этой программе (единственный в своем роде в Венесуэле), студенты изучают латынь, древнегреческий и литературу обоих языков в течение 5 лет [15].

Чили. Латынь не является обязательным предметом в школе и представлена в виде факультативных занятий. В университетах же на факультетах философии, литературы, лингвистики, теологии и медицины преподается в качестве обязательного предмета [15].

Азия. Китай и Тайвань. В Китае многие университеты предлагают курсы латинского языка. В Пекинском университете иностранных языков с 2009г существует Центр латинских исследований Latinitas Sinica.

Католический университет Фужэнь является наиболее важной школой, предлагающей латинский учебный план на Тайване. Он предлагает краткосрочные латинские курсы в летние каникулы, и даже привлекает многих студентов из материковой части Китая [19].

Россия. А что же Россия и бывшие союзные республики? Латынь преподается сейчас более чем в 30 школах Москвы, во многих лицеях и гимназиях Петербурга, Петрозаводска, Владимира, Казани, Самары, Саратова и других российских городов.

Что же касается преподавания латинского языка на медицинских факультетах различных ВУЗов - это давняя и устойчивая традиция, которая служит объединяющим фактором для медиков всего мира и для унификации медицинского образования. Латынь нужно расценивать как неотъемлемую часть других профильных дисциплин, составляющих программу обучения на медицинских факультетах. При чем, речь идёт не об изучении некоего иностранного языка в привычном понимании этого процесса, а об изучении профессиональной медицинской *терминологии*, для чего необходимо знание минимальных базовых элементов грамматики языка, что облегчит студентам на последующих курсах работу с учебной и специальной литературой [11].

Изучение Латыни в медицинском ВУЗе открывает путь студентам к грамотному употреблению постоянно обновляющейся медицинской терминологии, а на фармацевтических факультетах - к подготовке провизоров, способных сознательно пользоваться постоянно обновляющейся современной латинской фармацевтической терминологией [1-3].

Рассмотрим некоторые медицинские ВУЗы России и бывших союзных республик. По рейтингу 2015 г в десятку лучших российских медицинских ВУЗов входят:

1.Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова.

2.Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова.

3.Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (СПбГПМУ).

4.СПбГМУ имени академика И.П. Павлова.

5.Новосибирский государственный медицинский университет

6.Рязанский государственный университет им. Павлова (РязГМУ).

7.Волгоградский государственный медицинский университет (ВолгГМУ).

8.Сибирский государственный медицинский университет (НГМУ).

9.Красноярский государственный медицинский университет (КрасГМУ).

10.Ростовский государственный медицинский университет (КубГМУ).

Что касается преподавания в них латинского языка, то старейшей среди однопрофильных кафедр СНГ является Кафедра латинского языка и медицинской терминологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. В настоящее время на кафедре осваивают основы медицинской терминологии студенты I курса всех факультетов университета всех существующих форм обучения - дневной, вечерней и заочной, в целом около 1500 человек ежегодно. Коллективом кафедры изданы многие из поныне действующих во многих странах СНГ программ, учебных пособий и методических рекомендаций по курсам «Латинский язык и основы медицинской терминологии» и «Латинский язык и основы фармацевтической терминологии».

В Санкт-Петербургском государственном медицинском университете Кафедра латинского языка была создана в 1930 г. Латынь изучается на I курсе 2 семестра. В конце семестров проводится зачёт. Курс рассчитан на 108 час, из них 72 час. - практические занятия и 36 час. - самостоятельная работа студента. Студенты пишут за учебный год 20 микроработ, которые оцениваются по традиционной 5-балльной системе и по балльно-рейтинговой системе.

В Волгоградском университете есть Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка; в Красноярском университете - Кафедра латинского и иностранных языков; в Рязанском университете - Кафедра латинского и русского языка. По другим из вышеназванных университетов информации непосредственно о кафедре нам найти не удалось.

Кроме того, отдельные Кафедры Латинского языка есть в Северо-западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова в Санкт-Петербурге, в Казанском государственном медицинском университете и в Пермской государственной фармацевтической академии; в Тюменском государственном медицинском университете - Кафедра Латинского языка, медицинской и фармацевтической терминологии**;** а в Самарском государственном медицинском университете и Дагестанской медицинской академии - Кафедра латинского и иностранных языков.

Подведя итоги хочется отметить, что изучение Латинского языка, поддержание высокого уровня знаний в этой области является весьма насущной задачей современного образования. Поскольку построенная на основе Латинского языка научная терминология относится к области интернациональной лексики, которая должна быть одинаково понятна образованным людям всего мира.

ЛИТЕРАТУРА

1.Cahangirova I.R., Hacıyeva E.M. Latın dili və stomatoloji terminlər. Bakı, "Təbib", 2016, 242s.

2.Баранникова Л.И. Введение в языкознание. Саратов: Издательство Саратовского университета, 1973, 383с.

3.Дерюгин А.А., Лукьянова Л.М. Латынь. М.: Высшая школа, 1986, 295с.

4.Знаменская С.В., Берко З.В. История латинского языка и медицинской терминологии. Общекультурное значение латинского языка. М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2007, с.20-23.

5.Каган Ю. М. Латынь. Основной курс для самостоятельного изучения. М.: Канон, 2001, 400 с.

6.Кацман Н. Л., Ульянова И. Л. Латынь: Учеб. Для лицеев и гимназий. М., 1999. 456 с.

7. Кацман Н. Л. Гимназии, лицеи и Латынь // Иностранные языки в школе. 1992, № 3-4. с. 20-25.

8. Кочкарева А.Г., Рыжкина З.А.Крылатая латынь: сборник афоризмов. М., 2007, с.38-46.

9. Подосинов А.В. Место латинского языка в цикле гуманитарного школьного образования. СПб, 1903, с. 57-58

10. Подосинов А.В. Lingua Latina. Введение в Латынь и античную культуру/ А.В.Подосинов, Н.И.Щавелева. М.: Флинта, 1998. с.3-4

11. Столяров, А. А. Латынь в контексте европейской культуры. М.: СГУ, 1998, с. 47-50

12. Щерба Л. В. К вопросу о распространении в СССР знания иностранных языков и о состоянии филологического образования // Щерба Л.В. Избранные работы по языкознанию и фонетике. Т. 1. Л., 1958

13.http://www.spiegel.de/schulspiegel/wissen/untote-sprache-jeder-dritte-gymnasiast-bimst-latein-a-503814.html Der Spiegel , lookup 11-6-2014

14. NZZ 21.09.2014 "Latein ist beliebter als angenommen"

15. Duque Arellano, José Gonzalo Pertinencia y vigencia del latín en la enseñanza de la lengua española, en las áreas de la morfología y de la sintaxis; Universidad de los Andes (Spanish)

16. Detalle de la Carrera: "Letras Mención Lengua y Literaturas Clasicas"; CNU-OPSU: Oportunidades de Estudio de Educación Superior en Venezuela (Spanish)
17. Program of Western Classical and Medieval Culture, Fu Jen University
18. "Vox Latina". 1974, №35, c. 80
19. LaFleur , стр . XI, 1998
20. http://nashagazeta.ch/news/14481

Xülasə

Avropa universitetlərində Latın dilinin tədrisi haqqında

E.M.Hacıyeva, İ.R.Cahangirova, Z.M.Hüseynova, N.T.Bayramov

Məqalədə Avropanın məktəb, gimnaziya və universitetlərində, MDB ölkələrinin , o cümlədən Şimali və Cənubi Amerikanın bəzi universitetlərində latın dilinin tədrisi haqqında qısa məlumat verilmişdir. Latın dilinin sırf tibb fakültələrində tədrisinin metodikası haqqında kifayət qədər məlumat olmadığı baxımnan, bu dilin humanitar fakültələrində də tədrisinə xüsusi diqqət yetirilmişdir.

Summary

About teaching of Latin language in European universities

E.M.Hacıyeva, İ.R.Jahangirova, Z.M.Hüseynova, N.T.Bayramov

In the article there is brief information about the teaching of Latin language in schools, gymnasiums and European universities, CIS countries and also some universities of the North and South American. Since there is a lack of information about training methods of Latin language particulary in medical faculties, the attention is being paid more on humanitarian faculties.

Daxil olub: 16.01.2017

ДВОЙНАЯ ЭПИДЕМИЯ: ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ - ИНФЕКЦИЯ

С.А.Фараджева, А.Е.Ирзаева, У.Б.Нагыева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: vərəm, İİV-infeksiya, epidemioloji vəziyyət
Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, эпидемиологическая ситуация
Key words: tuberculosis, HIV infection, epidemiological surveillance

В 1882 году благодаря открытию Роберта Коха, была доказана инфекционная природа туберкулеза (ТБ). Это были кислотоустойчивые микобактерии туберкулеза (МБТ). Спустя 100 лет, в 1983 году был описан Т-лимфотропный ретровирус и установлена истинная причина возникновения синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), впоследствии названный вирусом иммунодефецита человека (ВИЧ) [11,14]. После первого описания клинического случая СПИДа в 1981 г. и ВИЧ в 1983 г., ВИЧ-инфекция была зарегистрирована почти во всех странах мира. Распространенность ВИЧ-инфекции и масштабы эпидемии в разных регионах мира различаются. С момента открытия этих микроорганизмов по настоящее время, изучается эпидемическая обстановка по распространенности и течению заболеваний, вызываемые данными возбудителями: туберкулезу и ВИЧ/СПИДу.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в мире насчитывается около 36,7 млн. людей с ВИЧ-инфекцией, из которых 2,1 млн. человек приобрели эту инфекцию в 2015 г. Новых же случаев ТБ было зарегистрировано у 10,4 млн. человек, из которых в 11,0% случаев (1,2 млн.) сочеталось с ВИЧ-инфекцией [21]. В 2001 г. Организация Объединенных Наций (ООН) объявила ВИЧ-инфекцией и СПИД факторами разрушительного действия на общество, которое требует применения незамедлительных мер [4]. На протяжении последнего времени сохраняется неблагоприятная ситуация, связанная с распространением ВИЧ - инфекции, сочетанной с ТБ и на сегодняшний день остается одной из наиболее актуальных проблем практической медицины. Высокие показатели ко-инфекции ВИЧ-ТБ во всем мире создают реальную угрозу здоровью населения. При прогрессировании процесса, который сопровождается уменьшением количества CD4-лимфоцитов и повышением вирусной нагрузки, ВИЧ-инфекция переходит в стадию СПИДа, в результате чего увеличивается частота развития вторичных инфекций в виде множественных симптомокомплексов. ВИЧ-инфекция и сочетанные с ней заболевания, приводящие к усугублению патологии, объединяют в общий термин «оппортунистические инфекции» или «оппортунистические

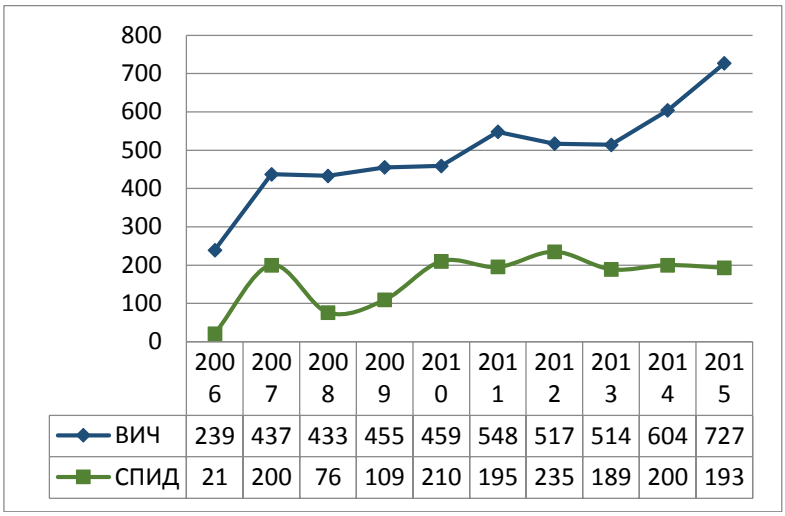
заболевания». ТБ относится к часто встречаемым оппортунистическим заболеваниям у ВИЧ-инфицированных во всем мире и является СПИД-индикаторным заболеванием.

Сочетание двух таких грозных заболеваний, как ТБ и ВИЧ-инфекция, являются взаимоотягощающим, что чаще всего заканчивается летальным исходом и их называют «смертельным дуэтом». Обострение данной проблемы признано ВОЗ «глобальной угрозой миру». Распространение эпидемии ТБ тесно связано с распространенностью ВИЧ-инфекции среди населения (Corbett et al., 2003). Учитывая наличие тесной зависимости, между эпидемиями ТБ и ВИЧ-инфекции, отмечается сильное влияние их друг на друга. Подобная ситуация была названа эпидемия в эпидемии. Основной причиной, объясняющей закономерность преобладающего сочетания ВИЧ-инфекции с ТБ являются особенности механизма патогенеза, объединяющих эти заболевания воедино, в связи с тем, что ВИЧ- инфекция нарушает иммунную систему организма, а ТБ сам по себе приводит к усилению иммунодефицита. При этих патологиях страдает Т-клеточный иммунитет, его Т-хелперная субпопуляция (CD-4 лимфоциты), который сопровождается снижением абсолютного и относительного количества лимфоцитов в организме человека. Сочетание этих инфекций приводит к усилению иммунодефицита ВИЧ-инфекции, вызывая изменение иммунной системы, являясь фактором риска активного ТБ у инфицированных МБТ лиц, в то время, как ТБ угнетая иммунный статус у больных с ВИЧ-инфекцией, облегчает тем самым прогрессирование других оппортунистических заболеваний.

У больных с ВИЧ-инфекцией, вероятность развития активного ТБ выше, чем у лиц, не инфицированных ВИЧ. Установлено, что у ВИЧ-инфицированных ТБ развивается чаще, чем у больных туберкулезом ВИЧ-инфицирование [8,9,12]. ТБ является одной из ведущих причин смерти людей с ВИЧ. В 2015 г. туберкулезом было вызвано 35% случаев смерти среди ВИЧ-инфицированных [21]. Среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ) доля пациентов, умирающих от ТБ в разных точках мира, составляет от 30% до 70% (И.Ю.Бабаева и др., 2010). Даже при проведении адекватной противотуберкулезной терапии, частота осложнений и смертности от ТБ у ВИЧ-инфицированных выше, чем у лиц не инфицированных ВИЧ [1,3,7].

Данная проблема под названием ВИЧ-ассоциированный ТБ, затронула и Азербайджан. Несмотря на то, что Азербайджан относится к ряду стран, где показатель заболеваемости ВИЧ-инфекции не столь высок, эпидемическая ситуация на протяжении 30 лет не носит стабильный характер. Как известно, ТБ больше регистрируется в тех регионах, где отмечается неблагоприятная эпидемическая обстановка по ВИЧ-инфекции. Чтобы изучить распространенность и течение ВИЧ-ассоциированного ТБ в республике, необходимо в отдельности рассмотреть, как обстоит в стране ситуация по ВИЧ/СПИДу и ТБ. Так как Азербайджан относится к восточной части Европейского региона, то мы будем ссылаться на данные эпиднадзора Европейского региона ВОЗ по ВИЧ/СПИДу (2016) и ТБ (2016). Согласно их оценкам впервые в 2015 г. общее число ВИЧ-инфекции в Европе превысило 2 млн., из которых новых случаев было зарегистрировано 153 407 (17,6 на 100 000 населения). На восточную часть Региона, куда входит и Азербайджан, приходится большая доля зарегистрированных ЛЖВ, а именно 121 088 новых случаев (47,5 на 100 тыс. населения), что составляет 79,0%, в то время как данный показатель в Центральной Европе равен 2,8 на 100 000 населения (5 297 человек), что приравнивается к 3%, а в западной части - 18,8% (27,022 человек). То же самое можно отметить и по поводу СПИДа: в западной части Региона показатель заболеваемости снижается, в восточной же части за последнее десятилетие наблюдается увеличение количества данной категории больных.

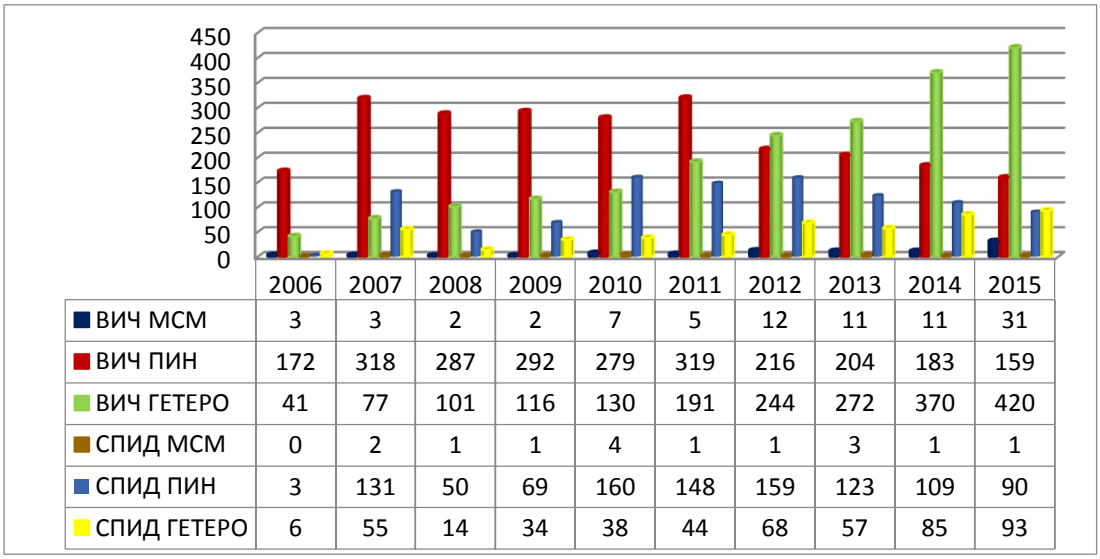
Начиная с 2006 по 2015 гг. кумулятивное число (КЧ) ВИЧ-инфицированных в Азербайджане составляет 5 629 человек, а при СПИДе - 1 172 [19]. Как видно из Рис.1 на протяжении минувших 10 лет показатель заболеваемости ВИЧ-инфекции вырос в 3 раза. В 2006г. он составлял 2,8 на 100 тыс. населения, а в 2015г. - 7,5 на 100 000, при СПИДе рассматриваемый показатель вырос в 10 раз (0,2 в 2006 г. и 2,0 на 100 тыс. населения в 2015 г.).



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ВИЧ	239	437	433	455	459	548	517	514	604	727
СПИД	21	200	76	109	210	195	235	189	200	193

Рис.1. Динамика выявления людей, живущих с ВИЧ-инфекцией в Азербайджане за последнее десятилетие.

По оценкам азербайджанских исследований с 1987 г. по сегодняшний день отмечается неуклонный рост ЛЖВ и на протяжении нескольких лет ежегодно в республике около 400-500 человек заражается данной инфекцией [5,6,15]. Пути заражения при ВИЧ/СПИДе бывают различны. На Рис.2 наглядно видно, что в период 2006-2015 гг. основная доля новых случаев отмечалось среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), КЧ которых был равен 2 796, но начиная с 2012 г. соотношение изменилось в сторону гетеросексуальных контактов (КЧ=2 173) и на третьем месте по способу путей заражения был половой контакт мужчины с мужчиной (МСМ), КЧ которых было равно 94. При СПИДе наблюдается идентичное распределение. Больше всего это ПИН (КЧ=1 109), на втором месте - гетеросексуальный контакт (КЧ=519) и МСМ занимает 3-е место (КЧ=23). Среди ЛЖВ и СПИДом количество мужчин больше, чем женщин. В первом случае это соотношение равно 1:4, а во втором - 1:6.

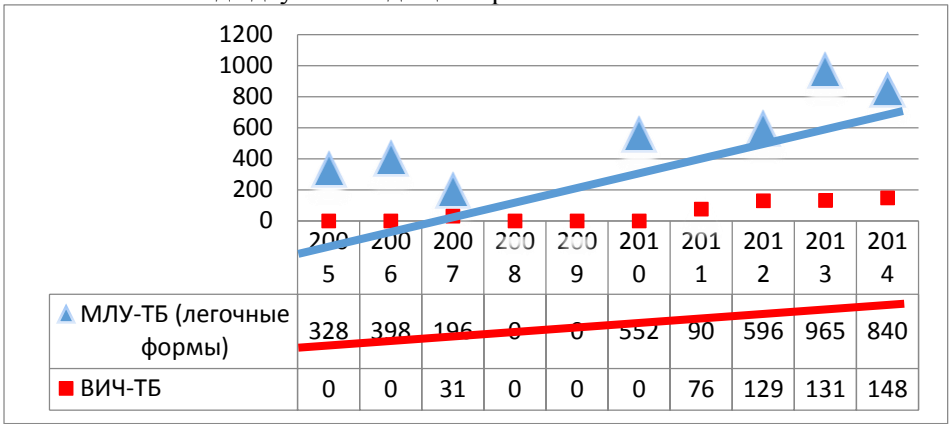


	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ВИЧ МСМ	3	3	2	2	7	5	12	11	11	31
ВИЧ ПИН	172	318	287	292	279	319	216	204	183	159
ВИЧ ГЕТЕРО	41	77	101	116	130	191	244	272	370	420
СПИД МСМ	0	2	1	1	4	1	1	3	1	1
СПИД ПИН	3	131	50	69	160	148	159	123	109	90
СПИД ГЕТЕРО	6	55	14	34	38	44	68	57	85	93

Рис.2. Распределение ВИЧ/СПИД по различным группам в зависимости от путей заражения

В Европе Азербайджан входит в состав 18 стран с высоким приоритетом по борьбе с ТБ [17]. Ссылаясь очередной раз на данные эпиднадзора Европейского региона ВОЗ по ТБ (2016) и проследив динамику эпидемической ситуации в республике, охватив период с 2005 по 2014 гг., можно отметить, что на фоне стабилизации показателей по заболеваемости и распространенности, наблюдается увеличение количества больных с лекарственно-устойчивой формой ТБ (ЛУ ТБ). Среди резистентных форм особенно нужно выделить ТБ с множественной и широкой лекарственной устойчивостью МБТ (МЛУ/ШЛУ ТБ), которые представляют собой серьезную угрозу во всем мире,

так как плохо поддаются противотуберкулезной терапии и являются опасными очагами инфекции, что ведет к ухудшению эпидемической обстановки. Высокая частота МЛУ/ШЛУ ТБ прямо коррелирует с распространенностью ВИЧ-инфекции [17,18]. Не следует недооценивать последствия наложения двух инфекций, а особенно сочетания МЛУ/ШЛУ - ТБ и ВИЧ, которые характеризуются высокой летальностью, короткой продолжительностью жизни и требует к себе повышенного внимания [19,20,21]. Рис.3. четко отображает увеличение количества больных с легочной формой МЛУ/ШЛУ-ТБ и ВИЧ-ТБ в виде двух восходящих прямых.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
МЛУ-ТБ (легочные формы)	328	398	196	0	0	552	90	596	965	840
ВИЧ-ТБ	0	0	31	0	0	0	76	129	131	148

Рис.3. Динамика ТБ/ВИЧ-инфекции и легочных форм МЛУ/ШЛУ-ТБ з а последнее десятилетие в Азербайджане

Как было выше сказано, на фоне выраженного иммунодефицита отмечается прогрессирование процесса, который проявляется развитием вторичных инфекций. Проявление тех или иных СПИД-индикаторных заболеваний зависит от геополитического расположения региона. Так, в западной части Европейского региона в 2015 г. из оппортунистических инфекций больше всего было зарегистрировано больных ВИЧ-инфекцией, протекающих в сочетании с пневмоцистной пневмонией - 820 (22,6%). В Центральном регионе по частоте встречаемости - это синдром истощения, опосредованный ВИЧ-инфекцией, который отмечался у 240 (21,0%) человек, а в Восточной Европе чаще других был ВИЧ-ассоциированный ТБ (31,6%), абсолютное количество которого приравнивалось 891.

По оценкам местных и международных экспертов, истинное число ЛЖВ превышает число официально зарегистрированных случаев, а ТБ чаще выявляются при обращаемости за медицинской помощью уже с ярко выраженной клинической симптоматикой, среди которых увеличилось количество больных с впервые выявленным ЛУ ТБ, что говорит не в пользу эпидемической обстановки и способствует прогрессированию процесса у ВИЧ-инфицированных. Результатом вышесказанного является неверное проведение профилактических мероприятий, итогом чего является неблагоприятная эпидемическая ситуация, как во всем мире, так и в Азербайджане, в связи с чем необходимо более тесное сотрудничество противотуберкулезной службы и СПИД-центра, силы которых должны быть направлены на предотвращение серьезных последствий ко-инфекции ВИЧ-ТБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции. М.: Р.Валент, 2010, 648 с.
2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство. М.: ГЕОТАР-медиа; 2013, 608с.
3. Global tuberculosis report. World Health Organization, 2016
4. Генеральная Ассамблеа ООН по борьбе с ВИЧ - принятие резолюции S-26/2, 2001
5. Corbett E.L., Watt C.J.,Walker N. et.all. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic // Arch. Intern.Med., 2003, v.163, p.1009-1021.
6. Кожушко М.Ю. Евстигнеев И.В. Клинические особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных // Украинский медицинский вестник., 2010, №9, с.50-54.
7. Сафонов А.Д. Копылова, И.Ф., Конончук О.Н. и др. Анализ эпидемиологических особенностей сочетанной формы туберкулеза и ВИЧ инфекции на территориях, существенно отличающихся уровнем пораженности населения вирусом иммунодефицита человека // Омский научный вестник, 2006, Т.3, № 37, с.228-234.

8. Пасечник О.А., Стасенко В.Л., Матущенко Е.В. Пиценко Н.Д. Клинико-эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции в Омской области // Современные проблемы науки и образования, 2015, №3, с.88-92.

9. Бородулин Б.Е., Бородулина Е.А., Вдоушкина Е.С., Маткина Т.Н. Причина смерти - коморбидность ВИЧ-инфекции и туберкулеза // Пульмонология, 2015, Т.25, №4, с.461-464.

10. Бабаева И.Ю., Шевченко Н.П., Дробот Н.Н. и др. Летальность больных диссеминированным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Краснодарском крае // Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению: материалы Всерос. научн,практ. конф. СПб., 2010, с.238-239.

11. Зимина В.Н., Василева И.А., Батыров Ф.А., Яровая Ж.Ю. Особенности течения и эффективности лечения больных туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции // Туберкулез и болезни легких, 2010, №3, с.23-27.

12. European Centre for Disease Prevention and Control WHO Regional Office for Europe 2016. HIV-AIDS surveillance in Europe 2016., Stockholm: ECDC, 2016.

13. Дадашов А.Р. Эпидемический процесс ВИЧ-ифекции в Азербайджане // Sağlamlıq.,2010., №1.,с.107-109.

14. Дадашева А.Э., Кадырова А.А., Мамедов М.К. Трансфузионные вирусные инфекции в Азербайджане: краткая характеристика современной эпидемиологической ситуации // Sağlamlıq, 2008, №8, с.83-89.

15. Эмамьяри Г.М. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции в Азербайджане // Биомедицина, 2006, №1, с.24-26.

16. WHO Regional Office for Europe Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007-2015. Copenhagen: WHO, 2007.

17. European Centre for Disease Prevention and Control WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Stockholm: ECDC 2016

18. Пантелеев А.М. Бактериовыделение и лекарственная устойчивость МБТ при туберкулезе у ВИЧ-инфицированных людей в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2011, №3, с. 57-61.

19. Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией. В кн.: Лечения и помощь при ВИЧ/СПИД-е: клинические протоколы для Европейского регионального бюро ВОЗ (обновленная версия, 2013г.).

20. Боровицкий В.С. Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью микобактерий и ВИЧ-инфекция // Пульмонология, 2013, №2, с.109-113.

21. Gandhi N.R., Shan N.S., Andrews J.R. et.al. HIV co-infection in multidrug-and extensively drug-resistant tuberculosis results in high early mortality // Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2010, v.181, p.80-86.

Summary

Double epidemy: tuberculosis and HIV - infection

S.A.Farajova, A.E.Irzayeva, U.B.Nagiyeva

The article reviews epidemic situation of tuberculosis and HIV-infection in Azerbaijan for last ten years. According to reports of WHO tuberculosis and HIV/AIDS epidemiological surveillance in European region against background of the stabilization on rates of the incidence and prevalence of tuberculosis we observed increase its resistant forms. For this period we noted increase of patients with HIV-infection cases three times, AIDS - ten times and the same time also grows incidence rates of HIV-association tuberculosis.

Xülasə

İkili epidemiya - vərəm və İİV- infeksiyası

S.Ə.Fərəcova, Ü.B.Nağıyeva, A.E.İrzayeva

Son onillikdə Azərbaycanda İİV və vərəm infeksiyasının epidemioloji vəziyyətinin dinamikası təqdim olunmuşdur. ÜST-ın Avropa regionu vərəm və İİV/QİÇS epidemioloji nəzarət üzrə verdiyi məlumata əsasən vərəmlə xəstələnmə və yayılma göstəricilərinin stabilizasiyasının fonunda onun rezistent formaları çoxalmışdır. Həmin vaxtda İİV infeksiya olan insaların sayı 3 dəfə, QİÇS 10 dəfə artıbdır. Eyni zamanda vərəmlə İİV infeksiyasının birgə müşahidəsi olan xəstələnmə göstəricisidə artmışdır.

Daxil olub: 18.01.2017

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСУЖДЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ СТАНДАРТНОМ РЕЖИМЕ ХИМИОТЕРАПИИ

М.Ю.Сулейманов

Специализированное медицинское учреждение при министерстве юстиции Азербайджанской Республики, г.Баку

Açar sözlər: vərəm, məhbuslar, kimyəvi terapiya, standart rejim
Ключевые слова: туберкулез, осужденные, химиотерапия, стандартный режим
Key words: tuberculosis, convicts, chemotherapy, standard treatment

Развитие эпидемической ситуации по туберкулезу тесно связано с социально-экономическими условиями жизни населения и, как следствие, состоянием фтизиатрической службы [1,2,3]. При этом распространенность туберкулеза определяется увеличением роли экзогенной инфекции и суперинфекции, влияющих на течение эпидемического процесса [4,5,6]. Аналогично происходит и рост показателей заболеваемости бациллярными формами туберкулеза [7,8,9]. Одной из причин высокой заболеваемости является быстрое формирование среди дезадаптированного населения туберкулеза легких, у которых весьма высок риск заражения [10,11,12]. Одним из важнейших звеньев этой цепочки является туберкулез в пенитенциарных учреждениях, который существует давно и, являясь инфекционным, одновременно является социально обусловленным заболеванием [13,14]. В настоящее время для лечения осужденных больных туберкулезом легких предложены различные режимы химиотерапии и вопрос об эффективности лечения этого контингента больных остается дискутабельным [15,16].

Материалы и методы исследования. Нами были изучены клинические проявления туберкулеза, распространенность специфического процесса в легочной ткани по данным рентгенологического обследования, а также динамика клинико-рентгенологических проявлений заболевания под влиянием стандартного режима химиотерапии, которую оценивали через 2,4 и 6 месяцев. Для решения поставленных перед нами задач было отобрано 190 осужденных больных туберкулезом легких в фазе распада, инфильтрации и обсеменения с бактериовыделением по мазку мокроты и лаважной жидкости. Обследованные больные были распределены на 2 группы: основная, в которую были включены 105 больных, выявленных при обращении, и контрольная – 85 пациентов, у которых туберкулез легких был установлен после рентгенофлюорографического исследования, которое в пенитенциарных учреждениях проводится один раз в 6 месяцев. Основным критерием отбора больных в данной исследование являлось наличие в мокроте и лаважной жидкости кислотоустойчивых микобактерий туберкулеза при их исследовании методом микроскопии по Циль-Нильсену. Все осужденные больные туберкулезом легких основной и контрольной групп получали противотуберкулезные препараты 1 ряда. Для достижения эффективного лечения мы руководствовались рекомендациями режима химиотерапии со строгим выполнением сочетания представленных препаратов с учетом дозировки на кг массы тела, непереносимости и наличия побочных действий на протяжении длительного времени лечения, которая представлена в таблице № 1. Наряду с результатами микроскопии маска мокроты и лаважной жидкости (Циль-Нильсен) важное значение имели данные посева на жидкую (MGIT) и твердую (Левенштейн – Енсен) питательную среды.

Результаты обследования и обсуждение. Как показали наши исследования наиболее частыми жалобами при обращении за медицинской помощью у больных основной группы были кашель с выделением мокроты и температура тела. Эти симптомы встречались соотьветственно у 93,3% и 77,1% больных. В больше половине случаях (54,2%) имела место одышка. Боли в грудной клетке, кровохарканье и кровотечение отмечалось у гораздо меньшего количества пациентов -42,9% и 22,9%- ссответственно. У подавляющего большинства пациентов наблюдались симптомы интоксикации- 84,8%. В группе больных, выявленных при рентгенофлюорографическом контроле среди указанных жалоб имели место лишь кашель со скудной мокротой в 12,9% случаях и повышение температуры тела- в 18,8%. Симптомы интоксикации в этой группе пациентов отмечались в 57,6% случаях.

По нашему мнению большой интерес представлял установление сроков возникновения туберкулеза легких после предшествующего флюорографического осмотра, которые характеризовались большим разнообразием. В сроки до 2-х и 4-5 месяцев после последнего флюорографического осмотра туберкулез легких был установлен у каждого 10-го больного основной

группы- в 10,5% и 13,3% случаях соответственно, через 5-6 месяцев у каждого 9-го и 8,6%. Наибольшее число случаев туберкулеза легких было выявлено через 2-3 и 3-4 месяца после последнего флюорографического обследования, что составило соответственно 27,6% и 40,0% случаев. В контрольной группе у подавляющего большинства пациентов – 60,0% - туберкулез был выявлен через 6-7 месяцев, у каждого 5-го больного или в 20,0% случаях в срок 7-8 месяцев. У гораздо меньшего количества пациентов туберкулез был обнаружен через 8-9 месяцев и 9-12 – 14,1% и 5,9%- соответственно.

Таблица 1

Противотуберкулезные препараты 1 ряда

Препараты	30-35 кг	36-45 кг	46-55 кг	56-70 кг	71-80 кг
Изониазид (4-6 мг/кг) 1 раз в день	150 мг	200 мг	300 мг	300 мг	300 мг
Рифампицин (8-12 мг/кг) 1 раз в день	300 мг	450 мг	450 мг	600 мг	600 мг
Этамбутол (15-25 мг/кг) 1 раз в день	600 мг	800 мг	1000 мг	1200 мг	1200 мг
Пиразинамид (20-30 мг/кг) 1 раз в день	800 мг	1000 мг	1200 мг	1600 мг	2000 мг
Стрептомицин (12-18 мг/кг) 1 раз в день	500 мг	600-750 мг	800 мг	1000 мг	1000 мг

Учитывая задачи исследования нами была изучена распространенность специфического процесса в легочной ткани, виды полостей распада и их размеры при различных формах туберкулеза в динамике стандартного режима химиотерапии. Изучение объема поражения легочной ткани позволило нам установить, что у больных, выявленных при обращении (основная группа), распространенность туберкулезного процесса охватывала у 69,5% пациентов более одной доли, в пределах одной доли встречалась у 17,2% и у 13,3%- охватывала 1-2 сегмента. Следует отметить, что у 53,3% пациентов имели место двусторонние поражения легочной ткани. У больных контрольной группы, у которых туберкулез легких был установлен при очередном флюорографическом осмотре, распространенность специфического процесса у большинства- 56,5%- охватывала 1-2 сегмента, у каждого 3-го больного- 32,9%- долю и только у каждого 10-го- 10,6%- объем поражения превышал долю. Кроме того, по сравнению с основной группой в контрольной лишь у 25 больных из 85, что составило 29,4%, отмечались двусторонние поражения.

Кроме объема поражения легочной ткани нами были изучены размеры полостных изменений легочной деструкции. Полости распада не превышали 2 см лишь у 13 пациентах из 82 основной группы, что составило 15,9%. Размеры полостей распада от 2 до 4 см отмечались у половины больных этой группы- 51,2% -, а у 32,9%- они превышали 4 см. В контрольной группе более чем в половине случаях или в 61,0% размеры полостей распада не превышали 2 см, 34,1% - были 2-4 см и только в 4,9% случаях они составили более 4 см. Кроме объема поражения легочной ткани и размеров полостей распада у всех наблюдаемых больных нами был проведен анализ скиологических признаков, на основе которых диагностировалась фаза распада. Анализ вышеуказанных признаков позволил нам выделить 3 вида деструкции: фаза распада, формирующаяся каверна, сформированная каверна.

Среди клинических форм туберкулеза легких у больных основной группы подавляющее большинство- 89,0%- составили инфильтративная и диссеминированная, причем первая в больше половине случаях- 9,7% -, а вторая у 1/3-29,3%, тогда как кавернозная и фиброзно-кавернозная лишь в единичных случаях- 6,1% и 4,9% соответственно. При инфильтративном туберкулезе в 63,3% случаях это был распад легочной ткани, а в 36,7% формирующаяся каверна. При диссеминированном туберкулезе распад легочной ткани отмечался в 70,8% случаях, а формирующаяся каверна в- 29,2%. При кавернозной и фиброзно-кавернозной формах туберкулеза легких сформированная каверна имела место в 55,6% и 44,4% случаях соответственно. Необходимо подчеркнуть, что сформированная каверна была отмечена в тех случаях, когда туберкулезное поражение легких было установлено в срок 5-6 месяцев после последнего флюорографического обследования.

Среди наблюдаемых нами больных контрольной группы, отличии от основной, отмечались лишь 2 формы деструктивного туберкулеза легких - инфильтративная и диссеминированная. Просветления в слившихся очагах разной степени интенсивности, которые трактовались как распад были отмечены в 84,2% случаях у больных с инфильтративным туберкулезом легких, что было достоверно выше, чем среди больных основной группы (63,3%). Среди пациентов с диссеминированным туберкулезом распад легочной ткани отмечался в 81,8% случаях, что также было выше, чем в основной группе (70,8%). Следует отметить, что формирующаяся каверна, как при инфильтративном, так и при

диссеминированном туберкулезе была выявлена у гораздо меньшего количества пациентов контрольной группы, что составило 15,8% и 18,2%, по сравнению с основной- 36,7% и 29,2%- соответственно .Выявленные при анализе нашего материала различия в характере деструктивных изменений в легочной ткани в основной и контрольной группах, объясняется тем, что флюорографическое исследование, проводимое среди осужденных не реже 6 месяцев, позволило нам выявить активный туберкулезный процесс с высоким удельным весом фазы распада (деструкции) легочной ткани в контрольной группе больных (84,2% и 81,8%), по сравнению с основной и низким удельным весом фазы формирующейся каверны 15,8% и 18,2% соответственно, тем самым необходимостью проведения рентгенофлюорографического исследования с целью раннего выявления туберкулеза легких/

Эффективность лечения туберкулеза легких среди осужденных зависела от многих факторов: своевременности выявления и начала химиотерапии, клинической формы туберкулеза, длительности заболевания, возраста, длительности курса лечения, наличия контроля за приемом препаратов, а также по совокупности клинико-рентгенологических данных и результатов бактериологического изучения мазка мокроты и лаважной жидкости по Циль-Нильсену и посева на твердую питательную среду по Левенштейну-Енсену.

К концу 2-го месяца стандартной химиотерапии у 48,1% и 50,9% больных основной группы отмечалась нормализация температуры тела и отсутствие одышки. У 2/3 пациентов к этому сроку лечения исчезли боли в грудной клетке и кровохарканье и кровотечение- 73,3% и 79,2% соответственно. И лишь у 16,2% и 23,6% больных отсутствовали кашель и симптомы интоксикации. Эти же симптомы к концу 4-го месяца лечения исчезли у гораздо большего количества пациентов – 59,2% и 47,2% соответственно. К концу 6-го месяца лечения у 97,9% больных отсутствовал кашель, у 95,5%- боли в грудной клетке, у 94,8%- одышка, у 88,3- повышение температуры тела. У всех больных к этому сроку лечения исчезли кровохарканье и кровотечение, а также симптомы интоксикации. В контрольной группе пациентов, по сравнению с основной, отмечалось отсутствие кашля у всех больных к концу 4-го месяца лчения, а повышение температуры тела к 6-го. У всех больных контрольной группы к концу 6-го месяца лечения исчезли симптомы интоксикации.

Таким образом, клиническая симптоматика у больных как основной, так и контрольной групп, к концу 6-го месяца стандартной химиотерапии, практически, у всех пациентов отсутствовала, что свидетельствовало о положительной динамике туберкулезного процесса органов грудной клетки.

У больных основной группы в сроки до 2-х месяцев наиболее часто полости распада перестали определяться у пациентов, у которых процесс охватывал 1-2 сегмента в 42,9% случаях, при распространении туберкулезного воспаления на целую долю в этот же срок каверны закрывались в 16,7% случаях и не закрывались ни у одного пациента с распротраненностью процесса более одной доли. В целом через 2 месяца лечения полости распада закрылись лишь в 8,6% случаях.

После 4 месяцев лечения полости распада перестали определяться еще в 43,8% случаях, причем среди пациентов с процессом охватывающим: 1-2 сегмента- в 35,7%, долю- в 55,5%%, более одной доли- в 42,5%.

К концу 6-го месяца стандартной химиотерапии еще в 36,2% случаях отмечалось закрытие полостей распада, из них среди пациентов с туберкулезом 1-2 сегмента в 21,4% случаях, что как оказалось у всех больных с идентичным поражением. Среди больных с туберкулезом доли закрытие полостей отмечалось в 22,2% случаях, более доли – в 42,5%. В конечном итоге у всех больных с поражением 1-2 сегмента к концу 6-го месяца лечения отмечались закрытия полостей распада. У пациентов с распространенностью туберкулеза в пределах доли к концу 6-го месяца химиотерапии закрытие полостей распада имело место в 94,4% случаях, а у больных с поражением более доли в 85,0%.

У больных контрольной группы в срок до 2-х месяцев полости распада перестали определяться в 50,0% случаях при процессе охватывающих 1-2 сегмента легкого, при распространенности туберкулеза в пределах одной доли в 39,3% случаях и ни у одного больного, процесс у которых распространялся более чем на долю. В целом через 2 месяца лечения каверны перестали определяться в 41,1%% случаях. Через 4 месяца антибактериальной терапии при процессах, охватывающих 1-2 сегмента, закрытие каверн отмечалось в 39,6% случаях, а при поражении одной доли в 25, 0%. Полость распада при процессах, охватывающих более одной доли, закрылась только у одного пациента из 9 или в 11,1%. После 4 месяцев лечения полости распада рентгенологически не определялись в 31,8% случаях. После завершения 6 месячного курса химиотерапии полости распада перестали определяться как с ограниченными процессами, охватывающими 1-2 сегмента – 10,4%, так

и распространяющимися на одну долю – 35,7%, а также более одной доли – 88,9%. В целом у всех больных контрольной группы к концу 6-го месяца лечения удалось добиться закрытия полостей распада, котрая несмотря на распространенность туберкулезного поражения легких зависела, прежде всего, от раннего выявления заболевания и своевременного полноценного режима стандартной химиотерапии.

Как показали наши исследования на частоту и сроки закрытия полостей распада влияли и размеры деструктивных изменений. Так, через 2 месяца лечения у более половины больных основной группы (53,8%) закрылись деструктивные изменения размером до 2 см, у гораздо меньшего количества при размерах 2-4 см- 19,1% и более 4 см- ни у одного больного. С увеличением размеров полостей распада заживление происходило более медленными темпами- при размерах деструкции 2-4 см, через 4 месяца каверны перестали определяться в 23,8% случаях и лишь через 6 месяцев- в 45,2%. При размерах полостей распада 4 и более см заживление деструктивных изменений через 4 месяца было отмечено в 14,8% случаях, а через 6 месяцев- в 52,3%. Всего закрытие каверны через 2 месяца лечения отмечалось в 18,3% случаях, через 4 месяца- в 22,0%%, через 6 месяцев- в 45,5%.

Таким образом, через 6 месяцев стандартной химиотерапии лишь у пациентов с размерами каверн до 2 см закрытие их отмечалось во всех случаях. При размерах полостей распада 2-4 см к концу 6-го месяца лечения заживление деструкции отмечалось в 88,1% случаях, а при размерах более 4 см – в 74,1%. Всего к концу 6 месяцев стандартной химиотерапии нам удалось достичь закрытия полостей распада в 85,4% случаях.

В контрольной группе закрытие полостей распада отмечалось у более половины (56,0%) пациентов размерами каверн до 2 см к концу 2-го месяца лечения, а к концу 4-го и 6-го месяцев – в 28,0% и 16,0% соответственно. У больных размерами деструкции 2-4 см к концу 2-го и 4-го месяцев лечения закрытие полостей распада определялось по 28,6% случаев соответственно, а к концу 6-го в 42,8%. Всего через 2 месяца лечения у 43,9% пациентов отмечалось закрытие полостей распада, через 4 месяца- у 26,8%, а через 6 месяцев у 29,3%, что свидетельствовало о том, что независимо от размеров полостей распада у всех пациентов контрольной группы к концу 6-го месяца стандартной химиотерапии отмечалось закрытие деструктивных изменений легких.

По нашему мнению определенный интерес представляла частота и сроки заживления полостей распада в зависимости от клинической формы туберкулеза легких. Так, в основной группе в срок 2 месяца полости распада перестали определяться у 12,2% больных с инфильтративным туберкулезом легких и у 8,3% - диссеминированным. У больных с инфильтративной формой туберкулеза легких к концу 4-го и 6-го месяцев стандартной химиотерапии каверны перестали определяться еще у 36,7% и 38,8% больных соответственно, что в сумме составило 87,8% случаев. При диссеминированном туберкулезе легкиз через 4-6 месяцев лечения деструктивные изменения исчезли в 29,2% и 50,0% случаях соответственно или всего в 87,5%. Среди больных кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких к концу 6-го месяца лечения продолжали опредяляться сформированные каверны. Однако, клинически отмечалась значительная положительная динамика заболевания, выражающаяся в очищении (санировании) содержимого фиброзных каверн с сохранением скудного бактериовыделения, что рентгенологически выражалось в уменьшении размеров каверн и рассасывании инфильтративных изменений легочной ткани и очагов отсева (обсеменения). Следует отметить, что у 6 пациентов с инфильтративным туберкулезом легких и у 3 с диссеминированным к концу 6-го месяца лечения закрытия полостей распада не отмечалось, что по нашему мнению было обусловлено тем, что у этих больных основной группы туберкулез легких был выявлен по обращаемости, то есть с выраженными клинико-рентгенологическими проявлениями заболевания с обильным бактериовыделением. Это отражалось по-видимому и в морфологической структере заболевания, когда формирующиеся полости легочной ткани под действием стандартного режима химиотерапии имели тенденцию к уменьшению их размеров со значительной положительной динамикой, но продолжающимся бактериовыделением по мазку мокроты и лаважной жидкости (Циль-Нильсен) и по посеву на твердую среду (Левенштейн-Енсен), требующей не прекращения длительного и полноценного режима химиотерапии.

Частота и сроки закрытия полостей распада при различных клинических формах туберкулеза легких у больных контрольной группы значительно отличались от аналогичных данных основной группы. Так, через 2 месяца лечения деструктивные изменения в легких у больных инфильтративным туберкулезом легких исчезли в 31,6% случаях, тогда как с диссеминированным процессом в - 13,6%. К концу 4-го месяца лечения при инфильтративных процессах каверны перестали определяться еще в 52,6% случаях, что в целом составило 83,2% случая, что было достоверно чаще (48,9%), чем у

больных основной группы с аналогичной формой туберкулеза легких. В эти же сроки лечения при диссеминированной поражении закрытие полостей распада отмечалось еще у 50,0% больных, а в целом в 63,6% случаях, что также достоверно было чаще по сравнению с больными основной группы (37,%5). К концу срока наблюдения через 6 месяцев стандартного режима химиотерапии при обеих формах деструктивного туберкулеза легких у всех пациентов контрольной группы определялось закрытие полостей распада, тогда как у больных основной группы с инфильтративными и диссеминированными процессами в 87,8% и 87,5% случаях соответственно.

Таким образом, эффективность стандартного режима химиотерапии в течении 6 месяцев у осужденных больных туберкулезом легких в условиях тюремной больницы зависела от остроты течения и клинических симптомов болезни, установлении сроков возникновения заболевания просле предшествующего флюорографического осмотра, распространенности специфического поражения, размеров полостей распада, а также клинической формы заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Золотарева Л.В., Шаханина И.Л., Золотых С.В. Эпидемиология и профилактика туберкулеза в пенитенциарных учреждениях Орловской области // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2010, № 1, с. 20-24

2. Сулейманов М.Ю., Агаев Ф.Ф. Проблемы туберкулеза в пенитенциарных учреждениях Азербайджанской Республики // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2007, № 4, s.92-95

3. Сон И.М. Одинцов И.М., Стерликов С.А. Туберкулез в учреждениях уголовно-исполнительной системы России в 2012 году //Туберкулез и болезни легких, 2014, №7, с.24-285

4. Половинкина Т.А. Организация фтизиатрической помощи в пенитенциарной системе. Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом / Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. СПб, 2010, с.66-67

5. Сулейманов М.Ю., Мехтиев Р.И., Агаев Ф.Ф. Ситуационный анализ эффективности профилактической работы по туберкулезу пенитенциарном секторе // Azərbaycan Tibb Jurnali, 2007, № 4, s. 144-145

6. Dhuria M. Sharma N. Universal access to DOTS in Delhi Prisons: Where do we stand? // Indian J. Tuberc., 2016, v.63, p.1

7. Аксенова К.И. Проблемы туберкулеза в тюрьмах //Туберкулез и болезни легких, 2012, № 5, с. 53-57

8. Кононец А.С., Троицкий В.В., Сидорова С.В. и др. Контроль над туберкулезом в уголовно-исправительной системе / Туберкулез в Российской Федерации. М., 2009, с. 91-99

9. Ayala G. Trends in tuberculosis notification and treatment outcomes in prison: a country-wide assessment in EL Salvador from 2009-2014 / Rev Panam Salud Publica. 2016

10.Корецкая Н.М., Элярт В.Ф., Левина Е.Б., Стыка О.Ю. Впервые выявленный туберкулез в пенитенциарной и гражданской системах здравоохранения Красноярского края // Сибирский медицинский журнал, 2014, № 5, с.89-92

11.Сулейманов М.Ю., Агаев Ф.Ф., Мехтиев Р.И. Распространенность резистентного туберкулеза в пенитенциарных учреждениях // Saglamlıq, 2014, № 2, s. 11-16

12.Селиванов Б.С. Оценка гигиенических условий содержания осужденных, больных туберкулезом в лечебных исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы // Здоровье населения и среда обитания, 2008, №11, с. 29-32

13.Селиванов Б.С. Оценка гигиенических условий содержания осужденных больных туберкулезом в лечебных исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы // Здоровье населения и среда обитания, 2008, № 11, с. 29-32

14.Sarang A. Platt L. Prison as a source of tuberculosis in Russia // Int J Prison Health, 2016, v.12, p. 1

15.Никитин А.В., Волков Д.Н., Сексимушкина Е.С. Организация деятельности бактериологической лаборатории по диагностике туберкулеза в условиях пенитенциарных учреждений Республики Татарстан / Материалы П конгресса национальной ассоциации фтизиатров. СПб, 2013, с. 81-82

16.Waisbord S. Participatory communication for tuberculosis control in prison in Bolivia // Ecuador and Paraguay, 2010, v.27, p. 168

Xülasə

Standart rejimdə kimyəviterapiya alan vərəmli məhbuslarda müalicənin effektivliyi

M.Y.Süleymanov

Tərəfimizdən standart rejimdə kimyəvi terapiya alan 196 vərəmli məhbus tədqiq edilmişdir. Əsas qrup müraciətetmə tezliyinə daha yüksək göstərici olmuşdur. Sonuncu flüoroqrafiyadan sonra 2-3 və 3-4 ay sonra müraciət etmişlər ki, bu da 27,6% və 40,0% təşkil etmişdir. Nəzarət qrupunda xəstələrin böyük əksəriyyəti-69,5%-də bir paydan çox, digərlərində (53,5%) yarıdan çox hissədə vərəmlə zədələnmə olmuşdur, nəzarət qrupunda isə (56,5%) 1-2 seqmenti əhatə etmişdir. Əsas qrupda dağılmış boşluğun ölçüsü 67,1% halda 2 sm-dən, 32,9%- 4 sm-dən çox olmuşdur. Nəzarət qrupunda 95,1% bu ölçü 4 sm-dən çox olmamışdır. Əsas qrup xəstələrdə ağciyər toxumasının infiltrativ və dessimminə olunmuş proseslərdə dağılma və destruksiya, müvafiq olaraq 63,3% və 70,8%, nəzarət qrupunda isə 84,2% və 81,8% müşahidə edilmişdir. Əsas qrupda 36,7% və 29,2% halda, nəzarət qrupunda 15,8% və 18,2% formalaşmış kaverna aşkar edilmişdir. Əsas qrupda vərəmli prosesin yayılma dərəcəsindən asılı olaraq dağılma boşluqları 2,4 və 6-cı aylarında sonlarında 8,6%,43,8% və 88,6% halda bağlandığı halda, nəzarət qrupunda müvafiq olaraq 41,1%,31,8% və 27,1% başlanmışdır. Əsas qrupda ölçüsündən asılı olaraq 2,4 və 6-cı aylarda 18,3%, 22,0% və 45,1% bağlandığı halda, nəzarət qrupunda müvafiq olaraq 43,9%, 26,8% və 29,3% bağlanmışdır. Əsas qrupda infiltrativ ağciyər vərəmi olan xəstələrdə standart rejimdə kimyəvi terapiyadan 2,4 və 6 ay sonra dağılma boşluqlarının bağlanması 12,2%, 36,8% və 38,8% olmuş və ümumilikdə 87,8% təşkil etmişdir, nəzarət qrupunda daha sürətli olmuş 31,6%, 52,6% və 15,8% olmuşdur. Dessiminə olunmuş formalı ağciyər vərəmi olan xəstələrdə müalicədən 2,4 və 6 ay sonra 8,3%,29,2% və 50,0% dağılmış boşluğun bağlanması qeydə alınmışdır, 6-cı ayın sonunda 87,5% təşkil edmişdir, nəzarət qrupunda isə 13,6%,50,0% və 36,4% təşkil etmiş, bütün xəstələrdə qeydə alınmışdır.

Summary

Effectiveness of treatment of condemned patients with tuberculosis of lungs in the standard chemotherapy regime

M.Y. Suleymanov

We have studied the effectiveness of treatment of 190 convicts with pulmonary tuberculosis under the influence of the standard chemotherapy regimen. In the main group of patients in whom the disease was identified by the appeal, the greatest number of cases was detected after 2-3 and 3-4 months of the last fluorographic examination, which amounted to 27.6% and 40.0%, respectively. In the control group, in the overwhelming majority of patients - 60.0% - tuberculosis during fluorographic examination was detected after 6-7 months. In patients of the main group, the prevalence of tuberculosis affected 69.5% of more than one share, and more than half of the patients (53.5%) had bilateral lung lesions, while in the majority of patients (56.5%) the control group included 1-2 segments. The size of cavities of crucibles in patients of the main group exceeded 2 cm in 67.1% cases, and more than 4 cm - in 32.9%. In the control group, in 95.1% of patients, the dimensions of the decay cavities did not exceed 4 cm. In patients of the main group with infiltrative and disseminated processes, disintegration and destruction of lung tissue was observed in 63.3% and 70.8%, respectively, in the control group - 84 , 2% and 81.8%. The emerging cavern in the main group was found in 36.7% and 29.2% of cases, while in the control group it was only 15.8% and 18.2%, respectively. If in the main group of patients, depending on the prevalence of the tuberculosis process, by the end of the 2nd, 4th and 6th months of treatment, the decay cavities were closed only in 8.6%, 43.8% and 88.6% of cases, then in The control group, respectively, in 41.1%, 31.8% and 27.1%. The closure of the decay cavities depending on their size in the main group of patients was observed at 2, 4 and 6 months of treatment in the following percentages - 18.3%, 22.0% and 45.1%, whereas in the control group the same ratios were significantly Differed and amounted to 43.9%, 26.8% and 29.3%. In patients with infiltrative pulmonary tuberculosis of the main group at 2.4 and 6 months of the standard chemotherapy regimen, the closure of the decay cavities was observed in 12.2%, 36.8% and 38.8% of cases, which together amounted to 87.8% of the case, then To the control group, the same periods of closure of the decay cavities were much faster - 31.6%, 52.6% and 15.8% - and in all patients observed in this group. With the disseminated form of pulmonary tuberculosis in the main group, the closure of the decay cavities after 2.4 and 6 months of treatment occurred in 8.3%, 29.2% and 50.0% of cases respectively, which by the end of the end of the 6 month treatment was 87.5% , Whereas in the control group for this period of treatment, respectively, in 13.6%, 50.0% and 36.4% of cases, that is, in all of the patients we observe.

Daxil olub: 23.01.2017

DÜZ BAĞIRSAĞIN BƏD XASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİNDƏ TOTAL MEZOREKTAL EKSİZİYANIN MÜALİCƏNİN NƏTİCƏLƏRİNƏ TƏSİRİ

E.H.Əzimov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: bədxassəli şiş, mezorektal fassiya, lokal residiv
Ключевые слова: злокачественная опухоль, мезоректальная фасция, локальный рецидив
Key words: malignant tumor, mesorectal fascia, local recurrence

Düz bağırsağı çevrələyən və mezorektum adlandırılan və içərisində limfatik düyünləri və damarları saxlayan piy toxuması onkoloji baxımından müstəsna əhəmiyyətə malikdir [1,2,3]. Bu piy toxuması xüsusi fassiya ilə əhatə olunaraq şiş hüceyrələrinin mezorektumdan kənara çıxmasını əngəlləyir [4,5,6]. Orta və aşağı səviyyəli rektum törəmələrində mezorektumun xüsusi fassiya ilə birlikdə bir bütöv olaraq çıxarılmasına total mezorektal eksiziya (TME) deyilir [2,7,8,9,10,11].

Düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində icra edilən mezorektal eksiziya əməliyyatlarından sonra lokal residiv baxımından ən önəmli faktor dairəvi rezeksiya sərhəddidir [5,12,13]. Onkoloji prinsiplərə dayanaraq total mezorektal eksiziya ilə lokal residivləri minimuma endirmək mümkündür [14,15]. Orta və alt rektum törəmələrində şişin intramuzol sərhəddindən 4-5sm distala doğru şatellit şəklində mezorektum içərisinə implantantlar olduğundan mezorektumun bir bütöv olaraq çıxarılmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Əgər mezorektal fassiya zədələnərsə yaxud bütöv olaraq çıxarılmazsa qısa zamanda lokal residivin baş verməsi qaçılmaz olacaqdır [16,17,18].

Aparılan cərrahi əməliyyat texnikasının müalicənin nəticələrə təsiri çoxsaylı tədqiqatlarda öz təsdiqini tapmışdır [62,7,11,15,17,19]. Əl ilə küt üsula mezorektumun çıxarılması mezorektal fassiyanın hər zaman zədələnməsinə və lokal residivlərə gətirib çıxarır (25%). Tədqiqatın bu hissəsində orta və alt rektum törəmələrində icra edilən total mezorektal eksiziyanın müalicənin nəticələrinə təsiri araşdırılmışdır.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat isə düz bağırsağın bəd xassəli törəməsi diaqnozu qoyulmuş 103 xəstənin müalicələrinin nəticəsinə əsasən aparılmışdır. Müşahidəmiz altında olan xəstələrdən 57-də törəmə orta və aşağı rektumda yerləşmiş bütün xəstələrdə total mezorektal eksiziya aparılmışdır. Bu xəstələrdən 19-da yüksək differensasiyalı, 24-də orta differensasiyalı 14-də isə aşağı differensasiyalı adenokarsinoma aşkar edilmişdir. 2 xəstədə törəmə $T_1N_0M_0$ mərhələsində, 2 xəstədə $T_1N_1M_0$ mərhələsində, 8 xəstədə $T_2N_0M_0$ mərhələsində, 6 xəstədə $T_2N_1M_0$ mərhələsində, 4xəstədə $T_2N_2M_0$ mərhələsində, 13 xəstədə isə $T_3N_0M_0$, 11 xəstədə $T_3N_1M_0$ mərhələsində, 6 xəstədə $T_4N_1M_0$ mərhələsində, 5 xəstədə isə $T_4N_2M_0$ mərhələsində olmuşdur. $T_1N_0M_0$ xəstələrdən başqa bütün xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl radiokimya terapiyası verilmiş, 18,6% xəstə neoadyuvand terapiya tam cavab vermiş, 69.7% xəstə hissəvi, 11.6% xəstə isə (radiorezistend) cavab verməmişdir.

Tədqiqatın nəticəsi və müzakirəsi. Total mezorektal eksiziyaya məruz qalacaq xəstələrdə əməliyyatda ya stoma qoymaqla, ya təkcə kolorektal anastomaz qoymaqla, ya da yanaşı olaraq preventiv ikilüləli ileostoma qoymaqla başa çatdırılır. Seçilmiş xəstə qrupunda biz bütün hallarda kolorektal anastamoz və ikilüləli ileostomanın qoyulması ilə əmliyyatları başa çatdırmışıq. Hesab edirik ki, ikilüləli ileostomanın qoyulması anastamoz tikişləri tutmazlığı baxımından xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Əməliyyatları birmomentli olaraq başa çatdırmaq böyük risk olardı. Total mezorektal eksizisiyaya məruz qalmış xəstələri biz 3qrupa ayırmışıq;

1) Aşkar zədələnmə qeyd edilmiş xəstələr (9 xəstə)
2) Şübhəli xəstələr 13xəstə
3) Zədələnmə olmayan xəstələr 33xəstə

Nəticələr makroskopik- vizual, histoloji və əməliyyatdan sonrakı dövrün xüsusi protokollarla izlənməsi əsasında araşdırılmışdır. Cinsi, sidik yolları və bağırsaq funksiyalarını qorumaq üçün sinir qoruyucu texnikadan böyük uğurla istifadə edilmişdir.

Cədvəl 1

Mezorektal fasisiyanın zədələnmə xarakterinə görə xəstələrin qruplaşdırılması

Törəmənin yeri	Zədələmənin xarakteri		
	Aşkar zədələnmə (n=9)	Şübhəli zədələnmə (n=13)	Zədələnmə olmayan (n=33)
Orta rektum	2	3	14
Alt rektum	7	10	19

Mezorektal fasisiyanın zədələnmə xarakterini müalicənin nəticələrinə təsiri müşahidənin ilk 23 ay ərzində meydana çıxmış lokal residivlərin baş vermə tezliyinə əsasən qiymətləndirilmişdir. Biz mezorektumektomiyanın şəxsi təcrübəmizdə aşağıdakı metodika üzrə aparmışıq: Məlum metodika ilə aşağı müsariqə arteriyası və venası bağlandıqdan sonra enən çəmbər bağırsağın transeksiyası həyata keçirilir. Bundan sonra pelvik disseksiyaya keçirilir. Mezorektal disseksiya üçün düzgün sahəyə daxil olmaq çox önemlidir. Yuxarı düz bağırsaq arteriyasının altı ilə Valdeyr fasisiyanın önü ilə damarsız olan arxa nahiyədən diseksiya edilir. Bütün hallarda diseksiya kəskin olaraq həyata keçirilməlidir. Bu məqsədlə biz davamlı olaraq liqaşurdan istifadə edirik. Çanaq peritonu açılan zaman hipoqastrik sinirlərin zədələnməməsinə önəm göstərilməlidir. Daha sonra rektum önə doğru çəkilərək avaskulyar zonada disseksiya davam etdirilir. Bu mərhələdə rektal fassiyanın zədələnmə ehtimalı daha azdır. Biz iki halda zədələnmə aşkar etmişik. Ən təhlükəli məqam sakral fassiayanın deşilməsi və sakral qanaxmadır. Müşahidəmizdə bu halla bir dəfə rast gəlmişik və qanaxma əzələ tikəsi üzərində kouqulyasiya ilə dayandırılmışdır. Biz arxa disseksiyanın mümkün olan bütün hallarda qansız icra edilməsinin tərəfdarıyıq. Kiçicik qanaxma areolar toxumaya imbilbisiya olaraq toxuma differensasiyasını çətinləşdirir və sinir zədələnmə ehtimalını artırır. Arxa disseksiyanı qurtardıqdan sonra biz peritoneal büküşün önündən peritonu kəsib daha sonra yan tərəfdən disseksiyasını davam etdirməyi tövsiyyə edirik.

Disseksiyaya başladığımız ilk əməliyyatlarda biz öndən laterala doğru gedirdik. Bu zaman çox hallarda mezorektal fassiyanı zədələnməsi ilə qarşılaşdıq və ən çox zədələnmə məhz ön yan tərəfdə qeydə alınmışdır (7xəstədə). Təcrübəmiz artdıqca biz disseksiyanı yandan önə etməyi daha məqsədə uyğun hesab etdik və hal-hazırda bu metodikadan istifadə edirik. Bir nüansı yadda saxlamaq lazımdır ki, hər addımda mezorektal fassiyanın zədələnmə ehtimalı var və bu fəsad cərrahın bütün zəhmətinin minimuma enməsinə gətirib çıxara bilər. Həddən artıq traksiya sinir zədələnməsini artıra bilər.

Sonda biz ən çətin disseksiya olan ön disseksiyanı edirik. Düz bağırsağın ön divarı, sidik kisəsinin arxa divarı, prostat vəz, toxum kisəlikləri, uşalıq yolunun arxa divarı eyni embroloji toxumadan inkişaf etdiyindən disseksiya sərhəddinin müəyyən etmək olduqca çətinləşir. Kişilərdə toxum kisəcikləri səviyyəsində mezorektal fasiyanın önündə Denonvilya fasiyası yerləşir. Qadınlarda bu fassiya çox zəifdir. Biz disseksasiyanın törəmənin yerindən aslı olmayaraq Denonvilya fassiyasiyasının önündən etməyi tövsiyyə edirik. Ön disseksiya aparan zaman 5 halda fassiya propriyanın zədələnməsi bir halda isə uşağlıq yolunun arxa divarının açılması müşahidə edilmişdir. Son illərdə apardığımız əməliyyatlarda bu cür zədələnmələr praktiki olaraq müşahidə edilməmişdir. Denonvilya fassiyası ön tərəfdə şişin yayılmasının qarşısını alan bir bariyerdir. Daha distalda prostat vəzi səviyyəsində bu fassiya açılır (sinir elementlərinin qorumaq məqsədi ilə) və disseksiya Denonvilya fassiyasının arxasından davam etdirilir. T_4 mərhələsində olan 4 halda biz onkoloji radikallıq baxımından burada yerləşən damar-sinir elementlərini məcburi olaraq kəsərək şiş materialına daxil etmişik. 2 halda histerektomiya səbəbindən ön disseksiya icra etmək mümkün olmadığından uşaqlıq yolunun arxa divarı açılmış və disseksiya uşaqlıq yolu mənfəzindən aparılmışdır. Hesab edirik ki, çətin həyata keçirilən ön disseksiya zamanı düz bağırsağın ön divarında deşilmə ehtimalı var, qeyd olunan hal isə şiş hüceyrələrinin implantasiyasına səbəb ola bilər.

Bütün hallarda yan bağları liqaşurla bağlamışıq. Disseksiya qurtardıqdan sonra düz bağırsağın transeksiyası həyata keçirilir. Bu zaman biz iki metodikadan istifadə etmişik. I. Dönə bilən linear steplerlə (40 xəstə). II. Sıxıcıların arasındakı (17 xəstə).

I halda şişin transeksiya zamanı implantasiyası minimuma enir və proseduranı həyata keçirmək asandır. II halda isə uc-uca yerləşdirilmiş sıxıcıların altındakı polidiaksanon sapla fasiləsiz olaraq tikilir və sıxıcıların altından düz bağırsaq transeksiya olunur. Bu cür metodikadan istifadə bir tərəfdən şiş hüceyrələrinin implantasiyasının qarşısını alır, digər tərəfdən selikli qişanın qaçması ilə baş verə biləcək qanaxmaların qarşısı alınır.

Törəmənin distal kənarından 1sm məsafənin saxlanması düzgün (onkoloji baxımdan) transeksiya etmək üçün kifayət edir. Düzgün mezorektal eksiziyanı göstərən makroskopik vizual əlamətlər ikidir:

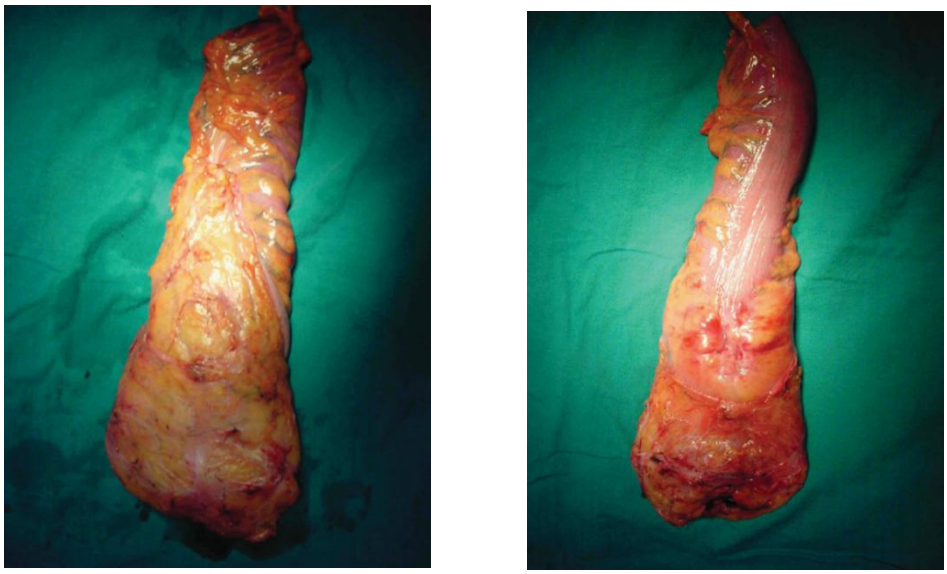
1) Mezorektal fassiyanı parlak səthi

2) "bilobulyar lipoma" görüntüsü.

Əgər mezorektumun disseksiya səthi parlak, düzgün, defektsizdirsə deməli mezorektal eksiziya ideal həyata keçirilmişdir (şək.2). Bir nüansı yadda saxlamaq lazımdır ki, düz bağırsaq heç bir halda açılmamalıdır. Əks halda patoloq tərəfindən dairəvi cərrahi sərhəd qiymətləndirilə bilməz. Əgər bağırsağın mənfəzinə cərrah baxmaq istəyirsə bu patologla birlikdə edilməlidir. Çevrəsəl cərrahi sərhədi müəyyən etmək üçün xüsusi boya material boyanır və 1sm məsafə ilə dilimlənir. Boyanmış mezerektal fassiya ilə törəmə arasındakı məsafə ölçülür. Bu haqda alınmış nəticələr növbəti məqalədə veriləcəkdir. Apardığımız tədqiqatlar göstərir ki, total mezorektal eksiziya ideal aparılmş xəstələrdə (23) lokal residiv minimuma enir.

23 aylıq müşahidə müddətində bu qrup xəstələrdə residiv qeyd edilməmişdir. Mezrektal fassiya aşkar zədələnmiş bütün xəstələrdə və şübhə olan 2xəstədə ilk 23ayda lokal residivlər qeydə alınmışdır (17.5%). Konvansiond cərrahiyyə aparılan xəstələrdə lokal residiv 25%-dir. Təcrübə göstərir ki, zaman keçdikcə cərrahi texnikanın təkmilləşdirilməsi, vərdişlərin möhkəmlənməsi və cərrahın təcrübəsinin artması lokal residivlərin də azalmasına gətirib çıxarır. Total mezorektal eksiziya texnikasının tətbiqi 5illik sağqalım anlamlı şəkildə artırmışdır (72%). Konvasional cərrahi texnika tətbiq edilən xəstələrdə müvafiq göstərici 55%-dir.

.



Şək. 2. Total mezorektal eksiziya

Total mezorektal eksiziya zamanı ən çox rast gəlinən yalnışlıq konizasiya və mezorektum içinə girilərək hüceyrə depozitlərinin implantasiyasıdır. Müşahidələrdə 3halda total olaraq ön yan tərəfin mezorektuma girilmiş xəstələrdə hər 3-də ilk 12ayda lokal residiv qeyd olunmuşdur. Bu xətanın başlıca səbəbi cərrahın törəmənin makroskopik yerinə görə disseksiya planın müəyyən etməsidir. Konizasiya zamanı fassiya propria dəlinir və mezorektum içərisində olan satellit şiş hüceyrələr kənara sıçrayır və nəticədə lokal residivlər meydana çıxır. TME həyata keçirən zaman traksiya və kontrtraksiya edilərək görərək kəskin üsulla disseksiya yerinə yetirilməlidir. Həddən artıq traksiya buradan keçən sinirlərin dartılmasına və qopmasına səbəb olur. 2 halda biz sinir zədələnməsini mexanik zədələnmə ilə əlaqələndirmişik (çünki sinir monitorizasiyası zamanı sinir tamlığı vardır, xəstələrdən birində eyakulyasiyon pozulması, digərində isə sidik kisəsinin disfunksiyası qeydə alınmışdır). Total mezorektal eksiziya zamanı ön peritoneal büküşün tamam çıxarılması onkoloji baxımdan çox önəmlidir. Biz bütün hallarda peritoneal büküşü tam çıxartmışıq. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi 18.6% halda lokal residiv qeydə alınmışdır. 1halda lokal residiv anastamozdan ön tərəfdə (prostat nahiyyəsində) qalan hallarda isə presakral zonada meydan çıxmışdr. Bütün yuxarıdakıları nəzərə alaraq hesab edirik ki, total mezorektal eksiziya aparan zaman aşağıdakılar mütləq nəzərə alınmalıdır.

1. Perimezorektal avaskulyar zonada bir başa görərək qayçı yaxud liqaşurla (kauter) kəskin disseksiya həyata keçirilmişdir.
2. Makroskopik olaraq çıxarılmış materialda düz bağırsağı əhatə edən fassiya zədələnməməsinə önəm göstərilməlidir.
3. Cinsi, sidik yolları və bağırsaq funksiyalarını qorumaq üçün sinir qoruyucu cərrahi texnikalardan istifadə edilməli, sinir kələfləri mümkün olan bütün hallarda görərək qorunmalıdır.
4. Radikal icra edilmiş total mezorektal eksiziya hesabına sfinkter qoruyucu cərrahiyənin anlamı kifayət qədər artmaqdadır.
5. Düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrinin yayılması visseral fassiyaya doğrudur. Bu fassiya şiş hüceyrələrinin yayılmasının qarşısını alan başlıca baryerdir. Əgər törəmə bu fassiyanı keçərsə irəli düz bağırsaq törəməsi hesab olunur.
6. Xüsusi fassiyanın zədələnməsi və perforasiyası şiş hüceyrələrinin pelvik boşluğa tökülməsinə səbəb olur. Bu cür hal patoloji qiymətləndirmədə çevrəsəl rezeksiya sərhədi pozitivliyi kimi qiymətləndirilir.
7. Orta və alt rektum törəmələrində mezorektum içərisində sotellit şəklində şiş hüceyrə implantlarının ola biləcəyi unutulmamalıdır. Bu implantlar yalnız total mezorektal eksiziya ilə təmizlənə bilər.
8. Düzgün icra edilməyən mezorektal eksiziya lokal residivlərin başlıca səbəbkarıdır.

Beləliklə düz bağırsağın orta və aşağı hissəsində yerləşmiş bəd xassəli törəmələrində düzgün icra edilmiş mezorektal eksiziya (TME) bu cür patologiyaların kompleks müalicəsində yeganə və düzgün müalicə üsuludur.

Nəticə:

1. Total mezorektal eksiziya orta və aşağı rektal bəd xassəli törəmələrdə yeganə və düzgün müalicə metodudur.
2. Düzgün icra edilmiş mezorektal eksiziya lokal residivlərin qarşısını alan effektiv bir üsuldur (18.6%).
3. Bütün səthi parlaq və bilobular lipoma görünüşü düzgün icra edilmiş mezorektal eksiziyanın əsas vizual-makroskopik əlamətidir.
4. Avaskulyar sahədə görərək kəskin üsulla icra edilmiş mezorektal eksiziya total mezorektumektomiyanın ən əsas texniki manevridir.
5. Törəmənin yeri və ölçüsü mezorektal fassiyanın zədələnməsi ehtimalını artıran vacib nüanslardandır.
6. Düz bağırsaq xərçənginin müalicəsi ilə məşğul olan hər bir cərrah kompleks müalicənin (neoadyuvand radiokimyaterapiya) tərkibində total mezerektum ekiziyanın texnikasını mükəmməl olaraq mənimsəməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Аркасов С.И., Запольский А.Т. Остался ли места для единого лопароскопического доступа в хирургии толстой кишки? // Хирургия, 2015, № 12, с.80-86
2. Расулов А.О., Мамедли З.З., Джумбаев Х.Э. Мезоректумэктомия в лечении рака прямой кишки: лапароскопическая или трансанальная? // Хирургия, 2016, № 5, с.37-45
3. Clausen N. Wallosch eck T, Moritz A. How to optimize autonomic new. Preservation in total mesorektal exicision : Clinical topography and morphology of pelvie nerves and fasciac // World J.Surg., 2008, v.32, p.1768-1775.
4. Баширов С.Р., Тихонов В.Н., Трифонов М.Н. Проктэктомия при низком раке прямой кишки с восстановлением сфинктера, леватора и резервуара в промежностном отделе низведенной кишки // Хирургия, 2016, № 3, с.45-51
5. Глумов Е.Э., Велиев К.С., Завгородняя Р.Н. Сравнительное исследование травматичности открытой и лопараскопической мануальна ассистированной передней резекции прямой кишки. Вестник хирургии, № 1, 2015, с. 52-59
6. Nir Wasserberg. Resection margins in modern rectal cancer surgery //J.Surg Oncol., 2008, v.98, p.611-615/
7. Мастеренко Н.А., Хватов А.А., Сазонов А.А. Превентивная колостомия в плановом хирургическом лечении больных раком прямой кишки // Вестник хирургии, 2015, № 4, с.24-30
8. Скипенко О.Г., Тетренко К.Н., Багмет Н.Н. и др. Радигастотная абляция в комбинированном лечении метастатического колеректального рака печени // Хирургия, 2016, № 12, с.4-19
9. Hange MM, Rutten H.J., Vande Velde C.J. One hundred years of curative surgery for rectal cancer // Sur J Surg Oncol., 2009, v.35, p.456-463
10. Nelson H., Petrelli N., Corlin A. Et all. Cuidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery // J Nall. Cancer İnst., 2001, v.93, p.583-596.
11. Shirovzu K., Ogota Y., Araki Y. Oncologic and functional result of total mezorectal excion and autonomic nervepreserving operation for advanced lower rectal cance // Dis colon Rectum., 2004, v.47, p.1442-1447.
12. Asoglu O., Matlim T., Koronlik H. Et all. Impact of laporoscopik surgery on bladder and sexual function after total mesorectal excion for rectal cancer surg // Endosc.. 2009, v.23, p.296-303.
13. Heald R.J., Moran B.J. Brown G. et al. Optimal total mesorectal excision for rectal cancer is by dissection in front of Denonvilliers fasia // British Journal of surgery, 2004, v.91, p.121-123.
14. Захаренко А.А., Суров Д.А., Сапелкин А.В. и др. Этапное хирургическое лечение больного с осложненным место распространенным раком сигмовидной кишки // Вестник хирургии, 2015, №1, с.67-71
15. Enker WE. Mesorectal excision (TME) in the operative treatment of rectal cancer // Int J.Surg. Investing., 1999, v.1, p.253-255.
16. Шелигин Ю.А., Бутуев А.С., Пукинов Д.Ю. и др. Анастомоз «бок в конец» при низких передней резекциях прямой кишки // Вестник хирургии, 2015, №2, с.42-47
17. Havery J.C., Hopez-Kostner F., Palley R.J., et all. Treatment of evlon and rectal // Cancer. Surg Clin North Am., 2000, v.80, p.535-569.

18. Kim JC. Takahashi K. Yu CS et all. Comparative outcome between chemoradiotherapy and lateral plevic lymph node dissection following total mesorectal excision in rectal cancer // Ann Surg., 2007, v.246 p.754-762.
19. Захаренко А.А., Семиглазов В.В., Канаев С.В. Латеральные метастазирование при раке прямой кишки // Вестник хирургии, 2015, № 3, с.103-108

Резюме

Результаты мезоректальной эксцизии, выполненных при злокачественных новообразованиях прямой кишки.

Э.Азимов

Правильно проведенная ТМЭ при злокачественных опухолях прямой кишки является самым важным лечебным методом, предотвращающим местные рецидивы. Применение радиохимиотерапии перед операцией ТМЭ достаточно снижает местные рецидивы (соответственно 25% и 18,6%). Самым важным маневром при ТМЭ считается соблюдение анатомии фасции и проведение бескровной диссекции. Нарушение целостности фасции проприи создает условие для имплантации клеток опухоли в тазовую полость и возникновению местных рецидивов в первые 23 месяца наблюдения. Таким образом, проведение ТМЭ без повреждения фасции проприи снижает местные рецидивы и является гарантом длительного вывздоровления.

Abstract

Results mesorectal excision performed in malignant tumors of the rectum.

E.H.Azimov

Correctly conducted TME in malignant tumors of the rectum is the most important method of treatment, which prevents local recurrence. Application of radiochemotherapy before surgery TME decreases local recurrence (25% and 18.6%). The most important maneuver at TME is considered abidance fascia anatomy and conduct bloodless dissection. Violation of the integrity of the fascia propria create conditions for the implantation of tumor cells into the pelvic cavity and the appearance of local recurrence in the first 23 months of observation. So, the conduct of TME without damage to the fascia propria reduces local recurrence and is a guarantee of long-term recovery.

Daxil olub: 03.02.2017

PNEVMONYALI HƏRBİ QULLUQÇULARDA İLTİHAB REAKSİYASININ BİOLOJİ MARKERLƏRİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

N.Fərəcova, P.S.Məmmədov, F.V.Şirinova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: pnevmoniya, hərbi qulluqçular, iltihabi reaksiya, bioloji markerlər
Ключевые слова: пневмония, военные, воспалительная реакция, биологические маркеры
Keywords: pneumonia, military, inflammatory reaction, biological markers

Toxumaların iltihabı və zədələnməsi orqanizmin kəskinfazalı reaksiyası kimi məlum olan spesifik reaksiyasına gətirib çıxarır. Hal-hazırda iltihab prosesləri zamanı konsentrasiyası artan 30-dan artıq kəskinfazalı reagent təsvir edilmişdir. Onlar arasında S-reaktiv zülal (SRZ), prokalsitonin (PKT), qaptoqlobin, seruloplazmin, fibrinoqen, şişin alfa nekroz faktoru (TNR-a), interleykinlər (İL-6, İL-8) və s. Zülalın kəskin iltihab fazası geyri spesifikliyi ilə xarakterizə olunur (iltihabin ilkin səbəbinə rəğmən), amma bu zaman xəstəliyin ağırlığı qanın qatılığına yüksək həssaslıq nümayiş etdirir bu da onun diaqnostik və proqnostik dəyərini artırır. Daha geniş tədqiq olunmuş kəskinfazalı zülallardan biri SRZ-dır. Pnevmoniyalı xəstələrə baxış zamanı onun miqdar yaxud yarımmiqdar üsulu ilə təyin olunması istənilən tibb müəssisəsində mümkündür. 1930-cu ildə tədqiqatçılar Tillet və Frankesin pnevmokokklu pnevmoniyalı xəstələrdə aşkarladıqları SRZ öz adını kalsi ionlarının iştirakı ilə pnevmokokların, polisaxaridlərin çöküntü reaksiyasına girmək bacarığına görə almışdır [1]. Sonralar ötən əsrin 40-cı illərində SRZ öyrənilməsi prosesində iltihabın kəskin fazasında, müxtəlif lokallı infeksiyalı iltihab xəstəliklərində, həçinin, travmalarda, yanıqlarda, əməliyyatdan sonrakı müddətdə onun konsentrasiyasının artması müşahidə olunurdu (ilk 4-6 saatda). Bu da onu qyri spesifik iltihabın kəskin fazasının həssas zülalı hesab etməyə imkan verirdi [2]. SRZ pentraksinlərin plazma zülalları ailəsinə aid a_2-qlobulindir. Onun molekulunda bir biri ilə dairəvi simmetrik quruluşla bağlı 5 eyni vahid var [3]. Qepatositlər tərəfindən SRZ yaradılması iltihab əleyhinə sitokinlərin nəzarəti altında

başlanır, əsasən İL-6, az miqdarda İL-1 və TNF-nın iltihaba və toxumaların zədələnməsinə cavab olaraq. Zərdabda onun konsentrasiyası 6 saat ərzində 5mq/l səviyyəsindən yuxarı qalxır, 48 saat ərzində isə maksimuma çatır. SRZ yaranma dövrü orta hesabla 19 saat təşkil edir və sağlam adamlarda da xəstəlik zamanı da dəyişməz olaraq qalır. Bu o deməkdir ki, zərdabda SRZ konsentrasiyası bütövlükdə onun sintezinin sürətindən asılıdır və patoloji prosesin intensivliyini əks etdirir. Iltihabın əks inkişafında dövr edən SRZ konsentrasiyası 4-9 saat ərzində sürətlə azalır [4].

Daha tez-tez istifadə edilən iltihab göstəriciləri ilə müqayisədə leykositlərin səviyyəsi və eritrositlərin çökmə sürəti, SRZ zərdab göstəricisi sutkalıq diurezdən, qida qəbulundan, anemiya/polisitemiyanın movcudluğundan, eritrositlərin formasından, zülal zərdablarının konsentrasiyasından asılı deyil və onu ekspress-diaqnostika rejimində istifadə etməyə imkan verir. Qara ciyər çatışmamazlığı hallarında SRZ hasilatı azalır [5]. Kişilərdə və qadınlarda SRZ səviyyəsi eynidir, yalnız hamiləliyin son mərhələsində onun konsentrasiyası əhəmiyyətsiz dərəcədə yüksəlir.

Sağlam şəxslərin qan zərdabında SRZ miqdarı 10q/l artıq olmur, medianası isə 0,8 mq/l təşkil edir [6]. SRZ konsentrasiyasının təyinetmə metodları bunlardır: radial immunodiffuziya, elektroimunnodifuziya, immunonefelometriya, immunoferment analizi, radioimmun analiz, lateks aqlyutinasiyasının yarımmiqdar üsulu. SRZ infeksiyalı patologiya ilə bağlı konsentrasiyasının qalxması 5-dən 500mq/l qədər intervalda yerləşir. Yüksəkhəssaslı üsulların istifadəsində təyinetmənin aşağı səddi 0,5mq/l təşkil edir.

Çoxsaylı tədqiqatlar pnevmoniya zamanı SRZ təyin olunmasının yüksək əhəmiyyətindən danışmağa imkan verir. Qeyd olunur ki, ondan istifadə diaqnostikanı yüngülləşdirilməsi ilə yanaşı pnevmoniya proqnozunun ağırlığının qiymətləndirilməsinə imkan verir. Müalicə fonunda onun azalması isə antibakterial terapiyanın yetərli və adekvat olmasını təstiqləyir [6,7].

Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, müxtəlif müəlliflərin məlumatına görə SRZ hədləri fərqlənir, bu da pasiyentlərin yaşının, cinsinin, pnevmoniyanın etiologiyasının və yanaşı xəstəliklərin fərqindən və SRZ təyinetmə üsullarının fərqliliyindən şərtlənir. Müəlliflərin çoxunun fikrinə görə, pnevmoniyada SRZ səviyyəsinin diaqnostik həddi 50mq/l artıq olmalıdır [2,8]. Pnevmoniya üçün spesifik olan sədd SRZ > 100mq/l şübhəli hallarda empirik antibakterial terapiyanın aparılasının vacibliyi məsələsini həll etməyə imkan verir [](2,10). Castro-Guardiola A. tədqiqatında göstərilir ki, SRZ > 100mq/l əhəmiyyəti pnevmoniyanın başqa xəstəliklərdən differensiasiyası üçün ən yaxşı marker kimi xidmət edir (həssaslıq 70%, spesifiklik 96%) (6). SRZ əhəmiyyəti pnevmoniyanın diaqnozu üçün praktiki olaraq istisna olunanda, Flanders S.A və həmmüəlliflərinin fikrincə < 11mq/l təşkil edir (həssaslıq 94%, spesifiklik 95%) [9,10].

Ağ ciyərin xroniki obstruktiv xəstəliyinin kəskinləşməsi zamanı, hansını ki mütləq pnevmoniyadan differensasiya etmək lazımdır, SRZ zərdab səviyyəsinin təyin olunması çox qiymətlidir. Pnevmoniyalı xəstələrin və ağ ciyərin xroniki obstruktiv xəstəliyi kəskinləşən pasiyentləri ayıran SRZ-nin əhəmiyyətinin həddi 33mq/l təşkil edir (həssaslıq 83%, spesifiklik 44%) (2). Ağ ciyərin xroniki obstruktiv xəstəliyi kəskinləşən xəstələrdə, bronxial astmada SRZ əhəmiyyəti > 48mq/l, 91% həssaslığa və 93% spesifikliyə malikdir və pnevmoniyalı xəstələri aşkarlamağa kömək edir [11].

Ağ ciyərin spesifik prosesində SRZ-nin zərdabının aşağı həddi, bir qayda olaraq, kliniki praktikada maraqlı faktdır. Young Ae Kang və həmmüəlliflərin tədqiqatları SRZ-nin (52,7mq/; p < 0,001) və PKT-nin (0,029mq/l; p < 0,001) pnevmoniyada və ağ ciyərin vərəmində böyük fərq göstərdi [12]. Beləliklə, SRZ həddi PKT həddi ilə yanaşı bu iki xəstəliyin differensial diaqnostikasında əlavə parametr kimi xidmət edə bilər.

Pnevmoniyanın etioloji diaqnostikası üçün SRZ əhəmiyyəti çoxdan tədqiq olunur, lakin müəlliflər pnevmoniyanın törədicilərinin təyinində fikir ayrılığına gəlirlər. Buna görə də praktik fəaliyyətdə viruslu və bakterial pnevmoniyanı fərqləndirmək üçün, həmçinin tipik və "atipik" floranı fərqləndirmək üçün Korppi M. və həmmüəllifləri tərəfindən tövsiyə edilmişdir [13]. 90-cı ıllərdə aparılan tədqiqatlar bakterial infeksiyalar zamanı SRZ 40 mq/l artıq olmasını göstərir və bu fikir başqa müəlliflər tərəfindən təsdiqlənir [14]. Lakin Garcia Vazques E. və həmmüəlliflərin tədqiqatlarında virus pnevmoniyasında SRZ 140mq/l təşkil edirdi, Lehtomaki K. və həmmüəlliflərində 50mq/l, Almirall J. və həmmüəlliflərinin tədqiqatında isə - 98mq/l [8,9,15]. Bununla belə, əvvəlcədən ağır "virus" pnevmoniyalarında SRZ variasiyası əksər hallarda qəribə görünmür. Həmçinin, ağır olmayan pnevmoniyalar arasında xüsusi çəkiyə malik olan "atipik" törədici mikroblar SRZ əhəmiyyətli variasiyalarını 60-dan 130mq/l qədər nümayiş etdirir [8,15].

Kruger və həmmüəllifləri, Espaca P.R. və həmmüəlliflərinin tədqiqatlarında ağır olmayan pnevmoniyalı pasiyentlərdə SRZ ən yüksək həddi, adətən, pnevmoniyada tipik mikroorqanizmlər aşkarlanmış pasiyentlərlə təyin edilir (Streptococcus pneumonia, Haemophilus pneumonia, Staphylococcus aureus və sə.), lakin onların "atipik" hallardan (C. pneumonia, M. pneumonia) və yaxud viruslu pnevmoniyadan fərqləndirmək mümkün olmadı.

Beləliklə, viruslara və "atipik" mikrob törədicilərinə münasibətdə SRZ yalnız etioloji diaqnostikanı tamamlaya bilər. Pnevmokokk və legionellez pnevmoniyaları isə SRZ yüksək həddi ilə korrelyasiya edir. Beləliklə, pnevmokokk etiologiyalı pnevmoniyalarda SRZ konsentrasiyası, bir qayda olaraq, 160mq/l-dən artıq olmur. Legionellez infeksiyası üçün bu göstərici daha yüksəkdir. Almirall J. və həmmüəlliflərinin tədqiqatlarında legionellez pnevmoniyasında SRZ həddi 178mq/l təşkil edirdi, Garcia Varques E. və həmmüəlliflərinin işlərində isə - 250mq/l [8,9].

SRZ həddi pnevmonik prosesin ağırlığı və onun proqnozu ilə korrelyasiya edir [6,16,17,18]. Bir sıra müəlliflərin fikrincə, hospitalizasiyaya göstəriş SRZ konsentrasiya həddi 100-110mq/l təşkil edir [19]. SRZ 150mq/l-dən yüksək əhəmiyyəti pnevmoniyanın ağır gedişinin əlverişsiz laborator əlaməti və intensiv antibakterial və dezintoksikasion terapiyanın aparılması üçün əlavə göstəriş kimi hesab etmək olar.

SRZ bu xüsusiyyəti yalnız daha intensiv terapiyanı tələb edən pasiyentləri aşkarlamağa deyil, həmçinin aparılan müalicənin effektliyini qiymətləndirməyə imkan verir. Hohenthall U. və həmmüəlliflərin göstəricilərinə görə SRZ >100mq/l konsentrasiyasının terapiyanın 4-cü sutkasına saxlanılması ağırlaşmaların inkişafına və qeyri effektiv terapiyaya şahidlik edir [19]. Smith R. və həmmüəlliflərinin tədqiqatlarında da keçirilən antibiotik terapiyanın fonunda SRZ zərdab həddinin artması ağırlaşmaların inkişafı və ölüm riskinin artması göstərilmişdir [20]. SRZ köməyi ilə antibakterial terapiyanın adekvat qiymətləndirilməsi 289 ağır pnevmoniyalı xəstələrin perspektiv tədqiqatında aparılmışdır [21]. SRZ həddi stasionara daxil olanda və hospitalizasiyanın 3-cü və 7-ci sutkasında ölçülürdü. "Start" antibakterial terapiyası 38,8% xəstələrə adekvat idi. Hospitalizasiyanın 3-cü sutkasına SRZ həddinin 60%-dən aşağı enməsi və 7-ci sutkasına 90%-dən aşağı enməsi antibakterial terapiyanın effektiv olmaması ilə əlaqəlidir. Beləliklə, pnevmoniyalı xəstələrdə SRZ həddinin normallaşmasının gecikməsi antibakterial terapiyanın adekvat olmadığının əksidir. Müalicəyə "cavab verməyən" pnevmoniya müxtəlif diaqnostik tədbirlərin, həmçinin, SRZ təyinini tələb edir. Ruis-Gonsalez A. və həmmüəlliflərin tədqiqatlarında əsil qeyri effektiv müalicənin müalicəyə ləng gələn cavabdan differensasiya etmək üçün SRZ xeyri qeyd olunur. SRZ həddi hospitalizasiyaya qəbul günü və 4-cü sutka təyin olunur. Pasiyentlərin 285-dən 78 (27,4%) vəziyyəti 4-cü sutkaya stabilləşmir. Onlardan 56-nın (19,7%) sağalması antibiotiki dəyişmədən baş verdi, 22-i xəstənin isə (7,7%) "start" empirik terapiyası modifikasiya edilmişdir. Müəlliflər tərəfindən həqiqi qeyri effektiv müalicəsi olan pasiyentləri seçmək üçün antibiotikterapiyanın 4-cü sutkasına SRZ konsentrasiyasının dinamikasını daxil edən alqoritm işlənib hazırlanmışdır [22].

Chalmers İ. və həmmüəlliflərinin tədqiqatlarında 570 pnevmoniyalı xəstə iştirak etmişdir ki, onlarda SRZ qəbulda və terapiyanın 4-cü sutkasında təyin etmişdilər. 30 günlük letallıq 9,6% təşkil etmişdir. SRZ hədləri 30 günlük letallığı istisna etmək üçün yüksək mənfilikdən xəbər verir (hədd < 10mq/l-100%; <50mq/l-99,1%; < 100mq/l-98,9%; < 200mq/l-94,9%). Qəbul zamanı SRZ zərdabının giriş həddi <100 olanda 30 günlük letal riski ilə asosiassiya edilmişdir. SRZ həddinin 4-cü sutkada enməsi < 50%, əksinə, 30 günlük letallıq riskini artırır [23]. Reanimasiya və intensiv terapiya şəraitində müalicə tələb edən ağır pnevmoniyalarda aparılan tədqiqatda SRZ həddinin 2 sutka ərzində enməsi 15,4% letallıqla asosassiya edilir. SRZ yüksək konsentrasiyasının saxlanılması isə 60,9% letallıqla müşahidə olunur [24]. Coelho İ. və həmmüəllifləri ağır pnevmoniyalı 53 xəstənin SRZ zərdabında konsentrasiyasını gündəlik təyin edirdilər. Hospitalizasiyanın 3-cü sutkasına SRZ səviyyəsinin ilkin səviyyədən 50% qalxması pis proqnozun markerinə çevrildi (həssaslıq 91%, spesifiklik 30%). SRZ dinamikasından asılı olaraq xəstələr 4 qrupa bölündü: sürətli cavab, yavaş cavab, ikifazalı cavab və cavabın olmaması. Tez cavabı olan xəstələr arasında sağalma - 96%, yavaş cavabla - 74%, ikifazalı cavabla - 67%, cavabsız - 0 ($p<0,001$) [25].

Pnevmoniyalı xəstələrin aparılmasında SRZ təyinolunması bir sıra beynəlxalq sənədlərdə reqlamentləşmişdir. Belə ki, Britaniya torakal cəmiyyətinin tövsiyyəsinə görə pnevmoniya səbəbindən stasionara yerləşdirilmiş əksər xəstələrdə SRZ konsentrasiyasını əvvəl və bir neçə gün sonra ölçmək lazımdır [26]. Bu xəstələrdə SRZ giriş əhəmiyyətinin > 100mq/l olması avropalı ekspertlər tərəfindən yaradılmış diaqnostik alqoritmin əsasına qoyulmuşdur [19]. Beləliklə, SRZ konsentrasiyası qalxarsa >100mq/l pnevmoniya diaqnozu (respirator infeksiyasının kliniki simptomları zamanı) daha çox mümkündür və təxirəsalınmaz antibakterial terapiya təyin edilməsini tələb edir. Əksinə, SRZ səviyyəsi< 20mq/l olarsa alternativ diaqnostik axtarışı mütləq edir (ağ ciyər arteriyasının tromboemboliyası, ürək çatışmamazlığı, xroniki bronxitin kəskinləşəsi və s.) [19].

Beləliklə, SRZ miqdar üsulu ilə təyin olunması pnevmoniyanın xəstəxanadan kənar effektli müalicəsinin qiymətli diaqnostika və monitorinq üsuludur. Qan zərdabında SRZ səviyyəsini analiz etmək üçün əlçatan laborator dəstlərin mövcudluğu o cümlədən ekspress- diaqnostika rejimində bu üsulu hərbi müalicəvi müəssisələrin praktiki fəaliyyətində daha geniş istifadə etməyə imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Tillet W.,Francis T. Serologikal reaction in pneumonia with a non-protein somatic fraction of Pneumococcus // J. Exp. Med., 1930, v.52, p.561-571

2. MacLeod C.M., Avery O.T. The occurrence during acute infections of a protein not normally present in the blood // J.Exp.Med., 1941, v.73 (2), p.183-190.

3. Hirschfield G.M., Pepys M.B. C-reaktive protein and cardiovascular disease, new insights from an old molecule.// Q. J. Med., 2003, v. 96(11), p. 793-807.

4. Young B. et a1. C-reaktive protein: a critical review // Pathology,1991, v.23, p. 118-124

5. Pepys M.B., Hirschfield G.M. C-reaktive protein: a critical update// J.Clin. Invest, 2003, v.111, p. 1895-1812.

6. Bauer S. Et al. C-reaktive protein to the diagnosis, prognosis and follow-up of community-acquired pneumonia // Rev.Med.Suisse., 2010, v.6(269), p. 2068-2070

7. Van der Meer V. et al. Diagnostik value of C-reaktive protein in infections of the lower respiratory tract; systematic rewiew.// BMJ, 2005, v. 331 (7507), p. 26.

8. Garcia Vazquez E. et al. C-reaktive protein levels in community-acquired pneumonia // Eur. Respir. J, 2003, v. 21, p.702-705.

9. Almirall J. et al. Contribution of C-reaktive protein to the diagnosis and assessment of severity of community-acquired pneumonia // Chest. pneumonia, 2004, v.125, p.1335-1342.

10.Flanders S.A. et al. Performance of a bedside C-reaktive protein testin the diagnosis of community-acquired pneumonia in adults with acute cough // Amer. I. Med., 2004, v. 116, p. 529-535.

11.Bafadhel M. et al. Procalcitonin and C-reaktive protein in hospitalized adult patients with community-acquired pneumonia // Chest., 2011, v.139(6), p. 1410-1418

12.Young Ae Kang et al. Role of C-reaktive protein and procalcitonin in differentiation of tuberculosis from bacterial community acquired pneumonia // Korean J. Intern. Med., 2009, v.24(4), p. 337-342.

13.McCarthy P.L. et al. Value of the C-reaktive protein test in the differentation of bacterial and viral pneumonia // J.Pediatr., 1978, v.92, p. 454-456.

14.Korppi M. et al. White blood cells, C-reaktive protein and erythrocyte sedimentation rate in pneumococcal pneumonia in children // Eur.Respir.J., 1997, v.10, p.1125-1129.

15.Lehtomaki K. Clinical diagnosis of pneumococcal, adenoviral, mycoplasmal and mixed pneumonias in young men // Eur.Respir.J., 1988, v.1, p. 324-329.

16.Agapakis D.I. et al. Coagulation and inflammation biomarkers may help predict the severity of community-acquired pneumonia // Respir., 2010, v. 15(5), p. 796-803.

Espana P. et al. Population Study of Pneumonia Group.Utility of two biomarkers for directing care among patients with non-severe community-acquired pneumonia // Eur.J.Clin.Microbiol.Infect.Dis., 2012., v. 31(12), p.3397-3405.

17.Kruger S. et al. Inflammatory parameters predict etiologic patterns but do not allow for individual prediction of etiology in patients with CAP // Respir.Res., 2009, v.10(1), p. 65.

Hohenthal U. et al. Utility of C-reaktive protein in assessing the disease severity and community-acquired pneumonia // Clin. Microbio1. Infect., 2009, v. 15(11), p. 1026-1032.

18.Smith R. C-reaktive protein in simple community-acquired pneumonia // Chest., 1995, v.107, p. 1028-1031.

19.Bruns et. al. Usefulness of consecutive C-reaktive protein measurements in follow-up of severe community-acquired pneumonia // Eur.Respir. J., 2008, v. 32, p. 726-732

20.Shine B. et al. Solid phase radioimmunoassay for human C-reaktive protein // Clin. Chim. Acta., 1981, v.117, p. 13-23

21.Chalmers.J. C-reaktive protein is an independent predictor of severity in community-acquired pneumonia //Am.J.Med., 2008, v. 121, p. 219-225.

22.Lobo S.M. et al. C-reaktive protein levels correlate with mortality and organ failure in critically ill patients // Chest., 2003, v. 123, p. 2043-2049.

23.Coelo L. et a1. Usefulness of C-reaktive protein in monitoring the severe community-acquired pneumonia clinical course // Crit. Care, 2007, v. 11 (4), p.92.

24.Castro-Guardiola A. et.al. Differential diagnosis between community-acquired pneumonia and non-pneumonia diseases of the chest in the emergence ward // Eur.J.Intern., 2000, v.11, p. 334-339.

25.Macfarlane J et al. Prospective study of the incidence, etiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community // Thorax, 2001, v. 56, p. 109-114.

26.Ruiz-Gonzalez A. et al. C-reaktive protein for discriminating treatment failure from slow responding

pneumonia // Eur.J.Int.Med., 2010, v.21, p. 548-552.

Резюме

Оценка влспалительных реакциц биологических маркеров у военных с пневмонией.

Н.Фараджева, П.С.Мамедов, Ф.В.Ширинова

Воспаление и повреждение тканей приводит к остройфазеной реакции организме. на данный момент известен больше 30 острфазных реагентов. в хэтой статье изучен вопрос влспалительных реакциц Биологических маркеров у военных с пневмонией.

Summary

Evaluation of the inflammatory responses of biological markers in the military with pneumonia.

N. Farajeva, P. S. Mamedov, F.V. Shirinova

Dysplasia and tissue damage leads to an acute phase-reaction of the body. At the moment more than 30 acute phase reagents are known. In this article the question of the inflammatory responses of BIOLOGICAL markers in the military with pneumonia has been studied.

Daxil olub: 06.02.2017

KƏSKİN KORONAR SİNDROMLU XƏSTƏLƏRDƏ TROMBOLİTİK TERAPİYA APARILAN VƏ APARILMAYAN HALLARDA EKQ GÖSTƏRICİLƏRİ VƏ TIMI AXININA GÖRƏ RİSKİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

R.İ.Cəfərov

Akad.C.Abdullayev adına Eımi-tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: metabolik sindrom, kəskin koronar sindrom, trombolitik terapiya, TİMİ, reperfuziya

Ключевые слова: метаболический синдром, острый коронарный синдром, тромболический синдром, TIMI, реперфузия

***Key words*:** metabolic syndrome, acut coronary syndrome,thrombolytic therapy, TIMI, reperfusion

Kəskin koronar sindromu (KKS) qiymətləndirmək,diaqnostika, proqnoz və müalicəsi üçün patofizioloji halları özündə birləşdirən və qanda biomarkerlərlə xarakterizə olunan ümumi topludan istifadə etmək vacibdir. ST seqmentinin qalxması olmayan kəskin koronar sindromun (STQO-KKS) diaqnozunun qoyulması və riskin qiymətləndirilməsi mümkün qədər tez icra edilməlidir/ Həyat üçün təhlükəli olan qeyri-kardial hallar STQO-KKS təqlid edə bildiyi üçün onların diaqnozu vaxtında müəyyənləşməlidir. STQO-KKS xəstələrin qiymətləndirilməsində sakit halda 12 aparmalı EKQ-nin çəkilməsi vacib diaqnostik üsuldur. ST qalxmasının davamlı olması (>20dəq) fərqli müalicə tələb edir [1].

EKQ-də ST-seqmenti və T dişində olan dəyişikliklər qeyri-sabit ÜİX-nin göstəricisidir. ST seqmentinin enməsi qeydə alınan aparmaların sayı və onunklinik əlamətləri işemiyanın yayılmasını və ağırlığını göstərir və proqnozla korrelyasiya edir. İki və daha artıq qonşu aparmalarda ST-nin>0,5 mm (0,05 mv) enməsi STQO KKS fikrinə yönəldir vəproqnoza təsir edir. Kiçik ST enməsinin (0,5 mm) klinik praktikada ölçülməsi çətin ola bilər. ST enməsinin >1 mm (0,1 mv) olması dahamühüm əhəmiyyətə malikdir və 1 il ərzində 11% halda Mİ və ölümilə müşayiət olunur. ST-seqmentinin >2 mm enməsi ölüm riskinin təqribən 6 dəfə çox olmasına səbəb olur. ST-seqmentinin enməsi, keçici ST qalxması ilə kombinasiyada yüksək riskmüəyyən edir.

TİMİ üzrə risk hesablamaları TİMİ-11B tədqiqatının populyasiyasından alınmışdır və TİMİ-11B və ESSENSE tədqiqatlarının xəstələri üzrə,həmçinin, Mayo klinik populyasiyasında, TİMİ-3 və Portuqaliya Registirlərində təsdiqlənmişdir. Müxtəlif risk qruplarında TİMİ risk hesablamaları ilə müalicənin effektliyi qiymətləndirilir. FRİSC hesablamaları eyni dəyişən kəmiyyətlərə əsaslanır və FRİSC-2 tədqiqatının 1 ildən sonrakı nəticələri əsasında işlənib hazırlanmışdır [2]. Bütün bu risklərin araşdırılması xəstələrin həyatında gələcək aqibətləri və düzgün müalicə strategiyasını seçməyə imkan yaradır.

TİMİ-3Bvə FRİSC-2tədqiqatlarından alınan məlumatlar göstərir ki, qeyri-sabit koronar sindromlu xəstələrin 30-38%-də bir damar, 44-59%-də isə çox damar xəstəliyi (koronar damarın 50%-dən çoxunun daralması) mövcuddur. Hal-hazırda qərb ölkələrində KKS-da revaskluyarizasiya üçün invaziv müdaxilə 14%-dən 53%-ə qədər təşkil edir. Nəticələr qiymətləndirildikdən sonra riskin stratifikasiyasından asılı olaraq müalicə ya medikamentoz təqiblə, ya da revaskluyarizasiya ilə ardıcıl medikamentoz təqiblə davam etdirilir. STQO-KKS-lu xəstələrdə işemik hadisələrin qayıtma riski yüksəkdir.

Trombositlərin aktivliyi STQO-KKS-da aparıcı patofizioloji əhəmiyyət təşkil edir. Antikoaqulyantlarlar

STQO-KKS-in müalicəsində əhəmiyyətli yer tutur, bunlara antitrombositar inhibisiya əlavə olunduqda onların effektliliyi daha da artır. Antitrombotik Trialists Collaboration meta-analizi hadisənin sayının 46% azalmasını sübut etmişdir [3,4].

Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq, tədqiqatın **məqsədi** KKS zamanı xəstələrdə aparılan trombolitik müalicədən asılı olaraq EKQ göstəricilərinin dəyişməsi və TİMİ axına görə riskin qiymətləndirilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat 54 xəstə üzərində aparılmışdır, onlardan 40 nəfəri kişi, 14 nəfəri isə qadındır. Xəstələr 35-65 yaş arasında olmuşdur. Tədqiq olunan xəstələr 2 qrupa bölünmüşlər: birinci qrupa MS olan KKS-lu xəstələr, ikinci qrupa MS olmayan KKS-lu xəstələr aid edilmişdir.I qrupa 33 xəstə, II qrupa isə 21 xəstə daxil olunmuşdur. Hər qrupda yarımqruplara bölünmüşdür: ST elevasiyalı KKS (STEKKS) (n=18+12) və ST qalxması olmayan KKS (STQOKKS) (n=15+9).

Bütün xəstələrdə qanın biokimyəvi analizi edilmiş - KFK (izofermenti - MB-KFK) və LDH-nın, Tropaninin qanda səviyyəsi öyrənilmişdir.

Tədqiqata daxil olan xəstələrdə AT-nin ölçülməsi yaxınlaşma formasında Korotkov metodu və arterial təzyiqin sutkalıq manitorlanması (ATSM) metodu ilə icra edilmişdir. Arterial təzyiqin sutkalıq monitorlanması Təxirəsalınmaz Kardioloji Şöbədə yatan xəstələrdə distansion "Dinamap ® pro 1000" aparatı vasitəsi ilə icra edilmişdir. Gündüz saatları arasında interval 15 dəqiqə, gecə saatları arasında interval

30 dəqiqə götürülmüşdür (ONK tövsiyələri, 1997-ci il). Monitorun qoyulması mütləq səhər saatlarında qanunauyğun şəkildə aparılmışdır. Müayinə 26-28 saat davam etmişdir. Xəstələrə istirahət vaxtlarını, yuxu, şikayətlərini qeyd etmək üçün gündəlik verilmişdir.

KKS-un diaqnozunun qoyulması üçün rutin olaraq 12 aparmada EKQ və diaqnostika üçün ehtiyac olarsa 2 qütblü Neb aparmalarında EKQ çəkilmişdir. EKQ-nin qiymətləndirilməsi Ümumi Dünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) qəbul etdiyi Minnesotski koduna əsaslanır (Dc. Rouz, 1984). EKQ aparatı Cardiette ar-600-dən istifadə olunmuşdur, xəstələrdə elektrokardioqrafik müayinələr 1, 2, 3, 6 və 12-ci günlər stasionar müalicə vaxtı və 1, 6 və 12-ci aylar ambulator müayinələr vaxtı izlənmişdir.

Eyni zamanda KKS-lu xəstələrdə Holter Elektrokardioqrafik Monitorlaşma (HEM) yataq şəraitində və xəstəxana daxilində aktivləşmə vaxtı xəstəliyin proqnozunu qiymətləndirmək üçün aparılmışdır. Holter elektrokardioqrafik monitorlaşma üsulu ilə xəstədə gizli işemiya, ritm pozğunluqları, blokadaların olub-olmaması və s. izlənilmişdir. EKQ-də işemiyanın olması aşağıda göstərilən xüsusiyyətlərlə xarakterizə olunur:

-ST seqmentinin izoxətdən aşağı, 1mm çox horizontal və ya çəp enməsi;

-ST seqmentinin izoxətdən stenokardiya tutması olmayan vaxtda çəkilmiş EKQ ilə müqayisədə 2 mm və daha çox elevasiyası.

EKQ-də tək, cüt və ya qrupşəkilli mədəcik tipli ekstasistoliyaların, ritm pozğunluqlarının müşahidə edilməsi, elektrokardioqrafik işemiya və ya stenokardik tutma ilə üst-üstə düşməsi onların işemik fonda yarandığını xarakterizə edir. Holter elektrokardioqrafik monitorlanma 6-12-ci aylarda KKS-dan müalicə olunmuş xəstələrdə ola biləcək riskin stratifikasiyasını qiymətləndirmək üçün aparılmışdır. KKS-la Təxirəsalınmaz Kardioloji Şöbəyə- İntensiv Terapiya Blokunadaxil olan xəstələr bir qayda olaraq 24 saat, həyati göstərişlər olduqda daha çox Dinamap ® pro 1000 və Dinascope Fukuda Denchi HR-500 aparatları ilə distansion elektrokardioqrafik monitorlanma ilə izlənmişlər.

Koronar qan təchizatını qiymətləndirmək üçün Funksional Elektrokardioqrafiya - veloerqometriya və yaxud tredmil testindən istifadə olunmuşdur.

Xəstələrin exokardioqrafiyası (ExoKQ) standart metodikaya əsasən arxası üstə və beli üstə aparılmışdır. Sol mədəciyin funksiyalarını öyrənmək üçün H.Feigenbaumun (1986) ümumi qəbul olunmuş 2 ülçülü sektoral görüntü metodikasından istifadə olunmuşdur. Sol mədəciyin funksional qabiliyyəti, ürəkdaxili hemodinamika, ürək boşluğunun həcmin: son diastolik həcm və son sistolik həcm,atım fraksiyası ,vurğu həcmi ,qan dövranının dəqiqəlik həcmi , ürək indeksi və s. öyrənilmişdir. Sol mədəciyin ön, arxa divarının qalınlığı ölçülür,arxa divarın kinetikası,mədəciklərarası çəpərin hərəkəti, sol mədəciyin lokal hərəkət pozğunluğu qiymətləndirilmişdir. Sol mədəciyin qlobal yığılma funksiyası sistolik-diastolik qısalmaya əsasən qiymətləndirilir. Sol mədəciyin divarlarının kinetikasını qiymətləndirmək üçün aşağıdakı xarakteristikalar verilir: hipokineziya, akineziya, diskineziya.

Doppler-exokardioqrafik üsul ilə transmitral axın sürəti və sol mədəciyin diastolik funksiyası, rəngli doppler-exokardioqrafiya vasitəsi ilə isə qapaqlarda işemik disfunksiya və işemiya nəticəsində yaranan digər patoloji proseslər qiymətləndirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələrinin statistik analizi zamanı kəmiyyət göstəricilərinin işlənməsində qeyri-parametrik üsullar olan işarələr üsulu, Uilkoksonun ranq üsulu və U (Uilkokson-Manna-Uitni) meyarı

tətbiq edilmişdir. Keyfiyyət göstəricilərinin analizində Pirsonun X^2 (xu-kvadrat) meyarı (n≥5 olduqda) və Fişerin Dəqiq Üsulu (n<5 olduqda) tətbiq edilmişdir. Korrelyasion analiz Pirson və Spirmenin ranq korrelyasiya əmsallarını hesablamaqla aparılmışdır. Statistik araşdırmalar MS EXCEL və S-PLUS proqramlarından istifadə etməklə aparılmışdır.

Alınmış nəticələr və müzakirə. I qrupda ST-seqmentinin qalxması ilə müşaiyət olunan sol mədəciyin ön, arxa, arxa-yan divarının kəskin miokard infarktı diaqnozu ilə TKŞ-yə 18 (30,5%) xəstə daxil olmuşdur. Bu xəstlərdə yanaşı metabolik sindrom qeyd edilmişdir. Xəstələrdən 8 (13,6%) nəfəri xəstəliyin ilk günü və ilk saatlar (1-ci 2 saat) daxil olmuşlar. 6 (10,2%) xəstə anginoz ağrı başlandığı andan 1,0-2,0 saat müddətində, 2 (3,4%) xəstə 2,0-4,0 saat müddətində, 3 (5,1%) xəstə isə 6,0-8,0 saat müddətində gətirilmişlər. Digər 7 (11,9%) xəstə, ilk günün 12-ci saatından sonra və ya xəstəliyin 2-ci günü müraciət etmişdir. Xəstələrdən 9 (15,3%) nəfərinə trombolitik müalicə, 2 (3,4%) PKM-ə verilmişdir.

Cədvəl 1

MS olan xəstələrdə trombolitik terapiya aparılan zaman effektivlik kriteriyalarının diaqnostik analizi

Effektivlik meyarları	İlk-2saat		2-4 saat		4-6 saat	
	müt.	%	müt.	%	müt.	%
ST-seqmentinin 60-90 dəqiədə 50%-dən çox rezalyusiyası	4	6,8				
Muddətsiz mədəcik taxikardiyaları	3	5,1				
Polimorfik mədcik taxikardiyaları və mədəciklərin fibrilyasiyası	2	3,4				
Sinus bradikardiyası və II-III-dərəcəli AV-blokadalar			3	5,1		
Sinədə olan ağrıların 90dəq,də sürətlə azalması						
TİMİ-0					2	3,4
TİMİ-1						
TİMİ-2			3	5,1		
TİMİ-3	4	6,8				

I qrupda Xəstəliyin birinci günü ilk saatlarda (I-IV saatlarda) gələn xəstələrə trombolitik terapiyası aparılmışdır. Trombolitik terapiyası aparılmasına səbəb EKQ göstəriciləri ilə yanaşı, anginoz ağrıların davam etməsi olmuşdur.3 (5,1%) xəstədə AT yüksək (190/115mm Hg səviyyəsində) olduğu üçün AT endirildikdən (150/85mm Hg səviyyəsinə qədər) sonra, digər xəstələrdə əks göstəriş olmadığı üçün trombolitik terapiya müvafiq metodika üzrə aparılmışdır. Ürək çatmamazlığının manifestiyası, xəstələrin bəzilərinin daha gec, hətta 2(3,4%) xəstənin xəstəliyin 2-ci günü gətirilməsi olmuşdur. 6(10,2%) xəstəyə trombolitik terapiyasından əvvəl 10 dəqiqə fasilələrlə 5 dəqiqə ərzində NaCl- 0,9%-20,0 + Belok 5ml (5mq)- 3 dəfə inyeksiya edilmişdir. Preparatın vena daxilinə təyinatına göstəriş narkotik-analgetiklərlə ağrıların götürülməməsi və eyni zamanda ağrıların qabarıq sinus taxikardiyası (üys və/və ya nəbzin 110±5' vurğu) və vaxtaşırı mədəcik ekstrasistoliyaları ilə müşayət olunması olmuşdur. Trombolitik terapiyası bu xəstələrdə 45-90 dəqiqə müddətində icra olunmuşdur.

Müəyyən edilmişdir ki, trombla obliterasiya olunan koronar arteriyanın qidalandırdığı zonanın əzələsi 45 dəqiqədən sonra işemiya nəticəsində nekrozlaşır. Tromb yarandığı andan əks əlaqə mexanizmi - fibrinolitik sistem işə düşür, trombu əritmək autoliz prosesi başlayır. Autoliz prosesi orqanizmdə çox yavaş sürətlə getdiyindən koronar arteriyadakı tromb miokardın nekrozu ilə tamamlanır.

Trombolizisdə hər 1 dəqiqəlik gecikmə - ömürdən 11 gün azalması deməkdir. 33 dəqiqəlik gecikmə- 1 il itkidir.

Bu qrupda Elektrokardioqrafik reperfuziya göstəricilərinə uyğun olaraq olaraq aşağıdakı terapiya seçimi aparılmışdır:

a) Sinə ağrısının başlanması <12 saat və biri-birini əvəzləyən ən az iki aparmada yeni ST seqmentinin yüksəlməsi olmasıdır. V2-V3 aparmaları kişilərdə >0,2 mV, qadınlarda >0,15 mV və/və ya digər aparmalarda >0,1 mV ST seqmentinin yüksəlməsi və ya yeni yaranan Hiss dəstəsinin sol ayaqcığının tam blokadası;

b) Ağrının başlanmasından 12 saat keçməsinə baxmayaraq, işemiyanın klinik və/və ya elektrokardioqrafik işarələri davam edirsə, reperfuziya düşünülə bilər;

c) Ağrı son 12-24 saat təkrarlanırsa və onunla birlikdə ST yüksəlməsi və ya Hiss dəstəsinin sol ayaqcığının tam blokadası varsa, PKM göstərişdir;

d) Həqiqi posterior miokard infarktı, V1-V4 >2 mm ST depressiyası + V7-V9 > 1mm ST yüksəlməsi,

V1-V2 Rs paterni.

I qrupda yanaşı MS olan ST-seqmentinin elevasiyalı kəskin koronar sindromlu xəstələrdə EKQ göstəricilərinin izlənməsində:

a)ST-seqmentinin rezolyusiyası trombolitik müallicə başlanmasından sonrakı 60-90 dəqiqədə ən yüksək ST-seqmentinin elevasiyası olduğu aparmalarda >50% rezolyusiya olması 4 (6,8%) xəstədə müşahidə edilmişdir.

b)Trombolitik müalicənin başlandığı andan etibarən ilk 90 dəqqiqə ərzində əmələ gələ biləcək reperfuziya aritmiyaları, akselerə idioventrikulyar ritm (60-120dəq.), ventrikulyar erkən vurğular, müddətsiz ventrikulyar taxikardiyalar (VT), paroksizmal sinus bradikardiyası (<50 vurğu dəqiqədə) 3 (5,1%) xəstədə müşahidə edilmişdir.

c)2 (3,4%) xəstədə polimorfik VT və ventrikulyar fibrilyasiya (VF) qeyd edilmişdir ki, bu da koronar okkuluziyanın davam etməsinə işarə olmuşdur, həmin xəstələr koronoror angioqrafik müayinəyə göndərilmişlər.

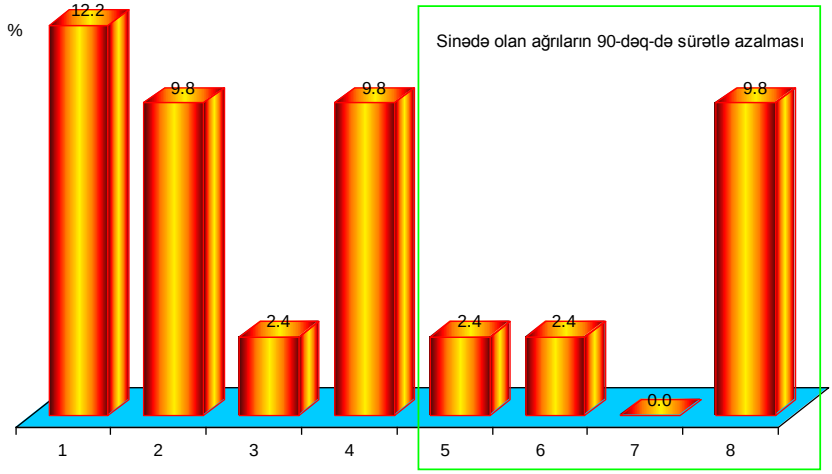
d)Klinik olaraq trombolitik müalicədən sonrakı ilk 90 dəqiqədə ağrıların sürətlə azalması bir qədər ləng getmişdir.

e)Korononaroqrafik müayinədə 4 (6,8%) xəstədə TİMİ-3, 3 (5,1%) xəstədə TİMİ-2 və 2 (3,4%) xəstədə TİMİ-0 axın qeyd edilmişdir.

5(14,2%) xəstədə trombolitik terapiya fonunda monitor izlənmədə vaxtaşırı mədəcik tipli ekstrasistoliyaları qeyd olunmuş, 2 (5,71%) xəstədə epizodik olaraq mədəcik daxili keçiriciliyin ləngiməsi - aberasiyası və qeyri-paroksizmal mədəcik taxikardiyası müşahidə olunmuşdur.

I qrupda trombolitik terapiya aparılmayan 7 (11.9%) xəstədə EKQ və ExoKQ proqnoz miokardda baş verən zədələnmənin dərəcəsindən asılı olaraq dəyişmişdir. Belə ki, kardiospesifik fermentlərin qanda səviyyəsi və zədələnmə zonasının sahəsi, elektrokardioqrafik göstəricilərdə dinamikanın zəif getməsi son nöqtələrdə özünü biruzə vermişdir.

II qrupda - STQ-Mİ-lı MS olmayan xəstələrdən 7(17,1%) nəfəri ağrı başlandığı vaxtdan 1,5-6 saat müddət ərzində təcili yardımla müvafiq tədbirlər göstərildikdən sonra klinikaya gətirilmişlər, qalan 5 xəstədən 3 (7,3%) nəfəri 12 saat sonra, 2 xəstə isə (4,9%) xəstəliyin 2-ci sutkası xəstəxanaya müraciət etmişlər (şək.).



1 - ST-seqmentinin 60-90 dəqiədə 50%-dən çox rezalyusiyası
2 - Muddətsiz mədəcik taxikardiyaları
3 - Polimorfik mədcik taxikardiyaları və Mədəciklərin fibrilyasiyası
4 - Sinus bradikardiyası və II-III-dərəcəli Avblokadalar
5 - TİMİ-0
6 - TİMİ-1
7 - TİMİ-2
8 - TİMİ-3

Şək. MS olmayan xəstələrdə aparılan trombolitik terapiyanın effekyivlik meyarlarının diaqnostik analizi

Xəstələrdən 7 (17,1%) nəfərinə trombolitik müalicə (Nacl 0,9%+1500000 vahid streptokinaza 30-60 dəqiqəyə vena daxili köçürülmüşdür) başlanmışdır. Bu qrupda xəstələrdə aparılan adekvat müalicənin müşahidəsi zamanı:

a) EKQ izlənməsində ST-seqmentinin rezolyasiyası (trombolitik müalicəyə başlanmasından sonrakı 60-90 dəqiqədə ən yüksək ST-seqmentinin elevasiyasının olduğu aparmada >50%rezolyasiya) 5 (12,2%)

xəstədə müşahidə edilmişdir.

b) Trombolitik müalicədən sonrakı ilk 3-4 saat ərzində T-dişinin neqativləşməsi koronar reperfuziyanın yaranmasından xəbər verir. Belə ki, 4 saatdan sonra meydana gələn T-dişi neqativliyinin reperfuziya ilə əlaqəsi tapılmamışdır.

c) Trombolitik müalicənin başlandığı andan etibarən ilk 90 dəqiqə ərzində meydana gələn reperfuziya aritmiyaları, akselerə idioventrikulyar ritm (60-120¹ dəqiqə), ventrikulyar erkən vurğular, müddətsiz VT, paroksizmal sinus bradikardiyası (<50¹ vurğu) 4 (9,8%) xəstədə müşahidə olunmuşdur.

d) Polimorfik VT və/ və ya VF 1 (2,4%) xəstədə müşahidə olunmuşdur, adekvat antiaritmik müallicə aparılmış, müvəffəqiyyətə nail olunmuşdur.

Aparılan trombolitik müalicənin fonunda <90 dəqiqədə ağrılar klinik olaraq sürətlə azalmışdır.

e) Koronaroqrafik müayinədə 6 (14,6%) xəstədə TİMİ-3 axın, 1 (2,4%) xəstədə TİMİ-0-1 axın qeyd edilmişdir

II qrupda trombolitik terapiya aparılmayan 5 (12,2%) xəstədə EKQ və ExoKQ izlənməsi proqnozu miokardda baş verən zədələnmənin dərəcəsindən asılı olaraq dəyişmişdir. Kardiospesifik fermentlər qanda maksimal səviyyədə və zədələnmə zonası geniş sahədə özünü biruzə vermişdir.

İlk yanaşma olaraq MS-lu xəstələrin 96.6%-nə əks-göstəriş olmadığını nəzərə alaraq Aspirin çeynədilmişdir, müvafiq qaydada MS-suz xəstə qrupuna 87.8% xəstələrə də eyni yanaşma olmuşdur.

Trombolitik terapiaya aparılan zaman MS olan xəstələrdə daha da arzuolunmaz hemodinamik dəyişikliklər nəzərimizi cəlb etmişdir.

Beləliklə, xəstələrə yanaşmada şikayətləri dinlənilərək EKQ çəkilməli, əgər ST qalxması və Hiss dəstəsinin sol ayaqcığının təzə əmələ gələn blokadası yaranıbsa reperfuzion müalicəyə başlamaq lazımdır. Reperfuzion müalicə medikamentoz və ya mexaniki aparıla bilər (Шалаев С.В - 2002; Cox D.A və həmmüəl - 2006). ST qalxması olmadıqda və simptomlardavam etdikdə, təkrar EKQ çəkilməli və simptom olmadıqda çəkilən EKQ ilə müqayisə edilməlidir. Əgər əldə etmək mümkündürsə ilkin EKQ ilə, xüsusilə də yanaşı SM hipertrofiyası və əvvəl keçirilmiş Mİ kimi kardioloji pozulmalar olan xəstələrlə müqayisə mühüm əhəmiyyət daşıyır. EKQ çəkilməsi ən azı 6 və 24-cü saatda və qayıdan döş qəfəsi ağrıları/simptomları olan hallarda təkrarlanmalıdır. Xəstələrin müalicəsi bir qayda olaraq qəbul olunmuş beynəlxalq qaydalara əsaslanmalıdır. Belə ki, xəstələrin qəbulunda riskin ağırlığı dəyərləndirilərək ona uyğun müalicə taktikası seçilir: Standart müalicə ABS+anti işemik və yaxud; ABS+anti işemik+ fibrinolitik (yəni trombolitik terapiya); ABS+anti işemik+ angioplastika-revaskulyarizasiya; ABS+anti işemik+ fibrinolitik (yəni trombolitik terapiya) + angioplastika-revaskulyarizasiya. Eyni zamanda xəstələrin daxil olduğu vaxtdan asılı olaraq müalicə strategiyası seçilməlidlr. Risk stratifikasiyasına uyğun olaraq ənənəvi və ya ənənəvi müalicəyə əlavə alternativ müalicə və yaxud da alternativ müalicə tətbiq edilməlidir.

Trombolitik müalicəyə aid tədqiqatlarda 150000-dən çox xəstə trombolizis və nəzarət qrupuna və ya bir fibrinolitik rejimin digəri ilə müqayisəsi üçün randomizə olunmuşdur (23-35). Miokard infarktı əlamətləri başlayan andan etibarən 6 saat içində trombolitik müalicənin faydası sübuta yetirilmişdir(Явелов И.С və həmmüəl - 2002 , 2003)

Nəticələr:

1.Klinik olaraq trombolitik müalicədən sonrakı ilk 90 dəqiqədə ağrıların sürətlə azalması I qrupda bir qədər ləng getmişdir,II qrupda isə ağrılar klinik olaraq sürətlə azalmışdır.

2.qrupda Korononaroqrafik müayinədə 4 (6,8%) xəstədə TİMİ-3, 3 (5,1%) xəstədə TİMİ-2 və 2 (3,4%) xəstədə TİMİ-0 axın qeyd edilmişdir. II qrupda isə 6 (14,6%) xəstədə TİMİ-3 axın, 1 (2,4%) xəstədə TİMİ-0-1 axın qeyd edilmişdir.

3.Istər I qrupda, istərsə də II qrupda trombolitik terapiya aparılmayan xəstələrdədə EKQ və ExoKQ proqnoz miokardda baş verən zədələnmənin dərəcəsindən asılı olaraq dəyişmiş - kardiospesifik fermentlərin qanda maksimal səviyyəsi və zədələnmə zonasının sahəsinin genişlənməsi, elektrokardioqrafik göstəricilərdə dinamikanın zəif getməsi ilə özünü biruzə vermişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Аверков О.В., Славина Н.Н., Добровольский А.Б., Грацианский Н.А. Острый коронарный синдром без стойких подъемов сегмента ST изменение; некоторых показателей системы свертывания крови и фактора Виллебранда при краткосрочном применении тиклопидина или клопидогрела. // Кардиология, 2003, № 10, с. 50-59.

2. Grundy S.M., Cleeman J.I., Daniels S.R. et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association / National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement // Circulation, 2005, v.112 (17), p. 2735-52

3. Аверков О.В., Славина Н.Н, Добровольский А.Б., Грацианский Н.А. Острый коронарный

синдром без стойких подъемов сегмента ST // Кардиология, 2003, №1. с.7-18.

4. Шалаев С.В. Догоспитальная диагностика и лечение острых коронарных синдромов // Consilium medicum. 2002. Т. 4, №3, с.144-148

5. Явелов И.С. Медикаментозное лечение инфаркта миокарда в подостром периоде заболевания и после выписки из стационара. Сердце, 2002, том 1, №1(1), с.30-33

6. Cox D.A., Ston G.W., Grines C.L. et al. Comperative early and late outcomes after primary percutaneous coronary intervention in ST-segment elevation and non ST-segment elevation acute myocardial infarction. // Am. J. Cardiol., 2006, v.98(3), p. 331-337

Резюме

Оценка риска по показателям TIMI и ЭКГ у пациентов с острым коронарным синдромом, которым проводили и не проводили тромболитическую терапию

Р.И.Джафаров

Целью исследования явилось изучение изменения показателей ЭКГ у пациентов с **острым** коронарным синдромом в зависимости от проводимой тромболитической терапии и оценки риска по течению TIMI. Обследование проводилось более чем у 54 пациентов. Обследованные пациенты были разделены на 2 группы: первая группа пациентов с острым коронарным синдромом с МС, а вторая группа пациентов с острым коронарным синдромом без МС. 33 пациента были введены в I группу и 21 пациент в II группе. И каждая группа была разделена на полугруппы: ST повышенная SCS (STESCS) (n = 18 + 12) и ST неподнятая SCS (STNESCS) (n = 15 + 9). Тромболитическая терапия проводилась пациентах с первого дня. Причиной проведения тромболитической терапии было продолжение болей при ангинозе наряду с показателями ЭКГ. Проведенная тромболитическая терапия была выполнена на таких пациентах в течение 45-90 минут. Снижение болей задерживалось в первые 90 минут после клинической тромботической терапии. При коронарном исследовании поток TIMI-3 отмечался у 4 (6,8%) пациентов, TIMI-2 у 3 (5,1%) пациентов и TIMI-0 у 2 (3,4%) пациентов. На фоне проведенной тромболитической терапии боли были быстро снижены в течение 90 минут. При коронарно-графическом исследовании поток TIMI-3 отмечался у 6 (14,6%) пациентов, а TIMI-0-1-у 1(2,4%) пациентов. Прогноз ECG и электрокардиографии был изменен как у I, так и у II Пациентов, у которых тромболитическая терапия не проводилась, из-за диапазона поражения в миокарде- максимальный диапазон специфических сердечных ферментов в крови и расширение зоны поражения выявлен при ЭКГ.

Summary

Evalution of risk due to TIMI and EKG indicators of acute coronarysyndrome patients who are thrombolytic therapy carried out and not carried out cases

R.I.Jafarov

The goal of examination was the change of ECG indicators in SCS patients depending on conducted thrombolytic therapy and assessment of risk on TIMI flow. Examination was conducted over 54 patients. Examined patients were divided into 2 groups: first group is SCS patients with MS and second group is SCS patients without MS. 33 patients were entered in I group and 21 patients in II one. And each groups were divided in semi-groups: ST elevated SCS (STESCS) (n=18+12) and ST non-elevated SCS (STNESCS) (n=15+9).Thrombolytic therapy was conducted on patients, applied in first hours (I-IV hours) of first day of disease. Reason for conduction of thrombolytic therapy was continuation of anginosis pains along with ECG indicators.Conducted thrombolytic therapy was implemented on such patients during 45-90 minutes.Rapid decrease of pains was some delayed in first 90 minutes after clinical thrombotic therapy. In coronary-graphic examination, TIMI-3 flow was indicated in 4 (6,8%) patients, TIMI-2 in 3 (5,1%) patients, and TIMI-0 in 2 (3,4%) patients. In the background of conducted thrombolytic therapy, pains were clinically rapidly decreased in <90 minutes. In coronary-graphic examination, TIMI-3 flow was indicated in 6 (14,6%) patients, and TIMI-0-1 flow in 1 (2,4%) patients.ECG and electrocardiography prognosis was changed in both I and II group patients, on whom thrombolytic therapy was not conducted, due to range of lesion occurred in myocardium - maximum range of cardio-specific ferments in blood and expansion of lesion zone was revealed by slow process of dynamics in electrocardiographic indicators.

Daxil olub: 09.01.2017

ПАРАМЕТРЫ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МС В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

А.Г. Мустафаева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: Metabolik sindrom, yaş qrupları, parametrlər, sutkalıq monitorinq, yüksək tezlikli dalğalar, aşağı tezlikli dalğalar.

Ключевые слова: метаболический синдром, возрастные группы, параметры, суточное мониторирование, волны высокой частоты, волны низкой частоты.

Key words: Metabolic syndrome, age groups, parameters, daily monitoring, high frequency waves, low frequency waves.

Понятие МС широко используется в научных исследования для обозначения совокупности факторов, повышающих риск заболеваний сердца. МС также называемый следующими симптомами: центральным ожирением (также известный как висцеральный тип ожирения), дислипидемией, диабетом и гипертонией. Каждое из перечисленных признаков также являются факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и связаны с низким качеством жизни [2 4].

Хотя использование модифицированных критериев ВОЗ обеспечивает тенденцию к увеличению показателя распространённости МС у мужчин, МС в настоящее время примерно одинаково часто встречается у мужчин и женщин, а его частота, например, в США достигает 39 % [3]. В целом проблема МС приобрела сегодня общемировое значение, так как рост его частоты наблюдается практически во всех развитых странах мира.

По данным ряда авторов, у больных с МС растут риски основных сердечно-сосудистых событий (ССС): инсульта, острого инфаркта миокарда (ОИМ) [6,7].

Все составляющие МС - ИР и ГИ, АО, ДЛП, АГ и НТГ- являются установленными факторами риска развития ССЗ, а их сочетание многократно ускоряет их формирование [5,8].

Целью настоящей работы явилось исследование частоты и характера параметров холтеровского мониторирования пациентов с МС разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. Проспективно обследовано 364 пациентов с впервые диагностированным МС в возрасте от 20 до 80 лет, (200 мужчин и 164 женщин).

С целью изучения особенностей течения МС у пациентов различных возрастов первоначально все обследуемые были разделены на три группы: в первую группы попали пациенты с МС в возрасте от 20 до 40 лет, вторую группу составили лица с МС в возрасте от 41 до 60 лет и третью группу составили пациенты с МС в возрастном интервале от 61 до 80 лет и старше. В исследование включались лица, имеющие различные проявления МС: абдоминальное ожирение (АО), артериальную гипертонию (АГ), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и/или сахарный диабет второго типа (СД2), дислипидемию (ДЛП), избыточный вес и/или ожирение разной степени.

Для диагностики метаболического синдрома использовали определение экспертной комиссии Международной Федерации Диабета (МФД 2005г.). Согласно рекомендациям МФД от 2005г. для диагностики МС в качестве главного компонента рассматривается абдоминальное ожирение, дополнительно два из пяти ниже перечисленных признаков:

- абдоминальное ожирение, окружность талии у мужчин > 94 см, у женщин > 80 см, в сочетании с двумя и более компонентами из нижеперечисленных:
- артериальная гипертония, если уровень САД >130 мм рт. ст. и/или ДАД> 85 ммрт. ст.
- гипертриглицеридемия, при концентрации триглицеридов > 1,7 ммоль/л.
- низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности <1 ммоль/л для мужчин и 1,3 ммоль/л для женщин.
- гипергликемия, если уровень глюкозы в плазме крови натощак >6,1 ммоль/л.

Уровень глюкозы в капиллярной крови пациентов определяли натощак глюкозооксидазным ферментным методом.

При уровне глюкозы в капиллярной крови натощак более 5,6 ммоль/л с целью диагностики НТГ проводился пероральный глюкозо-толерантный тест (ПГТТ), оценивался уровень гликемии через 2 часа после приема 75 гр. глюкозы, растворенной в 200 мл теплой кипяченой воды и выпитой в течение не более 5 минут.

Критерии НТГ- уровень глюкозы в плазме крови через 2 часа после перорального глюкозо-толерантного теста (ПГТТ) в пределах >7,8 и <11,1 ммоль/л.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру производилось с помощью системы “Cardiomax” (США, 2014 г.), по стандартной методике с целью диагностики пароксизмальных форм аритмии, нагрузочной и безболевой форм ишемии. Регистрировались отведения V2 V5 и avF. Учитывались средняя, минимальная и максимальная ЧСС в дневной, ночной период и за сутки, циркадный индекс, основной ритм и нарушения ритма: наджелудочковая и желудочковая эктопическая активность с градацией степеней по Lown-Wolff, динамика ST-T в период покоя и на фоне нагрузки, диагностически значимые изменения сегмента ST ишемического типа, эпизоды безболевой ишемии миокарда.

Циркадный индекс вычисляли как отношение средних значений дневного ЧСС в минуту к среднему значению ночного ЧСС в минуту. Циркадный индекс является достоверным прогностическим показателем состояния гемодинамики, отражающий влияние симпато-адреналовой системы на сердце.

В рамках суточного мониторирования ЭКГ исследовалась вариабельность сердечного ритма (ВСР) по методу спектрального анализа вариационной пульсометрии Баевского Р.М. с построением динамического ряда кардиоинтервалов (тахограмма) и последующей оценкой параметров временного (интервалограмма) и спектрального анализа ВСР (спектрограмма) (1).

Методом вариабельности сердечного ритма проводили оценку вегетативного тонуса с целью выявления дисфункции вегетативной нервной системы (ВНС).

ВРС оценивали по коротким 5-минутным участкам, извлеченным из суточной записи, в состоянии бодрствования и в период сна. Исследовали показатели временного анализа ВСР: SDNN (стандартное отклонение от средней длительности всех синусовых интервалов R-R), PNN50 (Процент разниц между очередными интервалами R-R, превышающих 50 мс), Исследовали параметры спектрального анализа ВСР с вычислением спектра мощности колебаний в трех частотных диапазонах: 0,004-0,08 Гц (очень низкие частоты - VLF); 0,09-0,16 Гц (низкие частоты - LF); 0,17-0,5 Гц (высокие частоты — HF). Диапазон очень низких частот отражает функциональное состояние надсегментарных структур; диапазон низких частот - активность симпатического отдела и диапазон высоких частот - активность парасимпатического отдела ВНС на сегментарном уровне. Оценку показателей проводили с учетом плотности мощности спектра каждого частотного диапазона (VLF, LF, HF) (мс), их относительных (нормализованных) значений и коэффициента отношения мощности спектра низких и высоких частот (K=LF/HF), характеризующего соотношение симпатических и вагусных влияний на синусовый ритм.

Статистическая обработка результатов проводилась в системе статистического анализа STATISTICA 10 (программный пакет STATISTICA США, версия 10 для Windows 8).

Результаты исследования. Анализ результатов холтеровского мониторирования у пациентов с МС (таблица 1) показал достоверные различия по временным и по частотным показателям между исследуемыми группами. В старших возрастных группах выявлено увеличение участков ритмограммы с малой вариабельностью интервала RR и уменьшение участков с нормальной вариабельностью RR интервалов, о чем свидетельствует снижение показателя PNN50 (относительная частота между смежными RR интервалов, превосходящих 50 мсек., к общему количеству RR интервалов в записи) и SDNN (квадратный корень из разброса интервалов RR, отражающий все циклические компоненты, ответственные за вариабельность в течение периода записи). Так, в третьей группе PNN50 равен 17,8±3,1%, что достоверно выше, чем во второй группе, а SDNN (50,9 ±18,7 мс), достоверно ниже по сравнению с показателями в первой и во второй группах, $p<0,001$, (таблица 1).

Данные показатели у пациентов второй группы оказались меньше по сравнению с первой группой, соответственно, (во 2-й группе 59,3±15,5 мс и 15,9 ± 2,6%) относительно (в первой группе 61,8±19,3 мс и 17,9±3,0%), $p<0,05$-$0,01$. Вышеуказанные различия в параметрах ВСР указывают на уменьшение преобладания парасимпатического отдела над симпатическим в старших возрастных группах относительно более молодых. Как известно, PNN_{50} и SDNN являются одним из основных показателей, значительное снижение которых свидетельствует о неблагоприятном прогнозе болезни и возникновении кардиоваскулярных осложнений.

Подтверждением понижения активности парасимпатической звена вегетативной нервной системы (ВНС) лиц с МС в старших возрастных группах явилось понижение величины мощности волн высоких частот - HF и повышение показателя- “симпато- парасимпатического” баланса LH/HF. В третьей группе значения HF оказались статистически значимо меньше, (126±30,2 мс^2) а отношение LH/HF- выше (3,8±0,1), чем в первой и во второй группах, соответственно, $p<0,001$, свидетельствуя о превалировании тонуса симпатического звена ВНС в группе пациентов в возрасте 61-80 лет относительно пациентов второй и первой групп. Во второй группе мощность волн высоких частот

(HF) ниже (226,3±41,6 мс^2), а отношение LH/HF- выше (2,67±0,08), чем у представителей первой группы, p <0,001.

У пациентов третьей группы также снижен показатель, отражающий гуморальное влияние на сердечный ритм, что оценивается по величине мощности спектра очень низких частот (VLF) (1175 ±169 мс^2) и снижены также суммарные критерии нарушения ВРС, то есть полная мощность спектра (TP) (1783±170 мс^2), по сравнению с аналогичными показателями в первой и во второй группах, p<0,01. Аналогичная тенденция наблюдается у пациентов второй группы: значения VLF и TP, (соответственно, 1368,3±328,4 мс^2 и 2035,7±331,8 мс^2) статистически значимо меньше по сравнению с пациентами первой группы, (соответственно, 1332,6 ±198 мс^2 и 2422,4 ±252,9 мс^2), p < 0,001.

Исследование среднего значения пульса в дневное и ночное время выявили более высокие значенияэтих показателей в третьей группе, Ps днем- 80±7,9 уд./мин и Ps ночью - 70±10,5 уд./мин, что достоверно выше соответствующих показателей у пациентов первой и второй групп, соответственно, Ps днем 75,4±8,4 уд/мин и Ps ночью, 60,6±6,2 уд/мин и 79,0±9,0 уд/мин и 66,5±4,1 уд/мин, p< 0,001.

Одним из объективных прогностических показателей состояния миокарда является расчет циркадного индекса (ЦИ), являющийся результатом отношения средних значений частоты сердцебиений в дневное и ночное время.

Снижение циркадного индекса менее 1,2 является неблагоприятным фактором, отмечается при заболеваниях связанных с вегетативной «денервацией» сердца и сопряжен с плохим прогнозом, особенно, у больных группы риска- МС, синдроме удлиненного интервала QT, прогрессирующей сердечной недостаточности, диабетической вегетопатии и др. Усиление циркадного профиля ритма сердца (увеличение циркадного индекса выше 1,5) связано с повышенной чувствительностью сердечного ритма к симпатической стимуляции и отмечается у больных с идиопатической суправентрикулярной и желудочковой тахикардией, первичной легочной гипертензии и ряде других заболеваний.

ЦИ у пациентов третьей возрастной группы отмечен значимо ниже, (1,14±0,12), чем у пациентов первой и второй групп, соответственно, 1,2±0,11 и 1,19±0,13, p<0,001. Сравнительный анализ ЦИ между второй и первой группой не выявил достоверной разницы. Отмечено повышение значений дневного Ps и ночного Ps (79±9,0 уд/мин и 66,5±4,1 уд/мин) у пациентов второй группы, по сравнению с пациентами первой группы, (75,4±8,4 уд/мин, 60,6 ± 6,2 уд/мин), p<0,001. (Рис. 1). Вышеуказанные изменения сердечного ритма в разное время суток у пациентов разных возрастных групп свидетельствует о неблагоприятных изменениях вегетативной регуляции сердечной деятельности с повышением возраста пациентов (Рис. 1).

Помимо динамики сердечных сокращений на характер течения МС большое влияние оказывают экстрасистолы, особенно, желудочковые. Изучение характера и частоты появления экстрасистол показало статистически значимое увеличение частоты как предсердных, так и желудочковых экстрасистол во второй и третьей группе, в сравнении с первой группой, p<0,001 (таблица 1).

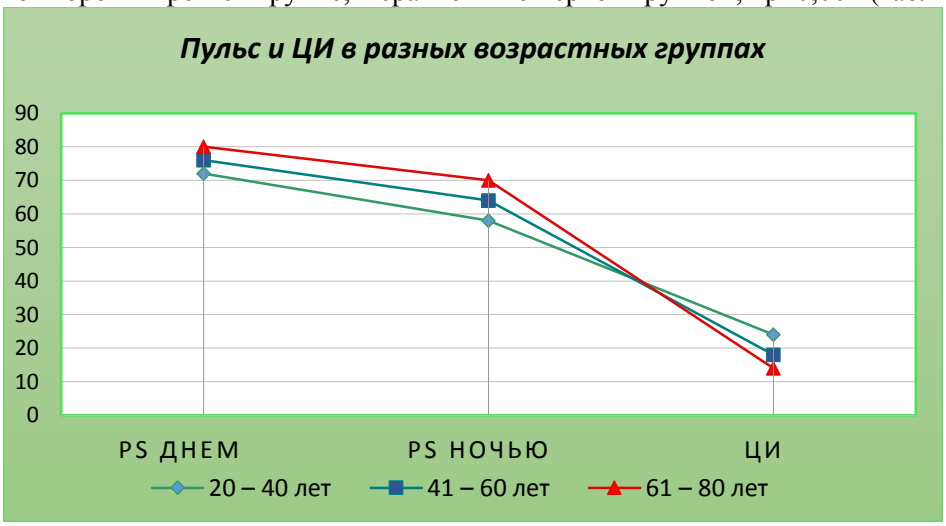


Рис. 1. Изменения вегетативной регуляции сердечной деятельности с повышением возраста пациентов

Еще одной особенностью суточного мониторинга ЭКГ исследуемых групп явилась частота эпизодов депрессии сегмента ST больше 1,5мм. (таблица 1). Количество эпизодов депрессии сегмента ST больше 1,5мм в третьей группе установлено у 97 лиц (75,2 %), что значительно больше чем во второй и первой группах, соответственно, 54 (41,2 %) и 4 (3,8 %), p < 0,05-0,001.

Характеризуя изменения отдельных показателей суточного мониторирования ЭКГ у пациентов в трех возрастных группах можно сделать заключение, что с повышением возраста пациентов с МС неуклонно возрастает частота факторов риска сердечно-сосудистых осложнений.

Таблица 1

Данные холтеровского мониторирования ЭКГ пациентов с МС в различных возрастных группах (M±SD)

Показатели	Возраст					
	20-40 лет (n=104)		41-60 лет (n=131)		61-80 лет (n=129)	
Ps днем уд/мин	75,4±8,4		79,0±9,0 ***		82,7±6,3 ***^^^	
Ps ночью уд/мин	60,6 ±6,2		66,5 ± 4,1 ***		69,1±10,8 ***^^^	
Циркадный индекс (ЦИ)	1,2±0,11		1,19 ± 0,13		1,15± 0,14 ***^^	
VLF ms^2	1332,6±198		1368,3±328,4		1210,4±250 ***^^^	
LF ms^2	643,7±97,5		581,9 ± 63,6 ***		479 ±70,4 ***^^^	
HF ms^2	395,9±61,9		226,3 ± 41,6 ***		129,8±35,3 ***^^^	
TP ms^2	2422,4±252,9		2035,7±331,8 ***		1836,5±185,8***^^^	
LF/HF	1,76± 0,06		2,67±0,08 ***		2,97±0,5 ***^^^	
NLF %	28,6 ± 1,3		27,9±4,9		29,4 ±0,5	
NHF %	16,4±1,9		10,5 ±1,2 ***		7,1±1,2 ***^^^	
SDNN ms	61,8±19,3		59,3 ±15,5		50,9 ±18,7 ^^^	
PNN $_{50}$ %	17,9±3,0		15,9±2,6 ***		17,8 ± 3,1 ^^^	
	абс	%	абс	%	абс	%
Es/н	33	50,1	86	65,6 *	95	73,6 ***
Es/ж	9	8,6	85	64,9 ***	122	94,5 ***^^^
Lown-Wolff						
L-W I	7	6,7	48	36,6 ***	51***	39,5
L-W II	2	1,9	29	22,1 ***	53	41,08***^^^
L-W III	0		7	5,3 **	11	8,5 ***
L-W IV	0		1	0,8	7*	5,4
ST seq.1.5 mm. снижение	4	3,8	54	41,2 ***	97*** ^	75,2

Примечание: *-p<0,05-0,01 по сравнению с лицами в возрасте 20- 40 лет. p< 0,05-0,01 по сравнению с лицами в возрасте 41- 60 лет.

Выводы:

1. У пациентов с МС наблюдается уменьшение преобладания парасимпатического отдела над симпатическим в старших возрастных группах (третьей группе) по сравнению с пациентами молодых групп (второй и первой), что проявляется повышением показателя для PNN50 и понижением показателя SDNN.
2. У пациентов с МС старших возрастных групп наблюдается повышение частоты дневного и вечернего пульса и снижение ЦИ, в равнении с молодыми пациентами, что сопряжен с плохим прогнозом.
3. С повышением возраста пациентов с МС наблюдается статистически значимое увеличение частоты как предсердных, так и желудочковых экстрасистол, что резко ухудшает прогноз болезни.
4. В старших возрастных группах установлено значительное повышение относительного количества лиц с депрессией сегмента ST более 1.5 мм, что свидетельствует об ишемии миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. М.: Медицина, 2000, 295с.
2. Gruber A., Horwood F., Sithole J. et al. Obstructive sleep apnoea is independently associated with the metabolic syndrome but not insulin resistance state // Cardiovasc Diabetol., 2006, v.5(1), p.22.
3. Gorbachinsky I., Akpinar H., Assimos D.G. Metabolic syndrome and urologic diseases // Rev Urol., 2010, v.12(4), p.157-80.

4. Krebs-Smith S.M., Guenther P.M., Subar A.F. et al. Americans do not meet federal dietary recommendations // J Nutr., 2010, v.140(10), p.1832-8.
5. Isoama B., Almgren P., Tuomi T. et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome // Diabetes Care, 2001, v.24, p.683-9.
6. Park K., Yasuda N., Toyonaga S. et al. Significant associations of metabolic syndrome and its components with silent lacunar infarction in middle-aged subjects // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2008, v. 79, p.719-721.
7. Wannamethee S.G. The metabolic syndrome and cardiovascular risk in the British Regional // Heart Study // Int. J. Obes. (Lond.). 2008, v.2, p. 25-29.
8. Wassink A.M., van der Graaf Y., Olijhoek J.K., Visseren F.L. For the SMART Study Group. Metabolic syndrome and the risk of new vascular events and all-cause mortality in patients withcoronary artery disease, cerebrovascular disease, peripheral arterial disease or abdominal aortic aneurysm // Eur. Heart J., 2008, v.29, p.213-223.

Xülasə

Müxtəlif yaş qruplarında metabolik sindromu olan şəxslərdə Holter monitorinqinin parametrləri

A.H.Mustafayeva

İşin məqsədi metabolik sindromu olan müxtəlif yaş qrupu xəstələrində holter monitorinqi ilə parametrlərin tezliyi və xarakterinin tədqiq edilməsidir. Öncədən ilkin MS diaqnozu ilə 20 yaşdan 80 yaşa qədər (200 kişi, 164 qadın) 364 xəstə müayinə edilmişdir. Müxtəlif yaş qrupu xəstələrində MS-un gedişi xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi məqsədilə ilkin olaraq bütün müayinə olunanlar 3 qrupa bölünmüşlər: I qrupa MS olan 20-dən 40 yaşa qədər xəstələr daxil olmüşlar, II qrupu MS olan 41-60 yaşa qədər xəstələr və III qrupu MS olan 61 və 80 yaş intervalında və daha yuxarı yaşlarda olan xəstələr təşkil etmişlər. EKQ-ın Holterlə sutkalıq monitorinqi "Cardiomax"(ABŞ,2014) sisteminin köməyilə aparılmışdır. III qrupda PNN50 17,8±3,1% təşkil etmişdir, bu, II qrupa nisbətən dürüst yüksək olmuşdur, $p < 0,001$. Yuxarı yaş qruplarında HF -yüksək tezlikli dalğaların gücü aşağı olmuş, LH /HF balansının simpatik-parasimpatik göstəricisi artmışdır. III qrupda HF göstəricisinin qiyməti statistik əhəmiyyətli aşağı olmuş (126±30,2ms2), LH/HF (3,8±0,1) nisbəti isə I və II qruplara nisbətən yüksək olmuşdur, uyğun olaraq, $p<0,001$. Bu, 61-80 yaş qrupu xəstələrində I və II qrupa nisbətən vegetativ sinir sisteminin simpatik halqasının tonusunun üstünlük təşkil etdiyini göstərir.

Summary

Parameters Holter monitoring in patients with MS in different age groups

A.H.Mustafayeva

The purpose of this work was to study the frequency and character of Holter monitoring parameters for patients with MS of different age groups. A prospective study of 364 patients with newly diagnosed MS at the age of 20 to 80 years, (200 men and 164 women). In order to investigate thefeatures of MC in patients of different ages, initially all subjects were divided into three groups: the first group included patients with MS aged from 20 to 40 years, the second group comprised persons with MS aged from 41 to 60 years and the third group were patients with MS in the age range from 61 to 80 years and older. Daily monitoring of the ECG according to Holter was performed using the Cardiomax system (USA, 2014). In the third group PNN50 is 17.8±3.1%, which is significantly higher than in the second group, and SDNN (50.9±18.7 ms), was significantly lower in comparison with the indices in the first and second groups, $p<0.001$. The oldest age groups were a decrease in the power of high frequency waves - HF and an increase in the "sympatho - parasympathetic" balance of LH /HF. In the third group, the HF values were statistically significantly lower (126±30.2 ms2) and the LH /HF ratio was higher (3.8±0.1) than in the first and second groups, respectively, $p <0.001$, On the prevalence of the sympathetic level of the VNS in the group of patients aged 61-80 years with respect to patients of the second and first groups.

Daxil olub: 16.02.2017

MÜRƏKKƏB PARAREKTAL FİSTULLARA YANAŞMA

E.A. Əliyev, P.R. Aydınova, X.N.Şirinova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər. anal fistul, ayaqcıqlı loskut, anal fistula plug, LİFT, seton tətbiqi
Ключевые слова: свищ прямой кишки, лоскут на ножки, anal fistula plug, LİFT, применения сетон
Keywords: anal fistula, advancement flap, anal fistula plug, LİFT, seton procedure

Mürəkkəb anal fistul anlayışı ədəbiyyatda müxtəlif kriteriyalar baxımından dəyərləndirilir. 1961-ci ildə Dr.Parks fistulları inter-, trans-, supra- və ekstrasfinkter olaraq bölmüşdür [1]. Amerika Colon və Rektal Cərrahlar Birliyi Standartları Komitəsi 2011-ci ildə perianal absses və anal fistulun müalicəsi ilə bağlı praktik parametrlər dərc etmişdi. Onlar burada intersfinkter və xarici sfinkterin 30%-dən az hissəsini əhatə edən transsfinkter fistulları "sadə fistul" kimi təsvir etmişlər. "Mürəkkəb fistul"lara isə 30%-dən çox əzələni əhatə edən fistul, qadın xəstələrdə ön fistul, təkrarlayan fistul, yanaşı anal inkontinensiya, iltihabi bağırsaq xəstəlikləri və şüalanma fonunda olan fistullar aid edilmişdir [2].

Anal fistullara yanaşma ilə bağlı məlumatlar hələ eramızdan əvvəl 400-cü il Hipokrat dövrünə aid ədəbiyyatda sənədləşdirilmişdir. Sadə və ya aşağı fistullarda birincili fistulotomiya mükəmməl yaxşılaşma faizləri və funksional nəticələrinə görə ən yaxşı müalicə üsuludur [3]. Lakin mürəkkəb anal fistullara yanaşma nisbətən çətindir, çünki yüksək uğursuzluq faizləri və funksional əlillik göstəriciləri mövcuddur [3-6].

Bu məqalədə fistulun anatomiya və patofiziologiyası, mürəkkəb fistulların sübut olunmuş müalicə taktikaları, müalicənin uğursuzluqları və Kron xəstəliyi də daxil olmaqla xüsusi hallarda diaqnostik yanaşma şərh edilmişdir.

Müayinə. Mürəkkəb anal fistullu xəstələrdən daha əvvəl keçirmiş olduqları anorektal cərrahi əməliyyatlar da daxil olmaqla ətraflı anamnez toplanmalı və xəstələr diqqətli obyektiv müayinə olunmalıdırlar. Bağırsaq funksiyası və kontinensiyanın, əvvəlki obstetrik və anorektal cərrahi anamnezin və çanaq dibinin şüalanmasının araşdırılması xüsusi əhəmiyyətə malikdir [7].

Preoperativ Görüntüləmə. Fistulun mənbəyi və ya fistul yolu qeyri- müəyyən olduqda əlavə görüntüləmə düşünülməlidir. Buraya əvvəlki uğursuz əməliyyatlar, iltihabi bağırsaq xəstəlikləri və tuberkulyoz kimi bir çox qeyri - ənənəvi fistul yollarından şübhə edilən hallar da daxildir [8-10].

Endoanal ultrasəs müayinəsi mürəkkəb anal fistul yollarının diaqnostikasında effektiv üsul olub, intraoperativ müayinə ilə 90 - 94% korrelyasiya təşkil edir [9]. Fistul yoluna hidrogen peroksid vurulması əlavə yolların və absses boşluqlarının aşkarlanmasında istifadə edilən potensial əhəmiyyətli üsuldur. Ultrasəs müayinəsinin əsas çatmazlığı xəstələrin diskomfort hiss etməsi və bu müayinəyə dözə bilməməsidir [10].

Çanağın maqnit rezonans tomoqrafiyası (MRT) mürəkkəb fistulların görüntülənməsində daha geniş istifadə olunmağa başlamış və ultrasəs müayinəsindən faydalıdır. Bahalı müayinə olmasına baxmayaraq, bu üsul 90% hallarda düzgün anatomiya ilə korrelyasiya təşkil edir və 75% hallarda düzgün qərar vermək üçün göstərişə malik olur. İnterpretasiya üçün çanaq MRT- sinin nəticələrini yaxşılaşdıran bir neçə texnika mövcuddur [11]. Müstəvi anal kanalın oxu ilə üst - üstə düşmək üçün önə doğru meyl etməlidir. T2-də çəkilmiş, piy toxuması görüntüləri ardıcıllıqla fistul yolunun iltihabını digər proseslərdən fərqləndirməyə kömək edir. Əgər çapıq və ya digər iltihabi prosesləri differensiasiya etməyə ehtiyac yaranarsa, qadoliniumu artırılmış T1-də çəkilmiş görüntülər köməkçi olacaqdır. Bu aspektlər və texniki xüsusiyyətlər seçilmiş xüsusi hallarda fistul yolunun xəritəsinin çəkilməsi üçün MRT-ni müəlliflərin əsas seçiminə çevirmişdir [12].

Fistuloqrafiya və kompüter tomoqrafiya (KT) üsulları həddən çox şüalanma təsiri və fistulun anatomiyasını suboptimal təsvir etdiyi üçün köhnəlmiş hesab edilir. Bununla belə, KT supralevator absses kimi kəskin iltihabi prosesləri qiymətləndirmək üçün faydalı ola bilər, lakin mürəkkəb fistul yollarının qiymətləndirilməsində faydalı deyil [8].

Mürəkkəb Fistulların Müalicəsi. Mürəkkəb fistulların radikal müalicəsi zamanı ilkin müalicənin əsasını, xüsusilə, absses mövcud olan hallarda perianal sepsisə nəzarət təşkil edir. Buna absses boşluğunun drenajı və ya fistul yoluna iltihabı prosesi sakitləşdirmək məqsədilə drenəedici (kövşək) seton yerləşdirilməsi aiddir. Aktiv infeksiya fonunda radikal əməliyyat icra edilməsi yaxşılaşma faizlərinin enməsinə səbəb olur. Bu yeni konsepsiya deyil və uzun müddətdir ki, müdafiə olunur. Bəzi müəlliflər inanır ki, təcrübəli əllərdə fistul yolu abssesin drenaj olunması zamanı tam müalicə oluna bilər. Mürəkkəb fistulların radikal müalicəsindən əvvəl abssesin drenaj edilməsi və perianal sepsisin aradan qaldırılması bizim seçimimizdir [13,14].

Fistul yolunun olması radikal müalicə tələb edir. Müalicə üsullarına setonlar (müvəqqəti drenəedici-kövşək, kəsici), fistulotomiya və ya fistulektomiya (birmomentli və ya mərhələli, sfinkteroplastika ilə və ya

sfinkteroplastika olmadan), endorektal irəliləyici selikli qişa loskutu (flep), irəliləyici dəri loskutu, fistula plaq, fibrin yapışqan, fistul yolunun elektrokauterizasiyası/lazeri, fistulun lazerlə bağlanması (FİLAC) və intersfinkter fistul yolunun liqasiyası aiddir. Bu üsulların hər biri aşağıda ayrı - ayrılıqda müzakirə olunacaqdır.

Drenəedici (kövşək) Setonlar. Drenəedici (kövşək) setonlar perianal sepsisə nəzarət etmək üçün ən effektli üsuldur. Fistul yolunun tıxanmasının qarşısının alınmasına və formalaşmasına xidmət edir və kompleks əməliyyat düşünülürsə, xüsusilə faydalı ola bilər. Bundan başqa, əgər fistul yolunun daxili dəliyi anusdan çox yüksəkdə yerləşərsə, fistul yolunu qısaldaraq, onun həcmini azaltmaq üçün istifadə edilə bilər [15].

Adətən, kövşək seton mürəkkəb fistulun ilkin dəyərləndirilməsi zamanı onun xarici dəliyinin bağlanmasının və təkrarən absses əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üşün qoyulur. Bir çox müxtəlif material kövşək seton kimi istifadə edilə bilər. Geniş yayılmış yanaşmalardan biri ipək sapla kövşək bağlanmış Silastic damar ilməyinin tətbiq edilməsidir]16].

Qeyd etmək lazımdır ki, tətbiq edilən kövşək seton həlledici müalicəyə körpü, eyni zamanda mürəkkəb fistulların uzunmüddətli müalicəsi kimi də qəbul edilir. Bir neçə uğursuz əməliyyat keçirmiş və ya bir neçə sinxron fistul yolu olan və ya sonrakı müdaxilədən imtina edən xəstələr üçün fistula bağlı simptomları məhdudlaşdırmaq və təkrarlayan infeksiyanın qarşısını almaq üçün düzgün yerləşdirilmiş kövşək seton uzun illər fistul yolunda saxlana bilər [15,16].

Kəsici Setonlar. Kəsici setonlar uzun illər mürəkkəb perianal fistulların müalicəsində istifadə edilmişdir. Bu prosedurda seton fistul yolunda təzyiqlə sıxılaraq təsbit edilir. Seton zamanla sıxıla bilər. Bu prosedurun əsasındakı nəzəriyyə," regelasiya"- dondurulmuş cisimin təzyiq altında əriməsi, lakin təzyiq aradan qaldırıldıqdan sonra təkrarən donması prinsipinə əsaslanır. Kəsici seton zamanla səthiləşdiyi üçün fistulotomiyadan daha az əzələ ayrılmasına və daha az fibroz əmələ gəlməsinə şərait yaradır [17-21].

Bu çox sadə müdaxilədir, lakin sağalması 12-16 həftə davam edir. Bundan başqa, "regelasiya" nəzəriyyədə olduğundan daha yaxşıdır, anal inkontinensiyanın rastgəlmə tezliyi 12 - 26%-dir [18,19]. Anal qaz inkontinensiyası geniş yayılmışdır və daha sonra duru nəcis saxlamazlığı ilə nəticələnir. İcmal məqalələr qaz saxlamazlığı üçün orta tezliyi 9,7%, bərk nəcis üçün 5% qəbul edir [19-21].

Fistulotomiya. Birincili fistulotomiya sadə anal fistullar üçün əsas müalicə üsulu hesab edilir, intersfinkter və aşağı transsfinkter fistullarda xüsusilə faydalıdır. Yuxarı fistullarda bu müdaxilə üsulu aparılan xəstələrdə yaxşı nəticələr mövcud deyil. Yüksək, mürəkkəb və residiv fistullardan ibarət bir tədqiqat işində residiv riskinin 4%, inkontinensiyanın (əksər hissəsi qaz və az hallarda nəcis saxlamazlığı) 36% olduğu bildirilmişdir [22]. Eyni müəlliflər 50 xəstədən ibarət başqa bir tədqiqatda residiv riskinin 7%, anal inkintinensiyanın 40% rast gəldiyini bildirmişlər [23].

Birincili fistulotomiya bəzən uc - uca sfinkteroplastika ilə birlikdə icra edilir. 2013-cü ildə Ratto və əməkdaşları [24] bu texnikanın tətbiq edildiyi kriptoqlandulyar etiologiyalı mürəkkəb anal fistulu olan 72 xəstənin nəticələrini bildirmişlər. 29,4 aylıq ortalama izləm müddətindən sonra birincili sağalma faizi 95,8%, pre və postoperasion dövr Weksner Fekal İnkontinensiya Şkalası ilə qiymətləndirmədə ciddi fərq görülməmişdir. Başqa bir tədqiqatda prosedurdan əvvəl və sonra, xüsusilə manometriya edilmiş 35 xəstənin nəticələrinə baxılmış və əvvəllər duru nəcis saxlamazlığı olan xəstələrdə anal inkontinensiya və manometrik dəyərlərin artdığı müşahidə edilmişdir. Əvvəllər duru nəcis qaçırtması olmayan xəstələrin nəticələri pisləşməmişdir. Bu tədqiqatda residiv riski 5,7% olmuşdur [25]. Başqa bir tədqiqatda oxşar nəticələr əldə edilmiş, 70 xəstənin 81 aylıq izləminin nəticələrinə əsasən, əməliyyatdan sonra anal inkontinensiyanın yaxşılaşması və 8,6% hallarda residiv qeyd edilmişdir . Bu tədqiqatlar birincili fistulotomiya əsnasında sfinkterin bərpasının mürəkkəb fistullar üçün əhəmiyyətli seçim olması fikrini irəli sürür. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu xüsusi bir texnikadır və beynəlxalq miqyasda nisbətən az mərkəzdə tətbiq edilir [26].

Endorektal İrəliləyici Selikli Qişa Loskutu (flep). Endorektal irəliləyici loskut düz bağırsağın selikli qişası, selikaltı qatı və bir neçə əzələ lifindən ibarət müəyyən qalınlıqda hərəkətli loskutdur. Adekvat qan təchizatının təmin edilməsi məqsədilə loskiutun əsası zirvəsindən 2:1 nisbətində enli olmalıdır. Əməliyyat zamanı fistul yolu epitel təbəqəsini təmizləmək üçün qaşınır (küretaj olunur), ardınca daxili dəlik tikişlə bağlanır və gərginlik olmadan ehtiyatla irəliləyən flep defektin üzərinə yerləşdirilir. 1654 xəstənin nəticələrinə əsasən hissəvi fleplərin tam fleplərdən daha yaxşı nəticə verdiyi bildirilmişdir [27]. Digər üsullarda olduğu kimi, uğur faizləri müxtəlif tədqiqatlarda stabil olmayıb, çox çeşidlidir. Birincili yaxşılaşma faizləri ən çox 65 - 93% arasında dəyişir [28] .

Flepdən əvvəl drenəedici setona ehtiyac olub - olmadığı aydın deyil. Bir çox tədqiqat randomizə olmadığı üçün, bu suala cavab vermək çox çətindir, çünki setonlar seçici olaraq istifadə edilir və mürəkkəb fistulların

müalicəsinin irəli mərhələsi üçün saxlanır. Müəlliflər, davam edən iltihab və sepsis əlamətləri olarsa, setonla preoperativ drenajın faydalı olduğunu düşünürlər [29].

Əgər birinci cəhd uğursuzluqla nəticələnərsə, ikinci irəliləyici flepi sınamaq məntiqlidir. Mitalas və əməkdaşları ikinci dəfə flep tətbiq edilmiş 26 xəstənin nəticələrini təqdim etmiş, yaxşılaşma faizi 69% olmuşdur. İlk müdaxilə uğurla nəticələnmiş xəstələrlə birlikdə götürdükdə yaxşılaşma 90%-dən çox olur. Bundan başqa, eyni tədqiqatda endorectal irəliləyici flep tətbiq edilməsinin kontinensiyaya minimal təsiri olduğu düşünülür [30].

Əvvəllər fibrin yapışqan inyeksiyasının irəliləyici fleplə birlikdə istifadəsi müalicə üsulu kimi müdafiə edilirdi. Sonralar bu hibrid yanaşmanın, tək fleplə müqayisə etdikdə residivin artması ilə əlaqəli olduğu görüldü. Fibrin yapışqanın sağalma zamanı fistul yolunun lazımi drenajının qarşısını alması, artmış uğursuzluq faizlərini izah edir [31].

Kron xəstəliyində irəliləyici fleplər məhdud dərəcəli uğurla tətbiq edilə bilər. Aktiv mukozal xəstəliklərdə tətbiq edilməməlidir. Dərc olunan nəticələr, hətta qoruyucu stoma olan xəstələrdə belə fistulun residiv riskinin 46 - 57% olduğunu göstərir [32].

Dəri İrəliləyici Flepi/Adacıq İrəliləyici Flep Anoplastikası. Endorektal irəliləyici fleplər simptomatik mukozal ektropionlarla əlaqələndirilir və anal kanalda sıx çapıq olarsa, bu texnikanın tətbiqi çətinləşir. Bu səbəblərə görə, irəliləyici loskut anal kanalın xarici səthindən hazırlanır. Bu texnika dəri irəliləyici flepi və ya adacıq irəliləyici flep anoplastikası adlanır. Bu üsul başlanğıcda anal stenozun müalicəsinə istiqamətlənmiş tədqiqatlardan alınmış, lakin anal fistulun həlledici müalicəsi üçün də uyğun alternativ olduğu sübut olunmuşdur [33,34].

V-Y fleplər, Y-V fleplər, kanal flepləri, S-fleplər və s. müxtəlif anoplastika variantları mövcuddur. Tipik yanaşma, daxili dəliyin üzərindəki selikli qişanın xaric edilməsi, fistul yolunun qaşınması və daxili dəliyin bağlanmasından, eyni zamanda gərginlik və toxuma devaskulyarizasiyasının qarşısını almaq üçün anal kənardan hərəkətli loskutun anal kanala daxil edilməsindən ibarətdir [33].

Bildirilən müvəffəqiyyət faizləri əksərən 70-80% arasındadır. Əksər tədqiqatlar kiçik həcmli olduğu üçün, nəticələr buna əsasən şərh edilmişdir. Əgər ilkin əməliyyat uğursuz olarsa, bu xəstələrin sağalma faizi yüksək olmur. Nəticələr kontinensiyaya olan təsirinə görə də müqayisə edilir. Ümumiyyətlə, dəri flepinin endorektal fleplə oxşar funksional nəticələrə və sağalma faizlərinə malik olduğu görünür və mürəkkəb anal fistullu xəstələr üçün birinci seçim müalicə üsuludur [34].

Fibrin Yapışqanlar. Anal fistulların fibrin yapışqan inyeksiyası ilə müalicəsi ilk vaxtlar əhəmiyyətli populyarlıq qazanmışdır, çünki bu texnika mürəkkəb problemin sadə və asan qəbul edilən bir üsul kimi görünürdü. Texnika fistul yolunun qaşınmasından, daxili dəliyin bağlanmasından fistul yolunun yapışqanla doldurulmasından ibarətdir. Yapışqan sağalma əsnasında müvəqqəti matrix rolunu oynayır. Eyni zamanda yapışqan fekal kontaminasiyanın qarşısını alır və sağlam toxumanın inkişaf etməsi üçün skelet funksiyası daşıyır [35].

Tədqiqat işində birincili sağalma faizi 30 - 60%, uzunmüddətli izləmə aparılan tədqiqatlarda sağalma faizinin aşağı olduğunu göstərilmişdir [36]. Uzunmüddətli sağalma faizlərini araşdıran prospektiv tədqiqatda yapışqan inyeksiyasından 16 ay sonra xəstələrin 14%-də fistulun funksiya etdiyi bildirilmişdir [37].

Ümumiyyətlə, fibrin yapışqan və digər dolğu maddələrinin istifadəsi mürəkkəb fistulların müalicəsində effektlidir, lakin ASCRS parametrləri 2C tövsiyə sinfinə daxil olan fistullar üçün qəbul edilən yanaşma hesab edilir [2].

***Anal Fistula Plug* (AFP).** Anal fistul plug (AFP) texnikası ilk dəfə 2004-cü ildə təsvir edilmiş, ilk tədqiqat 2006-cı ildə dərc edilmişdir. Əməliyyat texnikası fistul yolunun qaşınması və oraya bioprostetik plugın yerləşdirilməsi, plugın daxili dəlikdən görülməsi və xarici dəlikdən dəri səthi səviyyəsində kəsilməsindən ibarətdir. Əvvəlcə plug burulmuş bioloji material kimi təsvir edilmişdi, lakin daha sonra ticarət məqsədilə Surgisis AFP (Cook Medical , Canton, İN) adı altında donuz bağırsağının selikaltı qatından hazırlanmış biosorulan materialdan hazırlanmışdır. Bu texnika sadəliyi, istifadəsinin asanlığı, ətraf toxumalara zərər verməməsi və nisbətən yüksək xəstə tolerantlığı səbəbilə tezliklə bəyənildi [38].

AFP üçün ilk bildirilən sağalma faizi 85 - 87% olmuşdur. Bu fazilər azsaylı tədqiqatlardan əldə edilmiş və sonrakı tədqiqatlar bu yüksək nəticələri təsdiq edə bilməmişdir [38,39]. Kifayət qədər diqqətli izləmə dövrünə malik olan tədqiqatların bir çoxunda sağalma faizi 50%-dən az, bəzisində isə 24% kimi aşağı səviyyələrdə olmuşdur. Bundan başqa, birinci plugın uğursuz nəticəsindən sonra ikinci plugın yerləşdirilməsinə dair məlumatlar mövcuddur. Lakin belə yanaşmanın uğurla nəticələnməsinin çox da mümkün olmadığı göstərilir. Ədəbiyyat məlumatlarında mürəkkəb fistullar üçün sağalma faizi 35 - 87% arasında dəyişidiyi qeyd edilir [2, 40-42].

Son zamanlar edilən ikinci AFP tətbiqi haqqında məlumatlar verilməyə başlanılmışdır. Gore Bio-A fistul pılugı sintetik biosorulan skelet olub, "Surgisis Plug"la eyni funksiya göstərir, lakin daha ucuz və fistul yolunun ölçüsünə və sayına uyğun modifikasiya edilmiş şəkildə hazırlanır. Bu tip Plugla birincili sağalmanın 69% olduğu bildirilmiş, lakin sonrakı çoxmərkəzli tədqiqatda 12 aylıq sağalmanın 49% olduğu göstərilmişdir [43,44].

Ümumiyyətlə, AFP mürəkkəb anal fistullar üçün qəbuledilə bilən yanaşma kimi görünür, çünki əsasən minimal yan təsirlərə malik olub, orqanizm tərəfindən yaxşı qəbul edilir. Bununla yanaşı, uğursuzluq ehtimalı yüskəkdir və xəstə ilə ətraflı müzakirə olunmalıdır.

Fistul Yolunun İntersfinkter Liqasiyası (LİFT). Son illərdə bəlkə də ən çox maraq göstərilən texnika fistul yolunun intersfinkter liqasiyasıdır. İlk dəfə 1993-cü ildə Dr.Robin Phillips [45] tərəfindən təsvir edilmiş, lakin 2007-ci ildə Dr.Arun Rojanasakul [46] tərəfindən gözdən keçirilmiş və yenidən təklif edilməsindən sonra populyarlıq qazanmışdır. LİFT texnikası intersfinkter sahənin disseksiyası, transsfinkter fistul yolunun identifikasiyası və mobilizasiya olunması, fistul yolunun liqasiyası və kəsilməsi və xarici dəliyin qaşınmasından ibarətdir. Bunun ardınca intersfinkter kəsik kövşək bağlanır.

LİFT texnikasının bir neçə variasiyası mövcuddur. Bəzi müəlliflər LİFT-dən əvvəl rutin seton yerləşdirilməsini tövsiyə edir, digərləri isə setonu selektiv olaraq tətbiq edir [47]. Klassik texnikaya anal kanalda olan defektin bağlanması aid deyil, lakin bəzi tədqiqatlar anal kanaldan daxili dəliyin qaşınması və bağlanması fikrini müdafiə edir [48].

Hal - hazırda LİFT haqqında son 9 ili əhatə edən, sağalma faizi 40 - 95% arasında dəyişən, 30-dan çox publikasiya mövcuddur [47-51]. Ümumiyyətlə, bu tədqiqatlarda minor ağırlaşmaların aşağı faizləri qeyd edilmiş, major ağırlaşmalar göstərilməmişdir [50]. Orta izləm 6-78 həftə arasında, orta sağalma müddəti 8 həftə olmuş, residiv isə tipik olaraq, müdaxilədən 2-8 ay sonra meydana çıxmışdır [50,51]. LİFT-dən sonrakı funksional nəticələr mükəmməl olmuş, minimal fekal inkontinensiya şikayətləri bildirilmişdir [51]. LİFT Wexner Fekal İnkontinensiya Şkalasına (Orta: 0-1) təsir etmir, həmçinin LİFT-dən sonra anorectal manometriya göstəricilərində dəyişiklik olmur [52].

Uğursuz LİFT əməliyyatından sonra təkrari LİFT bir tədqiqatda 54%-lik (7/13 xəstə) sağalma faizi göstərdiyinə görə uyğun yanaşma kimi düşünülmüşdür [47]. Diqqət çəkən erkən nəticələr LİFT texnikasının intersfinkter sahədə uğursuzluğa meylli olduqlarını və beləliklə, fistulun transsfinkterdən intersfinkterə endirilməyə meylli olduğunu göstərmişdir. Bununla yanaşı, daha yeni nəticələr bu azalmanın 10-16% hallarda gerşəkləşdiyini göstərmişdir [47,48].

LİFT həmçinin, Kron xəstələri üçün də 1 illik izləm sonrasında 67% sağalma faizi göstərən qəbul edilmiş yanaşmadır [53]. LİFT endorectal flep texnikası ilə müqayisə edilmiş, iki ayrı randomizə tədqiqat aparılmış və hər ikisində ekvivalent sağalma faizləri əldə edilmişdir. LİFT, həmçinin rektovaginal fistul daxil olmaqla digər fistullar üçün də tövsiyə edilmiş, lakin bu haqda yüksək keyfiyyətli nəticə yoxdur [15,54].

LİFT əməliyyatına bir sıra əlavələr təklif edilmişdir. Bunlara intersfinkter boşluqlara bioprostetik tor (BioLİFT) yerləşdirilməsi [55], simultan LİFT və endorektal flep tətbiq edilməsi [56] və intersfinkter boşluqdan xarici dəliyə plug (LİFT-Plug) [57] yeridilməsi aiddir. Bu texnikaların nəticələri ümidvericidir, lakin tədqiqatlar az olub, ənənəvi LİFT texnikasına nəzərən ciddi faydası yoxdur.

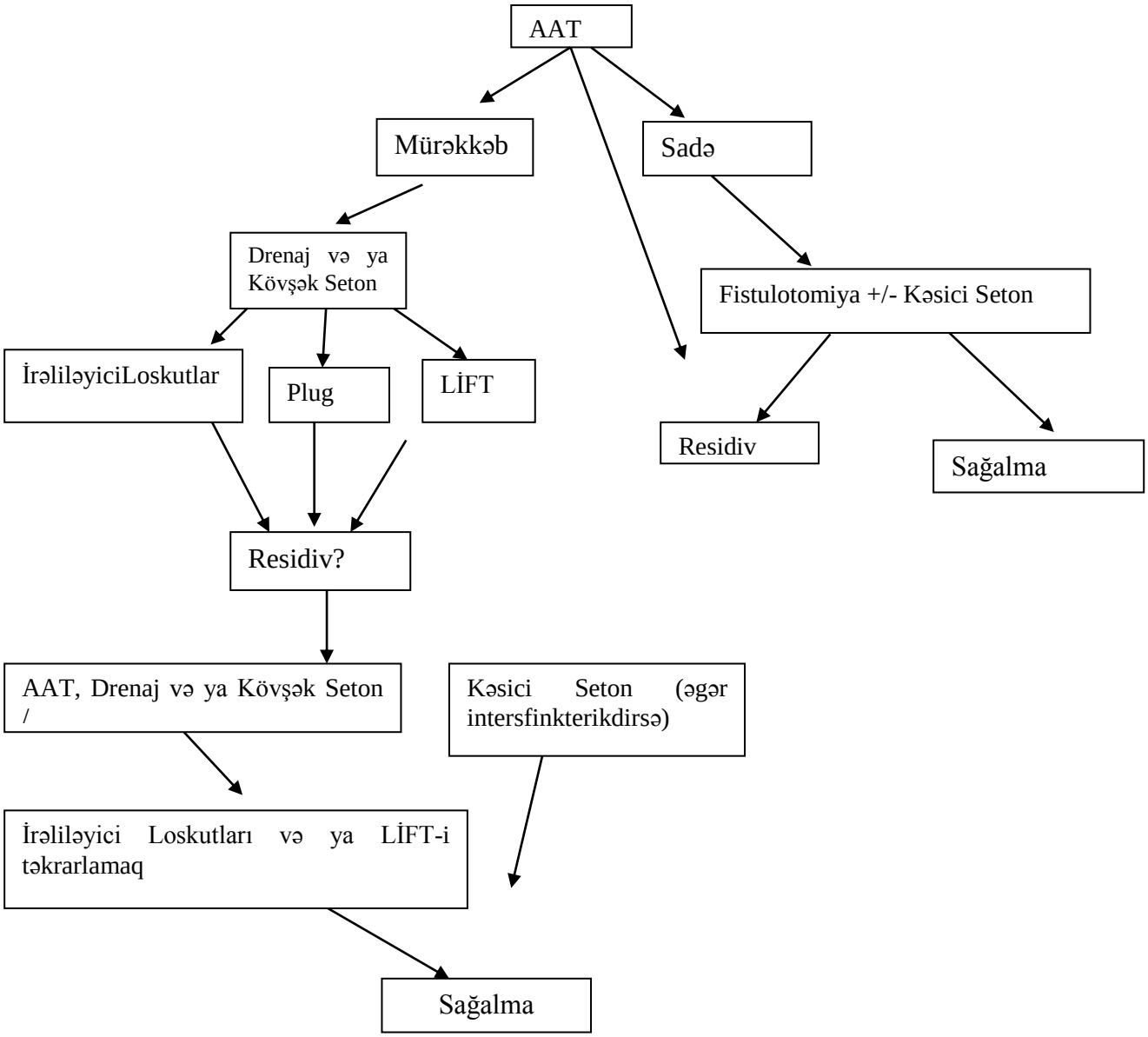
Fistul Müalicəsində Yeni Texnikalar. İstifadə edilən ən yeni texnologiyalardan biri fistul yolunun lazer ablasiyasıdır. Bu FİLaC sistemi fistul yolu boyunca lazer şüaları vasitəsilə denaturasiya, çapıq yaranmasına və toxumanın kiçilməsinə səbəb olan ötürücü vasitəsilə işləyir [58]. Bu texnika 2014-cü ildə yalnız bir tədqiqatla təqdim edilmişdir. Bu tədqiqata 45 xəstə daxil edilmiş, ortalama 30 aylıq izləmdən sonra birincili sağalma 71% olmuş, fekal inkontinensiya şikayəti qeyd edilməmişdir [59].

Video köməyilə anal fistul müalicəsi (VAAFT) fistul yolunun bilavasitə görmə nəzarəti ilə ləğv edilməsi texnikasıdır və daxili dəliyin bağlanmasına şərait yaradır. Bu mürəkkəb anal fistullar üçün yaxşıdır, çünki fistul yolu bilavasitə gözlə görünür, toxuma kəsilməsinə ehtiyac olmur, beləliklə sfinkterin funksiyası qorunur. Bu texnika ilə bağlı tədqiqatlar məhduddur, bəzi mənbələrdə 13-16%-lik residiv açıqlanmışdır. Əlbəttə, mürəkkəb fistullara FİLaC və VAAFT yanaşması maraqlıdır, lakin bu texnikaların yayğın şəkildə mənimsənilməsi üçün daha ciddi göstəricilər təqdim edilməldir [60,61].

İleal Poş - Anal Anastomozdan Sonrakı Fistullar. İleal Poş-Anal Anastomozdan Sonrakı Fistullar hissəvi mürəkkəb olub, adətən anastomoz defekti nəticəsində yaranır. Geartner və əməkdaşları [62] öz təcrübələrində bir neçə əməliyyat üsulu tətbiq etmişlər. Bunlara M.Gracilis əzələ flepi, fistula plug, irəliləyici flep, yapışqan, seton, Martius flepi (bulbocavernosus) və ya fistulotomiya aiddir. Bu tədqiqatda sağalma 64% olmuş və fistul yolunun ləğv edilməsi üçün ortalama 2,8 prosedura ehtiyac yaranmışdır. Mürəkkəb və multipl fistullar üçün sağalma 0% qeyd edilmişdir. Poşla əlaqəli fistullar seçilən müalicə üsulundan asılı

olmayaraq yüksək uğursuzluq faizinə sahib olub, bu mürəkkəb məsələni həll etməyə çalışan cərrahlara meydan oxumağa davam edirlər.

Müəlliflər Dudukgian və Abcarianın [3] dərc etdiyi versiyanı modifikasiya edərək mürəkkəb anal fistullara yanaşma ilə bağlı alqoritm təklif etmişlər (Şək.).



Şək. Mürəkkəb pararektal fistulların əsaslandırılmış müalicə üsullarının alqoritmi. AAT- Anesteziya Altında Təftiş

Yekun. Mürəkkəb anal fistulların müalicəsi üçün müxtəlif texnikalar mövcuddur. Ən yaxşı üsul məlum deyil və hazırki nəticələr yüksək keyfiyyətli göstəricilərin və böyük həcmli randomizə tədqiqatların olmamasından əziyyət çəkir. Nəticə seçiləcək texnika, anatomiyanın düzgün dəyərləndirilməsi, cərrahın seçimi və müxtəlif texnikalardakı təcrübədən asılı olacaqdır. Ümumiyyətlə, uğuzsuzluq ehtimalı çoxdur və lazım gəldikdə birdən çox müdaxilə etməyə hazır olmaq lazımdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Parks A.G. Pathogenesis and Treatment of Fistula-in-Ano. // Br Med J., 1961, v.1(5224), p. 463-469.
2. Steele S.R., Kumar R. Feingold D.L. et al. Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano // Dis Colon Rectum. 2011, v.54(12), p.1465-74.

3. Haig Dudukgian, Herand Abcarian. Why do we have so much trouble treating anal fistula? // World J Gastroenterol., 2011, v.17(28), p.3292-3296

4. Алиев Э.А. Причины возникновения недостаточности анального сфинктера после операций на дистальном отделе прямой кишки // Проблемы колопроктологии, 2000, № 17, с.25-27

5. Алиев Э.А. Лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера // Международный медицинский журнал, 2011, №3(67), с.90-95.

6. Алиев Э.А. Причины и профилактика недостаточности сфинктера заднего прохода // «Вестник» Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, 2011, №1, с.48-54

7. Ortega A.E., Cologne K.G. Classification and treatment of anorectal infections. In Abcarian H, ed. Anal Fistula Principles and Management. 1st ed. New York: Springer New York; 2014, p.17 - 26.

8. Aydınova P.R., Əliyev E.A., Rüstəm Ə.M. və b. Pararektal fistulların MRT diaqnostikası: göstərişlər, üstünlüklər və qüsurlar // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2014, №2, s.5 - 7

9. Ratto C., Grillo E., Parello A. et al. Endoanal ultrasound-guided surgery for anal fistula // Endoscopy, 2005, v.37(8), p.722-728.

10. Nagendranath C., Saravanan M.N., Sridhar C., Varughese M. Peroxide-enhanced endoanal ultrasound in preoperative assessment of complex fistula-in-ano // Tech Coloproctol., 2014, v.18, p.433-438.

11. Buchanan G.N., Halligan S., Bartram C.I. et al .Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard // Radiology, 2004, v.233(3), p.674-681.

12. Gage K.L, Deshmukh S., Macura K.J. et al. MRI of perianal fistulas: bridging the radiological-surgical divide // Abdom Imaging., 2013, v.38(5), p.1033-1042.

13. Sileri P., Cadeddu F., D'Ugo S. et al. Surgery for fistula-in-ano in a specialist colorectal unit: a critical appraisal // BMC Gastroenterol. 2011, v.11, p.120.

14. Ramanujam P.S, Prasad M.L, Abcarian H., Tan A.B. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients // Dis Colon Rectum., 1984, v.27(9), p.593-597.

15. Mushaya C, Bartlett L, Schulze B, Ho Y H. Ligation of intersphincteric fistula tract compared with advancement flap for complex anorectal fistulas requiring initial seton drainage //. Am J Surg., 2012, v.204(3), p.283-289

16. Aydınova P.R. Pararektal fistullarda "seton" tətbi-qinin nəticələri // Azərbaycan təbabətinin müasir nəiliyyətləri, 2014, №2, s.186-190

17. Regelation Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/Regelation. Accessed May 24, 2015

18. Chuang-Wei C., Chang-Chieh W., Cheng-Wen H. et al. J. Cutting seton for complex anal fistulas // Surgeon, 2008, v.6(3), p.185-188.

19. Ritchie R.D., Sackier J.M., Hodde J.P. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula // Colorectal Dis., 2009, v.11(6), p.564-571.

20. Kamrava A., Collins J.C. A decade of selective use of adjustable cutting seton combined with fistulotomy for anal fistula // Am Surg., 2011, v.77(10), p.1377-1380.

21. Ege B., Leventoğlu S., Menteş B.B. et al. Hybrid seton for the treatment of high anal fistulas: results of 128 consecutive patients //Techniques in Coloproctology, 2014, v.18, Issue 2, p.187-193.

22. Atkin G.K., Martins J., Tozer P. et al. For many high anal fistulas, lay open is still a good option // Tech Coloproctol., 2011, v.15(2), p.143-150.

23. Tozer P, Sala S, Cianci V. et al. Fistulotomy in the tertiary setting can achieve high rates of fistula cure with an acceptable risk of deterioration in continence // J Gastrointest Surg., 2013, v.17, p.1960-1965.

24. Ratto C., Litta F., Parello A. et al. Fistulotomy with end-to-end primary sphincteroplasty for anal fistula: results from a prospective study // Dis Colon Rectum., 2013, v.56(2), p.226-233.

25. Perez F., Arroyo A., Serrano P. et al. Fistulotomy with primary sphincter reconstruction in the management of complex fistula-in-ano: prospective study of clinical and manometric results // J Am Coll Surg., 2005, v.200(6), p.897-903.

26. Arroyo A., Pérez-Legaz J., Moya P. et al. Fistulotomy and sphincter reconstruction in the treatment of complex fistula-in-ano: long-term clinical and manometric results // Ann Surg., 2012, v.255, p.935-939.

27. Soltani A., Kaiser A.M. Endorectal advancement flap for cryptoglandular or Crohn's fistula-in-ano // Dis Colon Rectum., 2010, v.53(4), p.486-495.

28. van Onkelen R.S., Gosselink M.P., Schouten W.R. Is it possible to improve the outcome of transanal advancement flap repair for high transsphincteric fistulas by additional ligation of the intersphincteric fistula tract? // Dis Colon Rectum., 2012, v.55(2), p.163-166.

29. van Koperen P.J., Wind J., Bemelman W.A. et al. Long-term functional outcome and risk factors for recurrence after surgical treatment for low and high perianal fistulas of cryptoglandular origin // Dis Colon Rectum., 2008, v.51(10), p.1475-1481.

30. Mitalas L.E., Gosselink M.P., Zimmerman D.D., Schouten W.R. Repeat transanal advancement flap repair: impact on the overall healing rate of high transsphincteric fistulas and on fecal continence //Dis Colon Rectum., 2007, v.50(10), p.1508-1511

31. van Koperen P.J., Wind J., Bemelman W.A., Slors J.F. Fibrin glue and transanal rectal advancement flap for high transsphincteric perianal fistulas; is there any advantage? // Int J Colorectal Dis., 2008, v.23(7), p.697-701

32. Mizrahi N., Wexner S.D., Zmora O. et al. Endorectal advancement flap: are there predictors of failure? //Dis Colon Rectum., 2002, v.45(12), p.1616-1621.

33. Farid M., Youssef M., El Nakeeb A. et al. Comparative study of the house advancement flap, rhomboid flap, and y-v anoplasty in treatment of anal stenosis, a prospective randomized study // Dis Colon Rectum., 2010, v.53(5), p.790-797.

34. Hossack T., Solomon M.J., Young J.M. Ano-cutaneous flap repair for complex and recurrent supra-sphincteric anal fistula // Colorectal Dis., 2005, v.7(2), p.187-192.

35. Singer M., Cintron J. New techniques in the treatment of common perianal diseases, stapled hemorrhoidopexy, botulinum toxin, and fibrin sealant // Surg Clin North Am., 2006, v.86(4), p.937-967.

36. Witte M.E., Klaase J.M., Gerritsen J.J., Kummer E.W. Fibrin glue treatment for simple and complex anal fistulas //Hepatogastroenterology, 2007, v.54(76), p.1071-1073.

37. Buchanan G.N., Bartram C.I., Phillips R.K. et al. Efficacy of fibrin sealant in the management of complex anal fistula, a prospective trial // Dis Colon Rectum., 2003, v.46(9), p.1167-1174.

38. Johnson E.K., Gaw J.U., Armstrong D.N. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas // Dis Colon Rectum., 2006, v.49(3), p.371-376.

39. Champagne B.J., O'Connor L.M., Ferguson M. et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas, long-term follow-up // Dis Colon Rectum., 2006, v.49(12), p.1817-1821.

40. Lewis R., Lunniss P.J., Hammond T.M. Novel biological strategies in the management of anal fistula //Colorectal Dis., 2012, v.14(12), p.1445-1455.

41. Adamina M., Ross T., Guenin M.O. et al. Anal fistula plug, a prospective evaluation of success, continence and quality of life in the treatment of complex fistulae // Colorectal Dis., 2014, v.16, p.547-554.

42. Ky A.J., Sylla P., Steinhagen R. et al. Collagen fistula plug for the treatment of anal fistulas // Dis Colon Rectum., 2008, v.51(6), p.838-843.

43. Stamos M.J., Snyder M., Robb B.W. et al. Prospective multicenter study of a synthetic bioabsorbable anal fistula plug to treat cryptoglandular transsphincteric anal fistulas // Dis Colon Rectum., 2015, v.58(3), p.344-351.

44. Heydari A., Attinà G.M., Merolla E. et al. Bioabsorbable synthetic plug in the treatment of anal fistulas // Dis Colon Rectum., 2013, v.56(6), p.774-779.

45. Matos D., Lunniss P.J., Phillips R.K. Total sphincter conservation in high fistula in ano, results of a new approach // Br J Surg., 1993, v.80(6), p.802-804.

46. Rojanasakul A., Pattanaarun J., Sahakitrungruang C., Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract // J Med Assoc Thai., 2007, v.90(3), p.581-586.

47. Wallin U.G., Mellgren A.F., Madoff R.D., Goldberg S.M. Does ligation of the intersphincteric fistula tract raise the bar in fistula surgery? // Dis Colon Rectum., 2012, v.55(11), p.1173-1178.

48. Liu W.Y., Aboulian A., Kaji A.H, Kumar R.R. Long-term results of ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) for fistula-in-an // Dis Colon Rectum., 2013, v.56(3), p.343-347.

49. Madbouly K.M., El Shazly W., Abbas K.S., Hussein A.M. Ligation of intersphincteric fistula tract versus mucosal advancement flap in patients with high transsphincteric fistula-in-ano, a prospective randomized trial // Dis Colon Rectum., 2014, v.57(10), p.1202-1208.

50. Alasari S., Kim N.K. Overview of anal fistula and systematic review of ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) // Tech Coloproctol., 2014, v.18(1), p.13-22.

51. Madbouly K.M., El Shazly W., Abbas K.S., Hussein A.M. Ligation of intersphincteric fistula tract versus mucosal advancement flap in patients with high transsphincteric fistula-in-ano, a prospective randomized trial // Dis Colon Rectum., 2014, v.57(10), p.1202-1208.

52. Tsunoda A., Sada H., Sugimoto T., Nagata H., Kano N. Anal function after ligation of the intersphincteric fistula tract // Dis Colon Rectum., 2013, v.56(7), p.898-902.

53. Gingold D.S., Murrell Z.A., Fleshner P.R. A prospective evaluation of the ligation of the intersphincteric tract procedure for complex anal fistula in patients with Crohn's disease // Ann Surg., 2014, v.260(6), p.1057-1061.
54. Tan K.K., Alsuwaigh R., Tan A.M. et al. To LIFT or to flap? Which surgery to perform following seton insertion for high anal fistula? // Dis Colon Rectum., 2012, v.55(12), p.1273-1277.
55. Ellis C.N. Outcomes with the use of bioprosthetic grafts to reinforce the ligation of the intersphincteric fistula tract (BioLIFT procedure) for the management of complex anal fistulas // Dis Colon Rectum., 2010, v.53(10), p.1361-1364.
56. van Onkelen R.S., Gosselink M.P., Schouten W.R. Is it possible to improve the outcome of transanal advancement flap repair for high transsphincteric fistulas by additional ligation of the intersphincteric fistula tract? // Dis Colon Rectum., 2012, v.55(2), p.163-166.
57. Han J.G., Yi B.Q., Wang Z.J. et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract plus a bioprosthetic anal fistula plug (LIFT-Plug), a new technique for fistula-in-ano // Colorectal Dis., 2013, v.15(5), p.582-586
58. FiLaC Available at, https,//www.youtube.com/watch?v=8M-k0zEx1jo. Accessed May 24, 2015
59. Giamundo P., Esercizio L., Geraci M. et al. Fistula-tract Laser Closure (FiLaC™), long-term results and new operative strategies // Tech Coloproctol., 2015, v.19(8), p.449-453.
60. Meinero P., Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT), a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas // Tech Coloproctol., 2011, v.15(4), p.417-422.
61. Kochhar G., Saha S. Andley M. et al. Video-assisted anal fistula treatment // JSLS, 2014, v.183
62. Gaertner W.B., Witt J., Madoff R.D. Ileal pouch fistulas after restorative proctocolectomy, management and outcomes // Tech Coloproctol., 2014, v.18(11), p.1061-1066.

Резюме

Подход к сложным параректальным свищам

Э.А. Алиев, П.Р. Айдынова, Х.Н.Ширинова

Сложные анальные свищи требуют особой оценки. Перед назначением какого-либо лечения необходимо определить анатомию свища и исключить сепсис. Существуют несколько подходов к анальным свищам и основываясь на предыдущий опыт они предлагаются больным. Новые технологии перспективны для ликвидации свища, однако оталенные результаты отсутствуют.

Summary

The approach to complex anal fistulas

E.A.Aliyev, P.R.Aydınova, Kh.N.Shirinova

Complex anal fistulas require careful evaluation. Prior to any attempts at definitive repair, the anatomy must be well defined and the sepsis resolved. Several muscle-sparing approaches to anal fistula are appropriate, and are often catered to the patient based on their presentation and previous repairs. Emerging technologies show promise for fistula repair, but lack long-term data.

Daxil olub: 16.01.2017

QADINLARDA TOKSOPLAZMOZUN DİĞƏR İNFEKSİYALARLA RASTGƏLMƏ TEZLİYİ

M.X.Musayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: toksoplazmoz, qadınlar, infeksiyalar, müayinə
Ключевые слова: токсоплазмоз, женщины, инфекции, исследования
Key words: toxoplasmosis, women, infections, studies

Hamiləlik patologiyalarında iştirak edən, anadan dölə keçən infeksiyalar monoinfeksiya şəkli ilə yanaşı, mikst formada, yəni digər infeksiyalarla birlikdə rast gəlir. Hamiləlik patologiyalarında rolu olan xəstəliklər içərisində opportunist infeksiyaların xüsusi yeri vardır.

Opportunist infeksiyalar törədicilərinin nisbətən zəif patogenliyi ilə seçilir. İnfeksiyon prosesin baş verməsi əsasən yoluxduğu orqanizmin immun sisteminin vəziyyətindən asılı olur. Opportunist infeksiyalar içərisində nisbətən çox yayılmasına, mama-ginekologiya və perinatologiyada törətdikləri patologiyalara görə sitomeqalovirus, genital herpes, toksoplazmoz, urogenital xlamidioz, ureaplazmoz mühüm rola malikdir. Bu infeksiyaların hər biri ayrı-ayrılıqda hərtərəfli öyrənilsə də, mikst infeksiyalarının rastgəlmə tezliyi, orqanizmdə törətdiyi patologiyalar, onların klinik gedişi, diaqnostika və müalicəsi müxtəlif regionlarda və

ölkələrdə xüsusən də qadınlar arasında nisbətən az öyrənildiyi üçün bu məsələlərin daha dolğun araşdırılmasına ehtiyac vardır [2,3,4,8].

Digər tərəfdən göstərdiyimiz opportunist infeksiyalar ümumi xüsusiyyətləri ilə yanaşı çox fərqli cəhətlərə malikdirlər.

Toksoplazmozda xəstəlik mənbəyi pişiklərdir. İnsanlar araliq sahibdirlər,əsasən ağız vasitəsilə yoluxur və çox böyük epidemioloji əhəmiyyət kəsb etmirlər. Yalnız hamiləlik zamanı cift vasitəsilə infeksiya anadan dölə keçir ki, bu da yoluxmaların cüzi hissəsini təşkil edir [1].

Urogenital xlamidioz, ureaplazmoz, genital Herpes və sitomeqalovirusda infeksiya mənbəyi yalnız insanlardır. Bu xəstəliklərdən urogenital xlamidioza, ureaplazmoza, genital herpesə əsasən cinsi, sitomeqalovirusa isə cinsi, alimentar və digər yollarla yoluxmaq olar [4,5,6,7,9].

Sitomeqalovirus dölə qan vasitəsilə əsasən ciftdən, urogenital xlamidioz,ureaplazmoz və genital herpes isə yenidoğulmuşlara doguş zamanı keçir.

Opportunist infeksiyaların orqanizmdə törətdiyi patologiyalar da bir-birindən fərqlənir.

Urogenital xlamidioz və ureaplazmoz qadın cinsiyyət orqanlarının iltihabına(salpingit,piosalpingit, hidrosalpingit və s.) ,bəzən boru keçməməzliyi və doguşdan sonrakı endometritə səbəb olurlar [3,35,6].

Genital herpes də qadın cinsiyyət orqanlarının əsasən yerli patologiyalarına səbəb olur. Sitomeqalovirus və toksoplazmoz isə yerli prosesdən çox müxtəlif üzv və toxumaların zədələnməsinə səbəb olurlar.

Dölün sitomeqalovirus, toksoplazmoz və herpeslə yoluxması hamiləliyin ilkin vaxtlarında nisbətən az, hamiləliyin son dövrlərində isə çox təsadüf edilir. Hamiləliyin ilkin vaxtlarında döl yoluxarsa çox vaxt o tələf olur, bəzən düşüklər baş verir, ya da dölün inkişafı anomaliyalarla müşahidə olunur [7,8,9].

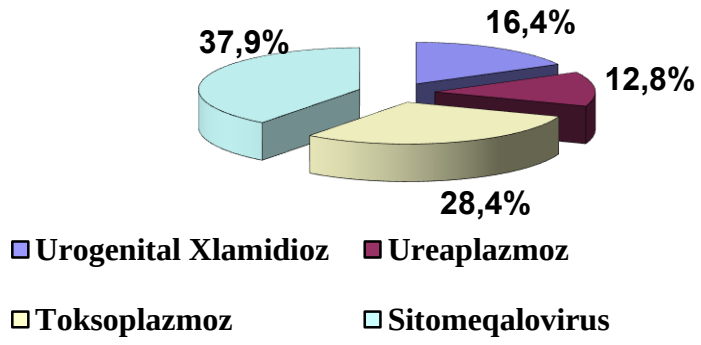
Qadın orqanizminin müxtəlif fizioloji vəziyyətlərində (aybaşı, ovulyasiya, hamiləlik və s) orqanizmin immun sisteminin spesifik və qeyri-spesifik müdafiə faktorlarının fəaliyyəti zəifləyir ki, bu da orqanizmdə təbii immunosupressiv vəziyyət yaradır. Bu zaman orqanizmin infeksiyalara tutulması ehtimalı artır.Opportunist infeksiyalarda latent formada keçən infeksion proses aktivləşir və mikrobgəzdirmə xəstələnmə ilə nəticələnir [2,5,10].

Ona görə də opportunist infeksiyaların yetkinlik dövrünə çatmış qız uşaqlarında, reproduktiv yaşlı və hamilə qadınlarda öyrənilməsinin çox böyük praktik əhəmiyyəti vardır. Bu infeksiyaların vaxtında aşkar edilməsi, onların qadın orqanizmində,dölün inkişafında, yenidoğulmuş körpələrdə və uşaqlarda yaradacağı fəsadların və patologiyaların qarşısının alınmasına imkan verər.

Opportunist infeksiyaların,xüsusən mikst formalarının, ayrı-ayrl yaş qrupları, peşə sahibləri və s arasında yayılması haqda doğun məlumat azdır. Belə ki, bu infeksiyalar adətən gizli keçir ,manifest formaları az olur, xroniki formaları üstünlük təşkil edir. Xəstələr həkimə vaxtında müraciət etmirlər ki, bu da onların aşkar edilib müalicə olunmasına maneçilik törədir. Digər tərəfədən, bu infeksiyalar çox vaxt ayrı-ayrılıqda öyrənilir, mikst infeksiyalar nəzərə alınmır [2,3,5].

Son illər ölkələrarası iqtisadi, mədəni əlaqələrin artması, turizmin inkişafı miqrasiya proseslərini artırmış, insanların bir-biri ilə təmasları çoxalmışdır ki, bu da digər infeksiyalar kimi opportunist infeksiyaların yayılmasına şərait yaradır.

Bütün bunları nəzərə alaraq 2003-2012 -cu illərdə Bakı şəhərinin müvafiq müəssisələrinə müraciət edən və opportunist infeksiyalara görə müayinə olunan 7382 qadının retrospektiv və perspektiv müayinələrinin nəticələri tərəfimizdən araşdırılmışdır. Müayinə edilən qadınların yaşı 18-41 arasında olmuşdur.Onlarin 2450 -ni hamilə qadınlar təşkil etmişdir.



Şək.1. Qadınlar arasında opportunist infeksiyaların rastgəlmə tezliyi

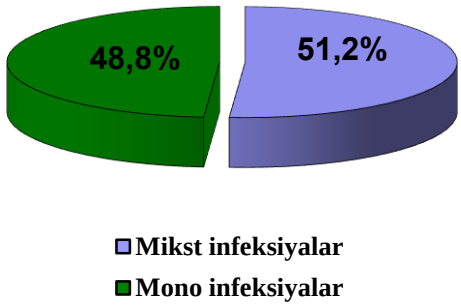
Müayinə edilən qadınların 53,7±0,6%-də opportunist infeksiyalar aşkar edilmişdir.Onlardan 16,4±0,4% -də urogenital xlamidioz, 12,8±0,4%-də ureaplazmoz, 28,4±0,5 %-də toksoplazmoz və 37,9±0,6%-də isə sitomeqalovirusa görə seropozitivlik aşkar edilmişdir (Şək.1). Opportunist infeksiyaların 51,2 ±0,6 %-ni mikst infeksiyalar, 48,8±0,6%-ni isə monoinfeksiyalar təşkil etmişdir (Şək.2).

Monoinfeksiyaların 41,7±1,1 %-ni sitomeqaloviruslar, 23,7 ±1,0%-ni genital herpes, 10,2±0,7%-ni xlamidioz, 7,2± 0,6%-ni ureaplazmoz, 17,2 ±0,9%-ni toksoplazmoz təşkil etmişdir (Şək.3).

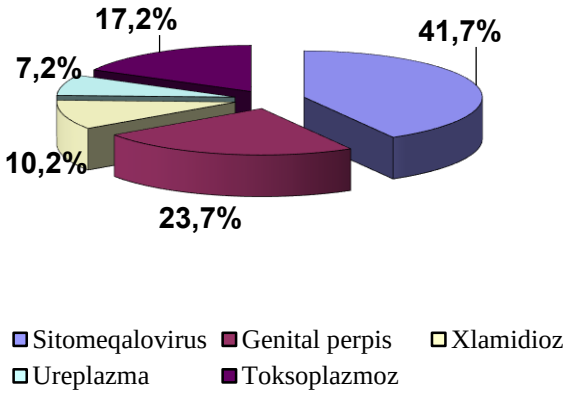
Bu infeksiyalar hamilə qadınların 43,5±1,0%-də, hamiləliyi olmayan qadınların 63,5±0,7%-də aşkar edilmişdir.

Opportunist infeksiyalar normal hamiləliyi olan qadınların 37,6 ±0,5%-də, hamiləlik patologiyaları olanların isə 58,4 ±0,7%-də aşkar edilmişdir.

Bu infeksiyalar endometriti və doğuşdan sonrakı ağırlaşmaları olan qadınların 53,7±5,7%-də, yumurtalıq polikistozu olanların 46,1± 1,4%-də, dölün hipotrofiyası və bətndaxili hipofunksiyası olanların 59,4± 1,0%-də, hamiləliyi inkişafdan qalan qadınların isə 62,1± 2,0%-də aşkar edilmişdir.



Şək.2. Hamilə qadınlarda mono və mikst opportunist infeksiyaların rastgəlmə faizi



Şək.3. Hamilə qadınlarda mono infeksiyaların rastgəlmə faizi

Aparılan tədqiqatlar göstərir ki, hazırda qadınlar arasında opportunist infeksiyalar geniş yayılmışdır. Bu infeksiyaların hamiləlik patologiyası olan qadınlar arasında daha çox rast gəlməsi onların bu patologiyaların yaranmasında rolunu göstərir. Ona görə də opportunist infeksiyaların, xüsusən də mikst infeksiyaların orqanizmin immun sistemində yaratdığı dəyişikliklər və onların ayrı-ayrı hamiləlik patologiyalarında rolları daha dərin tədqiq edilməlidir. Mono və mikst infeksiyalarının klinkası, diaqnostikası, müalicəsi müqayisəli öyrənilməli və onların əsasında səmərəli mübarizə və profilaktika tədbirləri işlənib hazırlanmalıdır

ƏDƏBİYYAT

1. Андреева Е.А. Врожденный токсоплозмоз // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2006, №1, с 49-52.

2. Безнощенко Г.Б. Беременность и оппортунистические инфекции (вопросы диагностики и врачебной тактики). Омск: изд,во ОмГМА, 2002, 112 с.

3. Васильев А.Н., Каграманова Ж.А., Малинковская В.В. и др. Терапия рецидивирующей госпитальной формы герпес вирусной инфекции у женщин. // Лечащий врач, 2012, №5, с.68-70.

4. Долгих Т.И. Актуальные оппортунистические инфекции (вопросы эпидемиологии, иммунологии, лабораторной диагностики и профилактики): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Омск, 2000, 32с.

5. Зайкова Э.Ф. и др. Опорные клинические критерии первичной диагностики оппортунистических инфекций // оппортунистические инфекции: проблемы и перпективы / Под. Ред. Ю.В.Рерькина, Мирошнина О.А. Омск: изд,во ОмГМА, 2002, с.10-13

6. Кулаков В.И. инфекции- передаваемые половым путём: проблема настоящего и будущего // Акушерство и гинекология, 2003, №6, с.3-6.

7. Никонов А.П., Чилова Р.А., Остроумова М.В. и др. Актуальные вопросы лечения хламидийной инфекции у беременных женщин // Лечащий врач, 2010, №3, с.42,45.

8. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. World Health Organization, 2003.

9. Infections in obstetrics and Gynecology (Textbook and Atlas). New York: Stuttgart, 2007, 255p.

10.Peretti S., Shaw A., Blanchard Y. et al. Immunomodulatory effects of HSV 2 infection on immature macaque dendritic cells modify innate and ablative responsis // Blood, 2005, v.106, № 4, p.1305-1313.

Резюме

Частота встречаемости токсоплазмоза с другими инфекциями у женщин

М.Х.Мусаева

Результаты проведенных исследований показывают, что в настоящее время среди женщин оппортунистические инфекции широко распространены. Встречаемость данных заболеваний, особенно у женщин с акушерскими патологиями, доказывает их роль в возникновении патологии у беременных женщин. Поэтому оппортунистические инфекции, особенно микст инфекции у беременных женщин, нужно своевременно диагностировать и учитывать их влияние на иммунную систему организма. Клиника моно и микст инфекций, их диагностика, лечение должны изучаться в сравнении и на этой основе необходимо разработать эффективные методы лечения и профилактики.

Summary

The incidence of toxoplasmosis with other infections in women

M.Kh.Musaeva

The results of the conducted studies show that opportunistic infections are widespread among women. The occurrence of these diseases, especially in women with obstetric pathologies, proves their role in the occurrence of pathology in pregnant women. Therefore opportunistic infections, especially mixed infections in pregnant women, need to be diagnosed in a timely manner and take into account their effect on the immune system of the body. Clinic mono and mixed infections, their diagnosis, treatment should be studied in comparison and on this basis it is necessary to develop effective methods of treatment and prevention.

Daxil olub: 25.01.2017

ARTIQ BƏDƏN KÜTLƏSİNİN METABOLİK SİNDROMUN ƏMƏLƏ GƏLMƏSİNDƏ ROLU

N.V. Məlikova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: metabolik sindrom, qarın tipli piylənmə, insulinə rezistentlik, hipertriqliserinemiya

Ключевые слова: метаболический синдром, абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, гиперглицеринемия

Key words: metabolic syndrome, abdominal obesity, insulin resistance, hypertriqlyserinemiya

Bir sıra xəstəliklərin müştərək getməsinin intensivliyinin artması dünya alimlərinin diqqətini cəlb etmişdir. Ölüm riskinin artımı ilə müşayiət edilən piylənmələr, karbohidrat və lipid mübadiləsinin pozğunluğu, aterosklerozun yayılması, arterial hipertenziyalar, ürəyin işemik xəstəliklərini amerika alimi G.Reaven ümumuləşdirərək X sindromu və ya metabolik sindrom adlandırmışdır. Reavenin nəzəriyyəsinə görə arterial hipertenziyalar, hipertriqliserinemiya, qanda yüksək sıxlığa malik lipoproteidlərin miqdarının azalması, qlukozaya tolerantlığın pozulması təsadüfi xarakter daşımır və əslində bir qanunauyğunluğun təzahürüdür [1]. Bütün bu hallar metabolik sindrom üçün xarakterikdir. Metabolik sindromun patogenezində

əsas hiperinsulinemiyaya qarşılıq olaraq periferik toxumaların insulinə həssaslıq azalır ki, nəticədə qanda qlükozanın qatılığı artır və, bu da sürətlə gedən ateroskleroz və ikinci tip şəkərli diabetin inkişafına səbəb olur.

Beynəlxalq Diabet Federasiyasının qətnaməsinə görə, metabolik sindrom üçün aşağıdakı dəyişikliklər xarakterikdir [2]:

1. Abdominal - visseral piylənmələr;
2. Insulinə rezistentlik - kompensator hiperinsulinemiya;
3. Hiperqlikemiya - qlükozaya tolerantlıq və yaxud qanda şəkərin qatılığının normadan artıq olması, (ikinci tip şəkərli diabetin inkişafı da daxil olmaqla);
4. Aterogen dislipidemiya - qanda yüksəksıxlıqlı lipoproteinlərin, xolesterininin azalması fonunda aşağı və çox aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin və triqliseridlərin qatılığının artması;
5. Arterial hipertenziya;
6. Hemostazın pozulması: fibrinogenin qatılığının artması və qanın fibrinolitik aktivliyinin azalması;
7. Hiperurikemiya - podaqra əlamətlərinin təzahür etməsi də daxil olmaqla;
8. Xronik subklinik iltihabi proseslər qanda - C-reaktiv zülalın və floqogen təsirli sitokin və interleykinlərin qatılığının artması [2].

Təsadüfi deyil ki, metabolik sindromlar zamanı birinci yerdə qarın tip piylənmələr dayanır [3]. Piy toxuması lazımi miqdarda hormon ifraz edən endokrin orqan olub, insulinə rezistentliyin, aterosklerozun proqressivləşməsinin və şəkərli diabetin damar ağırlaşmalarının əmələ gəlməsində mühüm rol oynayır. Visseral adipositlər katexolaminlərin lipolitik təsirlərinə qarşı yüksək həssaslıq, insulinin antilipolitik təsirinə qarşı isə az həssaslıq göstərir. Abdominal piy toxumasında lipoliz prosesi dərialtı piy qatı ilə müqayisədə daha sürətli olur. Adipositlər sərbəst piy turşuları ifraz etməklə yanaşı, adipositokinlər- şiş toxumasının nekrozu faktoru (TNF-a), beta-1 inkişafının toxuma faktoru (TGF-B1), interleykin- 6 (İL-6), leptin, rezistin, adiponektin, induksiya edilən NO-sintetazanın sintezini artırmaqla toxumaların insulinə həssaslığının azalmasına səbəb olur [3].

Çoxsaylı elmi tədqiqatlar sayəsində qarın tip piylənmənin insulinə qarşı rezistentliklə əlaqəli olduğu sübuta yetirilmişdir [3,4]. Bu zaman əmələ gələn hormonal və metabolik dəyişikliklər ikinci tip şəkərli diabetin, aterosklerozun, ürək-damar sisteminin dismetabolik xəstəliklərinin əmələ gəlməsini sürətləndirməklə xəstələrin həyat keyfiyyətinin pisləşməsinə, əlillik və ölüm faizinin artmasına səbəb olur. Şəkərli diabet və metabolik sindromdan əziyyət çəkən xəstələrin 75%-dən çoxunda ölüm ürək-damar xəstəliklərindən (insult, miokard infarktı, ürək çatışmazlığı, qanqrenalar) baş verir.

Ədəbiyyat mənbələrinə istinadən deyə bilərik ki, adi insanlarla müqayisədə metabolik sindromlu insanlarda ürəyin işemik xəstəliklərinin rastgəlmə tezliyi 3-4 dəfə, urəyin işemik xəstəliyindən ölüm 3-dəfə, işemik insultdan ölüm 2-dəfə, digər çəbəblərdən baş verən ölüm 2-dəfə çox olur [5,6].

Şəkərli diabetin geniş yayılması onun qeyri-infeksion epidemiya formasına çatması ilə nəticələnmişdir. ÜST-ün verdiyi məlumata görə, dünyada şəkərli diabeti olan insanların sayı 200 milyondan çoxdur və 2025-ci ildə 360 milyon nəfəri ötəcəyi proqnozlaşdırılır. Karbohidrat mübadiləsinin pozulmasının ilkin əlamətləri qlükozaya rezistentliyi, ac qarına qlikemiyası olanların sayı 2-3- dəfə artmışdır. İkinci geniş inkişaf edən əlamətlərdən biri də epidemiya formasında artan piylənmələrdir.

Oturaq həyat tərzi keçirən insanların 85-90%-də ikinci tip şəkərli diabet xəstəliyi əmələ gələ bilər. İkinci tip şəkərli diabet xəstəliyi 40-60 yaşdan sonra genetik meyilliyi olan, artıq bədən kütləsinə malik, oturaq həyat tərzi keçirən insanlarda müşahidə edilir. ÜST-ün təlimatına görə şəkərli diabet - mübadilə pozulması ilə əlaqəli xəstəlik olub insulin sekresiyasının azalması ilə müşayiət olunan hiperqlikemiya halı yaratmaqla inkişaf edən xəstəliklər sırasına aiddir. 2-tip şəkərli diabetin patogenezinin əsasında periferik toxumaların insulinə həssaslığının azalması və qaraciyərdə qlükoza sintezinin artması dayanır. Periferik toxumaların insulinə həssaslığının azalması əsasən bədənin əsas kütləsini təşkil edən əzələlərdə müşahidə edilir. Işləyən əzələlər qlükozanı mənimsəyərək, qan plazmasında onun qatılığının azalmasına səbəb olurlar. Hərəkətsizlik zamanı işləməyən əzələlər isə demək olar ki, qlükoza sərf etmirlər. 2-tip şəkərli diabet zamanı periferik toxumaların qlükozanı mənimsəməsi demək olar ki, 2-dəfə azalır.

Artıq bədən kütləsi orqanizm üçün ən böyük stress faktorlardan biri sayılır. Bu stress faktorun uzunmüddətli insan orqanizminə təsiri orada maddələr mübadiləsinin pozulmasına səbəb olur və nəticədə karbohidrat və piy mübadiləsinin gedişində qarşılıqlı əlaqələr də pozulmuş olur. Bunun nəticəsi olaraq orqanizmdə hiperinsulinemiya və insulinə rezistentlik yaranır [4,7]. Hiperinsulinemiya və insulinə rezistentlik metabolik sindromun simptomlarından hesab edilir. Metabolik sindromun birincili əlamətlərindən şübhələnmək üçün ilk növbədə insulinə rezistentlik, hipertriqliserinemiya və artıq bədən kütləsi arasında bir qarşılıqlı əlaqə olmalıdır. Bir sıra müəlliflərin apardıqları tədqiqatlara görə, metabolik

sindrom zamanı qaraciyərdə qlikogenin sintezinin azalması, qlukozanın zülallar və piylərdən əmələ gəlməsinin artması, hiperqlikemiyanın inkişafı və qanın lipid spektrində aterogen dəyişikliklər baş verməsi üçün əsas sayılır.

Müasir təsəvvürlərə görə, ikinci tip şəkərli diabet zamanı metabolik sindromun gedişi təkcə olaraq mədəaltı vəzin langerhans adacıqlarının β-hüceyrələrində insulin tükənməsi ilə müqayisədə daha mürəkkəb gedişə malik olur [8]. Metabolik sindromun patogenezində ilkin metabolik pozulmaların əmələ gəlməsinin konkret səbəbləri barədə hələ də məlumat yoxdur. Bir sıra müəlliflər hesab edirlər ki, metabolik sindrom zamanı şəkərli diabet essensial hipertoniyanın uzun müddət davam etməsi nəticəsində periferik qan dövranının zəifləməsi və insulinə rezistentliyin baş verməsi nəticəsində meydana gəlir [8]. Digər müəlliflərin fikirlərinə görə isə bu insulinə rezistentliyə irsi meyillik, piylənmə və passiv fiziki fəaliyyət fonunda artıq qidalanmaq ilə bağlıdır [9].

Bəzi tədqiqatçı alimlərin fikirlərinə görə metabolik sindromun əmələ gəlməsində genetik faktorlar mühüm rol oynayır [9]. Onlar hesab edirlər ki, insulin reseptorlarında tirozinkinazanın aktivliyinin dəyişməsi və qlükoza daşıyıcı zülallar olan Glut-1 və Glut-2-nin fəaliyyətinin pozulması insulinə rezistentliyin əmələ gəlməsində və metabolik sindromun inkişafında mühüm rol oynayır [9].

Digər tədqiqatçıların fikirlərinə görə visseral piy toxumasından qana keçən sərbəst piy turşuları qapı venası sistemi ilə qaraciyərə gətirilərək insulinin hepatositlərə təsbit olunmasının qarşısını almaqla, hiperinsulinemiyaların və insulinə rezistentliyin əmələ gəlməsinə təkan verir [9,10].

Piylənmə zamanı insulinə rezistentliyin inkişafı digər bir nəzəriyyəyə görə, visseral piy toxumasının adipositləri tərəfindən sintez olunan leptinin miqdarının artması ilə bağlı olub, bədən kütləsi indeksindən asılıdır. Məlum olmuşdur ki, bədən kütləsi azaldıqda leptinin sintezinin sürəti də normallaşır [10].

Bir sıra müəlliflərin fikirlərinə görə, qarın tipli piylənmə zamanı insulinə rezistentlik hiperinsulinemiyaların əmələ gəlməsinə səbəb olur ki, bütün bunlar arterial hipertenziya və dislipidemiya ilə birbaşa bağlıdır. Dislipidemiyaların özləri də damar funksiyası pozulmalarının əmələ gəlməsinə səbəb olur [11].

Orqanizmə mütəmadi olaraq artıq miqdarda qida maddələri daxil olduqda qanda insulinin qatılığı daim yüksək səviyyədə qalır. Qanda şəkərin qatılığının azalması qaraciyərdə triqliserinlərin sintezinin artmasına səbəb olur. Xroniki hiperinsulinemiyalar zamanı isə qlükokortikoidlərin sintezinin artması baş verir ki, bu da damarların endotelinin insulinə və kartizola qarşı həssaslığının azalmasına səbəb olur. Qidalanmadan asılı olaraq, baş verən qlikemiyalar apolipoproteinlərin və daşıyıcı zülalların qlükuronlaşmasını stimulyasiya edə bilər. Onlar aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin (ASLP) klirensini sürətləndirir, bu lipoproteinlərin qanda xolesterin efirlərinin artımına səbəb olur. Qlükuronlaşmanın son məhsulunun əmələ gəlməsinin sürətlənməsi iri damarların zədələnməsinə, onların elastikliyinin və funksiyasının pozulmasına səbəb olur. Metabolik sindrom zamanı artıq bədən kütləsi və artıq qidalanma aterosklerozun inkişafını sürətləndirir [10,12].

Hiperqlikemiya, hiperinsulinemiya və insulinə rezistentlik aterosklerozun inkişafında əsas risk faktorlarından sayılır. Bu hal ikinci tip şəkərli diabetin əmələ gəlməsi riskini artırır. İkinci tip şəkərli diabetin inkişafında toxumaların insulinə həssaslığının azalması dayansa da, digər faktorların da rolu danılmazdır. Yaşla bağlı olaraq piylənmələr artdıqca ikincili tip şəkərəi diabetin də başvermə tezliyi artır. İnsanlar arasında piylənmənin birinci dərəcəsində karbohidrat mübadiləsinin pozulması və ikinci tip şəkərli diabetin rastgəlmə tezliyi 2-5 dəfə, ikinci dərəcəli piylənmədə 10 dəfə, üçüncü dərəcəli piylənmədə isə 30-40 dəfə artmış olur. İqtisadi proqress, oturaq həyat tərzi, fiziki aktivliyin azalması, kalorili qidalardan artıq istifadə piylənmə prosesində mühüm rol oynayır və insulinə rezistentliyin əmələ gəlməsinə səbəb olur. İnsulinə rezistentlik - periferik toxumaların insulinə həssaslığının aşağı düşməsi ilə müşayiət olunur.

Əksər tədqiqatçılar abdominal piylənməni metabolik sindromun əsas meyarı hesab edirlər [3,4].

Metabolik sindromun ən çox rast gəlinən komponentlərinə piylənmə, arterial hipertenziya, aterogen dislipidemiya, 2-ci tip şəkərli diabet aid edilir. Piylənmələr zamanı lipoliz gücləndiyinə görə, visseral toxumalardan qana oradan da qaraciyərə çoxlu miqdarda sərbəst piy turşuları daxil olur və nəticədə onların katabolizmi pozulur, qlikoneogenez aktivləşir və çoxlu miqdarda qlükoza əmələ gəlir. Bütün bunların fonunda hepatositlərdə triqliserinlərin sintezi pozulur və çox aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin qatılığı kəskin artır. Nəticədə toxumalara artıq miqdarda lipidlər toplanır və qlükozanın metabolizmində iştirak edən fermentlərin aktivliyi aşağı düşür. Hiperqlikemiyalar zamanı damarların endotelində damar keçiriciliyinin artmasına, peroksid yolu ilə oksidləşmənin güclənməsinə, endotel hüceyrələrində antiaqreqant və damargenişləndirici təsirə malik NO-nun sintezinin azalmasına səbəb olur, arterial hipertenziyanın inkişafına səbəb olan proteinkinaza S fermentinin aktivliyi artır. Bundan başqa hipotalamusun ventromedial nüvələrində insulunəhəssas hüceyrələrdə qlükozanın mənimsənilməsinin güclənməsi vegetativ sinir sisteminin simpatik şöbəsinin mərkəzi aktivliyinin artmasına səbəb olur. Bütün bunların nəticəsində həm

vazokonstriksiya, həm də hiperqlikemiya əmələ gəlir. Hipersimpatikotoniya özü də piy toxumasında lipoliz prosesini stimulyasiya etməklə insulinə rezistentliyin şiddətlənməsinə səbəb olur. Müasir dövrdə hormonal-metabolik pozğunluqların əmələ gəlməsində əsas rollardan birini də həzm orqanlarının oynadığı sübuta yetirilmişdir. Artıq qidalanma piylənmələrin inkişafına, aterogen dislipidemiyaların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Piylənmənin dərəcəsindən və yaşdan asılı olaraq 2-ci tip şəkərli diabetin sayı da artır. Birinci dərəcəli piylənməsi olan insanlarda karbohidrat mübadiləsinin pozulması və 2-ci tip şəkərli diabetin rastgəlmə tezliyi 2-5 dəfə, ikinci dərəcəli piylənmədə 10 dəfə, üçüncü dərəcəli piylənmədə isə 30-40 dəfə artır [3,4]. İqtisadi inkişaf, əhalinin həyat tərzinin yaxşılaşması, oturaq həyat tərzi piylənmələrin və insulinə rezistentliyin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Oturaq həyat tərzi keçirən insanların qanında şəkərin qatılığının tənzimləməsindən ötrü insulinin artıq ifraz olunması tələb olunur. Hiperinsulinemiyanın özü isə iştahanın artmasına, piylənmələrin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Bildiyimiz kimi, piy toxuması aktiv endokrin orqan olub 90-dan artıq bioloji aktiv maddə ifraz edir. Bunlar arasında adipokinlər, sitokinlər, angiotenzin, bir sıra hormonlar, xüsusilə leptin, adipoleptin və başqaları müstəsna əhəmiyyətə malikdirlər. Leptin enerji mübadiləsində, hemopoezə nəzarətdə, immun sistemin funksiyasının həyata keçirilməsində, angiogenezdə, tiy toxumasının miqdarının tənzimlənməsində xüsusi rol oynayır. Qan plazmasında leptinin miqdarı ilə piy toxumasının miqdarı ekvivalentdir. Adiponektin insulinə rezistentliyin əmələ gəlməsində xüsusi rol oynayır və metabolik sindromun əsas markerlərindən biri hesab edilir. O, da öz növbəsində piylənmə ilə, artıq bədən çəkisi ilə, metabolik sindromun ağırlıq dərəcəsi ilə, 2 tip şəkərli diabet ilə, insulinə rezistentlik ilə, dislipidemiya ilə, acqarına hiperinsulinemiya və ürək damar sistemi xəstəlikləri ilə proporsionaldır. Bədən kütləsinin abdominal piylənməyə görə azalması adiponektinin miqdarının artmasına və ürək-damar xəstəliklərinin başvermə riskinin azalmasına səbəb olur [13].

Son illərin tədqiqatlarından aydın olmuşdur ki, insulinə rezistentliyin əmələ gəlməsində orqanizmdə iltihabi proseslərin gedişində, iltihab törədən sitokinlərin (İL-6, ŞTNF, TAF) sintezinin güclənməsində piy toxumasının mühüm rolu vardır. Bu baxımdan şiş toxumasının nekrotik faktorunun (ŞTNF)- bu faktorlar içərisində daha önəmli rolu vardır [14,15].

Sübuta yetirilmişdir ki, insulinə rezistentlik ateroskleroz və ürək-damar sistemi xəstəliklərinin əmələ gəlməsində əsas faktorlardan biridir. Xüsusilə bu zaman daha çox hipertoniya xəstəliyi, ürəyin işemik xəstəliyi, miokard infarktı, baş beyninin işemik xəstəlikləri, insultlar əmələ gəlir. Eyni zamanda ateroskleroz və ürək-damar sistemi xəstəliklərinin əmələ gəlməsində hiperinsulinemiya, lipid mübadiləsinin pozulması, hiperqlikemiya mühüm rol oynayır. İkinci tip şəkərli diabeti olan xəstələrdə bu xəstəliklərə adi insanlarla müqayisədə daha çox rast gəlinir [16,17,18].

Aparılmış tədqiqatların nəticəsinə görə, belə qənaətə gəlmək olar ki, qarın tipli piylənmə metabolik sindromun əmələ gəlməsində əsas katalizator rolu oynayır. Bu zaman maddələr mübadiləsində bir sıra pozulmalar əmələ gəlir. Piylənmənin qarşısının alınması və bədən kütləsi indeksinin normaya çatdırılması ümumi ölüm faizinin 25%, ürək -damar sistemi xəstəliklərindən və ürəyin işemik xəstəliklərindən ölüm faizini 36%, serebrovaskulyar patalogiyalardan baş verən ölüm faizini isə 54% azaldır. Təkcə bədən kütləsi indeksinin azaldılması deyil, eyni zamanda qanda xolesterinin, triqliserinlərin miqdarının azalması və arterial təzyiqin normaya salınması ürək-damar sistemi xəstəliklərindən baş verən ölüm faizini 2-3 dəfə azalda bilər [19]. Amerika Kardioloqlar Assosiasiyasının sessiyasının nəticələrinə görə, ürək-damar sistemi xəstəliklərindən baş verən ölüm faizinin azaldılmasına nail olmaq üçün ilk növbədə həm xəstələri, həm də həkimləri düzgün maarifləndirmək, eyni zamanda aterosklerozun profilaktikası ilə düzgün məşğul olmaq lazımdır. Bundan sonra artıq müasir diaqnostika və medikamentoz müalicədən istifadə etmək olar.

ƏDƏBİYYAT

1. Reaven G. Role of insulin resistance in human disease // Diabetes, 1988, v.37, p.1595-1607.

2. Метаболический синдром: пособие для терапевтов и кардиологов / Под ред. Е.И. Соколова. М.: РКИ Соверо пресс, 2005, 48 с.

3.Мамедов М.Н. и др. Взаимосвязь абдоминального типа ожирения и синдрома инсулинорезистентности у больных с артериальной гипертонией // Кардиология, 1999, №9, с.18-22

4. Драпкина О.М., Корнеева О.Н., Ивашкин В.Т. Изменение параметров абдоминального ожирения у пациентов с метаболическим синдромом на фоне краткосрочной и длительной диет // Артериальная гипертензия, 2009, №3, с.275-279.

5.Metabolic syndrome / Roytberg G.E. (editor) Moscow: MEDpress-inform, 2007, 224p.

6. Butler J., Rodondi N., Figaro K. Metabolic Syndrome and the risk of cardiovascular disease in older adults // J Am Coll Cardiol. 2006, v.47(8), p. 602-1595.

7. Перова Н.В., Метельская В.А. Ожирение ведет к атеросклерозу // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2004, №1, с.40-45

8. Мычка В.Б., Чазова И.Е. Метаболический синдром: миф или реальность? // Consilium medicum 2008, №2., с.121-130.

9. Eckel R.H., Grundy S.M., Zimmet P.Z. The metabolic syndrome // Lancet, 2005, v.365, p.1415- 1428.

10. Перова Н.В., Метельская В.А. Метаболические нарушения в патогенезе атеросклероза и методы их коррекции. М., 2008, 64 с.

11. Дзидзария М.И. Роль инсулинорезистентности в формировании метаболического синдрома // РМЖ. 2007, Т. 15, №11, с. 948 - 952.

12. Park J.H., Kwon H.M., Roh J.K. Metabolic syndrome is more associated with intracranial atherosclerosis than extracranial atherosclerosis // Eur J Neurol. 2007, v.14 (4), p.86-79.

13. Кучер А.Г. Лептин - новый гормон жировой ткани: значение в развитии ожирения, патологии сесрдечно-сосудистой системы и почек // Нефрология, 2005, Т.9, №1, с.9-19.

14. Wisse B.E. The inflammatory syndrome: the role of adipose tissue cytokines in metabolic disorders linked to obesity // J Am Soc Nephrol., 2004, v.15, p.2792-80

15. Rosen ED., Spiegelman BM., Tumor necrosis factor as a mediator of insulin resistance of obesity // Curr opin Endocrinol Metab., 1999., v.6, p.170-176.

16. Trujillo M.E., Scherer P.E. Adiponectin: journey from an adipocyte secretory protein to biomarker of the metabolic syndrome // J Intern Med., 2005, v.257, p.167-175

17. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Демичева О.Ю. Артериальная гипертония при метаболическом синдроме: патогенез, основы терапии // Consilium medicum 2004, №9, с. 57-66.

18. Авшалумов А.С., Марковский Б.В., Полищук О.И. и др. Изменения реологических свойств крови у больных метаболическим синдромом // РМЖ. 2008, Т. 16, №4, с.200-205.

19. Мамедов М.Н. Возможны ли диагностика и лечение метаболического синдрома в реальной практике? // Лечащий врач, 2006, №6, с.34-39

Резюме

Роль избыточной массы тела в образовании метаболического синдрома

Н.В. Меликова

Частота возникновения ишемической болезни сердца у людей, страдающих метаболическим синдромом, в 3-4 раза больше, чем у обычных людей. При метаболическом синдроме уровень смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца возрастает в 3, с ишемическим инсультом в 2 и в других случаях в 2 раза по сравнению с обычными людьми. Абдоминальное ожирение играет роль основного катализатора в образовании метаболического синдрома. При этом происходит нарушение обмена веществ. Профилактика ожирения и нормализация холестерина, триглицеридов, артериального давления и индекса массы тела снижают общую смертность на 25%, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и ишемической болезни сердца на 36% и смертность от цереброваскулярных патологий на 54%.

Summary

The role of excess body mass in the formation of metabolic syndrome

N. V. Melikova

Frequency of occurrence of ischemic heart disease in people suffered from metabolic syndrome is 3-4 times more than in normal people. Mortality rate in patients with ischemic heart disease, ischemic insult and in other cases is 3, 2 and 2 times more compared with normal people, respectively.Abdominal obesity plays a role of the major catalyst in the formation of metabolic syndrome. This results in metabolic disorders. Prevention of obesity andnormalization of cholesterine, triglycerides, arterial pressure and body mass index decrease the general mortality rate by 25%, mortality rate in cases of cardiovascular diseases and ischemic heart diseases by 36% and cerebrovascular pathologies by 54%.

Daxil olub: 26.01.2017

ABŞERON RAYONUNDA ENTEROBİOZ ÜZRƏ EPİDEMİOLOJİ VƏZİYYƏTİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

İ.Ə.Ağayev, H.C.Rüstəmova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: enterobioz, bağırsaq parazitar xəstəlikləri, insanın parazitozları
Ключевые слова: энтеробиоз, паразитарные болезни кишечника, паразитозы людей, глисты
Key words: enterobiozis, intestinal parasitic diseases, human intestinal parasitosis, helminthic infections

Bağırsaq helmintozları insanların sağlamlığına vurduğu zərərin həcminə görə bütün xəstəliklərin və travmaların səbəbləri arasında ilk dördlüyə daxildirlər [1,3]. Əhalinin parazitozlardan sağlamlaşdırılması ÜST-ün fəaliyyətinin prioritet istiqamət-lərindən hesab edilir, belə ki, o, bu xəstəlikləri qeydə alan ölkələrin hamısının 10 il ərzində yoluxma səviyyəsini 80%-ə qədər azaltmağa çağırır [7]. ÜST-ün ekspertlərinin fikrincə, hazırda helmintozlar müəyyən dərəcədə, "unudulmuş xəstəliklər"dən sayılır və bütün dünyada onların tibbi-sosial əhəmiyyətinin lazımınca qiymətləndirilməməsi müşahidə olunur. Belə ki, hətta endemik ölkələrdə həm səhiyyə orqanları, həm də əhali tərəfindən onlara yetərincə diqqət ayrılmır [2,4,5]. Əhali arasında bağırsaq parazitozlarının tezliyi keçən əsrin 80-ci illərindən etibarən sosial-iqtisadi inkişafın yerli səviyyəsinin ümumi indikatoru kimi nəzərdən keçirilməyə başlanmışdır [1,2]. Digər tərəfdən sağlamlıq vəziyyətinə və xüsusilə də uşagların boyuna və inkişafına, həmçinin böyüklərin iş qabiliyyətinə və tibbi yardımın sosial dəyərinə parazitizmin təsiri qapalı dairə yaradır ki, o da əgər nəzərdə sosial inkişafın əldə olunması və xalqın rifah halının yaxşılaşdırılması tutulursa, qırılmalıdır [5]. Çoxsaylı tədqiqat işləri aşağıdakı nəticəyə gəlməyə əsas verir- harada olsa bağırsaq parazitozlarının, xüsusilə də helmintozların yüksək yayılma səviyyəsi qeydə alınarsa, orada eynilə aşağı həyat səviyyəsi nəzərə çarpır [5,6,7]. Yuxarıda qeyd edilən problemlər təkcə müasir şəraitdə parazitar xəstəliklərin tədqiqinin son dərəcə aktual olmasını göstərmir, həm də onların diaqnostikasına, müalicəsinə və profilaktikasına dair yeni yanaşmaların - praktik səhiyyənin bütün həlqələrinin qündəlik işində münasib və əlçatan ola biləcək - axtarılmasını tələb edir.

Tədqiqatın məqsədi - müasir mərhələdə Azərbaycanın Abşeron rayonunda enterobioz üzrə epidemioloji vəziyyəti öyrənmək və qiymətləndirmək.

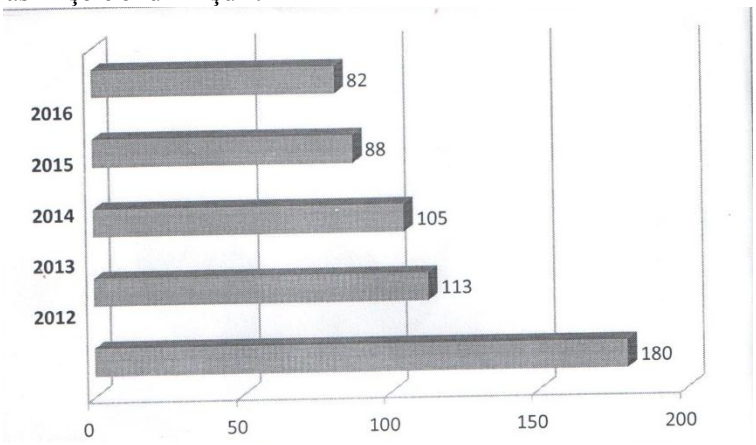
Tədqiqatın material və metodları. İşdə qarşıya qoyulan vəzifələrin həll edilməsi epidemioloji, statistik müayinə metodlarından istifadə etməklə kompleks şəkildə aparılmışdır. Xəstələnmənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün dövlət statistika hesabatlarının əsasında dinamikada yoluxucu və parazitar xəstələnmənin statistik hesabatları təhlil edilmişdir. Helmintozların diaqnostikası aşağıdaki yolla həyata keçirilmişdir: 1) nəcis yaxmalarında helmintlərin yumurtalarının aşkar edilməsi; 2) perianal büküşlərdən götürülmüş qaşıntıda bizquyruq yumurtalarının aşkar edilməsi; 3) nəcisdə, qusuntu kütlələrində, qarın boşluğunda və ya düz bağırsaq nahiyəsində carrahi və ya endoskopik müdaxilə zamanı helmintlərin və ya bizquyruq yumurtalarının vizual aşkar edilməsi. Nəcisin müayinəsi zamani yaxma metodundan, enterobiozun diaqnostikasında- qaşıntı metodundan istifadə edilmişdir [3,5]. Himenolepidozun diaqnostikası koproovoskopiya metodu ilə aparılmışdır. Nəcisin götürülməsi himenolepidozun törədicisinin - cirtdan qurdun inkişaf siklinin xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq aralarında 2-3 həftə fasilə verməklə 3 dəfə həyata keçirilmişdir. Bu zaman təzə materialı müayinə etmək lazımdır (nəcisin səhər götürülməsi). Məlumatların statistik təhlili aparılan tədqiqat işinin tələblərinə müvafiq yaradılmış mikrosoft excel elektron cədvəllər programının köməyilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri. Əhalinin saglamlıgı dövlətlərin sivilizasiyasının inteqral göstəricisi hesab edilir və cəmiyyətin sosial-iqtisadi vəziyyətini əks etdirir. Bu, ilk növbədə əhalinin parazitar invaziyalardan saglamlaşdırılmasına aiddir. Bununla əlaqədar olaraq, biz Abşeron rayonunun əhalisinin enterobiozla xəstələnməsinin təhlilini aparmışıq. Əldə olunan məlumatlardan göründüyü kimi, Abşeron rayonunun əhalisinin enterobioza görə epidemioloji vəziyyəti 2012-ci ildən 2016-ci ilə qədər xəstələnmə səviyyəsinin 2,3 dəfə azalma meylinə malik olması ilə özünü biruzə verir (Şək.1).

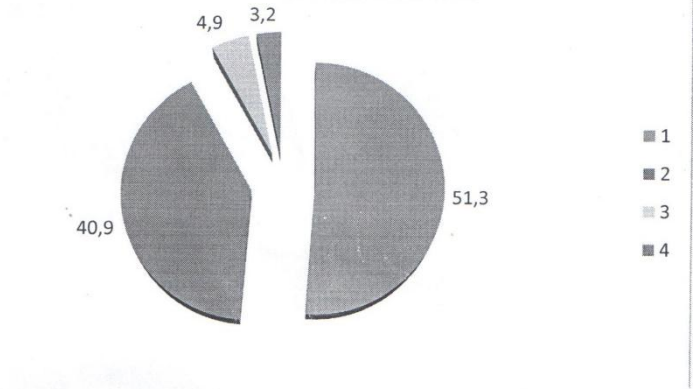
Tədqiq olunan 2012-ci ildən 2016-ci ilə qədər Abşeron rayonunda enterobiozla xəstələnmə səviyyəsi helmintozların ümumi strukturunda 40,9 2,1% (568 hadisə) təşkil etmişdir. Askaridozla xəstələnmə 51,3 2,1% (712 hadisə), himenolepidozla 4,6% (64 hadisə), digər helmintozlarla – 3,2% (45 hadisə) təşkil etmişdir (şək.2).

Parazitar xəstəliklər əhalinin məişət və davranış infrastrukturu, sanitar-gigiyenik və təbii şəraitlə, epidemioloji nəzarətin təşkilinin səviyyəsi, keyfiyyəti və effektivliyi ilə sıx qarşılıqlı əlaqədədir. Təmas yoluxma mexanizminə malik olan enterobioz geniş yayılmışdır ki, bu da onun ətraf mühit şəraitindən az asılı olması ilə baglıdır. Uşaq kollektivlərində sanitar-gigiyenik rejimdə tez-tez yol verilən pozuntular zamanı bu

invaziyanın yoluxma mexanizminin asanlıqla həyata keçməsi uşaq kontingentinin enterobiozla xəstələnmə səviyyəsinin yüksək olmasını şərtləndirmişdir.



Şək.1. Abşeron rayonunda 2012-2016-cı illər ərzində enterobiozla xəstələnmənin dinamikası



Şək. 2. Abşeron rayonunda 2012-2016-ci illər ərzində helmintozlarla xəstələnmənin strukturu. 1-Askaridoz, 2- enterebioz, 3- himenolepidoz, 4- digərləri

Enterobiozun yüksək səviyyəsi (40,9±2,1%) bir tərəfdən əhalinin,xüsusilə də uşaqların xəstələnməsinin qiymətləndirilməsinin indikatoru, digər tərəfdən - parazitoloji laboratoriyaların işinin keyfiyyət göstəricisi hesab edilir. Beləki, fəaliyyət göstərən laboratoriyalar yalnız bizquyruq yumurtalarını aşkar edən sadə qaşıntı metodundan istifadə edirlər, halbuki digər helmintlərin diaqnostikası üçün zənginləşdirmə metodunun işlədilməsi tələb olunur.

Abşeron rayonunun əhalisi arasında, uşaq məktəbəqədər təhsil müəssisələrində, şəhər və kənd yerlərində uşaq təhsil müəssisələrində, qeyri-mütəşəkkil əhali arasında enterobiozun yayılması səviyyəsini öyrənərək biz yaşdan asılı olaraq əhalinin enterobiozla invaziyalaşma dərəcəsini aşkar etməyə cəhd göstərmişik. Bu məsələni öyrənərkən biz Abşeron rayonunun əhalisinin invaziyalaşması üzrə 2012-2016-cı illərdə əldə olunan ekstensivlik məlumatlarından istifadə etmişik (enterobiozla invaziyalı 568 nəfər aşkar edilmişdir). Əhalinin enterobiozla yoluxma səviyyəsi cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 1

Abşeron rayonunun əhalisinin 2012-2016-cı illər ərzində enterobiozla invaziyalaşma göstəricisinin yaşlar üzrə paylanması

Yaş	Aşkar edilmiş invaziyalı şəxslər	
	müt	%
1-7	272	47,9±2,1
8-11	118	20,8±1,9
12-15	112	19,7±1,7
16-18	44	7,7±0,4
19 və daha çox	22	3,9±0,2
Cəmi	568	100,0

Əhalinin invaziyalarının əkstensivlik göstəriciləri üzrə məlumatların təhlili belə nəticəyə gəlməyə əsas vermişdir ki, 1-7 yaşda olan uşaqlar (47,9±2,1%, $p<0,001$) enterobiozla daha cöx invaziyalaşmışdır. 8-11

yaşda olan uşaqların yoluxma səviyyəsi 20,±1,9%, 12-15 yaşda olan uşaqların- müvafiq olaraq 19,7±1,7% (p<0,001) təşkil etmişdir. 1-7 yaşda olan uşaqların enterobiozla yüksək yoluxma səviyyəsi onunla izah edilir ki, onlar hələ şəxsi gigiyena vərdişlərinə yiyələnməmişlər; çox hərəkətli, fəaldırlar ki, bu da məktəbəqədər uşaq müəssisələrində şərait olduqda uşaqlar arasında daha sıx təmasların baş verməsinə və invaziyanın yayılmasına imkan verir.

Enterobiozla invaziyanın ekstensivliyinin yoluxanların cinsiyyətindən asılı olması müşahidə edilir. İnvaziyalı şəxslərdən (568 nəfər) 37, 9±2,0% -qadın (215 nəfər) və 62,1±2,0%- kişi (353 nəfər) olmuşdur ki, bu da verilən tərbiyənin xüsusiyyətləri ilə izah edilir. Belə ki, qızlar evdə oturmalı, analarına kömək etməli və qardaşlarının qayqısına qalmalıdırlar. Oglanlar daha sərbəst tərbiyə olunurlar, onlar daha ünsiyyətcil və hərəkətlidirlər ki, bu da invaziyanın yayılmasına şərait yaradır. Uşaqların enterobiozla yüksək səviyyədə yoluxması onların psixomotor inkişafı, hərəki fəallıgın artması ilə izah edilir.

Mütəşəkkil kollektivlərdə enterobiozla xəstələnmənin səviyyəsinin azalması bu müəssisələrdə sanitar-gigiyenik rejimin yaxşılaşması ilə bağlıdır ki, bu da ətraf mühit nümunələrinin bizquyruq yumurtaları ilə çirklənməsinin 30,0%-ə qədər azalması ilə təsdiq olunur. Abşeron rayonunun gigiyena və epidemiologiya mərkəzinin mütəxəssisləri tərəfindən helmintozlara görə aparılan planlı müayinələr zamanı uşaq müəssisələrində eksepidemik rejimin təmin edilməsi üzrə həyət və valideynlər arasında böyük təşkilatı iş aparılır. Sinif saatları proqramına şəxsi gigiyena və sanitariya məsələləri, həmçinin parazitozlarla yoluxmanın qarşısının alınması tədbirləri daxil edilmişdir. Kütləvi informasiya vasitələrindən istifadə etməklə əhalinin gigiyenik tərbiyəsi aparılır. Helmintozlar üzrə epidemioloji vəziyyətin yaxşılaşdırılması üçün bu problemin həllində prinsip etibarilə yeni yanaşmalar tələb olunur.

Beləliklə, yuxarıda deyilənlər epidemioloji nəzarət çərçivəsində həyata keçirilən tədbirlərə baxmayaraq, respublikanın Abşeron rayonunun əhalisi arasında helmintozların yüksək səviyyədə yayıldıgını göstərir. Xəstələnmə göstəricilərinin formalaşmasında iştirak edən uşaqların epidemik prosesə geniş cəlb olunması, həmçinin parazitar xəstəliklərin vurduğu böyük iqtisadi zərər əksepidemik işin strategiya və taktikasının təkmilləşdirilməsi zərurətini diktə edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Жук Е.Ю., Дорофеева О.Н. Паразитологическая ситуация по энтеробиозу среди детей Рогачевского района / Труды Международной научно-практической конференции «Современная паразитология: проблемы и перспективы», Витебск, 2010, с.27-31

2. Кузнецова К.Ю., Сергиев В.П. Автоматизация лабораторных гельминтологических исследований. М.: Мед. лит., 2008, 254с.

3. Халафли Х.Н. Влияние кишечных паразитозов на состояние здоровья детей. « Фундаментальные исследования», 2013, №9, с.156-162.

4. Халафли Х.Н. Этиология кишечных паразитозов у детей в Азербайджане // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2013, №6, с. 80-86

5. Чобанов Р.Э., Мамедли Г.М., Джанахмедова Ш.Н. Интеграция методов диагностирования кишечных паразитозов // Журнал инфектологии, 2009, №2, с. 73-74

6. Arruda L.K., Santos A.B. Immunologik responses to common antigens in helminthic infections and allergic disease // Curr Opin Allergy Clin Immunol., 2009, v.5, No5, p.399-402

7. Chain de Bonilla L. Protozoarios Oportunistas // Invest.clin., 2006, v.32, No 8, p.55-57.

Резюме

Оценка эпидемиологической ситуации по энтеробиозу в Апшеронском районе

И.А.Агаев, Х.Дж.Рустамова

За рассматриваемый период с 2012 по 2016 гг. в Апшеронском районе заболеваемость энтеробиозом составила 40,9±2,1% (568 случаев) от общей суммы гельминтозов (1389 случаев). Заболеваемость аскаридозом составила 51,3±2,1% (712 случаев), гименолепидозом 4,6% (64 случая), прочими гельминтозами - 3,2% (45 случаев). Из числа инвазированных (568 человек) 37,9±2,0% были женского (215 человек) и 62,1±2,0%- мужского (353 человек), что объясняется особенностями воспитания. Анализ данных по экстенсивности инвазии населения позволил сделать вывод, что наиболее инвазированными энтеробиозом оказались дети в возрасте 1-7 лет (47,9±2,1%, p<0,001). Пораженность детей 8-11 лет составила 20,8±1,9%, детей 12-15 лет соответственно-19,7±1,7% (p<0,001). Высокий уровень пораженности детей энтеробиозом в возрасте 1-7 лет объясняется тем, что они еще не владеют навыками личной гигиены; они подвижны, активны в общении, что способствует более тесному контакту между детьми и способствует распространению инвазии, при наличии таковой в детских дошкольных учреждениях.

Summary

Evaluation epidemiological situation in Absheron enterobioze

I.A.Agayev, H.J.Rustamova

During the period from 2012 to 2016 in Absheron enterobiasis incidence was 40, 9±2,1% (568 cases) of the total helminth infections (1389 case). The incidence of ascariasis was 51,3±2,1% (712 cases), hymenolepiasis 4,6% (64 cases),other helminth-3,2% (45 cases). Among the infested (568) 37,9±2,0% were female (215) and 62,1±2,0% - male (353 people), which is explained by the peculiarities of education. Analysis on the extensiveness of in vasion population data led to the conclusion that the most infested enterobiasis were children aged 1-7 years (47,9±2,1%, p <0,0o1). Prevalence of children 8-11 years old was 20,8±1,9%, children 12-15 years respectively- 19,7±1,7% (p<0,001). The high level of prevalence enterobiasis children aged 1-7 years due to the fact that they still do not possess the skills for personal hygiene; They are mobile, active communication, which promotes closer contact between the children and contributes to the spread of infection, if any, in day care centers.

Daxil olub: 16.01.2017

KRANİOMAKSİLLOFASIAL ODLU SİLAH YARALANMALARINDA YARALANMANIN DƏRƏCƏSİNDƏN ASILI OLARAQ CƏRRAHİ TAKTİKANIN SEÇILMƏSİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Ş.Ə.Məmmədov, R.F.Əzizov

Silahlı Qüvvələrin Baş Kliniki Hospitalı, Üz-çənə cərrahiyyəsi bölməsi, Bakı

Açar sözlər: kraniomaksillofasial nahiyə, odlu silah yaranması, cərrahi taktika

Ключевые слова: краниомаксиллофациальная область, огнестрельное ранение, хирургическая тактика

Keywords: kraniomaksillofacial region, gunshot wound, surgical approach

Bütün dünyada olduğu kimi ölkəmizdə də odlu silah yaralanmaları, travmaları və onların törətdiyi xəsarətlərin həcmi lokal müharibələr səbəbindən əsaslı sürətdə artmışdır [1,2]. Kəllə insan orqanizmin ən yüksək nöqtəsində olduğu üçün döyüş mövqeyində olan hərbi qulluqçular arasında kəllə yaralanmaları üstünlük təşkil edir. Kəllə yaralanmaları cinayət və intihar yaralanmaları olmaqla 2 qrupa bölünür. Birincisi kliniki müşahidədə düşmən tərəfindən atılmış cinayət xarakterli yaralanmaları nəzərdə tutur [3,4]. İntihar məqsədli yaralanmalar xaraktercə fərqli olub, zədənin yaxın məsafədən yetirilməsi baxımından özünəməxsus xüsusiyyətləri vardır.

Ekspertiza nöqteyi-nəzərindən insan bədəni hərəkətli olduğu üçün yaralanma anında yıxılma, çevrilmə və s. mümkündür. Bu baxımdan güllənin atıldığı istiqaməti və səviyyəni dəqiqliklə təyin etmək mümkün olmur. Bu halda yaralanmadan sonra yalnız sümük qəlpələrinin yerinə əsasən göstəriciləri təyin etmək mümkündür. Güllənin və mərminin istiqaməti ilə yaralanma ilə bağlı göstəricilərin təyin olunmasında bəzən yalnışlığa yol vermək mümkündür. Belə ki, güllə və ya mərmi sümüyə dəyərək istiqamətini dəyişə bilər. Bu baxımdan kraniomaksillofasial odlu silah yaralanmaları xüsusi aktuallıq kəsb edir [5].

Kraniomaksillofasial termini anatomik olaraq bir neçə bölgə və nahiyələrin toplusunu bildirir. Bu nahiyə də bir neçə toxuma, magistral damar-sinir dəstələri, görmə, eşitmə, iybilmə, dad və s. kimi hissi və hərəki funksiyaları təmin edən motor orqanlardan ibarətdir.

Kraniomaksillofasial bölgələr kəllə və üz skeleti sümüklərindən və bu sümük bosluqlarında, yuvalarında yerləşən görmə, eşitmə, sekresiya, müdafiə, qanyuyucu, hissi və hərəki və s. funksiyaları təmin edən orqanlardan və bir üst örtüyü kimi; dəri, dərialtı, əzələ, piy, fassiya və vətərlərlə təmin olunmuş tamlıqdan ibarətdir. Bir sözlə orqanizmin digər bölgələrindən fərqli, daha da mürəkkəb anatomik, fizioloji bir struktura malikdir [6,7].

Buna görə də hər hansı travma və yaralanmada kəllə və üz bölgələri daha çox xəsarət alır. Müxtəlif anatomik bölgələrin zədələnməsi həyata göstəriş olan bir çox kliniki vəziyyətlərə gətirib çıxara bilir. Bu vəziyyətlərdə yaralanmanın ciddiyyəti və ağırlıq dərəcəsi mərmi və ya güllənin ballistik xüsusiyyətlərindən də asılıdır.

Kəllə, üz və boyun nahiyələri bir çox həyati vacib orqan və toxumalardan ibarət bir sistemdir. Üzdə, boyunda və başda bir çox yüksək təzyiqə malik magistral arteriyalar keçir. Üz skeletinin kəllə əsası ilə

birləşdiyi yerlərdə baş beyinlə əlaqədə olan damar və sinirlərə məxsus dəlik və yarıqlar mövcuddur. Üz skeleti kəllə əsası ilə birləşdiyi bölgələrdəki boşluqlardan, çuxulardan biri qanad-damaq çuxurudur [8,9].

Baş boyun odlu silah yaralanmaları ümumi yaralanmaların 30%-ni təşkil edir. Maksillofasial bölgələrin təcrid olunmuş odlu silah yaralanmalarında, beyin və onurğa beyni zədələndiyi, hava yolu sərbəst olduğu və lokal qanamaxma dəqiqliklə nəzaərətə götürülməiyi halda digər taktikalar, sonrakı əməliyyata hazırlıq və cərrahi taktika haqqında düşünülməlidir. Xəstənin həyati funksiyaları bərpa olunduqdan sonra cərrahi eksplorasiya, ideal müalicə vasitəsinin seçilməsi vacib şərtdir [10,11,12].

Belə ki, bu cür yaralanmalar zamanı ilkin yardımdan sonra xəstədə beyin zədələnmsinin olub-olmaması və komanın dərəcəsi müəyyən edilir. Xəstənin huşu komatozdursa, huşu bərpa olunana və komatoz vəziyyət keçənə qədər intensiv müalicə aparılmalı, hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra cərrahi taktika seçilməlidir [13,14].

Bütün bunlarla yanaşı güllə yaralanmasının törətdiyi güllə yolu və ya sahəsi ideal təmizlənməli, antiseptik məhlullarla işlənməli, aseptik sarğılar qoyulmalıdır. Ümumiyyətlə, odlu silah yaraları kifayət qədər çirklənmiş yaralar sayılır [15,16]. Bunun üçün yara tamamilə təmizlənənə qədər dəfələrlə yuyulub təmizlənməlidir. Açıq sümük yaraları qapalı vəziyyətə gətirilməlidir.

Tədqiqatın **məqsədi** kraniomaksillofasial odlu silah yaralanmalarında (submental nahiyyədən daxil olub, qaşarası nahiyyədən keçən odlu silah yaralanması(OSY)) yaralanmanın dərəcəsindən asılı olaraq cərrahi taktikanın seçilməsi xüsusiyyətləriin müəyyən edilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Kişi hərbi qulluqçu submental nahiyyədən daxil olub, qaşarası nahiyyədən keçən odlu silah yaralanması(OSY) almışdır. Hərbiçinin üz nahiyəsi şəxsi silahı ilə ehtiyatsızlıq zəminində xəsarət almışdır. Nəticədə üzün orta skeletində ağır dərəcəli zədələnmələr qeydə alınmışdır. Yaralanma hərbi travma kimi qiymətləndirilmişdir. Dərhal ilk tibbi yardım göstərilmiş, biricili cərrahi işlənmiş, ağız daxili qanaması tanponada ilə saxlanılmış, sıxıcı sarğı qoyulmuşdur. Traxeostaniya olunmuşdur.

24 saat sonra ixtisaslaşdırılmış yardım üçün klinikamıza sanitar aviasiya ilə təxliyyə edilmişdir. Xəstə klinikaya daxil olarkən huşu komatoz, hemodinamik göstəricilər qeyri-stabil, tənəffüsü traxeostonik boru vasitəsilə S.T.A-ilə olmuşdur. Yaralıda üzün hər iki periorbital nahiyəsində, yumşaq toxumalarında cırılmış yaralar vardır.

Bütün bunlarla yanaşı güllə yaralanmasının törətdiyi güllə yolu və ya sahəsi ideal təmizlənmiş, antiseptik məhlullarla işlənmiş, aseptik sarğılar qoyulmuşdur. Yara daxilində çoxsaylı diş və sümük qəlpələri qeyd edilmişdir. Güllənin giriş nöqtəsi yarası ətrafında barıt izi tatuajı qeyd edilir. Qəlpələr yumşaq toxumalar arasında yayılmışdır. Ballistik incələmə, ekspert rəyinin çıxarılması, güllənin məsafəsi və istiqaməti təyin edilmişdir. Sol medial kantal bağ qopmuşdur.

Tədqiqatın nəticəsi və müzakirəsi. Bu cür yaralanmalar zamanı qızıl qayda yaralanmadan dərhal sonra cərrahi taktikanın seçilməsindən ibarətdir. Əgər müəyyən müddət keçmişdirsə gözləmə taktikasına üstünlük verilir. Yaralı ixtisaslı yardım üçün hazırlanmışdır. Bu halda xəstə komatoz vəziyyətdə olmuş, anamnezin toplanması mümükün olmamışdır. Üzün sol NOE və alın nahiyyələrində geniş sümük və yumşaq defekti vardır. Yaranın dibi əsas cibin ön divarı ilə sərhəddir. Daha əvvəlki mərhələdə sərbəst sümük qəlpələri alınmış, digərləri isə yara divarlarına təsbit edilmişdir. Yara dibinin təftişi aparıldıqda və tamponlar çıxarıldıqda magistral qanaxma dayandırılmışdır.

Yaranın klinik vəziyyəti qiymətləndirilmişdir: yaranın dərinliyi sol NOE və alın cibindən yara dibinə, əsas sümük cibinin ön divarına qədər 6,0 sm, yaranın eni 3.0sm, hündürlüyü qaşarasından əsas cibin ön divarına qədər 5,0 sm olmuşdur.

Submental nahiyədən dəlib alın nahiyyəsindən keçən, çənə simfizinin, əngin medial və lateral seqmentlərinin dişlərlə birlikdə qopmuş qəlpəli yerdəyişən sınıqları qeydə alınmışdır. Burun boşluğu və alın cibinin ön divarının yerdəyişən sınıqları, sərt və yumşaq damaqda, alın nahiyəsində geniş yumşaq və sümük toxuma defektləri qeydə alınmışdır (Şək.1). Qaşarası, alın nahiyələrindəki geniş toxuma defektləri meydana gəlmişdir (Şək.2). Yuxarı çənədə 21,22 ,23, 24, 25, 26 dişlər diş seqmenti ilə birlikdə qopmuşdur. Sol Lateral seqment qopmuşdur, selikli qişada asılı vəziyyətdədir.Aşağı çənədə 31,32,33 dişlər çənə simfizi ilə birlikdə qopmuşdur. Vertikal nazomaksillar və zygomamaksillar sütunlar üzrə sınıqlar qeyd edilir (Şək.3).

Yara xaraktercə deşilmiş yox, didilmiş və cırılmış yara olmuşdur. Aparılmış fiziki müayinədə sağ periorbital nahiyyədə ekkimoz: Sol periorbital nahiyədə 10.0 x 4.0 sm ölçüdə didilmiş-cırılmış yara qeyd edilmişdir. Sol göz qapaqlarının cırılmış yaraları, sol orbitaldan sol ağız bucağın və alın nahiyyəsinə qədər 10.0 sm cırılmış yara qeyd edilir. Sol orbitin aşağı divarının tam deffekti, sol Haymor cibinin ön divarının tam deffekti sol infraorbital kənardan, sol maksillar alveolyar

çıxıntıya kimi 5.0 sm x 3.0 sm sümük deffekti qeyd edilmidir. Sol mərkəzi və yan kəsicilər arxası sərt damaq olmadığı üçün dişlər selikli qişadan asılı vəziyyətdə Haymor boşluğuna doğru basılmışdır. Sol lateral maksillar seqment dişlərlə birlikdə repozisiya olunmudur (Şək.4).

Yaranın arxa divarı burun udlağa açılır. Ağız boşluğuna patologiya aşkar edilmir. Sol qulaqətrafı – çeynəmə nahiyyəsində çapılmış yara vardır. Fasial sinirin sol marginal mandibulyar şaxəsinin zədələnməsinə xas sol ağız bucağının sallanması vardır. Üzün sol yarısında geniş ödem olduğu üçün əzələ funksiyalarında məhdudluq var. Üzün sinir testlərində sol tərəfdə iflic əlamətləri vardır.

Xəstəyə 10 gün geniş spektirli antibiotiklər, anti-enflamator müalicə aparılmışdır. Ödemlər tamamilə çəkilmişdir. Xəstəyə psixatrik yardım göstərilmiş, əməliyyat üçün hazırlanmışdır. Məftil liqaturlarla lateral maksillar seqmentlər və dişlər fiksasiya olunmuşdur (Şək.5). Sol vertikal nazomaksillar və zygomamaksillar sütunlar dağıldığı üçün horizontal maksillar sütundan istifadə edərək 12deşikli mini rekonstrusion – kompression plata ilə sağdakı sağlam tərəfin alveolyar çıxıntısına fiksasiya edilmişdir (Şək.6). Yaranın kənarları təmizləşmiş və transplantasiya üçün hazılanmışdır (Şək.7). Alın cibinin ön divarı və sümük defktinin bağlanması üçün xəstənin qalça sümüyü darağından 5.0 x 3.0 sm-lik sərbəst sümük autotransplantatı götürülmüşdür. Qalça darağından götürülmüş sərbəst sümük flebi qaşarası və alın defetinin bağlanması üçüm istifadə olunmuşdur (Şək.8)

Sərt damaqdakı postravmatik defekt yerli damaq flebi və FAMM fleblə bağlanmışdır. Əməliyyatdan 3 ay sonra (Şək.11) alın cibinin ön divarı və geniş sümük defektinin autoplastikası aparılmışdır (Şək.12,13). Aparılan əmliyyatlardan sonra xəstə tam normal fiziki və psixi vəziyyətə qaytarımışdır. Klinik göstəricilər normallaşmışdır. Beləliklə, aparılan əməliyyatlar və onların tədqiqindən belə qənaətə gəlmək olar ki, kraniomaksillofasial odlu silah yaralanmalarında yaralanmanın dərəcəsi son dərəcə ağır olduqda belə, keyfiyyətli təcili ilkin yardım aparıldıqda və düzgün cərrahi taktika seçildikdə müsbət effektə nail olmaq mümkündür. Bu zaman nəinki xəstənin funksional və hərəki xassələrini özünə qaytarılmış, hətta qənaətbəxş kosmetik nəticələr alınmışdır.



Şək. 1. Submental nahiyyədən dəlib alın nahiyyəsindən keçən, çənə simfizinin, əngin medial və lateral seqmentlərinin dişlərlə birlikdə qopmuş qəlpəli yerdəyişən sınıqları



Şək. 2 Qaşarası, alın nahiyyələrindəki geniş toxuma defektləri.



Şək. 3 Yuxarı çənə travmaları



Şək. 4. Yaralanmadan sonra ağız boşluğunun vəziyyəti



Şək.5. Məftil liqaturlarla lateral maksillar seqmentlər və dişlərin fiksasiyası




Şək.6. Sol vertikal nazomaksillar və zygomamaksillar sütunlar dağıldığı üçün horizontal maksillar sütundan istifadə edərək 12 deşikli mini rekonstrusion-kompression plata ilə sağdakı sağlam tərəfin alveolyar çıxıntısına fiksasiyası



Şək. 7.Əməliyyatdan görünüş.




Şək.8. Qalça darağından götürülmüş sərbəst sümük flebi ilə qaşarası və alın defetinin bağlanması.




A **B**

Şək.9. Əəliyyatdan əvvəl (A) və sonra (B) çənənni görünüşü




Şək.10.Əməliyyatdan sonra ağız boşluğunun görünüşü



Şək.11. Autoplastika əməliyyatından əvvəl



Şək.12. Autoplastika əməliyyatından sonra 10 gün xəstənin görünüşü



1 2 3 4

Şək.13. Qalça sümüyü darağı ilə Autotransplantasiya ilə plastikası əməliyyatından sonra vəziyyət. 10 gün sonra (1,2) və 6 ay sonra (3,4) xəstənin görünüşü

ƏDƏBİYYAT

1. Face and neck injuries / Emergency War Surgery, Third United States Revision. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2004.
2. Soft-tissue injuries / Emergency War Surgery, Third United States Revision. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2004
3. Fonseca R., Walker R. Oral and Maxillofacial Trauma. 2nd ed. Philadelphia, Pa: W. B. Saunders; 1997
4. Rowe N., Williams J. Maxillofacial Injuries. 2nd ed. New York, NY: Churchill Livingstone, 1994
5. Ocular injuries / Emergency War Surgery, Third United States Revision. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2004

6. Thach A.B. ed. Ophthalmic Care of the Combat Casualty (a Textbook of Military Medicine). Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2003

7. Knight B. Simpson's Forensic Medicine, 10th edition,Hadder and Stoughton, London, Melbourne, Auckland, 1991, p.103-116

8. Carey M.E., Sama G.S., Farrell J.B., Happel L.T. Experimental missile wound to the brain // J Neurosurg, 1989, v.71, p.754-764

9. Asırdizer M,, Sarı H,, Korkut M,, Kolusayın R,Ö. Aynı delikten giriş ve çıkışı olan ateşli silah mermi çekirdekleri yaralanmasına bağlı ölüm olgusu // Adli Tıp Derg., 1994, v.10, p.125-132

10.Çetin G. Ateşli silah yaraları. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2011, s.339-340

11.Polat O., İnanıcı M.A., Aksoy M.E. Ateşli silah yaralanmaları.Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Nobel Kitapevleri, 1997, s.114-126

12.Üner H.B., Çakır İ. Atış Mesafeleri. İçinde:Üner HB, Çakır İ,editör. Adli Balistik, İstanbul: Arıkan Yayınevi, 2007, s.89-94

13.Suwanjutha T. Direction, site and the muzzle target distance of bullet in the head and neck at close range as an indication of suicide or homicide // Forensic Sci Int., 1988, vol.37, p.223-229

14.Di Maio V.J.M. X-Rays. In: Gunshot Wounds Practical Aspects of Firearms, Ballistics, and Forensic Techniques. 2nd edition, Boca Raton, New York; CRC Press LLC, 1999

15.Karger B., Billeb E., Koops E., Brinkmann B. Autopsy features relevant for discrimination between suicidal and homicidal gunshot injuries // Int J Legal Med., 2002, v.116, p.273-278

16.Druid H. Site of entrance wound and direction of bullet path in firearm fatalities as indicators of homicide versus suicide // Forensic Sci Int., 1997, v.88, p.147-162

Резюме

Особенности выбора хирургической тактики в зависимости от степени травмы, если краниомаксиллофатическая огнестрельная рана

Ш.А.Мамедов, Р.Ф.Азимов

Целью исследования явилось изучить особенности выбора хирургической тактики краниомаксилфациальных огнестрельных ранениях в зависимости от степени травматизма. Материал исследования был офицер мужского пола, который получил огнестрельное ранение краниомаксиллофациальной области с 350-километровой стрелой противника. Операции, проводимые авторами, показали, что даже при самых тяжелых огнестрельных ранениях краниомаксилофациальные качества скорой помощи и правильный выбор хирургической тактики демонстрируют высокий клинический эффект.

Summary

Features selection of surgical tactics depending on the degree of injury during kraniomaksillofatsial gunshot wound

Sh.A.Mamedov, R.F.Azizov

The aim of the study was to study the features of the choice of surgical tactics of craniomaxilfacial gunshot wounds, depending on the degree of injury. The study material was a male officer who received a gunshot wound to the craniomaxillofacial area with a 350-kilometer boom of the enemy. The operations carried out by the authors showed that even with the most severe gunshot wounds, the craniomaxilofacial qualities of the ambulance and the correct choice of surgical tactics show a high clinical effect.

Daxil olub: 15.02.2017

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ИСО 18159 СТАНДАРТА В НАЦИОНАЛЬНОЙ РЕФЕРЕНС ЛАБОРАТОРИИ АЗЕРБАЙДЖАНА.

Н.А. Салимова

Научно-исследовательский институт легочных заболеваний, г.Баку

Açar sözlər: akkreditasiya, İSO 18159, vərəm
Ключевые слова: аккредитация, ИСО 18159, туберкулез
Keywords: accreditation, ISO 18159, tuberculosis

Основными критериями преимущества лаборатории являются точность, надежность и своевременность выдаваемых результатов исследований. Для подтверждения компетенции лаборатории необходимо продемонстрировать, что она обладает всеми необходимыми характеристиками. Аккредитация и сертификация позволяют объективно оценить компетентность и способность лаборатории. Сертификация – это оценка системы управления качеством лабораторных услуг, аккредитация – оценка технической компетентности лаборатории [1,2,8].

Практика аккредитации возникла в США по инициативе медиков. причиной ее появления стало возрастающее осознание потребности в стандартизации медицинских услуг. Это требование способствовало выявлению существенных недостатков с ведением документации в лаборатории.

Программа содержала 12 пунктов стандартных требований, относящихся к организации и квалификации медицинского персонала, к тому, что ныне принято именовать «аудитом». Целью этого процесса является не только оценка качества сама по себе, но и поиск путей повышения качества [3,5]. Документированная система менеджмента качества (СМК) - это модель, которая описывает систему управления организацией на основе критериев качества, сформулированных в международных стандартах ИСО 18159, который предназначен для аккредитации медицинских лабораторий. Шесть основных процедур систем менеджмента [4,6]:

-Управления документацией. Она упорядочивает систему документооборота организации, поэтому при ее разработке основное внимание уделяется составу и движению документации, правилам их обработки.

-Управления записями по качеству. Эта процедура включает в себя систематизацию всех видов записей, сопровождающих отдельные процессы, определение ответственности за создание и хранение записей по качеству.

-Управление корректирующими действиями. Корректирующие действия- это действия, предпринимаемые для устранения причин несоответствия. При разработке процедуры корректирующих действий необходимо установить ответственность за выполнение этих мероприятий, сроки и порядок их выполнения, разработать необходимые формы документов для регистрации информации.

-Управление предупреждающими действиями. Данная процедура является более сложной по сравнению с предыдущей. Она требует применения методов выявления и управления потенциальными событиями, в частности включает в себя методы управления рисками.

-Внутренние аудиты. Организация внутренних аудитов, как правило, включает в себя определение сотрудников, ответственных за процесс (внутренних аудиторов), составление годовых планов аудита, разработку их графиков проведения и т.д.

-Управление несоответствиями. Организация должна обеспечивать, чтобы продукция/услуги, которая не соответствует требованиям к ней, идентифицировалась и находилась под управлением в целях предотвращения ее неумышленного (непреднамеренного, случайного) использования или поставки. Действия по управлению, а также соответствующая ответственность и полномочия относительно того, как поступать с несоответствующей продукцией, должны быть определены в документированной процедуре. Данная процедура направлена на поддержание соответствия процессов процедур и продукции/услуг установленным требованиям.

На сегодня проблема риск-менеджмента становится все более актуальной для медицинских лабораторий всех стран мира, в частности и Азербайджана.

Целью исследования является внедрение системы менеджмента качества (СМК) ИСО 18159 стандарта в Национальной Референс Лаборатории (НРЛ) Азербайджана для улучшения качества исследования.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели необходимо было изучить зарубежной опыт в области аккредитации и на основании этого разработать методику ,

способствующую повышению результативности системы менеджмента качества. Внедрение системы менеджмента качества (СМК), как правило, принимаются, как лучший способ улучшения лаборатории. Для этого были разработаны несколько полезных инструментов и лабораторных тренингов, которые помогают в лаборатории внедрения СМК. Усиление Менеджмента ТБ лабораторий на пути к аккредитации - это адаптированная версия Усиление Менеджмента лабораторий на пути к аккредитации (SLMTA), разработанного Региональным Африканским офисом Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ АФРО) в партнерстве с Центрами по Контролю и Профилактике заболеваний, США, (CDC), Американским Обществом Клинической Патологии, (ASCP), Clinton Health Access Initiative (CHAI). Этот перечень основан на процессе пошагового Улучшения Качества Лаборатории на пути к аккредитации (SLIPTA) [7].

SLIPTA- это комплексный подход поэтапного обеспечения к укреплению Национальной Лаборатории служб здравоохранения, закончивших уровень признания производительности на долгосрочное выполнение стандарта ISO 1518.

Контрольный Список (Версия 2: 2015) включает в себя некоторые элементы из Глобальной Лабораторной инициативы (GLI) перечень (v1.0) на веб-сайте GLI (www.GLIquality.org). Контрольный список GLI (V1.0) является более сосредоточенным на техническую сторону лабораторного исследования на туберкулез. Контрольный список структурирован для стадии реализации, и полезен, чтобы оценить, является ли лабораторное исследование и данные ТБ управления в соответствии с действующими руководящими принципами для управления данными с туберкулезом и лабораторных иследований. Соответственно контрольному списку в SLIPTA, распознавание осуществляется с использованием пяти звезд многоуровневого подхода, основанного на аудите лабораторных операционных процедур, практики и работы. Счет осмотра будет соответствовать количеству звезд, присужденных в лаборатории в следующем порядке:

Таблица

Соответсвие звезд на счета осмотра

Нет звезд	1 звезда	2 звезды	3 звезды	4 звезды	5 звезд
0-150 балл	151-177 балл	178-205 балл	206-232 балл	233-260 балл	261-275 балл
<55%	55-64%	65-74%	75-84%	85-94%	≥95%

Результаты исследования и их обсуждение. Подведя итоги собственных исследований , проведенных в НРЛ Азербайджана, можно отметить, что контроль качества лабораторных услуг, в целом был отмечен несколькими основными факторами, или модулями, такими как:

- Организация персонала
- Управление оборудованием
- Закупки и инвентарь
- Управление процессами, внутренней и внешней оценки качества
- Корректирующие действия
- Возникновение / Управление инцидентами и процесс улучшения
- Помещения и безопасность

По результатам аудита, который проводилась от 9-11 февраля в 2016 году НРЛ Азербайджана набрала 119 (48.2%) из 247 общих баллов. Итак в феврале были получены результаты базовой оценки, по следующим разделам Гармонизированного ТБ (Контрольный список v2.1) (таблица 2):

Лаборатория, которая достигает менее проходного балла на любой из действующих стандартов, должна определить области, в которых необходимо улучшение, разработать и реализовать план работы, мониторинг лабораторного прогресса, проведение повторного тестирования, где требуется повторять шаги для достижения полной аккредитации.

На основание показателя по разделам инспектор аудита дал комментарии по организации работы и рекомендовала создать план на 5 месяцев (от мая до октября) и внедрить в НРЛ следующие модули:

-Безопасность ТБ лаборатории (модуль 3), секции 12 в чеклисте;

-Управление производством и индикатором контроля качества (модуль 2) секции 3 в чеклисте;

-Оборудование (модуль 6), секции 5 в чеклисте;

- Закупкы и инвертарь (модуль 4-5), секции 7 в чеклисте;

-Управление процессами, внутренней и внешней оценки качества (модуль7-8), секции 8 в чеклисте;

- Корректирующие действия, Управление инцидентами и процесс улучшения (модуль XC-Cross Cutting-Межсекторальные (сквозной)), секции 10 и 11 в чеклисте.

Таблица 2

Результаты базовой оценки февраль месяца:
Гармонизированного ТБ Контрольный список v2.1

№	Разделы	Балл	Общий балл	Процент
1	Документы и отчеты	5	28	17.9%
2	Обзоры Менеджмента	4	14	28.6 %
3	Организация и персонал	6	19	31.6 %
4	Управление клиентами и обслуживания клиентов	5	10	50.0 %
5	Оборудование	16	24	66.7 %
6	Внутренний аудит	0	15	0.0
7	Закупки и Инвентарь	11	24	45.8 %
8	Управление процессами, внутренней и внешней оценки качества	21	28	75.0 %
9	Управление информацией	10	11	90.9 %
10	Корректирующие действия	5	19	26.3 %
11	Возникновение/Управление инцидентами и процесс улучшения	6	12	50.0 %
12	Помещения и безопасность	30	43	69.8 %
Общиий балл		119	247	48.2 %

По третему разделу лаборатория должна была иметь документированный состав обязанностей (дежурство, Duty Roster) где обозначен персонал лаборатории с конкретными рабочими местами (ИСО 18159 пункт 4.1.1.4 (c); 4.1.2.1 (я)). Ежедневные процедуры должны были организованы и координированы для достижения оптимального качества услуг для пациентов. Лаборатория должна была иметь список обязанностей директора лаборатории и описание работы менеджера по качеству, который включает упоминание о всех мероприятиях, включая их участие в анализе со стороны руководства (ИСО 18159 пункт 4.1.1.4 и 4.1.2.7). Лаборатория должна была иметь для каждого сотрудника "Файл для персонала", в котором указаны оценки компетентности для всех тестов 5.1.9. Лаборатория должна была проводить регулярно встречи сотрудников (ИСО 18159 пункт 4.1.2.1 (a); (e); 4.1.2.2; 4.1.2.6; 4.4; 4.14.3)

По разделу Корректирующие действия и Управление инцидентами и процесс улучшения- лаборатория должна была выявить несоответствие (ИСО 18159 пункт 4,9; 4.10; 4,11) и документировать их надлежащим образом (ИСО 18159 пункт 4,12; 4.13; 4.14.5; 4,15)

По разделу Помещения и безопасность- лаборатория должна была следить что все ШББ сертифицированны ежегодно. В лаборатории из 7 шкафов не было сертифицировано 5 ШББ (ИСО 18159 пункт 5.2.1 5.2.2), лаборатория должен был иметь руководство и СОП безопасности (ИСО 18159 пункт 7.4) опасные химические вещества должны были помечены должным образом (ИСО 18159 пункт 17.1; 17.3). Лаборатория должна была задокументировать и исследовать неблагоприятные инциденты или травмы от оборудования, реактивов, производственные травмы, медицинское обследование или болезни (ИСО 18159 пункт 5.3.1.6; 5.3.2.6; 9). В лаборатории должен быть обученный специалист по безопасности, назначенный для внедрения и наблюдения за программой обеспечения безопасности в лаборатории, в том числе подготовку других сотрудников (ИСО 18159 пункт 7.10, 7.3.1 и 7.3.2) и регулярно надо было проверять состояние противопожарной безопасности (противопожарный огнетушитель) (ИСО 18159 пункт 9.3; 9.7).

Итак после внедрения пунктов по требованию стандарта ИСО 15189 выходные данные по контролю качества повысились, на основании проведенного повторного аудита в ноябре месяце 2016 в НРЛ Азербайджана в Гармонизированном ТБ Контрольном списке (v2.1) общий балл стал 152 из 250 (60,8 %) (Таблица 3).

На основание итоговых выходных данных разделов получилось, что лаборатория находится на ранней стадии реализации системы управления качеством, как указано в Гармонизированном ТБ ко**н**трольном списке со счетом 152 балла (60.8%) (Рис.).

Это еще раз подтверждает тот факт, что , внедряя системы менеджмента качества по требование стандарта ИСО 18159, развитие данной отрасли, возможно , улучшит качество предоставляемых медицинских услуг.

Выводы. Оценка лаборатории по требованию ИСО стандарта 18159 является эффективным средством для определения, что лаборатория обеспечивает точные и надежные результаты, хорошо управляет и придерживается надлежащей лабораторной практике, лабораторный персонал компетентный, умеет в установленные сроки предпринимать корректирующие действия при выявлении недостатков и несоответствий.

Таблица 3

Результаты выходной оценки за ноябрь 2016 года:

(Гармонизированный ТБ Контрольный список v2.1

№	Разделы	Балл	Общий балл	Процент
1	Документы и отчеты	8	28	28.6 %
2	Обзоры Менеджмента	4	14	28.6 %
3	Организация и персонал	18	22	81.8 %
4	Управление клиентами и обслуживания клиентов	6	10	60.0 %
5	Оборудование	18	24	75.0 %
6	Внутренний аудит	0	15	0.0 %
7	Закупки и Инвентарь	14	22	63.6 %
8	Управление процессами, внутренней и внешней оценки качества	21	28	75.0 %
9	Управление информацией	13	13	100 %
10	Корректирующие действия	5	19	26.3 %
11	Возникновение/Управление инцидентами и процесс улучшения	12	12	100 %
12	Помещения и безопасность	33	43	76.7 %
Общиий балл		152	250	60.8 %

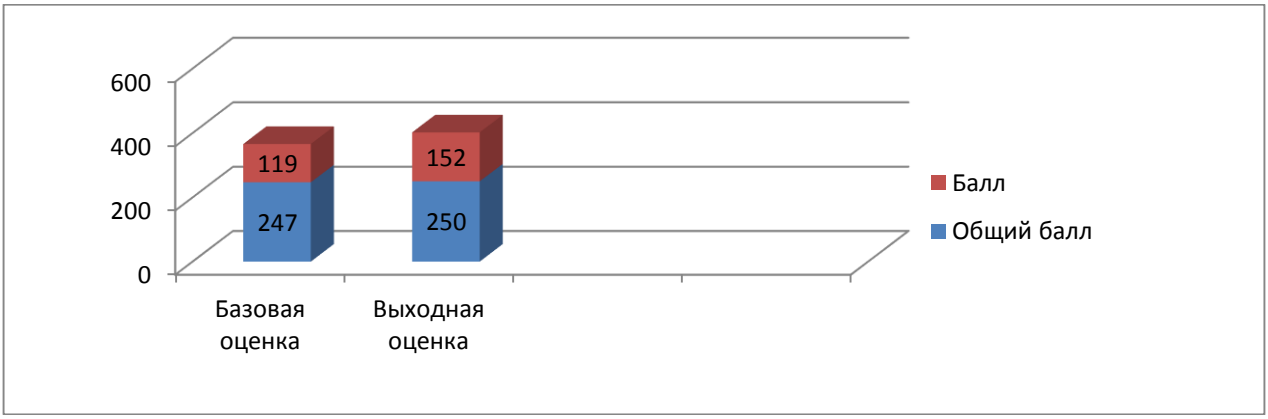


Рис. Итоговые выходные данные разделов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрашкина Н.Н., Федорова М.М., Долгов В.В. Сертификация и аккредитация клинико-диагностической лаборатории // Лабораторная диагностика, 2014, № 6

2. Фомичев Н.Г., Садовой М.А., Бедерева И.Ю., Самарина В.Ю. Опыт разработки системы менеджмента качества в специлизированном лечебном учреждении // Хирургия позвоночника, 2005, №2, с.84-88.

3. Садовой М.А. Система менеджмента качества в учреждении здравоохранения Новосибирск, 2007, 320 с.

4. Гуленков, В.Ю. Новое в подходе к сертификации сис тем менеджмента качества // Стандарты и качество, 2002, № 3, с.83-90.

5. Yao K. Improving Quality Management Systems of Laboratories in Developing Countries An Innovative Training Approach to Accelerate Laboratory Accreditation // American Journal of Clinical Pathology, 2010, v.134, p.401-409
6. Mothabeng D., Maruta T., Lebina M. et al. Strengthening Laboratory Management Towards Accreditation: The Lesotho experience // Afr J Lab Med., 2012, v.1(1), p.7
7. Maruta T., Motebang D., Wanyoike J. et al. Impact of mentorship on WHO-AFRO Strengthening Laboratory Quality Improvement Process Towards Accreditation (SLIPTA) // Afr J Lab Med., 2012, v.1(1), p. 8
8. Maruta T., Rotz P., Trevor P. Setting up a structured laboratory mentoring programme // Afr J Lab Med., 2013, v.2(1), p.7

Xülasə

Azərbaycannın Milli Referens Laboratoriyasında Keyfiyyət İdarəetmə Sistemi ISO 18159 standartının tətbiqi

N.A.Səlimova

Azərbaycanda ISO 18159 standartına cavabverən Keyfiyyət İdarəetmə Sistemi (KİS) praktikaya tətbiqi həyata keçirilir ki, bu akkreditləşdirmə sertifikatlaşdırmanın keyfiyyətinin təmin olunmasına kömək edir və Azərbaycanda Milli Referens Laboratoriyanın fəaliyyətinin effektivliyini artırır. Məqalə akkreditasiyaya hazırlaşan, KİS-ni tətbiq edən laboratoriyalar üçün böyük praktik əhəmiyyət kəsb edə bilər, hansı ki, laborator müayinələrin standartlaşdırılmasına xüsusilə diqqət yetirilir və çalışırlar ki, gələcəkdə laborator xidmətin keyfiyyətinin artmasına nail olsunlar.

Summary

Implementation of the Quality Management System ISO 18159 standard in the National Reference Laboratory of Azerbaijan

N.A. Salimova

In the NRL Azerbaijan the quality management system (QMS), corresponding to requirements of standard ISO 18159 is developed, introduced and certificated. Introduction of system of quality management (QMS) allows to raise considerably productivity and efficiency of activity of NRL quality of given medical services and satisfaction of consumers. The article can have crucial practical importance for laboratories which implement system of quality management and prepare for accreditation, pay proper attention to standardization of laboratory studies, strive for workability of system of quality management and determine future priorities in area of enhancement of laboratory services.

Daxil olub: 13.01.2017

ŞİŞ NEKROZU AMİLLƏRİ VƏ ONLARIN MÜXTƏLİF İNFEKSION PROSESLƏRİN GEDİŞİNƏ TƏSİRİ

H.T.Mansurova, Y.A. Baxışova, T.H.Süleymanova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

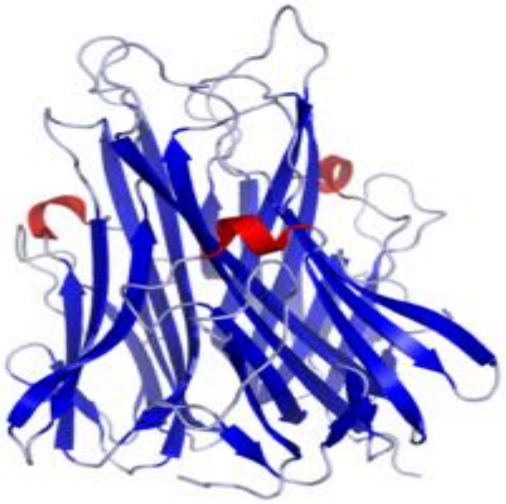
Açar sözlər: kaxektin, apoptoz, sitostatik təsir, hemorragik nekroz, TNF antoqonistləri

Ключевые слова: кахектин, апоптоз, цитостатическое действие, геморрагический некроз, антагонисты TNF

Key words: cachectin, apoptosis, cytotoxic effect, hemorrhagic necrosis, TNF antagonists

Şiş nekrozu amilləri (ŞNA, kaxektin; ing. tumor necrosis factor, TNF- şəkil1)- hüceyrəxarici zülal olub, orqanizmin çox funksiyalı iltihabəleyhinə və immun reaksiyaların əsas sitokinlərindəndir. Son müasir terminologiyada ŞNA-α, ŞNA-β əvəzinə ŞNA 29 liqand üçün reseptora malik 19 müxtəlif zülalın daxil olduğu superailənin prototipidir. Bu superailənin bir üzvü də əvvəllər alfa-limfotoksin adlandırılan ŞNA-β dır. Bu sitokinlər qrupuna trasformasiyaya məruz qalmış şiş hüceyrələrini apoptoz mexanizmi ilə məhv etmək qabiliyyətinə malik olan 3 qlikoprotein: ŞNA-α nın produsentləri makrofaq populyasiyasıdır (endotel hüceyrələr, mast hüceyrələr, mielod, neyroqliya hüceyrələri və s.). Digər iki faktor β-ŞNA (α-limfotoksin) və β-limfotoksinlərin produsentləri adlarından da göründüyü kimi aktivləşdirilmiş T-limfositlərdir (T-sitotoksik və T-helperlər). a- və β- ŞNA həllolan, β-limfotoksin isə əsasən membranla birləşmiş sitokinlərdir. O,

leykositlərin adheziyası və növbəti miqrasiyası, fibroblastların profilerasiyası, endoteli hüceyrələrin stimulyatordur [2,19].



Şək.Şiş nekrozu amillərinin quruluşu

ŞNA 1975-ci ildə E.Carswell və əməkdaşları tərəfindən kəşf olunmuşdur. Onlar ağ siçanlara inyeksiya edilmiş LPS-in şiş hüceyrələri əleyhinə aktivliyə malik olan zərdab faktorunu induksiya etdiyini müşahidə etdilər. Həmin amili Car-swell, sonra isə ŞNA adlandırmağı təklif etmişlər. Bu ad onlara əsas bioloji effektləri olan in vitro şəraitdə şiş hüceyrələrinə sitotoksik və sitostatik təsirlə əlaqədar verilmişdir [1,15, 20]. ŞNA xroniki infeksiyalar və bədxassəli yeni törəmələrdə kaxeksiya və anoreksiyaya səbəb olur. ŞNA genləri 1985-ci ildə klonlanmışdır. Onları kodlayan genlər 6p21.3 xromosomda, MHC - genlər kompleksinin tutduğu sahədə yerləşir, ölçüsü 2762 n.c.ölçüsündədir və 4 ekzondan ibarətdir. Zülalların 80%-ini son ekzon kodlayır. Genlərin 30-dan çox polimorf variantlarının (mikrosatellitlər, SNP-polimorfizm) məlum olmasına baxmayaraq, onlardan yalnız az bir qismi ŞNA-α-nın in vitro ekspressiyasına təsir göstərir. ŞNA 29 reseptor üçün liqand funksiyasını yerinə yetirən 19 müxtəlif zülalın daxil olduğu superfəsilənin prototipidir. Bu superfəsilənin üzvlərdən biri əvvəllər ŞNA-β adlanan α- limfotoksindir. Quruluşuna gəlincə ŞNA membran zülalı kimi 26 kDa (233 aminturşu) molekul çəkisində sintez olunur. Sonra spesifik metalloproteaza təsirindən, daha dəqiqi ŞNA-konvertaza fermenti (ADAM17) təsirindən membrana birləşən fraqment parçalanır və 17 kDa (157 aminturşu) molekul kütləli həll olan ŞNA əmələ gəlir. Zülalın aktiv forması homotrimerdir. Sitokin molekulu beta qırışıqlı quruluşdadır. ŞNA-α və limfotoksinlərin aminturşu ardıcıllığı arasında homologiya təxminən 30% təşkil edir. Onların fəza quruluşundakı oxşarlıq isə daha çoxdur. ŞNA (α və β) hədəf hüceyrələri səthində iki cür glikoprotein –gp55 və gp75 adlanan reseptorları mövcuddur. Bunlardan gp55 reseptorunun hüceyrənin sitoplazmasında "ölüm domeni" olduğu üçün apoptoz siqnalını ancaq o hüceyrə daxilinə ötürə bilir [5,12]. β-limfotoksinin reseptoru fərqlidir. Belə ki, o, siqnalı membranla birləşmiş limfotoksindən alaraq, limfoid orqanların stromal hüceyrələrinin səthində ekspresiya olunurlar. Apoptozun induksiyası ilə yanaşı ŞNA-α makrofaqların hüceyrə membranında oksigen (hidrogen peroksid, superoksid radikallarının) və azotun aktiv metabolitlərinin generasıyasını həyata keşirməklə antimikrob təsir göstərirlər. ŞNA şiş hüceyrələrindən başqa virusla və hüceyrədaxili parazitlərlə yoluxmuş hüceyrələri də lizisə uğrada bilir[14,15,20].

ŞNA immunokompotent hüceyrələrdə MHC II sinif molekulların ekspressiyasını təmin edir. Lipid mübadiləsinə təsir göstərir. Koaqulyasiyaya, endotelin funksiyasına təsir göstərir, insulinə rezistentlik yaradır, İL-1, İL-6, İL-8, qamma-interferonun sintezini stimullaşdırır, leykositləri aktivləşdirir.. Nüvədə yerləşən vacib transkripsiya faktoru NF- kB-ni aktivləşdirir [2,21]. ŞNA-nin artıq hasıl olması hemodinamikanın pozulması (miokardın yığılma qabiliyyətini, qanın dəqiqəlik həcmini azaldır, kapillyarların keçiriciliyini diffuz şəkildə artırır), orqanizm hüceyrələrinə sitotoksik təsir göstərir. ŞNA sağlam insanların qanında yox dərəcəsindədir. Stimulyatorun təsirindən 40 dəqiqə sonra onun ifrazı başlayır və 2-3 saatdan sonra maksimal həddə çatır [2,3].

ŞNA-nin yeganə təsiri şiş hüceyrələrini apoptozla məhv etmək deyil. Kaxektin polipeptid sitokin olub, immun cavabın multipotent moduiyatoru, həmçinin güclü pirogen kimi təsir göstərir, lokal olaraq qanın laxtalanma qabiliyyətini artırır. ŞNA-α lipoproteinlipaza aktivliyini blokada etməklə vərəm, onkoloji və s.

xəstəliklərdə kaxeksiya və ya arıqlamağa səbəb olur. İmmun sistemə göstərdiyi çox saylı effektlərə görə bir çox xəstəliklərin patogenezində rol oynayır. Təmizlənmiş monositlər rekombinant İL-2 ilə stimulyasiyadan sonra 4 saat ərzində ŞNA-α sntez etməyə başlamışdır. Sitokinin yarımparçalanma dövrü 15 dəqiqədir (bu göstərici İL-1 və İL-6ya yaxındır). Eyni müddət ərzində CD2 və CD28 təsirindən sonra T-helperlər çoxlu miqdarda ŞNA-β sintez etmişdir [1,6,10].

ŞNA müxtəlif patologiyalarda xəstəliyin gedişində mühüm rol oynayır və müalicənin təyin olunmasında qanda miqdarı nəzərə alınır. Hüceyrədaxili parazitlər və viruslardan vacib müdafiə faktorudur. Septik şok, autoimmun xəstəliklər (revmatoid artrit), endometrioz, beynin işemik zədələnməsi, dağınıq skleroz, QİÇS-li xəstələrdə, ağıl zəifliyi, kəskin pakteatit, qaraciyərin alkoqolla zədələnməsi, neytropeniyalı xəstələr, trasplantatın ayrılması, qaraaciyərin zədələnməsinin ilki markerlərindəndir. O cümlədən Hepatit C xəstəliyində diaqnostiq və proqnostiq əhəmiyyətə malikdir [11].

ŞNA İn vivo şəraitdə şiş hüceyrələrində baş verən hemorragik nekrozu normal hüceyrələri zədələnmədən törədir [11,18]. Bununla yanaşı o, bakterial endotoksinin təsirindən sintez olunarsa şoka səbəb olur. ŞNA-a molekul çəkisi 17.400 kDa olan qlikoproteindir. Onu makrofaqlar, eozinofillər və T-killerlər (limfositlərin 14%-ni təşkil edir) sintez edirlər. Sağlam insanların qan zərdabında ŞNA-α praktik olaraq təyin edilmir. Onun qanda miqdarı infeksiyalaşma, orqanizmə bakterial endotoksin daxil olduqda artır.. TNF-a tək şiş hüceyrələrini yox, həm də virusla yoluxmuş hüceyrələri öldürür. Immun cavabda iştirak edir. Onun artıq miqdarı T və B-limfositlərin proliferasiyası ilə immunoloji tolerantlığın yaranmasına mane olur. ŞNA-α həmçinin eritro-, mielo-, və limfopoezi tormozlayır [2,3,11]. ŞNA-α nın boloji effektləri onun konsentrasiyasından asılıdır. Aşağı konsentrasiyada sintez olunduğu yerdə para və autokrin requlyator kimi, travma və infeksiyadan sonra iltihab əleyhinə requlyatordur. O, 157 aminturşu ardıcıllığından ibarət polipeptid prohormon kimi monosit və makrofaqların səthində ekspressiya olunur, onları aktivləşdirir, endotel hüceyrələrinə adheziyanı təmin edirlər. Bu hormon infeksion agentlərlə hüceyrəarası lokal qarşılıqlı təsirdə vacib rol oynayır. Lakin ekstremal şəraitlərdə (şok, qizdırma, kaxeksiya) stimulyatorların təsirindən onun miqdarı 3 dəfə artır. ŞNA transkripsiya olunur, ŞNA mRNT və onun hasilatı artır [3,17].

Orta konsentrasiyada TNF-α qana daxil olaraq hormon kimi təsir göstərir. Faqositləri aktivləşdirərək pirogen təsir göstərir. Qanın laxtalanma qabiliyyətini artırır, iştahanı azaldır, xroniki xəstəliklərdə (vərəm, xərçəng və s.) kaxeksiya törədir [4,6,13].

Yüksək konsentrasiyada orqanizmin hüceyrələrinə sitostatik təsir göstərir. O cümlədən Qram mənfi bakteriyalar tərəfindən baş vermiş sepsislərdə septik şok, nekroz və şişlərin yaranmasına səbəb olur. Toxuma perfuziyasını azaldır, arterial təzyiqin aşağı düşməsinə, DDL sindromuna səbəb olur, qanda qlükozanın miqdarı azalır [2,7]. Yağ və əzələlərdə katabolik aktivliyi artırır, kaxektin də adlandırılır. ŞNA – i lipoprotein lipazanı inhibisiya edir[16]. ŞNA-in tənzim olunmasının pozulması müxtəlif xəstəliklərlə - Alzeymer, xərçəng, klinik depressiya, psoriaz və bağırsaqların iltihabı xəstəlikləri (Kron xəstəliyi, xoralı kolit)ilə assosiasiya olunur[12,17].

Iltihab və kəskin faza mediatorları, o cümlədən ŞNA-in aşkar edilməsi toxuma və sistematik zədələnmələrə yol açа bilir. ŞNA-α, İL-1 və İL-6 lokal infeksiyalara qarşı qoruyucu fəaliyyət göstərməsinə baxmayaraq, sistem infeksiyalar tərəfindən eyni cavab ativləşərsə həyatı təhlükə yaradan patologiyalara səbəb olur [3,5].

Qram mənfi bakterial sepsis zamanı qanda endotoksinin miqdarı olduqca yüksəlir. Belə vəziyyətdə inkişaf edən sistem cavab sonunda şok və ölüm, qanın koaqulyasiya qabiliyyətinin aktivləşməsi nəticəsində disseminasiyalı damardaxili laxtalanma (DDL) meydana gələ bilər. Məsələn, Neisseria meningitidis infeksiyası zamanı çoxlu mqdarda endotoksin ifrazı sitokinlərin aktivləşməsi nəticəsində yüksək hərarət, petexiya (dəri qansızmaları) və şok simptomları (damar keçiriciliyinin artması ilə əlaqədar) rast gəlinir. Müəyyən edilmişdir ki, septisemiya və meninqokok infeksiyası olan pasiyentlərdə ŞNA-nin miqdarının yüksək olması fetal nəticə ilə korrelyasiya təşkil edir [5,14].

Mediatorların təsir mexanizmi digər humoral faktorları altivləşdirməsi ilə də bağlıdır. ŞNA-a MHC I sinif antigenləri, GM-CSF, İL-1, İL-6, prostaqlandinlər, leykotrienlər trombositlərin aktivləşmə faktoru, interferon, komplemenin hasilatını artırır [2, 6,19]. Əks əlaqə mexanizmi ilə ŞNF-nin sekresiyası qamma-interferonun təsirindən güclənir. ŞNA oynaqlarda və digər toxumalarda iltihabi xəstəliklərin patogenezində əhəmiyyətli rola malikdir [2,8]. Müəyyənləşdirilmişdir ki, ŞNA qamma-interferon və İL-Ib sinovial fibroblastların səthində ICAM-1molekulunun ekspressiyasını artırır. Revmatoid artrit zamanı ŞNA-α oynaq mayesində toplanır, bir çox iltihabi proseslərdə sidikdə təyin edilir. Maraqlıdır ki, bu sitokinlərin yüksək miqdarı orqanizmi parazitar infeksiyalardan qoruyur [8,13].

İn vitro aparılmış tədqiqatlar nəticəsində İİV p24 zülalını ekspressiya edən alveolyar makrofaqlar, bu zülalı ekspresiya etməyən və kontrol makrofaqlara nisbətən daha çox ŞNA-α ifraz edir. İİV seropozitiv

pasiyentlərdə qanda sirkulyasya edən ŞNA-α nın daim yüksək səviyyədə olması bu sitokinin QİÇS-in inkişafında iştirakı olduğunun göstəricisidir. Vərəm və xərçəngdə kaxeksiyanın inkişafının ən vacib faktorudur. ŞNA aşağıdakı xəstəliklərdə oqanizmdə normadan artıq aşkar edilir: DDL sindromu, sepsis, infeksion xəstəliklər, allergiya və autoimmun xəstəliklərdə, resipiyentdə donor orqanının ayrılma krizi, onkoloji xəstəliklərdə [11,15,21.

ŞNA-α səviyyəsinin təyini transplantologiyada da əhəmiyyətlidir. Böyrək transplantatın ayrılmasi epizodunda ŞNA-α yüksək miqdarda aşkar edilmişdir. Həçinin sümük iliyi transplantasiyası aparılmış pasiyentlərdə ŞNA-α kifayət qədər yüksək səviyyədə aşkar olunur, kontrolla müqayisədə interstisial pnevmonit şəklində ağırlaşma və transplantat-sahıbə qarşı reaksiyaları artır [3,8.13].

ŞNA-α-nın şiş hüceyrələrinə sitotoksik təsiri DNT-nin deqradasiyası və mitoxondrinin funksiyasının pozulması ilə əlaqədardır [4,12]. ŞNA-nın litik təsiri interferonun təsirindən güclənir. İki sitokinin sinergist təsirinin mexanizmlərindən biri interferonun təsirindən şiş hüceyrələri üzərində ŞNA reseptorlarının ekspresiyasının artmasıdır. Təbii killerlərin şiş əleyhinə təsiri perforin asılı mexanizmdən istifadə etmələrinə baxmayaraq o, killinq siqnalını FASL-FAS qarşılıqlı əlaqəsi və ŞNA sitokini ilə birbaşa ötürə bilmələri də istisna olunmur [16,18].

Xroniki iltihabi proseslərdə ŞNA katabolik prosesləri aktivləşdirməklə bir çox xroniki xəstəliklərin simptomu - kaxeksiyaya səbəb olur. Monokinin-kaxektinin yağ mübadiləsinə göstərdiyi təsir digər bioloji effetləri kimi onun konsentrasiyasından asılıdır. ŞNA-nin plazmada yüksək miqdarı kaxeksiya, hətta ölümə səbəb ola bilər. ŞNA əsasən auto və parakrin təsir göstərir. Piy toxumasında insulinə rezistentliyi artırır. Qlikogenin əzələlərdə parçalanması sürətlənir, hiperqlikemiya yaranlr. İnsulinin əzələ və piy toxumasında reseptoru olan QLYT-4 geninin transkripsiya və ekspresiyası zəifləyir, insulinə rezistentlik inkişaf edir[10,18]. Bunun səbəbi insulinin tirozinkinaza reseptorunun aktivliyinin tormozlaması və digər reseptor insulin-1 serin substratın fosforlaşmasıdır. Piy toxuması adipositlərində ŞNA mediatoruna qarşı yüksək həssaslıq aşkar edilmişdir. O, lipoprotein lipazaya inhibitorluq edərək kaxeksiyaya səbəb olur. Nəticədə qanda sərbəst yağ radikallarının, o cümlədən triqliseridlərin miqdarı artır [9,20].

Klinik praktikada ŞNA yüksək konsentrasiyasından yaranan bəzi patoloji proseslərin tənzimlənməsində ŞNA inhibitorlarından istifadə olunur. ŞNA-inhibitorları (ŞNA-a blokada edən anticisimlər də deyilir)süni sintez olunmuş farmakoloji maddələrdir. Bu preparatlar iltihab əleyhinə sitokin olan ŞNA-α nın aktivliyini inhibisiya edir və bəzi xəstəlikılərin simptomlarına təsir göstərir. ŞNA inhibisiya edən preparatlardan monoklonal anticisimlər, infliksimab, adalimumab, həmçinin hibrid zülalları – etanercept ən çox təyin olunanlardır [6,19]. Adalimumab (Humir preparatı) - insanın ŞNA-αya hüceyrə səthində olan reseptorlara qarşı spesifik rekombinant İgG1 monoklonal anticismidir. Adalimumabla aparılmış müalicədən sonra kəskin faza zülallarının ümumi miqdarı, eritrositlərin çökmə sürəti (EÇS) və plazmada sitokinlərin miqdarı azalır [3,9]. Kron xəstəliyi, RA, psoriatik artrit, ankilozlaşdırıcı spondilitin müalicəsində istifadə olunur [5,17,12].

ŞNA inhibitorunun mənfi təsiri opportunist infeksiya yaratmaq təhlükəsidir. Müəyyənləşdirilmişdir ki, ŞNA- inhibitorlarının istifadəsi dəridə qeyri-melanoma mənşəli xərçəngin yaranma riskini artırır [10].

ƏDƏBİYYAT

1. Бородин А.Г., Баранов А.А., Клюквина Н.Г. и др. Клинико-патогенетическое значение фактора некроза опухоли-альфа при системной красной волчанке // Тер. архив, 2002, №5, с.32-35.

2. Зубова С.Г., Окулов В.Б. Молекулярные механизмы действия фактора некроза опухоли а и трансформирующего фактора роста р в процессе ответа макрофага на активацию // Иммунология, 2001, №5, с.18-21.

3. Суслова Т.Е. и др. Противовоспалительные цитокины и ендотелиальная дисфункция у больных с коронарным атеросклерозом // Аллергология и иммунология, 2007, №2, с159-167.

4. Park HJ, et al. Association of promoter polymorphism -857C/T (rs1799724) in tumor necrosis factor gene with intracerebral hemorrhage in Korean males // Neurol Res, 2017, Jan

5. Bente K.P. The diseasome of physical inactivity- and the role of myokines in muscle–fat cross talk // J Physiol. 2009, v.23, p.5559-5568.

6. Bradley J.R., Pathol J.G. TNF- mediated inflammatory disease // Antimicrob agents Chemoter, 2008, v.214(2), p.149-160.

7. Clark I.A. How TNF was recognized as a key mechanism of disease // Cytokine Growth Factor Rev.,2007, v.18, p.335–343

8. Dowlati Y., Herrmann N., Swardfager W. et al. A meta-analysis of cytokines in major depression // BiolPsychiatry, 2010, v.67(5), p.446-457

9. Feng P., Jyotaki M., Kim A. et al. Regulation of bitter taste responses by tumor necrosis factor // Brain, Behavior, and Immunity, 2015, v. 49, p.32-42

10.Haraoui B., Bykerk V. "Etanercept in the treatment of rheumatoid arthritis // Therapeutics and Clinical Risk Management, 2007, v.3 (1), p.99-105

11. Hatano E. Tumor necrosis factor signaling in hepatocyte apoptosis // J Gastroenterol Hepatol., 2007, v. 22, p.43-44

12. Kavurma M.M., Tan N.Y., Bennett M.R. Death receptors and their ligands in atherosclerosis // Arterioscler Thromb Vasc Biol., 2008, v.28 (10):

13. Korneev K.V., Atretkhany K.N., Drutskaya M.S. et al. TLR-signaling and proinflammatory cytokines as drivers of tumorigenesis // Cytokine, 2016, v.89, p.127-135

14. Galkin I.I. et al. Mitochondria-Targeted Antioxidant SkQR1 Reduces TNF-Induced Endothelial Permeability in vitro // Biochemistry, 2016, Oct.

15. Nedwin G.E., Naylor S.L.,Sakaguchi A.Y. et al. Human lymphotoxin and tumor necrosis faktor genes:structure, homology and chromosomal localization // Nucleic Acids Res., 2010, v.13(17), p.6361-6367

16. Swardfager W., Lanctôt K., Rothenburg L. et al. A meta-analysis of cytokines in Alzheimer's disease // Biol Psychiatry, 2010, v.68(10), p.930-941

17. Selwood T., Jaffe E.K. Dynamic dissociating homo-oligomers and the control of protein function // Arch. Biochem. Biophys., 2011, v.519 (2), p.131-43.

18. González C., Droguett K., Rios M. et al. TNFα Affects Ciliary Beat Response to Increased Viscosity in Human Pediatric Airway Epithelium // Biomed Res Int, 2016, v.2016, p.9

19. Olszewski et al. TNF Trafficking to Human Mast Cell Granules: Mature Chain-Dependent Endocytosis // The Journal of Immunology, 2007, v.178, p.5701-5709.

20. Verstrepen L., Bekaert T., Chau T.L. et al TLR-4, İL-1R and TNF-R signaling to NF-kappaB variations on a common theme // Cell.Mol.Life, 2009, № 6, p.203-207

Резюме

Факторы некроза опухоли, их влияние на течение разных процессов

Х.Т.Мансурова, Й.А.Бахышова, Т.Н.Сулейманова

Фактор некроза опухоли- ФНО, англ. tumor necrosis factor, TNF)- внеклеточный белок, многофункциональный провоспалительный цитокин синтезируется моноцитами-макрофагами и Т-лимфоцитами. Влияет на липидный метаболизм, коагуляцию, устойчивость к инсулину, функционирование эндотелия, стимулирует продукцию ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, -гамма интерферона, активирует лейкоциты, является из важных факторов защиты от внутриклеточных паразитов и вирусов и цитостатическим действием, также вызывает геморрагический некроз, раковых клеток за счет запуска процесса апоптоза и оксидантного действия молекул кислорода и окиси азота. Эффекты, которые проявляет фактор некроза опухоли, зависят от концентрации его в плазме крови. При низких концентрациях усиливает адгезию нейтрофилов к стенке сосудов при воспалительной реакции. Стимулирует синтез лимфокинов Т-хелперами и рост В-лимфоцитов. При высоких концентрациях способен индуцировать септический шок, уменьшать расщепление жирных кислот, что может привести к развитию кахексии. Под действием ФНО происходит апоптоз нейронов, прогрессирование воспаления, что в конечном результате приводит к дегенерации нейронов при рассеянном склерозе, болезни Альцгеймера, прионной болезни, болезни Паркинсона

Summary

Tumor necrosis factor and influencing on different processes

H.T.Mansurova, Y.A. Baxıshova, T.H.Suleymanova

Tumor necrosis factor - TNF Eng. tumor necrosis factor, TNF)- extracellular protein, a multifunctional proinflammatory cytokine synthesized by monocytes, macrophages and T lymphocytes. Effected on lipid metabolism, coagulation, insulin resistance, endothelial functioning, stimulates the production of IL-1, IL-6, IL-8, interferon-gamma, activates leukocytes, one of the important defense factors from intracellular parasites and viruses because, as it causes hemorrhagic necrosis of and cancer. Effects tumor necrosis factor depends on it is concentration in the blood plasma. Low concentrations enhances neutrophil adhesion to the vascular wall in inflammatory reactions, TNF also stimulates the synthesis of lymphokines T-helper cells and the proliferation of B-lymphocytes. High concentrations, induce septic shock, reduce the splitting of fatty acids, which promotes the development of cachexia. During multiple sclerosis, Alzheimer's disease, prion disease, Parkinson's disease TNF can causes neuronal apoptosis occurs, the progression of inflammation, which ultimately results in neuronal degeneration.

Daxil olub: 14.12.2016

SONSUZ QADINLARDAN GÖTÜRÜLMÜŞ ENDOMETRIAL VƏ OVARIAL BİOPTATLARDA BAŞ VERƏN HİSTOLOJİ VƏ MORFOLOJİ DƏYİŞİKLİKLƏRİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Н.Н. Ахундова
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: sonsuzluq, endometrial bioptat, ovarial bioptat, histoloji və morfoloji dəyişikliklər
Ключевые слова: беслодие, эндометриальный биоптат, овариальный биоптат, гистологические и морфологические изменения
Key words: failure, endometrial biopsy, ovarian biopsy, histological and morphological changes

Endometrin diaqnostikasında histeroskopiyadan istifadə edildikdə histoloji və histeroskopik müayinlərin nəticələri 35% halda üst- üstə düşür [1,2,4,7,10,12]. Bir sıra müəlliflərin fikrincə, çox zaman klinik əlamətlər olmadıqda histeroskopik müayinələrlə yanaşı xronik endometrit diaqnozunun qoyulmasıda endometrinin morfoloji müayinələrinin nəticələri böyük rol oynayır [1,3,5,8,9].

Xronik endometritin histeroskopik mənzərəsi T.V.Popova tərəfindən daha ətraflı təsvir olunmuşdur. Müəllif klinik təzahürlərin gedişindən asılı olaraq xronik endomtritin 3 histeroskopik mənzərəni fərqləndirir [6,11,13,14,17,19,20]:

1.Xəstələrin əksəriyyətində selikli qişa açıq çəhrayı rəngdə , qeyri- bərabər qalınlıqda olub müxtəlif rəng çalarları ilə fərqlənir, zəngin damar şəbəkəsi olan nazilmiş endometr sahələri dəyişilməmiş endometr sahələri ilə əvəz olunur, kontrol histeroskopiyada endometrin qaşınmasıdan sonra selikli qişadan kifayət dərəcədə qanaxma qeyd olunur;

2.Selikli qişa açıq çəhrayı, bərabər rənglənmiş olur və selikli qişada qeyri- barəbər hipertrofiyaya uğramış sahələrə rast gəlinir. Morfolojimüayinədə xronik endometrit fonunda endometridə tez-tez ocaqlı hiperplaziya təyin olunur;

3. Uşaqlığın selikli qişasısolğun, açıq, ağımtıl rəngdə, qeyri-barəbər qalınlıqda olub,damar şəbəkəsi ilə zəngin deyildir və bəzi sahələrdə damar şəbəkəsi təmamilə yoxdur.

Əksər müəlliflər tərəfindən uşaqlıq səthinln mikrob faktorunun identifikasiyasının zərurəti haqqında fikrilər irəli sürülütr, lakin belə bir fikir də vardır ki, xronik endometritli xəstələrə antibakterial müalicənin ümumi strategiyası təyin olunduqda hər xəstəyə endometrin mikrobioloji müayinəsini aparmaq lazım deyildir [4,16,18,21].

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın materialı 406 xəstə qadının retrospektiv təhlilindən ibarət olmuşdur, onlara 2008-2013-cü illərdə Elmi-tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya Institutunda diaqnostik histeroskopik və laparoskopik əməliyyatlar aparılmışdır. Endovideoskopik müdaxilələrə göstərişlər 121(30,1%) birincili sonsuzluq, 285(70,9%) ikincili sonsuzluq olmuşdur. Qadınların yaşı 20-43 arasında idi.Anamnestik göstəricilərə əsasən**,** funksional diaqnostika testləri üzrə reproduktiv sistem göstəricilərinə və hormonal müayinələrin nəticələrinə əsasən, eləcə də kiçik çanaq üzvlərinin HHQ və USM (ərin fertilliyi haqqında nəticə olduqda) göstəricilərinə əsasən xəstələr əvvəlcədən sonsuzluğun müxtəlif formaları üzrə qruplara bölünmüşlər. Hazırki tədqiqat işinin materialını təşkil edən 406 xəstə üç qrupa ayrılmışdır:

I qrup- boru- peritoneal sonsuzluğu (BPS) olan 312 (76,8%) qadın

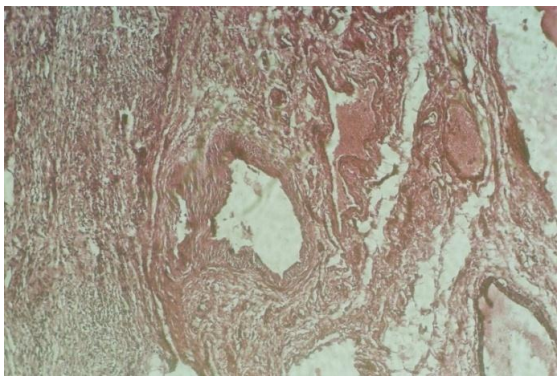
II qrup- endometriozun müxtəlif formalarının ilkin diaqnozu qoyulan- 49(12,1%) qadın

III qrup- polikistoz yumurtalıq xəstəliyi (PKYX) olan- 45 (11,1%) qadın.

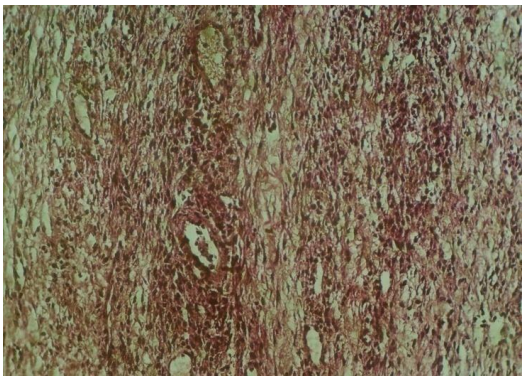
PKYX olan qadınların yumurtalıqlarının bioptatlarının histoloji müayinəsinin nəticələri, yumurtalıqların parçavarı rezeksiyası zamanı bioptatların histoloji müayinəsi 45 qadından 43(95,6%) nəfərdə həm kliniki, həm də laparoskopik olaraq müəyyən olunmuş polikistoz yumurtalqıları təsdiq etmişdir. Bu patologiyanın laparoskopik diaqnozunun dürüstlüyü 95,6% təşkil etmişdir.

Yumurtalıqların polikistozumorfoloji olaraq bərabər fibroz kapsulu və yumurtalıqların qabıqlı qatı ilə xarakterizə olunur. Çoxsaylı kiçik follikulyar kistlər, eləcə də yetişmə əlaməti olmadan primordial follikullar qeydə alınmışdır. 5 (11,1 %) halda polikistoz yumurtalıqlar xronik ooforit ilə yanaşı olmuşdur ki, onlar kapsulun qeyri- bərabər fibrozla qalınlaşması, makrofaqal, limfo- və plazmositar ocaqlı infiltrasiyailə xarakterizə olunur. Stroma gövdəsinin və follikulyar aparatın atrofiyası damaraların mənfəzinin obliterasiyası və elastik liflərin zədələnməsi ilə yanaşı qeydə alınmışdır. 3(6,7%) halda tekamatoz üçün xarakterik olan yumurtıqların strukturununn morfoloji pozuntuları müayinə olunmuşdur: kortikal təbəqədə çoxsaylı primordial follikullarla yanaşı çoxlu atreziyaya uğramış follikullar vardır.

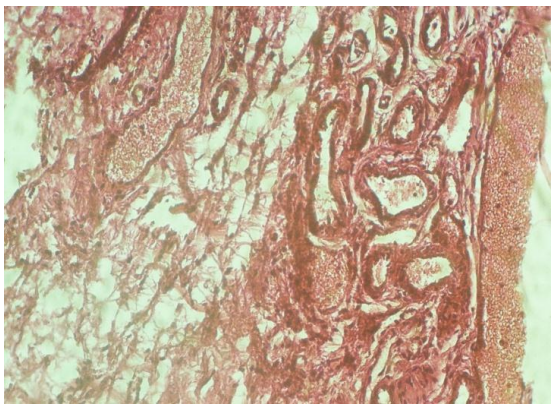
Damarlar ətrafında yumurtalıqların stromal toxumasının hipertrofiyasını təyin edən epitelial hüceyrələrinin proliferasiyasının güclənməsi qeydə alınmışdır.



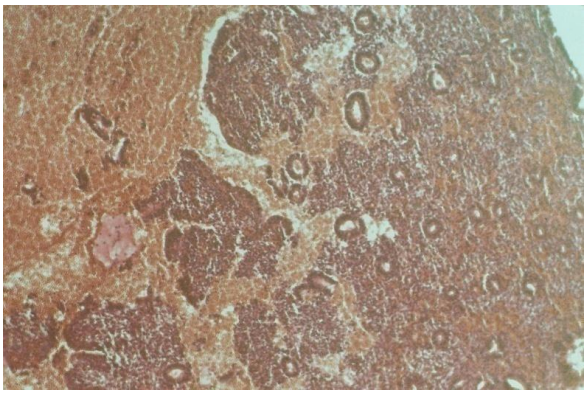
Şək. 1 Yumurtalıqlar. Nazik fibroz kapsula ilə hüdudlanmış follikulyar sistlər. Subkortikal sahələrdə limfo histiositar ocaqlı hüceyrə infiltrasiyası izlənilir. Boyaq: hematoksilin-eozin; böyütmə x 100



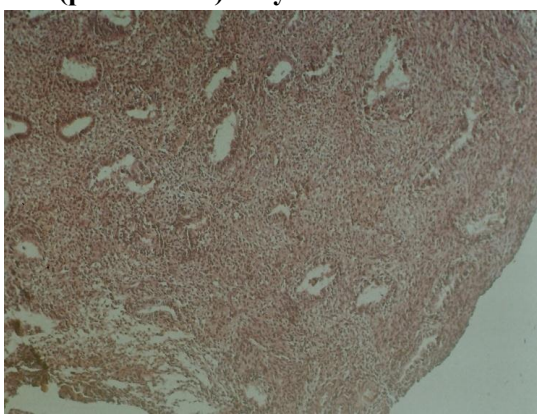
Şək. 2. Yumurtalıqlar. Atreziya olunmuş primordial follikullarla yanaşı, damarların obliterasiyası və fibroz toxumanın inkişafı zəminində tekositlərin ocaqlı proliferasiyası aşkar olunur. Boyaq: hematoksilin - eozin; böyütmə x 200



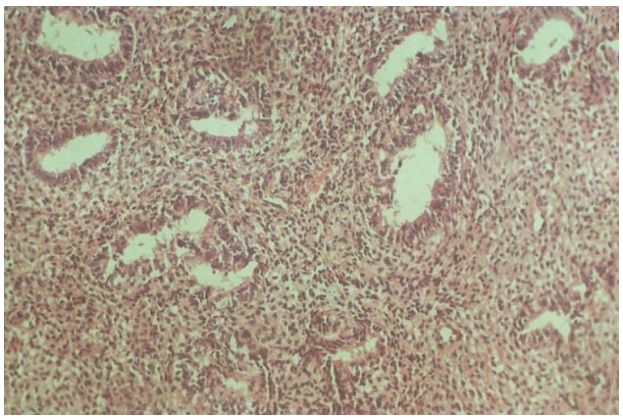
Şək. 3 Yumurtalıqlar. Kəskin doluqanlı damarların ətrafında fibroz toxumanın artması və stromal hüceyrəvi elementlərin hiperplaziyası nəzərə çarpır. Van-Gizon üsulu (pikrofuksin). Böyütmə x 200



Şək. 4 Endometrioz zamanı endometriumun mikroskopik mənzərəsi. Tubulyar quruluçlu vəzli elementlərin hiperplaziyası izlənilir. Boyaq: hematoksilin-erozin; böyütmə x 100



Şək. 5. Endometriumun polipi üçün xarakter histoloji mənzərə. Əksər sahələrdə fibroz toxuma elementlərinin proliferasiyası nəticəsində vəzli quruluşların atrofiyası nəzrə çarpır. Boyaq: hematoksilin- erozin; böyütmə x 100



Şək. 6. Xroniki endometrit zəminində stromanın genişlənməsi və xırda kalibrli damarların obliterasiyası diqqət çəkir. Mezenximal-kambial elementlərin üstünlüyü aydın görünür. Boyaq: hematoksilin- erozin; böyütmə x 200

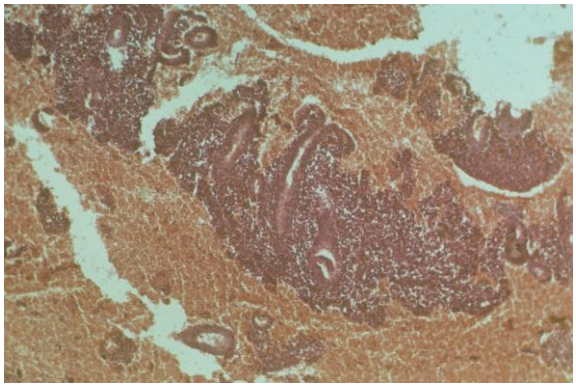
Anamnezində endometrioz olan qadınların endometriumundan ümumilikdə 58 aspirasiya biopsiyası götürülmüşdür

Endometrium bioptatlarının müayinəsinin göstəricilərinə əsasən daha çox rastgəlinən patologiya xronik endometrit olumuşdur ki, o dürüst yüksək tezliklə I qrupda- 99,9% və eyni tezliklə II və III qruplarda, uyğun olaraq 94,9% və 92,7% halda aşkar olunmuşdur (Cədvəl 1).

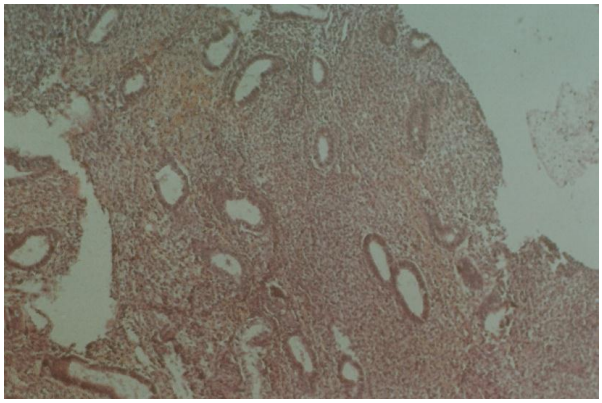
Cədvəl 1

Müxtəlif formalı sonsuzluqlu qadınların yumurtalıqlarının histoloji müayinələrinin göstəriciləri

XE- in morfoloji variantları	BPS (I qrup, 312)		Müxtəlif formalı endoetmrioz (II qrup, 49)		PKYX (III qrup, 45)		P 1-11 P 1-11	P 11-111	
	Müt.r.	(P±p)%	Müt.r.	(P±p)%	Müt.r.	(P±p)%			
Atrofik XE	63	76,8±3,0	24	66,7±3,7	13	61,9±5,0	<0,01	<0,05	-
Kistoz XE	9	10,9±2,0	7	14,3±2,7	5	23,8±4,3	-	-	-
Hipertrofik	10	12,2±1,6	5	13,9±1,9	3	7,0±3,4	-	-	-
Cəmi	82	99,9±2,9	36	94,9±4,1	21	92,7±6,6	<0,01	<0,05	-



Şək. 7. Geniş sahələrdə qismən hemolizə uğramış eritrosit yığıntıları fonunda müxtəlif ölçülü, bəziləri deformasiya olunmuş tubulyar vəzli elementlərin ocaqlı proliferatları qeyd olunur. Boyaq: Van-Gizon üsulu (pikrofuksin); böyütmə x 200



Şək. 8. Endometriumun hiperplaziyası zəminində xırda ölçülü vəzlərlə yanaşı tək-tək kistoz genişlənmiş vəzlər müşahidə edilir. Boyaq: hematoksilin- erozin; böyütmə x 100

Endometriumun morfoloji müayinəsi zamanı daha çox rast gəlinən növbəti patologiya hiperplaziya olmuşdur ki, III qrupda dürüst yüksək tezliklə - 36,8%, I və II qruplarda eyni tezliklə **11,7%** və 12,5% müəyyən olunmuşdur.

Histoloji müayinələrin nəticələrinə əsasən endometrium polipləri III qrupda dürüst yüksək tezliklə 100,0%, eyni tezliklə I və II qruplarda, uyğun olaraq 99.9% və 98,0% halda aşkar olunmuşdur .

Histoloji- morfoloji variantlara görə müayinə qruplarında vəzili- kistoz və vəzili- fibroz poliplərin tezliyində dürüst fərqlər qeydə alınmamışdır. Endometriumun adenomatoz polipi isə III qrupda dürüst yüksək tezliklə- 38,5% aşkar olunmuşdur.

Beləliklə, xronik endometritin atrofik variantı endometrium vəzilərinin qabarıq disgeneratorlu, distrofik və destruktiv dəyişikliklərləri, stromal elementlərin differensasiyasının mozaikliyi, qan kappilyarlarının endoteliositlərinin zədələnməsi ilə xarakterizə olunmuşdur. Müxtəlif formalı sonsuzluğu 3 il və daha çox olan və miks infeksiyalı qadınların anamnezində uşaqlıqdaxili müdaxilələrin olub- olmamasından asılır olmayaraq xronik endometritin morfoloji variantı üstünlük təşkil edir. Atrofik endometrit aşkarlanmiş ki, bu da histeroskopik müayinələr zamanı verifikasiya olunmuşdur. Uyğun olaraq histeroskopiya, eləcə də göstərişlər üzrə histoloji müayinələr müxtəlif formalı sonsuzluqlu qadınların, eləcə də EKM proqramı üzrə hazırlıq keçən qadınların müayinəsində əsas mərhələdir.

ƏDƏBİYYAT

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

2. Александрова Н.В. Прогностическая значимость методов оценки овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников: Автореф. дис…. канд. мед. наук М, 2006, 21с.

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

4. Баркалина Н.В. Фолликулярная жидкость и прогноз исходов программ в РТ // Пробл. репрод, 2006, №6, с. 5-49.

5. Бурлев В.А.. Зайдиева З.С., Ильясова Н.А. Регуляция ангиогенезагестационного периода (обзор литературы) // Проблемы репродукции, 2008, №3, с.67-72.

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

7. Казанцева Т.А. Оценка эффективности программ ЭКО и ПЭ у пациенток с сохранённым репродуктивным аппаратом и односторонней оварио- и аднексэктомией: Автореф. дис.... канд. мед. наук, 2007, 20с.

8. Концепция долгосрочного развития вспомогательных репродуктивных технологий в Российской Федерации (на период до 2025г.): Документ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. М., 2009, с.1-7.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Резюме

Особенности гистологических и морфологических изменений в эндометриальных и овариальных биоптатов у женщин с бесплодием

Н.Н.Ахундова

Атрофический вариант хронического эндометрита характеризовался выраженными дисрегенераторньми, дистрофическими и деструктивными изменениями желез эндометрия, мозаичностью дифференцировки стромальных элементов, повреждением эндотелиоцитов кровеносных капилляров. Преобладающим морфологическим вариантом хронического эндометрита у женщин с различными формами бесплодия перенесших различные сочетания микс-инфекций, с бесплодием длительностью 3 и более лет, независимо от указаний в анамнезе на внутриматочные вмешательства, был атрофический эндометрит, который так же был верифицирован при

гистероскопическом исследовании. Следовательно, гистероскопия, а также последующее по показаниям гистологическое исследование являются необходимым этапом в обследовании женщин с различными формами бесплодия.

Summary

Features of histological and morphological changes in endometrial and ovarian biopsy specimens in women with infertility

N.N.Ahundova

Atrophic variant of chronic endometritis was characterized by pronounced disregeneratornmi, dystrophic and destructive changes of endometrial glands, mosaic differentiation of stromal elements, damage to endothelial cells of blood capillaries. Predominant morphological variant of chronic endometritis in women with various forms of infertility undergoing various combinations of mix-infections with infertility duration of 3 years or more, regardless of indications of a history of intrauterine intervention was atrophic endometrium, which was also verified with hysteroscopic study. Consequently, hysteroscopy and subsequent histological examination on the testimony of a necessary stage in the examination of women with various forms of infertility.

Daxil olub: 16.01.2017

YÜNGÜL PREEKLAMPSİYA OLAN QADINLARDA HAMİLƏLİYİN GEDİŞATININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

N.V. Abbasova, E.M.Əliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: preeklampsiya, hamiləlik, KTQ

Ключевые слова: прэеклампсия, беременность, КТГ

Key words: pre-eclampsia, pregnancy, CTG

Preeklampsiya hamiləliyin multisistem xəstəliyi olaraq dölün, ananın xəstələnmə və ölüm göstəricilərinə nəzərə çarpacaq qədər təsir edir. Ümumi populyasiyada hamilələr arasında preeklampsiyanın tezliyi 5-10%-dir [5,6,11]. Elmi ədəbiyyata əsasən preeklampsiyada ana ölümü 12-15%, inkişafda olan ölkələrdə isə 30%-a qədər qeyd olunur [9,10,12].

Təyin edilmişdir ki, hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərindən, o cümlədən preeklampsiyadan ana ölümünün səbəblərindən ambulator, poliklinik səviyyədə hamilənin vəziyyətinin ağırlığının qiymətləndirilməməsi, vaxtında hospitalizasiya olunmaması, uzunmüddətli müalicəni qeyri-əsaslı aparılması, protokollara və standartlara riayət edilməməsi, doğuşun gec aparılması, stasionarda eklampsiya vaxtı təcili yardım göstərilməməsi qeyd olunur [1,2,4,8].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə preeklampsiyada vaxtından qabaq doğuşların tezliyi- 20-30%, perinatal xəstələnmə - 56,0%, perinatal ölün 12%-ə qədər çatır [3,5,12].

Uzan J. et.al. [13] preeklampsiyanın risk amillərinə qadının anamnezində xroniki hipertenziya, böyrək xəstəlikləri, diabet, piylənmə, yaşı 35-dən çox olan, çoxdöllü hamiləliyi, trofoblastık xəstəliyi, anamnezində preeklampsiya, dölün anadangəlmə qüsurları olan hamilələr aiddir.

Yüksək tezliklə preeklampsiyanın inkişafında plasentanın hipoksiyası, uşaqlıq arteriyanın diametrinin kiçik olması, uşaqlıq arteriyasında qan dövranın aşağı olması qeyd olunur [4,6].

Preeklampsiya hamiləliyin erkən müddətində və uzun müddətdə davam edirsə preeklampsiya ağır kimi qiymətləndirilir və 73%-da hamilələk qeysəriyyə kəsiyi ilə nəticələnir [2,7,12]

Preeklampsiyanın əlamətləri hamiləliyin gec müddətində özünü biruzə verirsə təbii yolla doğuşların ehtimalı yüksəlir [3,4].

Qeyd etmək lazımdır ki, klinik protokolların fonunda yüngül preeklampsiyanın gedişat xüsusiyyətləri öyrənilməyib və kliniki, laborator, funksional müayinələrin nəticələri təhlil edilməyib.

Problemin aktuallığını nəzərə olaraq hazırki tədqiqatın məqsədi təyin edilmişdir: müasir şəraitdə yüngül preeklampsiyanın kliniki-diaqnostik xüsusiyyətləri öyrənilməsi olmuşdur.

Məqsədə uyğun olaraq 97 yüngül preeklampsiya olan hamilələr daxil edilmişdir.

Hamilərin orta yaşı 25,24+0,42 (17-37) yaş olmuşdur. Yüngül preeklampsiyada olan hamilələrin keçirilən xəstəlikləri cədvəl 1 təqdim edilmişdir.

Cədvəl 1

Yüngül preeklampsiya olan hamilələrdə keçirilən xəstəliklərin tezliyi

Xəstəliklər	Müt	%	Xəstəliklər	Müt	%
Suçiçəyi	36	19,7	Kəskin respirator virus infeksiyası	56	30,6
Qızılça	19	10,4	Simptomsuz bakteriuriya	19	10,4
İnfeksion parotit	5	2,7	Xroniki pielonefrit	5	2,7
Məxmərək	5	2,7	Hestasion pielonefrit	3	1,6
Xroniki tonzilit, tonzilektomiya	3	1,6	Miopiya	4	2,2
Appendisit, appendektomiya	2	1,1	Piylənmə	3	1,6
Xroniki qastrit	11	6	Pnevmoniya	2	1,1
Kəskin bronxit	3	1,6	Revmatizm	5	2,7
Rinoplastika	2	1,1			

Cədvəl 1 göründüyü kimi, yüngül preeklampsiya fonunda olan hamilələrdə yüksək tezliklə kəskin respirator virus infeksiyası (30,6%), uşaq infeksion xəstəlikləri (35,5%), simptomsuz bakteriuriya (10,4%), xroniki ekstragenital xəstəliklər (20,6%) qeyd olunur.

Tədqiqata daxil olan hamilələrin aybaşı funksiyasını öyrənərkən təyin edilmişdir ki, menarxe - 12,73+0,09 (11-16) yaşda, aybaşı tsikli müddəti - 30,6+1,19 (25-34) gün, aybaşının müddəti isə 4,95+0,1 (3-7) gün olmuşdur. Müayinə daxil olan yüngül preeklampsiyalı hamilələrin cinsi həyata 21,1+0,31 (16-33) yaşında başlanmışdır. 97 hamilənin 58-i (59,8%) ilk doğan, 39 (40,2%) isə təkrar doğan olmuşdur.

Təkrar doğan qadınların hamiləliklərin orta sayı - 1,73+0,12 (1-9), doğuşların sayı - 1,48+0,12 (1-3), süni abortların sayı isə - 1,53+0,27 (1-5) olmuşdur.

Yüngül preeklampsiya olan hamilələrin ginekoloji xəstəliklərin tezliyi cədvəl 2 təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2

Yüngül preeklampsiya olan qadınların ginekoloji xəstəliklərinin tezliyi

Xəstəliklər	Müt	%	Xəstəliklər	Müt/	%
Xroniki kolpit	35	42,7	Yumurtalıqların disfunksiyası	7	8,5
Sonsuzluq	4	4,9	Sadə sist, sistektomiya	2	2,4
Dermoid sist, sistektomiya	1	1,2	Yumurtalığın polikistoz sindromu	4	4,9
Uşaqlığın mioması	3	3,7	Xroniki salpinqooforit	17	20,7
Endoservisit	9	11			

Cədvəl 2-də göründüyü kimi müayinə olunan hamilələrdə yüksək tezliklə reproduktiv orqanlarının xroniki iltihabı xəstəlikləri (74,4%) təyin edilir.

Tədqiqata daxil olan qadınlarında hazırkı hamiləliyin fəsadlarının tezliyi öyrənmişdir. Hamiləliyin I trimestrin gedişat xüsusiyyətləri cədvəl 3 təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3

Yüngül preeklampsiya olan qadınlarda hamiləliyin I trimestrinin gedişat xüsusiyyətləri

Hamiləliyin gedişatı	Müt.	%
Fəsadsız	52	53,6
Anemiya	19	19,6
Kəskin respirator virus infeksiyası	5	5,2
Qorxulu düşük	11	11,3
Başlanmış düşük	3	3,1
Erkən toksikoz (hamiləliyin qusması)	7	7,2

Cədvəl 3 göründüyü kimi, yüngül preeklampsiya olan qadınların 53,6%-də hamilələlik fəsadsız, 19,6%-də anemiya, 11,3%-də qorxulu, 3,1%-də başlanmış düşük, 7,2%-də hamiləliyin erkən toksikozu, 5,2%-də isə kəskin respirator virus infeksiyası qeyd olunmuşdur.

Hamiləliyin II trimestrin gedişat xüsusiyyətləri cədvəl 4-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 4

Yüngül preeklampsiya olan qadınlarda hamiləliyin II trimestrinin gedişat xüsusiyyətləri

Hamiləliyin gedişatı	Müt.	%
Fəsadsız	6	6,2
Anemiya	20	20,6
Simptomsuz bakteriuriya	23	23,7
Qorxulu düşük	31	32
Başlanmış düşük	7	7,2
Hestasion pielonefrit	5	5,2
Qrip	3	3,1
Angina	2	2,1

Cədvəl 4 göründüyü kimi, hamiləliyin II trimestrdə müxtəlif ekstragenital və mamalıq fəsadların rastgəlmə tezliyi artmış, fəsadsız keçən hamiləliyin sayı nəzərə çarpacaq qədər azalmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, 20,6%-da anemiya, 32% qorxulu düşük, 23,7% simptomsuz bakteriuriya qeyd olunmuşdur. Başlanmış düşüyün (7,2%), hestasion pielonefritin (5,2%) və eyni zamanda yuxarı tənəffüs yollarının kəskin infeksion xəstəliklərin tezliyi (5,2%) nisbətən az rast gəlinmişdir. Yüngül preeklampsiya olan qadınlarda hamiləliyin III trimestrin gedişat xüsusiyyətləri cədvəl 5-də təqdim edilir.

Cədvəl 5

Yüngül preeklampsiya olan qadınlarda III trimestrin gedişat xüsusiyyətləri

Hamiləliyin gedişatı	Müt.	%
Yüngül preeklampsiya	97	61,4
Anemiya	24	15,2
Simptomsuz bakteriuriya	13	8,2
Vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi	11	7,0
Dölün xroniki hipoksiyası	9	5,7
Hidronefroz	1	0,6
Aşağı ətrafların venaların varikoz genəlməsi	3	1,9

Cədvəl 5 təqdim olunduğu kimi, bütün hamilələrdə yüngül preeklampsiya, o cümlədən ödem, müxtəlif dərəcəli proteinuriya, hipertenziya qeyd edilmişdir. Fəsadların rastgəlmə tezliyi araşdırarkən təyin edilmişdir ki, yüngül preeklampsiyanın- 61,4%, anemiyanın- 15,2%, simptomsuz bakteriuriyanın- 8,2%, vaxtından qabaq doğuş təhlükəsinin- 7,0%, dölün xroniki hipoksiyasının- 5,7% tezliyi qeyd olunmuşdur. Tək-tək hallarda aşağı ətraf varikoz genişlənməsi (1,9%), hidronefroz (0,6%) təyin edilmişdir.

Müayinə olunan hamilələrdə yüngül preeklampsiyanın davametmə müddəti 3,2+0,11 (1-4) həftə olmuşdur.

Bütün müayinə olunan yüngül preeklampsiya olan qadınlarda qanın və sidiyin ümumi analizi, qanın biokimyəvi müayinəsi, hemostazioqramma aparılmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, müayinə olunan qadınların Hb- 107,24+1,3 (86-134) q/l, leykositlərin miqdarı- 9,86+0,39 (6,4-20,8) 10^9/l, trombositlərin miqdarı isə 264,68+11,83 (122-445)·10^9/l olmuşdur. Sidiyin ümumi analizini təhlil edərkən müəyyən olunmuşdur ki, sidikdə zülalın miqdarı - 0,33+0,03 (0,023-1,32) q/l, leykositlərin miqdarı- 7,7+0,34 (3-22) q/l, epitel hüceyrələri – 5,86+0,38 (2-20) d/s olmuşdur.

Tədqiqata daxil olan yüngül preeklampsiya olan qadınların biokimyəvi göstəricilərini təhlil edərkən müəyyən olunmuşdur ki, ALaT-ın miqdarı- 30,17+0,72 (11,28+42,1) BV/l, ASaT-ın miqdarı isə- 30,0+0,7 (11,78-43) BV/l olmuşdur. Qanda proteinin miqdarı- 59,3+0,35 (54-76) q/l, sidik cövhəri miqdarı-7,37+0,2 (2,1-21,9) mmol/l olmuşdur.

Hemostazioqrammanın göstəricilərini təhlil edərkən müəyyən edilmişdir ki, protrombin vaxtı- 12,39+0,18 (9,5-19) san, protrombin indeksi- 99,49+1,13 (53-127,1)%, İNR isə 1,0+0,02 (0,78+1,74) qeyd edilmişdir.

Hamiləlik müddətində yüngül preeklampsiya olan qadınlarda sistolik arterial təzyiq- 142,2+0,69 (130-150) mm Hg süt, diastolik arterial təzyiq- 96,13+0,6 (85-110) mm Hg süt olmuşdur.

Yüngül preeklampsiya olan qadınlarda laborator, biokimyəvi göstəriciləri və hemostazioqrammanın nəticələrinin müqayisəsi cədvəl 6-da təqdim edilmişdir.

Cədvəl 6-da göründüyü kimi, tədqiqata daxil olan yüngül preeklampsiya olan hamilələrdə hemoqlobinin aşağı səviyyədə olması, hipoproteinemiya və proteinuriya təyin edilmişdir.

Bütün müayinə olunan yüngül preeklampsiya olan qadınlarda hamiləliyin dinamikasında ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Ultrasəs müayinəsində dölün başının biparietal ölçüsü (BPÖ), dölün başının çevrisi (BÇ), qarnın dairəsinin çevrəsi (QDÇ), bud sümüyünün uzunluğu (BSÜ) ölçülmüşdür. Eyni zamanda ciftin yerləşməsi, qalınlığı, ciftdə gedən dəyişiklər qiymətləndirilmişdir. Mütləq olaraq dölyanı mayenin miqdarı təyin edilmişdir. Ultrasəs müayinəsi zamanı cervixin uzunluğu (CU) da ölçülmüşdür. Alınan nəticələr cədvəl 7-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 6

Yüngül preeklampsiya olan qadınlarda laborator, biokimyəvi göstəricilərin və hemostazioqrammanın nəticələri

Göstəricilər	Yüngül preeklampsiya olan qadınlarda
Qanın ümumi analizin nəticələri	
Hemoqlobin q/l	107,24+1,3 (86-134) ↓
Trombositlər x 10^9/l	264,68+11,83 (122-445) →
Leykositlər	9,86+0,39 (6,4-20,8) →
Sidiyin ümumi analizin nəticələri	
Zülal, q/l	0,33+0,03 (0,023-1,32) ↑
Leykositlər, q/s	7,7+0,34 (3-22) →
Epitel hüceyrələr, q/s	5,86+0,38 (2-20) →
Qanın biokimyəvi analızin nəticələri	
Alaninamin transferaza AlaT, BV/l	30,17+0,72 (11,28-42,1) →
AsaT, BV/l	30+0,7 (11,78-43) →
Protein q/l	59,3+0,35 (54-76) ↓
Sidik cövhəri mmol/l	7,37+0,2 (2,1-21,9) →
Hemostazioqrammanın nəticələri	
Qanın laxtalanma müddəti, dəq.	3,15+0,15 (2-5) →
Protrombin vaxtı, s	12,39+0,8 (9,5-19) →
Protrombin indeksi, %	99,49+1,13 (53-127,1) →
İNR	1,0+0,02 (0,78-1,74) →

Qeyd:↑- göstərici fizioloji parametrdən yüksək, ↓- fizioloji parametrdən aşağı, →- fizioloji parametrə uyğun

Cədvəl 7

Yüngül preeklampsiya olan qadınlarda hamiləliyin 38-40 həftəsində exoqrafik göstəricilərin nəticələri (M+Se)

Fetometrik exoqrafik göstəricilər	Nəticələr
BPÖ, mm	93,83+0,42 (87-104)
BÇ, mm	330,0+1,49 (300-362)
QDÖ, mm	330,14+2,36 (225-380)
BSÖ, mm	75,58+0,4 (65-88)
Cervix uzunluğu, mm (CU)	33,17+0,3 (25-44)
Dölümn ürək vurğusu, V/dəq	143,1+0,9 (124-164)
Dölün güman olunan çəkisi, q	3183,2+44,0 (2500-4200)
Hamiləliyin müddəti	38,18+0,13 (36-40)

USM-nin nəticələrini təhlil edərkən təyin edilmişdir ki, yüngül preeklampsiya olan 17 (17,5%) hamilədə cift uşaqlığın arxa, 18-də (18,6%) ön, 19-da (19,6%) sağ yan, 21-də (21,6%) sol yan divarında, 3-də (3,1%) aşağı seqment nahiyəsində, 19-da (19,6%) uşaqlığın dibində yerləşmişdir.

Təyin edilmişdir ki, 7-də (7,2%) dölün güman olunan çəkisinin 4000,0 q çox, 3-də (3,1%) isə dölün hipotrofiyası qeyd olunmuşdur.

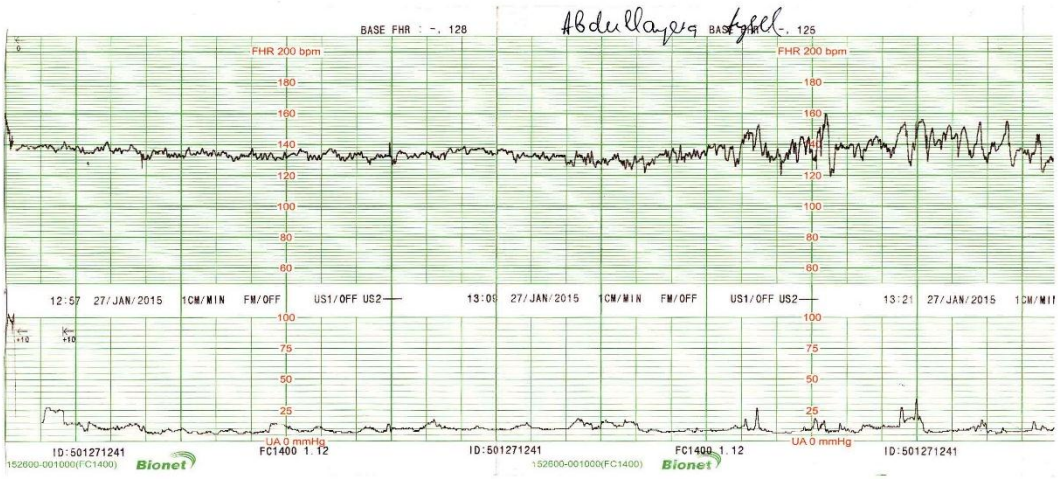
Exoqrafik müayinə əsasən azsululuq 9 (9,3%) hamilədə, çoxsululuq isə 3 (3,1%) hamilədə qeyd edilmişdir.

Beləliklə, exoqrafik müayinə əsasən yüngül preeklampsiya olan hamilələrdən ciftin uşaqlığın müxtəlif sahələrində yerləşməsi praktiki olaraq eyni tezliklə rast gəlmişdir.

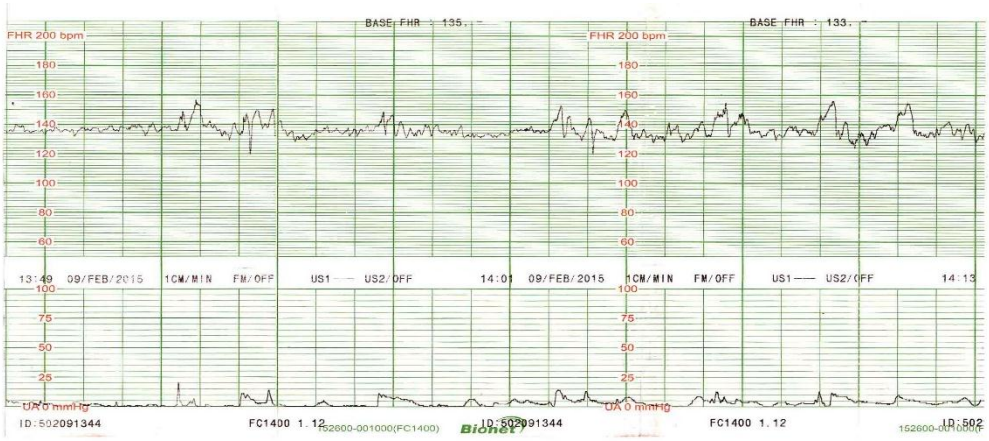
Bütün yüngül preeklampsiya olan qadınlarda hamiləliyin 39-40 həftəsində dölün vəziyyətini və uşaqlığın yığılma aktivliyini təyin etmək üçün xarici kardio-tokoqrafiya (KTQ) müayinəsi aparılmışdır.

Kardiotokoqrafik müayinəsinin nəticələrinə görə 34-də (35%) hamilədə dölün vəziyyəti normal, 52-də (53,6%) hamilədə dölün bətndaxili hipoksiyasının erkən əlamətləri, 11-də (11,3%)-də dölün xroniki hipoksiyasının nəzərə çarpacaq əlamətləri qeyd olunmuşdur. Bu hamilələrdə yavaş akselerasiyaların ümumi sayının azalması, stabil ritmin ümumi müddətinin artması qeyd edilirdi.

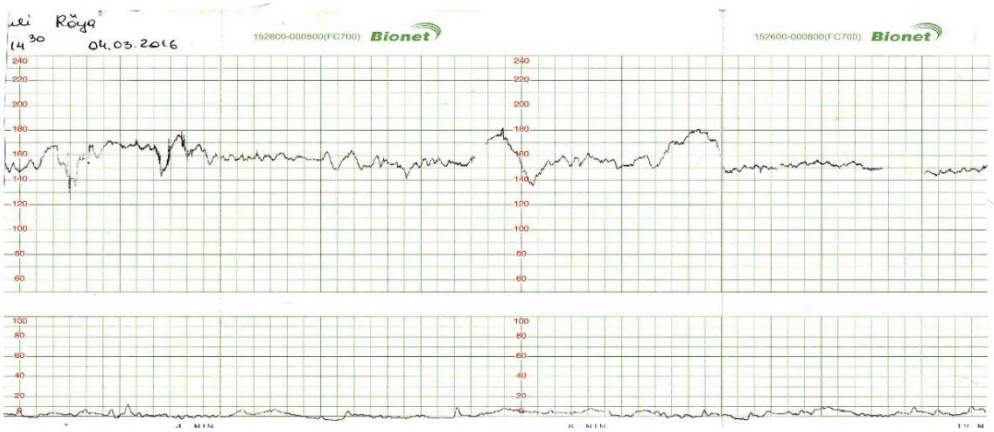
Beləliklə, yüngül preeklampsiya olan qadınlarda doğuşdan qabaq 35%-də dölün ana bətnində vəziyyəti fəsadsız, 64,9%-da dölün xroniki hipoksiyasının kardiotokoqrafik əlamətləri qeyd olunmuşdur. Alınan nəticələr şəkil 1-6 təqdim edilmişdir.



Şək.1a. Hamilələk 38-39 həftə. Dölün anabətnində normal vəziyyəti, uşaqlığın yığılma aktivliyi qeyd edilmir dölün ürək vurğusu 125-155 vur/dəq.



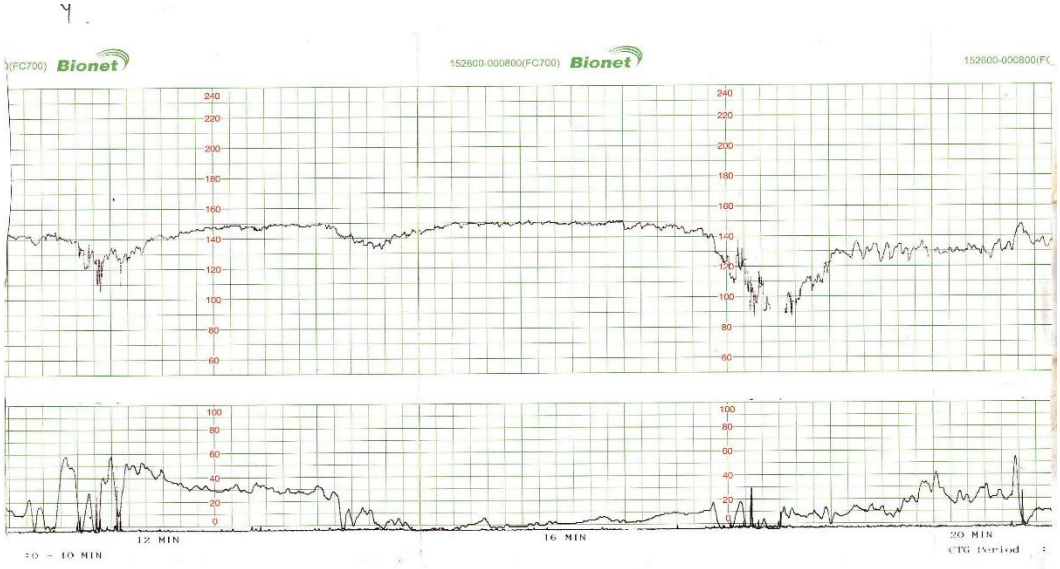
Şək 1b. Hamilələk 39-40 həftə. Dölün anabətnində normal vəziyyəti, uşaqlığın yığılma aktivliyi qeyd edilmir, ürək vurğusu 130-155 vur/dəq.



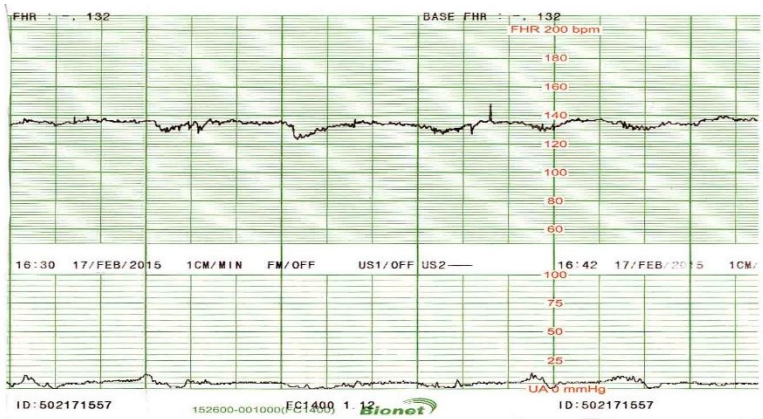
Şək.2. Hamilələk 39-40 həftə. Dölün bətndaxili xroniki hipoksiyanın erkən əlamətləri, ürək vurğusu 139-180 v/dəq. Çox zirvəli akselerasiyaların qeyd olunması. Uşaqlığın yığılma aktivliyi qeyd edilmir. Göbək ciyəsinin patologiyası güman olunur.



Şək.3. Hamiləlik 39-40 həftə. Dölün bətndaxili hipoksiyasının nəzərə çarpacaq əlamətləri. Uşaqlığın yığılma aktivliyindən asılı olmayaraq disselerasiyasının olması, stabil ritmin ümumi müddətinin artması. Dölün ürək vurğusunun 80-155 v/dəq, arasında olması. Uşaqlığın yığılma aktivliyi qeyd edilmir.



Şək. 4. Hamiləlik 39-40 həftəlik. Dölün bətndaxili hipoksiyasının nəzərə çarpacaq əlamətləri. Dölün hiperaktivliyi, ürək vurğusu 95-150 vur/dəq. Spontan deselerasiyasılarının olması. Stabil ritminin ümumi müddətinin artması. Uşaqlığın yığılma aktivliyinin olmaması.



Şək. 5. Hamiləlik 39 həftəlik. Dölün xroniki hipoksiyasının nəzərə çarpacaq əlamətləri. Stabil ritminin müddətinin artması. Akselerasiyalarının saylarının kəskin azalması (monoton ritm) uşaqlığın yığılma aktivliyinin olmaması.

Bütün müayinə olunan qadınlarda hamiləliyin 39-40 həftəsində uşaqlığın boynunun yetişkənlik dərəcəsini qiymətləndirmə üçün Е.А.Чернуха tərəfindən modifikasiya olunmuş. M.S. Burnchill şkalası ilə qiymətləndirilmişdir.

Təyin edilmişdir ki, 77(79,4%) hamilədə uşaqlıq boynu yetişmiş, burnchill şkalaya görə 6,1+0,2 bal olmuşdur. Bu hamilələrdə uşaqlıq boynun konsistensiyası nisbətən yumsalmış, daxili dəlik nahiyyəsində bərklik təyin edilmişdir. Uşaqlıq boynun uzunluğu- 1,7+0,03 sm olmuşdur. Uşaqlıq boynun kanalının keçiriciliyi əksər hamilələrdə 1 barmağı sərbəst buraxmış və hamarlaşmış və orta vəziyyətdə olmuşdur. 20 (20,6%) hamilədə isə uşaqlıq boynun natamam yetişkənliyi olmuşdur. M.S. Burnchill şkalası görə 3,2+0,3 bal olmuşdur. Uşaqlıq boynun konsistensiyası nisbətən yumşaq, daxili dəlik nahiyyəsində bərklik olmuşdur. Uşaqlıq boynun uzunluğu- 2,5+0,4 sm, uşaqlıq boynun kanalı 1 barmaq buraxmış, daxili dəlik nahiyyəsində bərklin təyin edilmişdir və önə yönəlmişdir.

Beləliklə, yüngül preeklampsiya olan hamilələrdə preeklampsiyanın əlamətləri 3,2+0,11 həftə olmuşdur və özünü əksər hallarda yüngül hipertenziya: sistolik arterial təzyiq 142,2+0,69 (130-150) mm Hg süt, diastolik arterial təzyiq- 96,13+0,6 (85-110) mm Hg süt, proteinuriya: 0,33+0,03 q/l, hipoproteinemiya: 59,3+0,35 q/l, anemiya (Hb 107,24+1,3 q/l) ilə biruzə vermişdir. Hamilələrin 9,3%-də arzululuq, 3,1%-də çoxsululuq təyin olunmuşdur. 35%-də hamilələrdə dölün anabətnində vəziyyəti normal, 53,6%-da dölün bətndaxili hipoksiyasının erkən əlamətləri, 11,3%-da nəzərə çarpacaq kardiotokoqrafik əlamətləri qeyd edilmişdir.

Hamiləliyin 39-40 həftəsində uşaqlıq boynunun yetişkənliyini 79,4% qadınlarda uşaqlıq boynu yetişmiş, 22,7%-da natamam yetişmiş olmuşdur, bu da doğuş prosesinin gedişatına təsir edən amillərdən biridir.

ƏDƏBİYYAT

1. Вихляева Е.М. Доклинические проявления системных нарушений, клинические исходы и отдаленные последствия преэклампсии // Ж. Акушер. и гинекол., 2009, №1, с.3-6.

2. Воднева Д.Н. Клинико-морфологические особенности ранней и поздней преэклампсии // Ж.Акуш. и гинек., 2014, №2, с.35-40.

3. Волкова Е.В. Оптимизация тактики ведения беременных с преэклампсией // Ж. Проблемы репродукции, 2012, №6, с.63-67.

4. Сидорова И.С. Патогенетическое обоснование дифференцированного подхода к ведению беременных с артериальной гипертензией и преэклампсией // Ж. Акушер. и гинек., 2013, №2, с.35-40.

5. Сидорова И.С., Никитина Н.А. Современный взгляд на проблему преэклампсии: аргументы и факты // Ж. Акушер. и гинекол., 2013, т.112, №5, с.10-16.

6. Ahmed A. New insights into the etiology of preeclampsia: identification of key elusive factors for the vascular complications//Tromb Res., 2011, №127, p.72-75.

7. American College Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Chronic hypertension in pregnancy. Practice Bulletin number 125. Obstet.Gynecol. 2012, v.119, (2 Part 1), p.396-407.

8. Bushnell C., Chireau M. Preeclampsia and stroke: Risks during and after Pregnancy//SAGE-Hindawi Access to Research Stroke Research and Treatment, 2011, article ID 858134, 9 h.

9. Carty D.M., Delles C., Dominiczak A.F. Preeclampsia and future maternal health//J.Hypertens., 2010, v.28, p.1349-1355.

10.Ghulmiyyah L., Sibai B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia // Semin Perinatol, 2012, v.36, №1, p.56-59.

11.Habbad B., Masson C., Deis S. Criteria of pregnancy termination in women with preeclampsia//Ann. Fr. Anest. Reanim., 2010, v.29, p.59-68.

12.Hutcheon J.A., Lisonkova S., Joseph K.S. Epidemiology of preeclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy // Best Prectice & Research Clin.Obstet. Gynaecol., 2011, v.25, №4, p.391-403.

13.Uzan J., Carbonnel M., Piconne O., Asmar R. Preeclampsia: pathophysiology, diagnosis, and management // Vasc Health Risk Manag., 2011, v.7, p.467-474.

Резюме

Особенности течения беременности при легкой преэклампсии

Н.В. Аббасова, Э.М.Алиева

Цель исследования: Изучить клинико-диагностические особенности течения беременности при легкой преэклампсии в современных условиях. Обследовано 97 беременных с легкой преэклампсией. В динамике беременности проведены клинические, лабораторные, биохимические, ультразвуковые, кардиотокографические методы исследования. Установлено, что длительность течения легкой преэклампсии составила 3,2+0,11 недель. Систолическое давление было в пределах

142,2+0,69 (130-150) мм рт.ст, диастолическое 96,13+0,6 (85-110) мм рт.ст. Уровень протеинурии составил 0,33+0,03 г/л, уровень протеина в сыворотке крови- 59,3+0,35 г/л (гипопротеинемия). По данным ультразвукового исследования у 9,3% отмечалось маловодие, у 3,1%- многоводие. По данным кардиотокографического исследования у 35% беременных внутриутробное состояние плода было удовлетворительным, у 53,6% отмечались ранние проявления хронической внутриутробной гипоксии плода, у 11,3% выраженые проявления внутриутробной гипоксии плода. Оценка зрелости шейки матки по шкале Burnchill в 39-40 недель беременности позволила определить у 79,4% беременных зрелую, у 22,7% недостаточно зрелую шейку матки. Наличие высокой частоты зрелой шейки матки является прогностическим благоприятным критерием течения родового процесса.

Summary

Distinctive features of pregnancy in mild preeclampsia

N.V. Abbasova, E.M.Aliyeva

The purpose of the study to examine the clinical and diagnostic features of pregnancy in mild preeclampsia. 97 pregnant women with mild preeclampsia were examined. During the pregnancy clinical, laboratory, biochemical, ultrasound and cardiotocographyc research methods were applied. It is established that the duration of the mild preeclampsia was 3,2+0,11 weeks. Systolic blood pressure was within 142,2+0,69 (130-150) mm Hg, diastolic pressure was within 96,13+0,6 (85-110) mm Hg. Proteinuria level amounted to 0,33+0,03 g/l, the protein level in blood serum was of 59,3+0,35 g/l (hypoproteinemia). According to ultrasound oligohydramnios was seen in 9,3% pregnant women while 3,1% of women showed polyhydramnios. According to cardiotocographyc method in 35% of the women the fetal intrauterine status was satisfactory. In 53,6% of the women showed signs of chronic intrauterine fetal hypoxia while 11,3% of them showed signs of severe intrauterine fetal hypoxia. Evaluation of cervical maturity by Burnchill scale in 39-40 weeks demonstrated that 79,4% of the pregnant had mature and 22,7% of the pregnant had immature cervix. The high frequency of mature cervix is a favorable criterion of the delivery process.

Daxil olub: 07.12.2016

РОЛЬ АНТИСЕПТИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГОСПИТАЛЬНЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

З.Ш. Везирова

Национальный центр онкологии, г.Баку

Açar sözlər: sidik yolları, irinli-septik infeksiyalar, antiseptiklər, profilaktika
Ключевые слова: мочевыводящие пути, гнойно-септические инфекции, антисептики, профилактика
Key words: urinary tract, purulent-septic infections, antibiotics, prophylaxis

Инфекции мочевых путей - самые распространенные бактериальные инфекции во всех возрастных группах [1,3,5]. Заболеваемость инфекциями мочевых путей среди взрослых репродуктивного возраста составляет 2-5%, среди пожилых людей- 20-30% [4,8,11]. В нижних мочевых путях постоянно присутствуют различные бактерии. Диагностический критерий инфекции мочевых путей - образование более 100000 колоний бактерий при посеве 1 мл. средней порции мочи. Однако клинические проявления инфекции часто развиваются и при меньшем содержании бактерий [9].

Госпитальные гнойно-септические инфекции (ГГСИ) 0 мочевыводящих путей, на долю которых приходится 40% всех ГГСИ, занимают лидирующее положение. Примерно в 80% случаев их развитие связано с использованием мочевых катетеров [2,8, 9].

Актуальным является обработка парауретральной области перед установкой катетеров в мочевой пузырь. Этот вид обработки по уровню требований к его надежности относится к категории предоперационных бактерицидных действий [3,6,7,9,10]. По А.П. Красильникову (1995) [3,4] продолжительность воздействия антисептика перед такими процедурами не должна быть менее 38,0 секунд.

Применение миниинвазивных технологий и антибиотико профилактики не исключает развитие инфекции в мочевыделительном тракте. Б.М. Даценко (1995) [10] обратил внимание на исследования, которые показали, что для развития гнойного процесса под интактной слизистой требуется инъекция,

например, стафилококковой культуры, в количестве микробных тел более 1 млн. Наличие инородного тела (дренажа, катетера) снижает эту дозу на два порядка [6,7,11].

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе отделений анестезиологии и опухолей головы и шеи Национального Центра Онкологии. Для изучения эффективности обработки операционного поля обследовано 123 пациентов, которые разделены на 2 группы: Основную группу составили 83 пациентов, контрольную- 40 больных. Оценка эффективности применения "Скинман Софт для обработки кожи операционного поля включала:

1.Изучение микрофлоры поверхности кожи предполагаемого оперативного вмешательства: у мужчин - области лобка и мошонки, у женщин- области лобка и больших половых губ;

2.Двукратную обработку операционного поля в течение 3 минут стерильными марлевыми салфетками, смоченными раствором антисептика. После обработки, операционное поле высушивали сухой стерильной салфеткой и проводили исследования на стерильность: у мужчин с области лобка и мошонки, у женщин с области лобка и больших половых губ.

В основной группе 83 пациентам, кожа операционного поля обрабатывалась "Скинман Софт". В контрольной группе из 40 пациентов кожа операционного поля обрабатывалась 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата.

Таким образом, результаты бактериологического исследования выявили наличие гноеродной микрофлоры в области предполагаемого оперативного вмешательства у пациентов обеих групп. Как в основной, так и в контрольной группах доминировали стафилококки: 63,1% и 57,8%, соответственно. В 15% в основной и 8,6% в контрольной группах выявлены бактериальные ассоциации. Особо настораживает выявление в обеих группах пациентов возбудителей анаэробных инфекций (Clostridium spp. и грамположительная палочка анаэробная).После проведенной обработки кожи операционного поля "Скинман Софт",ни в одном бактериологическом исследовании не обнаружено роста микроорганизмов. Следует отметить, что побочных реакций при применении "Скинман Софт" не было.

При использовании для обработки кожи операционного поля препаратом "Скинман Софт выделена гноеродная микрофлора в 5 (6,03%) бактериологических исследованиях. В одном положительном результате выделено сочетание 2 микроорганизмов (Staphylococcus epidermidis и Enterococcus faecalis), в остальных- монокультуры. Различия результатов бактериологического исследования в основной и контрольной группах достоверны ($p<0,05$).

Таким образом, препарат "Скинман Софт можно считать высокоэффективным для обработки кожи операционного поля при операциях на мочевыделительных путях. Его применение обеспечивает надежную стерильность операционного поля в отличие от спиртового раствора хлоргексидина биглюконата в той же концентрации, при использовании которого в 5,3%> бактериологических исследований обнаруживается гноеродная микрофлора. Для профилактика вторичной бактериальной контаминации операционной раны, в исследование включено 123 пациента, которым проведены «открытые» оперативные вмешательства на мочевыделительных путях. Из них 52 пациенту выполнены «чистые» операции и 31 пациентам –«грязные». Как после «чистых», так и после «грязных» операций выделены основная и контрольная группы пациентов.

К «чистым» относили операции, выполнявшиеся в плановом порядке пациентам без признаков воспаления и инфицирования мочи: нефрэктомия при новообразованиях почки, пластические операции на мочеточниках (пластика пиелоуретрального сегмента) и уретре (пластика уретры по Хольцову). К «грязным» относили операции на мочевом пузыре(резекция пузыря, аденомэктомия), гнойные воспаления почек (карбункул, абсцесс), вмешательства на половых органах (олеогранулема, орхоэпидидимит). Распределение пациентов по полу и возрасту в зависимости от проведенных хирургических операций в двух группах Оценка эффективности использования препарата "Скинман Софт для профилактики вторичной бактериальной контаминации операционной раны у пациентов с патологией мочевыделительной системы, проводилась следующим образом:

1. Бактериологическое исследование на микрофлору с краев операционной раны сразу после окончания операции, после чего на раневую поверхность накладывалась стерильная марлевая салфетка, смоченная в растворе антисептика;

2. Бактериологическое исследование на микрофлору с краев послеоперационной раны на первые и третьи сутки послеоперационного периода до обработки раствором антисептика и сразу после обработки (обработка проводилась в течение 30 секунд).

3. На 1, 2, и 3 сутки края послеоперационной раны один раз обрабатывали раствором антисептика с наложением стерильного марлевого тампона, смоченного антисептиком. Все пациенты основной и

контрольной групп, которым планировалось проведение «чистых» операций, при поступлении в стационар имели нормальную температуру тела и лабораторные показатели (общий анализ крови, общий анализ мочи).У 7 (8,4%) пациентов основной и контрольной групп перенесших ≪грязные≫ операций, при поступлении выявлено повышение температуры тела выше 38° С, изменение в общем анализе крови (лейкоцитоз, со сдвигом формулы влево), мочи (лейкоцитурия), в бактериологических исследованиях мочи (бактериурия). У 9 (22,5%) пациентов отмечены изменения в общем анализе мочи (лейкоцитурия), в бактериологических исследованиях мочи (бактериурия). У 4 (4,8%) пациентов лабораторные показатели были не изменены, определялись локальные признаки воспаления в виде гиперемии и отека.

Бактериологические исследования сразу после проведенных ≪чистых≫ операций у 28 пациентов основной и контрольной групп выявили микробную контаминацию раневой поверхности у 11 (39,3%) пациентов. У пациентов основной группы получено 5 (17,9%) положительных результатов. В бактериологических исследованиях выделены: Staphylococcus epidermidis у 2 (40%) пациентов - 102 КОЕ/мл; у 1 (20%) пациента Klebsiella spp103 КОЕ/мл; у 1 (20%о) пациента грамположительная палочка КОЕ/мл менее 1тыс. и у 1 (20%) пациента грамположительные кокки КОЕ/мл менее 1 тыс.У пациентов контрольной группы получено 6 (21,4%) положительных бактериологических результатов с краев послеоперационной поверхности. В бактериологических исследованиях выделены: Staphylococcusepidermidis у 3 (45%) пациентов- 102 КОЕ/мл; у 1 (16,6%) пациента. Staphylococcus haemolyticus 102 КОЕ/мл; у 2 (38,4%) пациентов грамположительная палочка КОЕ/мл менее 1 тыс.

Таким образом, сразу после завершения ≪чистых≫ операций у пациентов контрольной и основной групп достоверных различий (p>0,05) по результатам бактериологических исследований не получено. На первые сутки послеоперационного периода у пациентов основной группы после проведенных ≪чистых≫ операций до обработки краев послеоперационной раны получена 1 (3,6%) положительная бактериологическая проба и представлена Staphylococcus epidermidis 101КОЕ/мл. После проведенной обработки раневой поверхности. Наибольший удельный вес среди «чистых» операций у пациентов основной и контрольной групп имели нефрэктомия 15 (53,4%). Наибольший удельный вес среди «грязных» операций у пациентов основной и контрольной групп имели чреспузырная аденомэктомия 11 (43,8%). Виды проведенных «чистых» и «грязных» операций.

У пациентов контрольной группы до обработки краев послеоперационной раны получено 7 (43,5%) положительных результатов бактериологического исследования. Микрофлора была представлена: у 2 пациентов Staphylococcus epidermidis 103 КОЕ/мл; у 2 пациентов грамположительная анаэробные кокки; у1 пациента Staphylococcus saprophyticus 103 КОЕ/мл; у 1 пациентаStaphylococcus haemolyticus 103 КОЕ/мл и у 1 пациента Micrococcus spp 102КОЕ/мл. После обработки краев послеоперационной раны препарата "Скинман Софт получено 3 (10,7%) положительных результата бактериологического исследования. Микрофлора представлена у 2 пациентов Staphylococcus epidermidis 102КОЕ/мл; у 1 пациента Staphylococcus saprophyticus 103 КОЕ/мл. После проведенных бактериологических исследований в первые сутки послеоперационного периода у пациентов контрольной группы до обработки краев послеоперационной раны контаминация микробной флорой была в 7,4раза чаще, чем в основной группе. При сравнении полученных результатов обработки краев послеоперационной раны в первые сутки послеоперационного периода препарата "Скинман Софт и хлоргексидина. биглюконата выявлено, что препарат "Скинман Софт достоверно эффективнее 0,5% спиртового раствора хлоргексидина биглюконата (p<0,05). На третьи сутки послеоперационного периода у пациентов основной группы до обработки краев послеоперационной раны и после обработки препарата "Скинман Софт положительных бактериологических результатов не получено.На третьи сутки у пациентов контрольной группы до обработки краев послеоперационной раны получено 7 (35%) положительных результатов бактериологического исследования. Микрофлора представлена у 4 пациентов Staphylococcus epidermidis 103КОЕ/мл; у 2 пациентов Staphylococcus saprophyticus 103 КОЕ/мл; у 1 пациента Staphylococcus haemolyticus 103 КОЕ/мл.

После проведенной обработки 0,5% спиртовым раствором хлоргексидин биглюконата получено 4 (20%) положительных результата бактериологического исследования. Микрофлора представлена у всех пациентов Staphylococcus epidermidis КЯ-Ю'КОЕ/мл. После проведенных бактериологических исследований на 3 сутки послеоперационного периода у пациентов контрольной группы до обработки краев послеоперационной раны контаминация микробной флорой была в 35 раз чаще, чем в основной группе.

При сравнении полученных результатов обработки краев послеоперационной раны на 3 сутки послеоперационного периода препарата "Скинман Софт и хлоргексидина биглюконата выявлено, что

препарат "Скинман Софт достоверно эффективнее 0,5%) спиртового раствора хлоргексидина биглюконата (p<0,05).Всем пациентам велось динамическое наблюдение за заживлением раны до снятия швов. У 20 (95,3%)пациентов рана заживала первичным натяжением.У пациентов контрольной группы: у 1(5%) пациента после проведенной нефрэктомии, отмечено подъем температуры и нагноение нижнего угла послеоперационной раны. и у 2(10%) пациентов после проведенной радикальной простатэктомии вскрыты серозные полости в нижних углах раны. У 15 (75%) пациентов раны заживали первичным натяжением. Эффективность применения антисептиков для профилактики вторичной бактериальной контаминации операционной раны. Эффективность применения антисептиков для профилактики вторичной бактериальной контаминации краев послеоперационной раны после проведенных «чистых» операций. По результатам проведенного исследования препарата "Скинман Софт показал более высокую эффективность для профилактики вторичной бактериальной контаминации окружности послеоперационной раны при ≪чистых≫ операциях, по сравнению препарата "Скинман Софт и снизил риск нагноения послеоперационной раны в 5,3 раза. На первые сутки послеоперационного периода у пациентов основной группы после проведенных «грязных» операций до обработки краев послеоперационной раны получено 2 положительных результата бактериологического исследования (11,1%). Микрофлора представлена: у 1(5,5%) пациента Staphylococcus epidermidis 101 КОЕ/мл; у 1(5,5%) пациента анаэробной грамположительной палочкой. После проведенной обработки краев послеоперационной раны препарата "Скинман Софт положительных результатов бактериологического исследования не получено. На первые сутки послеоперационного периода у пациентов контрольной группы до обработки краев послеоперационной раны получено 8(53,3%) положительных результатов бактериологического исследования. Микрофлора представлена: у 4 (50%) пациентов Staphylococcus epidermidis 103 КОЕ/мл; у 2 (25%) пациентов Staphylococcus saprophyticus 103 КОЕ/мл; у 1 (12,5%) пациента Staphylococcus aureus 103 КОЕ/мл; у 1 (12,5%) пациента Micrococcus spp 101 КОЕ/мл. После обработки 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата получено 4(26,6%) положительных результата бактериологического исследования. Микрофлора представлена: у 2(50%) пациентов Staphylococcus epidermidis 103 КОЕ/мл; у 1 (25%) пациента Staphylococcus saprophyticus 101КОЕ/мл; у 1(25%) пациента Micrococcus spp 101 КОЕ/мл. После проведенных бактериологических исследований в первые сутки послеоперационного периода у пациентов контрольной группы до обработки краев послеоперационной раны контаминация микробной флорой была в 4,8 раза выше, чем в основной группе. При сравнении полученных результатов выявлено, что препарата "Скинман Софт достоверно эффективнее 0,5% спиртового раствора хлоргексидинабиглюконата (p<0,05). На третьи сутки послеоперационного периода у пациентов основной группы после проведенных ≪грязных≫ операций до обработки краев послеоперационной раны получено 2 (11,1%) положительных результата бактериологического исследования. Микрофлора представлена: у 1 (5,5%) пациента Staphylococcus epidermidis 102 КОЕ/мл; у 1(5,5%) пациента анаэробные грамположительные кокки менее 1 тыс. КОЕ/мл. После проведенной обработки раневой поверхности препарата "Скинман Софт положительных результатов не получено.На третьи сутки послеоперационного периода у пациентов контрольной группы до обработки получено 6(40%) положительных результатов бактериологического исследования. Микрофлора представлена: у 2 (33,3%) пациентов Staphylococcus epidermidis 102 КОЕ/мл; у 1(16,7%) пациента выделен госпитальный штамм Klebsiella spp 103 КОЕ/мл; у 2 (33,3%) пациентов Staphylococcus saprophyticus 103 КОЕ/мл и у 1(16,7%) пациента присоединение Staphylococcus aureus 103 КОЕ/мл. После обработки раневой поверхности 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконат получено 5(33,3%) положительных результатов бактериологического исследования. Микрофлора представлена: у 3(60%) пациентов Staphylococcusepidermidis 102 КОЕ/мл; у 1 (20%) пациента Klebsiella spp 101 КОЕ/мл; у 1 (20%) пациента Staphylococcus aureus 102 КОЕ/мл. Эффективность применения антисептиков для профилактики вторичной бактериальной контаминации операционной раны После проведенных бактериологических исследований на третьи сутки послеоперационного периода у пациентов контрольной группы до обработки краев послеоперационной раны контаминация микробной флорой была в 3,6 раза выше, чем в основной группе. При сравнении полученных результатов выявлено, что препарат "Скинман Софт достоверно эффективнее 0,5% спиртового раствора хлоргексидина биглюконата (p<0,05). Всем пациентам проводилось динамическое наблюдение за заживлением раны до снятия швов.У 1 (5,5%) пациента с гиперплазией предстательной железы после проведенной чреспузырной аденомэктомии, на 6 сутки послеоперационного периода отмечено нагноение нижнего угла послеоперационной раны, в результате чего рана заживала вторичным натяжением. У 14

пациентов послеоперационный период протекал без осложнений, рана заживала первичным натяжением. У 7 пациентов контрольной группы отмечены осложнения, связанные с нагноением послеоперационной раны. У 5 (33,3%) пациентов после проведенной чреспузырной аденомэктомии в послеоперационном периоде отмечался подъем температуры до 38° С в течение 4-5 суток, на 7-9 сутки вскрыты гнойные полости в нижнем углу раны в результате чего раны заживали вторичным натяжением, что потребовало дополнительных сроков лечения. У 1 пациента после проведенной резекции мочевого пузыря отмечен диастаз раны, связанный с нагноением, рана заживала вторичным натяжением. У 1 (%) пациента с гнойным воспалением почек рана заживала вторичным натяжением до 18 суток, с подъемом температуры до 38° С в течение 6 суток.

Таким образом, по результатам проведенного исследования риск нагноения послеоперационной раны составил: в основной группе 55,55-11,71, в контрольной группе 400 - 81,64 Препарат "Скинман Софт показал более высокую эффективность для профилактики вторичной контаминации краев послеоперационной раны при «грязных» операциях, по сравнению с 0,5%спиртовым раствором хлоргексидина биглюконатом и снизил риск нагноения послеоперационной раны в 7,2 раза. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что в концентрации препарат "Скинман Софт продемонстрировал достоверно более высокую антисептическую активность для профилактики вторичной бактериальной контаминации послеоперационной раны по сравнению 0,5%спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата.

ЛИТЕРАТУРА

1.Яков Ю.К., Ерюхин И.А., Новиков А.Г. и др. Актуальные проблемы эпидемиологии и профилактики послеоперационных инфекций // Вестн. хирургии, 1997, №3, с. 106.

2. Григорьев Е.Г., Коган А.С. Хирургия тяжелых гнойных процессов. Новосибирск, 2000, с. 298-313.

3. Гудкова Е.И., Адерченко А.А., Собещук О.П. и др. Динамика этиологической структуры госпитальной раневой инфекции в хирургических ожоговых стационарах республики Беларусь / Внутрибольничные инфекции -проблемы эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения, и профилактики:Тез. докл. 2-ой Российской конф. с международным участием. М., 1999, с.78-79.

4. Елагина Н.Н. Факторы персистенции неспорообразующей анаэробной микрофлоры кишечника человека: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2000.

5. Карпушкина, Н.Б. Эпидемиологическая оценка инфекционного риска медицинских технологий в хирургических и акушерских стационарах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2002,22 с.

6.Козлов Р.С. Нозокомиальные инфекции: эпидемиология, патогенез, профилактика, контроль // Микробиология и антимикроб. химиотерапия, 2000, №1, с. 16-30.

7.Корнев И.И. Стерилизация изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях. М., 2000, с.175

8.Маркова, Ю.Н. Обучение в области профилактики и контроля внутрибольничных инфекций // Дезинфекционное дело, 2002, №3, с. 36-37.

9. Пантелеева Л.Г., Цвирова И.М., Белова А.С. и др. Методические указания по применению дезинфицирующего средства «Анавидин». М., 2002, 21с.

10. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Гельфанд Е.Б. и др.Нозокомиальная инфекция в хирургии и интенсивной терапии // Анналы хирургии, 2001, №3, с.12-20.

11 Онищенко Г.Г. Контроль и ликвидация инфекционных заболеваний - стратегическое направление здравоохранения // Журн. микробиологии, 2002, №4, с.3-16

Xülasə

Sidik yollarının xəstəxana irinli-septik infeksiyalarının profilaktikasında antiseptiklərin rolu

Z.Ş.Vəzirova

Tədqiqat işi Milli Onkologiya Mərkəzini baş və boyun şişləri şöbəsi və anesteziologiya şöbəsində yerində yetirimişdir. Effektivliyin tədqiq edilməsi üçün 123 xəstə müayinə edilmişdir. Onlar 2 qrupa ayrılmışlar: birinci qrup 83 xəstə, ikinci qrup- 83 xəstə. Tədqiqatların nəticələrinə əsasən əməliyyatdan sonrakı yaranın irinləmə riski belə olmuşdur: əsas qrupda- 55,55-11,71, nəzarət qrupda-400 - 81,64. Skinman Soft preparatı 0,5%-li spirt məhlullu xlorheksidin biqlükanata nisbətən daha yüksək effektivlik göstərmiş və irinlimə riskini 7,2 dəfə aşağı salmışdır.

Summary

The role of antiseptics in prevention of hospital purulent septic infection of urinary ways

Z.Sh. Vezirova

The study was performed on the basis of the departments of anesthesiology and head and neck tumors of the National Center of Oncology. To study the efficiency of processing the operating field, 123 patients were examined, which are divided into 2 groups: The basic group consisted of 83 patients, the control group consisted of 40 patients. According to the results of the study, the risk of suppuration of the postoperative wound was: in the main group 55.55-11.71, in the control group 400 81.64. The drug "Skinman Soft showed a higher efficiency for the prevention of secondary contamination of the edges of the postoperative wound with" dirty " In comparison with 0.5% alcohol solution of chlorhexidine with bigluconate and reduced the risk of suppuration of the postoperative wound by 7.2 times.

Daxil olub: 19.12.2016

QİDA BORUSU VƏ MƏDƏNİN KARDİAL HİSSƏSİNİN BƏDXASSƏLİ STENOZLARININ ENDOSKOPİK STENTLƏŞMƏSİNİN BƏZİ KLİNİK ASPEKTLƏRİ

H.N.Həsənova, A.A.Rəhimov

Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: qida borusu, xərçəng, stentləşmə, endoskopiya, stenoz, ağırlaşma

Ключевые слова: пищевод, рак, стенозирование, эндоскопия, стеноз, осложнение

Key words: esophagus, cancer, stenosis, endoscopy, stenosis, complication

Qida borusunun və mədənin kardial hissəsinin stenozları ilə müşahidə olunan bir çox xəstəliklər mövcuddur. Stenozları yaradan xəstəliklərə qida borusunun bir çox xoşxassəli daralmaları, çapıq striktur nəticəsində daralmalar, xoşxassəli şişlər (submukozal tumorlar) zamanı daralmalar, kənar orqanlarda baş verən patologiyalar zamanı kompressiya nəticəsində daralmalar, axalaziya və s. aiddir. Stenozlar daha çox qida borusu və kardiaezofagial hissənin xərçəng xəstəliyi zamanı meydana çıxır. Bu zaman mənfəzin şiş toxuması ilə deformasiyası və daralması nəticəsində disfagiya əlamətləri inkişaf edir ki, bu da qidanın həzm traktı ilə ötürülməsini çətinləşdirir və ya təmamilə mümkünsüz edir. Bu tip xəstələrdə radikal müalicə vasitələri yalnız 20-30 % hallarda mümkün olur [5,19]. Statistik məlumatlara əsasən qida borusunun və mədə xərçəngi olan xəstələrin 60-70%-n bi yayılma dərəcəsinə görə inkurabel xəstələr hesab olunur. Mədənin kardial hissəsinin və qida borusunun xərçəngi olan xəstələrdə onları narahat edən əsas kliniki simptom - disfagiyadır. Mənfəzin 50-75% daralması baş verərsə ağır disfagiya halları meydana çıxır. Bu zaman xəstələrin yaşama müddəti orta hesabla 90-100 gün təşkil edir [4,16,25].

Qeyri-rezektabel və inkurabel hallarda, həmçinin əməliyyatdan sonrakı dövrlərdə əməliyyat nahiyəsinin ressidivi olan xəstələrdə, əməliyyat deyil, polikimyaterapiya və ya şüa müalicəsi nəzərdə tutulan xəstələrdə disfagiya əlamətlərini aradan götürmək və bununla yanaşı həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırma məqsədilə bir çox poliativ metodlardan istifadə olunur. Bu məqsədlə (endoskopik müdaxilə daxil olmaqla) bir çox metodlardan istifadə olunur. Disfagiyanı aradan qaldırmaq məqsədilə xəstəyə yanaşma individual olaraq, şişin mərhələsi, kliniki simtomlar , yaş və xəstənin ümumi vəziyyəti əsas tutulur [8,14,26].

İnkurabel onkoloji xəstələrin disfagiya əlamətlərini aradan qaldırmaq məqasədilə ənənəvi istifadə olunan metod mədəyə cərrahi əməliyyat yoluyla qastrostomanın qoyulmasıdır. Bu xəstələr qida qəbul etməklərinə baxmayaraq, normal həyatdan təcrid olunurlar. Beləki, xəstə qida məhsullarını təbii yolla ağızdan deyil, qastrostomadan alır, bununla qidanın mənimsənilməsi çətinləşir, bu cür vəziyyət xəstənin psixoloji durumuna mənfi təsir göstərir, həyat keyfiyyətini aşağı salır. Bununla əlaqədar olaraq bu xəstələrin enteral qidalanmasının təbii olaraq ağızdan olmasını təmin etmək üçün yeni metodların hazırlanması və təkmilləşdirilməsi işləri aparılır [9,12,20].

Son yüzillikdə mədə bağırsaq sisteminin yuxarı şöbələrinin endoprotezləşdirlməsi məqsədilə müxtəlif növ stentlər işlənib hazırlanmışdır. Bu stentlər zaman keçdikcə modifikasiya olunaraq dəyişmişdir. Beləliklə, 1959 cu ildə ilk dəfə olraq Celestin L.R. laparotomiya yolu ilə qida borusunun xərçəngi zamanı uğurla şiş sahəsinə plastik stent yerləşdirmiş, bununla da disfagiyanı aradan qaldırmışdır.1970-ci ildə isə Atkinson M. İlk dəfə olaraq qida borusuna plastik stentin yerləşdirilməsini endoskopik metodunu uğurla həyata keçirmişdir. Lakin bu rigid plastik stentlər 36%, letallıqla isə 16%-ə qədər tezlikli ağır ağırlaşmalara

gətirib çıxarırdı. Bu göstərici qeyd olunan müalicə üsulunun seçilib tətbiq olunmasını məhdudlaşdırırdı [1,3]. 1983 -cü ildə Frimberger E. tərəfindən ilk dəfə olaraq istifadədə daha asan və daha təhlükəsiz hesab olunan ozuaçılan metallik stentlər və tədbiq üsulu işlənib hazırlandı. Bununla da rigid plastik stentlər , yeni nəsil metallik, özüaçılan stentlərlə əvəz olundu. Bu dövrdən etibarən stentlərin və onların tətbiq olma metodikasının modernizasiyası başlanır [2,6].

Özüaçılan metallik stentlər və onlaın növləri. Özüaçılan metallik stentlər nitinol və ya polad materialdan hazırlanır. Örtüklü və örtüksüz olur. Üzəri örtüklü stentlərin örtüyü silikondan, polietilen, poliesterdən hazırlanır. Bütün növ stentlər istifadədən əvvəl xüsusi dəzgahın içərisində bağlı, büzülmüş vəziyyətdə olur. Müasir dövrdə klinikada aşağıdakı növ stentlərdən istifadə olunur [10,11]:

-Gianturco-Z и Dua- stentləri (Fully Coated, Uncoated Flange, Evolution TM) Wilson-Cook Medical Inc, Wilson-Salem UK Ltd.,ABŞ firmasının . Bu stentlər paslanmayan poladdan hazırlanmış, üzəri polietilen örtüklüdür, hər iki ucu genişdir. Antireflüks mexnizmi olan stentlərin üzəri poliuretan örtüklü olur ki, bu da peristaltika zamanı stentin miqrasiyasının qarşısını alır;

-Song- stentləri Sooho M.I,Tech Co.firmasınındır. Cənubi kareya istehsalıdır. Bu təkmilləşmiş Gianturco Z- stentləridir. Üzəri poliuretan örtüklüdür, proksimal ucunda dartıb çıxarmaq üçün sapı var;

-Choo, Hanaro və Do- stentləri Sooho M.I-Tech Co.firmasınındır, Cənubi Koreya istehsalıdır. Stentlər nitinoldan hazırlanmış, poliuretan örtüklüdür. Hər iki ucunda dartmaq və yerini dəyişmək üçün istifadə olunan ipləri var. Bunların bir neçə novləri var: 1) simmetrik, 2) asimmetrik, 3) boyun şöbəsi üçün –upper stent, 4) Shim- mexanizmli; 5) antireflüks klapanlı;

-Ferx- ELLA stentləri /Boubella, Boubella-E/, ELLA-CS firmasınındır, Çexiya istehsalıdır. Stentlər paslanmayan poladdan hazırlanmış, hissəvi və ya tam polietilen örtüklü olur;

-Ultraflex Microvasive, Boston Scientific, Ireland Ltd, Galway, ABŞ-İrlandiya. Nitinoldan hazırlanmış bu stentlər iki çeşiddə buraxılır- örtüklü və örtüksüz. Radial möhkəmliyə malik olması və nisbətən rigidliyi onu, qida borusunun yuxarı şöbələrinə , strikturlar zamanı yerləşdirmək üçün əlverişli edir;

-Flamingo Wallstent stentləri, Boston Scientific Ltd, ABŞ firmasının istehsalıdır. Paslanmayan poladdan hazırlanmışdır, daxili polimer örtüyü vardır. Distala doğru büzülür. Mədənin kardial hissəsinin stenozları zamanı istifadə üçün hazırlanmışdır;

- Memotherm C.R.Bard, ABŞ, Nitilendən hörülmüş, daxili və xarici PTFE örtüklərinə malikdir.

Yuxarıda göstərilən bu stentlərin daxili diametri 18-22 sm arasında olur. Uzunluğu isə 8-19 sm arasında dəyişir.

Qida borusu və mədədə özüaçılan stentlərin qoyulmasının bir neçə üsulu mövcuddur:

-Endoskopik və rengenoloji kontrol altında stentlərin quraşdıılması. Bu metod əsasən endoskopun darlıqdan keçmədiyi hallarda stenozun sərhədlərini təyin emək məqsədilə istifadə olunur. Rentgenoloji nəzarət altında ötürücü stenoz nahiyəsindən keçirilir və üzərindən stent dəzgahı ötürülərək stenoz nahiyyəsində açılır;

-Xoşxassəli darlıqlarda müvəqqəti və ya daimi xarakter daşıyan stentlərin endoskop keçməyən stenozlarda rekanalizasiyanı təmin etmək məqsədilə ballon dilyatasiyası və endoskopik bujlamadan sonra endoskopik və ya rentgenoloji nəzarət altında stentlərin quraşdırılması;

-Yalnız endoskopik kontrol altında kiçik diametrli endoskopun biopsiya kanalından keçirilmiş ötürücünün stenoz nahiyyəsində fiksasiyası, stenoz sərhədlərinin təyini və bu ötürücü üzərindən stentin ötürülüb quraşdırılması;

-Stenoz nahiyyəsinə stentin manual kontrol altında interoperasion quraşdırılması. Bu metod çox nadir hallarda həyata keçirilir.

Stentin proksimalı və distal kənarlarının sərhədlərini işarələmək üçün bir neçə üsul işlənib hazırlamışdır. a) Stentin proksimal və distal kənarlarının fiksə olunacağı sərhədlərində rentgen kontrastının selikaltı inyeksiyası. b) Bu zonalara klipslərin sancılması c) dəri üzərində rentgenkontrast məhlullarının yeridilməsi. ç) Quraşdırma zamanı stentin proksimal ucunun endoskopik kontrolu [13,23,24].

Müasir dövrdə mədə və qida borusunun stentləşdirilməsi üçün göstərişlər nəzərə çarpacaq dərəcədə genişləndirilmişdir. Onkoloji xəstələrdə birincili stenozlaşdıran şişlər zamanı paliativ müalicə ilə yanaşı, a) əməliyyat keçirmiş onkoloji xəstələrdə qida borusu- mədə və ya qida borusu-nazik bağırsaq arasındakı anastomoz zonasında ressidivlər zamanı baş verən stenozlarda, b) qida borusunun kənardan şiş mənşəli kompressiyaları zamanı (ağ ciyər xərçə\ngi və ya divararalığı şişləri zamanı) baş verən stenozlarında c) qida borusunun xərçənginin traxeoezofagial və ya traxeobronxial fistulalarla ağırlaşması hallarında ç) əməliyyatdan sonrakı tikiş tutmamazlıqları zamanı e)qida borusunun kəskin yatrogen perforasiyaları zamanı d) qida borusunun varikoz genişlənmiş damarlarından kəskin qanaxmalar zamanı geniş istifadə olunur [7,15,21].

Ədəbiyyat göstəricilərinə görə demək olar ki, qida borusu və ya kardial hissəsinin bədxssəli şişi səbəbindən stentləşməyə məruz qalan bütün xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə döş qəfəsində kəskin və ya üzücü ağrılar qeyd olunur. Lakin bu ağrılar təxminən 10%-15% xəstələrdə daimi ağrı halına keçir. Striktur nəticəsində baş vermiş stenozlarda stentləşmədən sonra digər xəstələrə nisbətən daha çox ağrı qeyd olunur. Ağrı simtpomları ilə yanaşı qanaxma, perforasiya,aspirasion pnevmoniya 10-20% xəstələrdə qeyd oluna bilər. Letallıq halları yuxarıda qeyd olunan ağrıların kəskinləşməsi nəticəsində yarana bilər. Stentin miqrasiyası qida borusunda təxminən 3-5% , kardial hissədə isə 5-10% hallarda baş verə bilər. Miqrasiya həmçinin stentlərin növlərindən asılı olaraq da dəyişir. Bu hal baş verərsə təkrari endoskopik müdaxilə və restentləşmə həyata keçirilir [2,3].

Milli Onkologiya Mərkəzinin endoskopiya şöbəsində 2014-2016 illər ərzində 310 xəstəyə qida borusunun və mədənin kardial hissəsinin onkoloji səbəbdən baş verən stenozları zamanı endoskopik stentləşmə aparılmışdır. Xəstələrin yaşı 50-70 yaş arasında olmuşdur. Stentləşmə qida borusunun müxtəlif hissələrinin və mədənin kardial hissəsinin bədxassəli şişləri zamanı uğurla aparılmışdır. Stentlər həmçinin müvafiq şüa və ya kimyə müalicəsinə başlamazdan əvvəl disfagiyanı aradan qaldırmaq məqsədilə aparılmışdır. Stentləşmə metodunun köməyilə kimya və şüa müalicəsinə gedən xəstələrdə həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması məqsədilə disfagiya aradan götürülmüşdür.

Xəstələrin 305-də endoskopik nəzarət altında müxtəlif ölçüdə (əsasən 5-16 sm arasında uzunluqlu və d=18,0; 20,0 sm olan) tam və yarı silikon örtüklü metallik stentlər yerləşdirilmişdir. Bu xəstələrdən 175 kişi, 135 qadın olmuşdur. Xəstələrin 5-də qida borusunun IV dərəcəli stenozu səbəbindən endoskopik müşahidə mümkün olmadığı üçün qeyd olunan əməliyyat rentgenoloji nəzarət altında aparılımışdır.

Stentləşməyə məruz qalmış xəstələrə 7 və 30-cu sutkada kontrol müayinə aparılaraq effektivlik qiymətləndirilmişdir. Stentləşmə həyata keçirilən xəstələrin demək olar ki, hamısında yaxın və sonrakı dövrlərdə bu və ya digər daimi üzücü ağrı halları qeyd edilmişdir. Onlardan 17-sində isə ağrı hissiyatı müəyyən zamandan sonra azalmış və müvəqqəti olaraq tam keçmişdir. Stentin mədəyə tam miqrasiyası 10 xəstədə təyin edilmişdir ki, bu halda stentin refiksasiyası icra olunmuşdu. 60 xəstədə stentin divarlarının şiş toxuması ilə bitməsi nəticəsində stentin destruksiyası qeyd olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, kardioezofagial hissənin zədələnməsi olan 110 xəstədə antireflüks klapan mexanizmli stentlərdən (antireflux valve stent) istifadə olunduğu üçün reflüks simptomatika müşahidə edilməmişdir. Bu nəticələr endoskopik və rentgenoloji müayinələrin köməyi ilə təstiq olunmuşdur. Perforasiya halları 2 xəstədə müşahidə olunmuşdur. Onlardan 1 xəstəyə restentləşmə həyata keçirilmişdir, digəri isə cərrahi əməliyyata alınmışdır. 31 xəstədə hemostatik müalicəyə tabe olan qanaxma halları qeyd olunmuşdur. Digər ağırlaşmalar indiyə qədər müşahidə olunmamışdır.

Yekun. Bu cür müasir endoskopik metodların kompleks şəkildə istifadə olunması qida borusu və mədənin kardial hissəsinin stenoz əmələ gətirən bədxassəli şişləri olan inkurabel xəstələrin tam poliativ malicə almasına geniş imkan yaradır. Həmçinin müalicəyə tabe olmayan və əməliyyat əks göstəriş olan xəstələrin isə həyat keyfiyyətini yaxşılaşdıran, həmçinin həyati vacib amil hesab oluna bilər. Hal- hazırda müasir təbabətdə qida borusunun və kardial hissənin şiş strikturlarının yaratdığı stenozları təhlükəsiz şəkildə aradan qaldıran və bu xəstələrdə uzunmüddətli təbii qidalanmanı təmin edən stentləşmə üsulu üçün bir çox yeni cihaz və alətlər təqdim olunur. Bu və ya digər üsulların seçimi isə icra edən həkimin səriştəsindən, texniki təminatdan və xəstənin ümumi, individual xüsusiyyətlərindən, somatik vəziyyətindən, həmçinin şişin inkişaf dərəcəsi,lokalizasiyası və yayılmasından asılıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Чиссов В.И., Соколов В.В., Филоненко Е.В. и др. Стенозирующий первичный и рецидивный рак пищевода и желудка: эндоскопическое лечение и протезирование // Материалы VI Всероссийского съезда онкологов, Ростов-на Дону, 2005, том 2, с. 78-80

2. Соколов В.В., Филоненко Е.В., Карпова Е.С. и др. Эндоскопическое лечение при раке пищевода. Пособие для врачей. М., 2004, 16 с.

3. Соколов В.В., Филоненко Е.В., Карпова Е.С. и др. Эндоскопическая реканализация и стентирование при раке пищевода у больных с дисфагией III-IV степени // Вестник Московского Онкологического общества, 2004, № 12, с.7

4. Celestin L. Permanent intubation in inoperative cancer of the oesophagus and cardia // Ann. K. Cell Surg. End., 1959, v.25, p.165-70.

5. Atkinson M., Ferguson R. Fiber-optic endoscopic palliative intubation of inoperable oesophagogastric neoplasms.// BMJ, 1997, v.1, p.266-267

6. Tan D., Mason R., Adam A. Minimali invasive therapy for advanced oesophageal malignancy. //Clin. Radiol., 1996, v.51, p.828-836

7. Frimberger E. Expanding Spiral- a new type of prosthesis for the palliative treatment of malignant oesophageal stenosis.// Endoscopy, 1983, v.15, p.213-214
8. Kacher M., Dlouty M., Neoral C. et Al. Esophageal stent with antireflux valve for tumours involving the cardia: work in progress.// J. Vasc. Interv. Radiol., 1998, v.9, p.1007-1010
9. Dua K., Kozarek R., Kim J. et al. Seft expanding metal esophageal stent with anti-reflux mechanism. // Gastrointest Endosc., 2001, v.53, p603-13
10. Goldschmid S., Boyce H., Nord H., Brady P. Treatment of pharyngoesophageal stenosis by polyvinyl prosthesis.// Am. J. Gastroenterol., 1988, v.83, p.513-518
11. Profili S., Meloni G., Feo C. et al Self-expandable metal stents in the management of cervical oesophageal and/or hypopharyngeal strictures.// Clin. Radiol., 2002, v.57, p.1028-1033.
12. Song H., Do Y., Han Ym. et al. Covered expandable oesophageal metallic stent tubes: experainces in 119 patients.// Radiology, 1994, v.193, p.689-695
13. Laasch H., Nicholson D., Kay C. et al The clinical affectiveness of the Gianturco oesophageal stent in malignant oeso-phageal obstruction.// Clin. Radiol., 1998, v.53, p.666-672
14. Do Y., Choo S., Suh S. et al. Malignant esophagogastric junction obstruction: palliative treatment with an antireflux valve stent.// J. Vasc. Intervent. Radiol., 2001, v.12, 647-651
15. Kozarek R., Raltz S., Brugge W. et al. Prospective multicantre trial of oesophageal Z-stent placement for malignant dysphagia and tracheoesophageal fistula. // Gastrointestin. Endosc., 1996, v.44, p.562-567
16. Saxon R., Morrisson K., Lakin P. et al. Malignant esophageal obstruction and esophago-respiratory fistula: palliation with a polyethylene-covered Z-stent // J.Radiology, 1997, v.202, p.349-354
17. O'Sullivan G., Grundy A. Palliation of malignant dysphagia whis expanding metal stent // J.Vasc Interv.Radiol.,1999,v.10,p.346-351
18. Morgan R., Ellul J., Denton E. et al. Malignant esophageal fistulas and perforations: management with plastic covered metallic endoprostheses.// Radiology, 1997, v.204, p.527-532
19. Acunas B., Rozanes I., Akpinar S. et al. Palliation of malignant esophageal strictures with self-expanding Nitinol stents: Drawbacks and complications.// Radiology, 1996, v.199, p.648-652
20. Burstow M., Kelly T., Panchani S. et al. Outcome of palliative esophageal stenting for malignant dysphagia: a retrospective analysis // Dis. Esophagus., 2009, v.22, p.519-525.
21. Adam A., Ellul J., Watkinson A., et al. Palliation of inoperable esophageal carcinoma: a prospective randomized trial of laser therapy and stent placement // Radiology 1997; 202: 344-8
22. Cwikeil W, Tanberg K-G, Cwikeil M, Lillo-Gil R, Malignant dys-phagia: palliation with esophageal stents – long-term results in 100 patients.// Radiology 1998, v.207, p.513-8
23. Maier A., Pinter H., Friehs G. et al. Self- expandable coated stents after untraluminal treatment of oesophageal cancer: a risky procedure // Ann. Thorac. Surg., 1999, v.67,p.781-784
24. Ludwig D., Dehne A., Burmaster E., et al. Treatment of unresectable carcinomas of the esophagus or the gastroesophageal junction by mech stents with or without radiochemotherapy // Int.J.Oncol., 1998, v.13, p.583-588
25. Mayoral W., Fleischer D., Salcedo J. et al. Non-malignant obstruction is a common problem with metal stents in the treatment of oesophageal cancer // Gastrointest. Endosc., 2000, v.51, p.556-559
26. Wang M., Sze D., Wang Z. et al. De-layed complications after esophageal stent placement for treatment of malignant esophageal obstructions and esophagorespiratory fistulas // J. Vasc. Interv. Radiol., 2001, v.12, p.465-474

Резюме

Некоторые клинические аспекты эндоскопического стентирования злокачественных стенозов пищевода и кардиальной части желудка

Х.Н.Гасанова, А.А.Рагимов

Изучены некоторые актуальные вопросы эндопротезирования пищевода и кардиального отдела желудка самораспрaвляющимися стендами при злокачественных стенозах данных локализаций. Эндоскопическое стендирование было проведено 310 пациентам, средний возраст которых варьировал в диапазоне 50-70 лет. Согласно контрольному исследованию, проводимого на 7-30 сутки после проведённого стендирования были установлены некоторые клинические аспекты состояния больных со злокачественными стенозами пищевода и кардиального отдела желудка.

Summary

Some clinical aspects of endoscopic stenting of malignant stenosis of the esophagus and cardiac part of the stomach

H.N.Hasanova, A.A.Rahimov

Some topical issues of endoprosthetics of the esophagus and cardiac department of the stomach with self-expanding stands for malignant stenoses of localization data were studied. Endoscopic stenting was performed in 310 patients, the average age of which varied in the range of 50-70 years. According to the control study conducted on the 7-30th day after the staging, some clinical aspects of the condition of patients with malignant stenoses of the esophagus and cardiac stomach were established.

Daxil olub: 07.12.2016

KƏSKİN PANKREATİT ZAMANI PATOLOJİ PROSESİN GEDİŞİNİN PROQNOZLAŞDIRILMASI

A.N.Mustafayev, İ.A.Qafarov

M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi; Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: kompüter tomoqrafiyası, kəskin pankreatin, hausfield, proqnostik kart
Ключевые слова: компьютерная томография, острый панкреатит, хаусфилъд, прогностическая карта
Keywords: computed tomography, acute pancreatitis, hausfield, prognostic chart

Kəskin pankreatit rastgəlmə tezliyinə görə qarın boşluğunun kəskin cərrahi xəstəlikləri arasında kəskin apendisit və xolesistitdən sonra 3-cü yerdə durur [1,2]. Azərbaycanda kəskin pankreatitin rastgəlmə tezliyi yüz min əhali arasında 22-26 halda qeyd edilir [3,4,5]. Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına əsasən kəskin pankreatitin fəsadlaşmış formalarında letallıq 20-80%-ə qədər yüksəlir [6,7,8]. Patoloji prosesin proqnozlaşdırılması həm tibbi, həm də iqtisadi nöqteyi-nəzərdən çox önəmlidir. Həkim xəstə haqqında yaxın və uzaq gələcəyə dair proqnoz sahibi olmalıdır. Hər bir halın nə ilə nəticələnəcəyini bilmək xəstəni yüksək və ya aşağı risk qrupuna aid etməyə kömək edir, bu isə həm zəruri müalicə taktikasının seçilməsini, həm də müxtəlif müalicə üsullarında alınmış nəticələrin qiymətləndirilməsini asanlaşdırmağa imkan verir [9,10].

Tədqiqatın məqsədi muldidetektorlu kompüter tomoqrafiyasının imkanlarından istifadə etməklə kəskin pankreatitlər zamanı patoloji prosesin gedişinin proqnozlaşdırılması olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatlar 2012-2016-cı illər ərzində akad. M.A.Topçubaçov adına ECM-nə müraciət edən kəskin pankreatit diaqnozu ilə 60 xəstə üzərində aparılıbdır. Bunlardan 52 (86,7%) xəstə kişi və 8-i (13,3%) qadın olmuşdur. 15 (25,0%) xəstədə kəskin pankreatitin ödemli (abortiv) forması, 45 (75,0%) xəstədə isə proqressiv inkişaf edən (nekrotik-aseptik, nekrotik-irinli) forması qeyd edilirdi. Xəstələrin yaşı 19-68 arasında tərəddüd edirdi. 60 xəstədən 36 (60,0±6,3%) gənc yaşlarında idi.

Kəskin pankreatitin diaqnostikası klinik-laborator və instrumental müayinələrin nəticələri əsasında yerinə yetirilirdi. Qəbul olduqda xəstələr təcili olaraq klinik, laborator və şüa-diaqnostika müayinələrinə məruz qalırdılar. Bütün xəstələrdə anamnestik məlumatlar, kəskin pankreatitin subyektiv və obyektiv klinik əlamətləri öyrənilmişdir.

Laborator müayinələrlə qanda CRP (mq/l), α-amilaza (U/l), diastaza (U/l), kreatinin (mq/dl), qalıq azot (mq/dl), sidik cövhəri (mq/dl), AST (U/L), ALT (U/L), AST/ALT nisbəti təyin edilmişdir.

Kəskin pankreatitin bütün formalarında şüa-diaqnostika metodlarından istifadə edilmişdir: rentgenoloji müayinələr; ultrasəs müayinəsi; multidetektorlu kompüter-tomoqrafik müayinə.

Statistik analiz variasiya, diskriminant, korrelyasiya, reqressiya, dispersiya və ROC-analiz üsullarının tətbiqi ilə aparılmışdır. hesablamalar EXCEL-2010 elektron cədvəlində və SPSS-20 paket proqramında yerinə yetirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. Klinik-laborator və multidedektorlu kompüter tomoqrafiya müayinələrinin nəticələrinə əsasən 60 xəstədən 13-də (21,7%) kəskin pankreatitin yüngül, 22 (36,7%) xəstədə orta ağırlıqlı və 25 (41,7%) xəstədə isə ağır forması müəyyən edilmişdir. Kəskin pankreatitli xəstələrdə letallıq yüngül gedişli formasında 15,4±10,0%, orta ağırlıq dərəcəsində 22,7±8,9%, ağır gedişli formasında 40,0±9,8% təşkil etmişdir.

Tədqiqata daxil etdiyimiz xəstələr ağırlıq dərəcəsindən, xəstəliyin gedişindən asılı olmayaraq, yalnız son

nəticəyə əsaslanaraq 2 qrupa bölünmüşdür: yaxşılaşmış (n=43) və ölən xəstələr (n=17).

İlkin mərhələdə qruplara daxil olan xəstələrin yaş-gender bölgüsü göstəriciləri araşdırılmışdır (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Yaxşılaşmış və ölən xəstələrinin qruplar üzrə ümumi xarakteristikası

Göstəricilər		Yaxşılaşmış xəstələr (n=43)	Ölən xəstələr (n=17)
Cins: kişi / qadın		37 / 6	15 / 2
Yaş, il		40,5±1,9 (19-67)	34,4±2,8 (24-68)
Yaş qrupları	≤ 30 yaş	10(23,3%)	9(52,9%)
	31-40 yaş	12 (27,9%)	5(29,4%)
	41-50 yaş	11(25,6%)	1(5,9%)
	51-60 yaş	6(14,0%)	1(5,9%)
	> 60 yaş	4(9,3%)	1(5,9%)

Qeyd: qrupların göstəriciləri arasında statistik dürüst fərq yoxdur.

Göründüyü kimi yaş və gender faktorlarına görə xəstə ölən və sağalmış xəstələr bir-birindən statistik dürüst fərqlənmirlər, başqa sözlə bu faktorlar ölümə aparan faktorlar içərisində əhəmiyyətli informasiya daşımırlar.

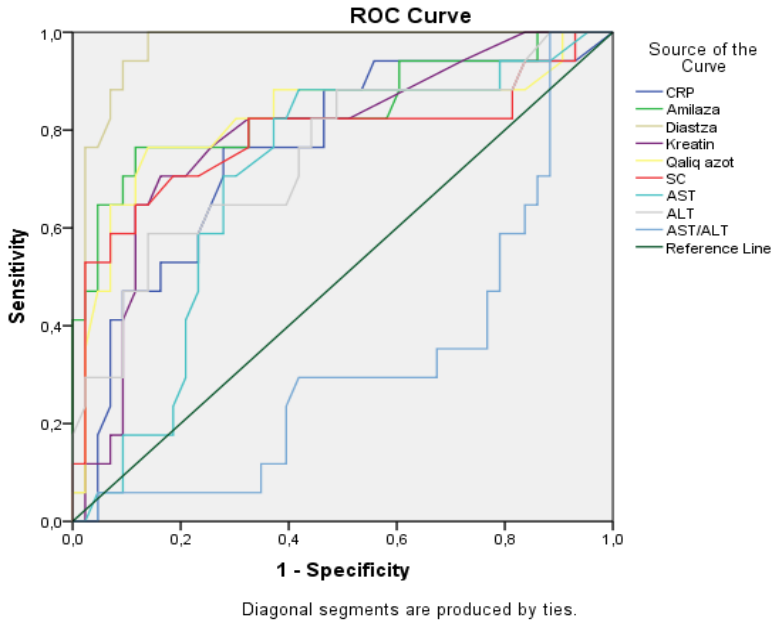
Növbəti mərhələdə hər iki qrupa daxil olan xəstələrin öyrəndiyimiz laborator göstəriciləri analiz edilmişdir (cədvəl 2).

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi ölən xəstələrin laborator göstəriciləri yaxşılaşmış xəstələrin göstəricilərindən dəfələrlə yüksək olmuşdur. CRP yaxşılaşmış xəstərdə orta hesabla 53.7±11.4 mq/l, ölən xəstələrdə 123±22.0 mq/l təşkil etmişdir. Bu da CRP göstəricisi ölən xəstələrdə yaxşılaşmış xəstələrdən orta hesabla 2.3 dəfə yüksək olmuşdur. Yaxşılaşma ilə ambulator müalicəyə yazılan xəstələrdə kreatinin orta hesabla 1.28±0.17 mq/dl, ölən xəstələrdə 2.01±0.22 mq/dl təşkil etmiş ($p<0,001$), diastaza yaxşılaşmış xəstələrdə 930.5±111.1 U/l ölən xəstələrdə 2860.9±200.7 U/l təşkil etmişdir ($p< 0,001$).

Cədvəl 2

Tədqiqat qruplarında laborator analizlərin müqayisəli qiymətləndirilməsi

Göstəricilər	Yaxşılaşmış xəstələr (n=43)	Ölən xəstələr (n=17)	P
CRP, mq/l	53,7±11,4 (1-309)	123,1±22,0 (1-259)	< 0,01
α-amilaza, U/l	273,0±39,4 (125-1190)	1198,1±231,4 (62-3554)	< 0,001
Diastaza, U/l	930,5±111,1 (160-4376)	2860,9±200,7 (1490-4500)	< 0,001
Kreatinin, mq/dl	1,28±0,17 (0,5-7)	2,01±0,22 (0,8-4)	< 0,05
Qalıq azot, mq/dl	22,7±1,7 (6-69)	40,2±3,9 (13-73)	< 0,001
Sidik cövhəri, mq/dl	49,1±3,8 (8-146)	91,5±10,8 (23-156)	< 0,001
AST, U/L	45,2±3,0 (19-91)	56,5±4,1 (24-89)	< 0,05
ALT, U/l	54,9±4,6 (14-133)	88,4±10,0 (25-160)	< 0,001
AST/ALT	0,95±0,06 (0,3-2,04)	0,74±0,07 (0,46-1,68)	< 0,05



Şək. 1.

Cədvəl 3
ROC-analizin statistik nəticələri

Test Result Variable(s) (göstəricilər)	Area (Sahə)	Std. Error (standart xəta)	Asymptotic Sig. (dürüstlük səviyyəsi)	Asymptotic 95% Confidence Interval (95% etibarlıq intervalı)	
				Lower Bound (aşağı sərhəd)	Upper Bound (yuxarı sərhəd)
CRP	,757	,071	,002	,619	,895
Amilaza	,838	,067	,000	,707	,968
Diastza	,962	,024	,000	,915	1,000
Kreatin	,787	,067	,001	,656	,918
Qaliq azot	,819	,072	,000	,678	,961
SC	,783	,079	,001	,628	,939
AST	,700	,073	,016	,557	,844
ALT	,748	,074	,003	,603	,893
AST/ALT	,324	,076	,034	,174	,473

Növbəti mərhələdə binar klassifikasiyada (əlamət var – göstərici normadan aşağı və ya yuxarı, yoxdur - göstərici norma daxilinədir) həssaslıq və spesifiklik göstəriciləri əsasında xarakteristik ROC-əyrilər (receiver operating characteristic) qurulmuşdur (şək. 1).

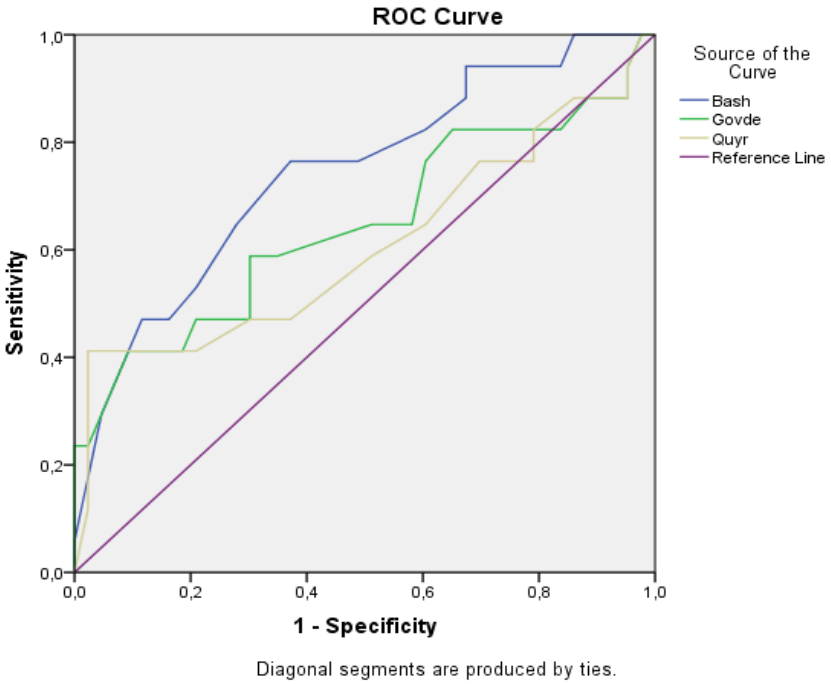
KP zamanı ölən və yaxşılaşmış xəstələrdə mədəaltı vəzinin müxtəlif nahiyələrinin ölçülərinin müqayisəli variasiya analizi aşağıdakı cədvəl 4-də verilmişdir.

Cədvəl 4
Pankreatit zamanı mədəaltı vəzinin müxtəlif nahiyələrinin ölçülərində baş vermiş dəyişiklər

MV nahiyələri	Yaxşılaşmış xəstələr (n=43)	Ölən xəstələr (n=17)	P
Baş, sm	3,17±0,09 (2,1-4,5)	3,74±0,15 (2,3-4,8)	< 0,01
Gövdə, sm	2,81±0,10 (1,6-4,0)	3,25±0,22 (1,8-4,5)	< 0,05
Quyruq, sm	2,96±0,09 (1,8-4,5)	3,32±0,22 (1,9-4,5)	> 0,05

Cədvəl 4-dən aydın olur ki, ölən xəstələrdə mədəaltı vəzin ölçüləri yaxşılaşmış xəstələrdən orta hesabla baş hissəsində 18,1% (p< 0,01), gövdə 15,6% (p< 0,05), quyruq hissəsində 12% (p > 0,05) yuxarı olmuşdur.

Mədəaltı vəzinin ölçülərinin son nəticəyə təsirinin aşkar edilməsi məqsədi ilə ROC-analiz aparılmışdır (Şək. 2).



Şək. 2. Mədəaltı vəzinin ölçüləri üçün aparılmış ROC-analizi

Cədvəl 5
ROC-analizin statistik nəticələri

Test Result Variable(s) (göstəricilər)	Area (Sahə)	Std. Error (standart xəta)	Asymptotic Sig. (dürüstlük səviyyəsi)	Asymptotic 95% Confidence Interval (95% etibarlıq intervalı)	
				Lower Bound (aşağı sərhəd)	Upper Bound (yuxarı sərhəd)
Bash	,743	,073	,004	,601	,885
Govde	,647	,089	,078	,473	,821
Quyruq	,607	,092	,198	,427	,788

Variasiya analizinin nəticələrindən fərqli olaraq, ROC-analiz yalnız mədəaltı vəzin baş hissəsinin ölçüləri üçün yüksək həssaslıq və spesifiklik nümayiş etdirmişdir. Baş hissənin ölçüləri üçün: S=0,743±0,073 (95% Eİ: 0,601-0,885; p=0,004), gövdə hissə üçün: S=0,647±0,089 (95% Eİ: 0,473-0,821; p=0,078), quyruq hissə üçün: S=0,607±0,092 (95% Eİ: 0,427-0,788; p=0,198).

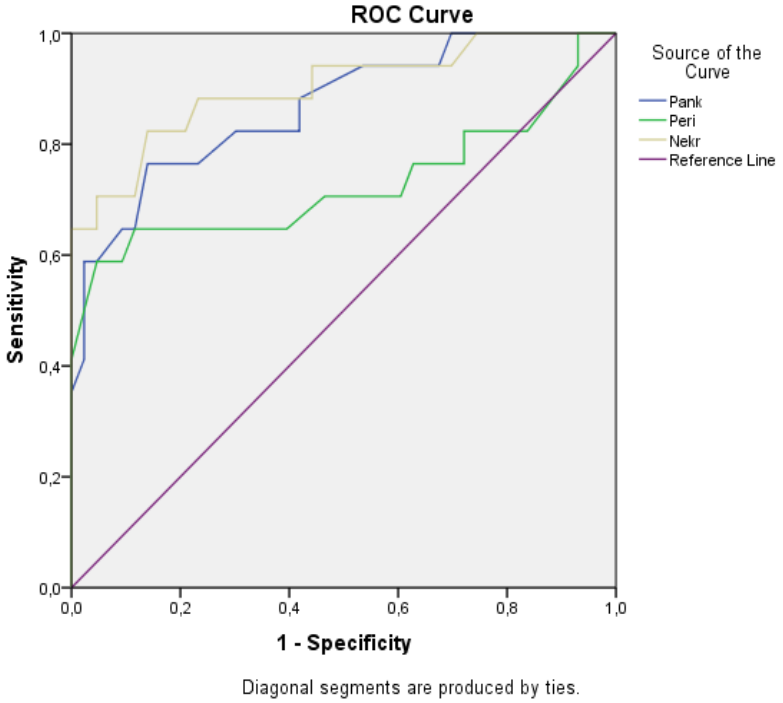
KT bizə verdiyi əsas informasiyalardan biri də pankreas və peripankreatik toxumaların densitometrik göstəriciləridir. Tədqiqat qruplarında densitometrik göstəricilərin variasiya analizinin nəticələri cədvəl 6-da təqdim edilmişdir.

Cədvəl 6
Yaxşılaşmış və ölən xəstələrin pankreas və peripankreatik toxumaların densitometrik göstəriciləri

MV nahiyələri	Yaxşılaşmış xəstələr (n=43)	Ölən xəstələr (n=17)	P
Pankreas, HU	27,2±1,6(6-45)	41,5±2,0(23-53)	< 0,001
Peripankreatik, HU	23,6±1,5(4-39)	33,5±3,5(9-50)	< 0,01
Nekrotik, HU	25,4±1,7(5-42)	44,0±2,4(20-55)	< 0,001

Kompüter tomoqrafiyada mədəaltı vəzi toxumasının densitometrik göstəricilərində kəskin fərqlər aşkar olunmuşdur. Yaxşılaşmış xəstələrlə müqayisədə ölən xəstələrin pankreas toxumasının densitometrik göstəricisi orta hesabla 1,5 dəfə yüksək olmuşdur ki, bu da yüksək dərəcədə statistik dürüstlüklə müşayiət olunur (p < 0,01 – 0,001).

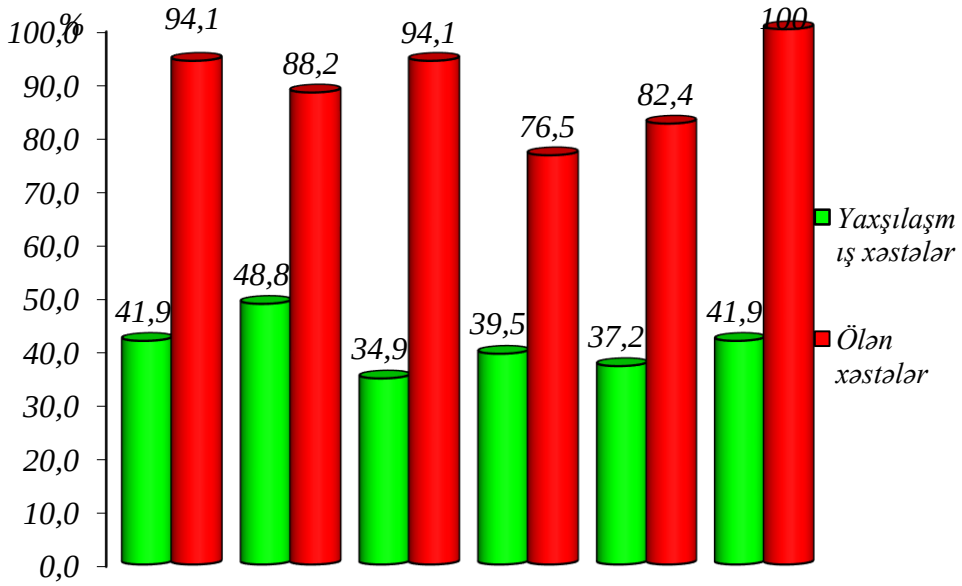
Nəticələrin daha həssas analizini aparmaq üçün ROC-analiz aparılmışdır (şək. 3). Kəskin pankreatitli yaxşılaşmış və ölən xəstələrin KT əlamətləri aşağıdakı şəkil 4-də verilmişdir.



Şək. 3. Pankreas və peripankreatik toxumaların densitometrik göstəriciləri üçün aparılmış ROC-analizi

Cədvəl 7
ROC-analizin statistik nəticələri

Test Result Variable(s) (göstəricilər)	Area (Sahə)	Std. Error (standart xəta)	Asymptotic Sig. (dürüstlük səviyyəsi)	Asymptotic 95% Confidence Interval (95% etibarlıq intervalı)	
				Lower Bound (aşağı sərhəd)	Upper Bound (yuxarı sərhəd)
Pank	,867	,054	,000	,761	,973
Peri	,727	,091	,006	,549	,905
Nekr	,901	,050	,000	,803	,998



Şək. 4. Yaxşılaşmış və ölən xəstələrin KT əlamətlərinin müqayisəli analizi

Cədvəl 8
Kəskin pankreatitli xəstələrin laborator göstəricilər arasında korrelyasiya əlaqələri

		CRP	Amilaza	Diastza	Kreatinin	Qaliq azot	SC	AST	ALT	AST / ALT
CRP	ρ	1,000	,396**	,219	,346**	,428**	,442**	-,139	,041	-,216
	p	.	,002	,093	,007	,001	,000	,289	,753	,097
Amilaza	ρ	,396**	1,000	,428**	,353**	,489**	,520**	,086	,100	-,112
	p	,002	.	,001	,006	,000	,000	,515	,449	,396
Diastza	ρ	,219	,428**	1,000	,340**	,366**	,268*	,176	,183	-,125
	p	,093	,001	.	,008	,004	,038	,179	,163	,343
Kreatin	ρ	,346**	,353**	,340**	1,000	,739**	,682**	,388**	,378**	-,219
	p	,007	,006	,008	.	,000	,000	,002	,003	,093
Qaliq azot	ρ	,428**	,489**	,366**	,739**	1,000	,781**	,274*	,323*	-,271*
	p	,001	,000	,004	,000	.	,000	,034	,012	,037
SC	ρ	,442**	,520**	,268*	,682**	,781**	1,000	,060	,265*	-,373**
	p	,000	,000	,038	,000	,000	.	,648	,041	,003
AST	ρ	-,139	,086	,176	,388**	,274*	,060	1,000	,744**	-,095
	p	,289	,515	,179	,002	,034	,648	.	,000	,472
ALT	ρ	,041	,100	,183	,378**	,323*	,265*	,744**	1,000	-,720**
	p	,753	,449	,163	,003	,012	,041	,000	.	,000
AST / ALT	ρ	-,216	-,112	-,125	-,219	-,271*	-,373**	-,095	-,720**	1,000
	p	,097	,396	,343	,093	,037	,003	,472	,000	.

Qeyd: korrelyasiya əmsalının 2-tərəfli dürüstlük səviyyəsi: *-p<0,05; **-p<0,01

Diaqramda göründüyü kimi ölən xəstələrdən 16-da (94,1±5.7%) mədəaltı vəzin konturları dəyişdiyi halda yaxşılaşmış xəstələrdə bu hal 18 xəstədə (41,9±7.5%) müşahidə olunmuşdur ($\chi2=11,5$; $p<0,001$). Retroperitoneal abses yaxşılaşmış xəstələrin 16-da (37,2±7,4%) izləndiyi halda ölən xəstələrdə bu rəqəm 14 xəstə, yaxud 82,4±9,2% ($\chi2=8,21$; $p<0,01$) olmuşdur. Assit ölən xəstələrin hamısında (100,0%) müşahidə olunduğu halda yaxşılaşmış xəstələrin 18-də (41,9±7,5%) qarın boşluğunda sərbəst maye müşahidə olunmuşdur ($\chi2=14,6$; $p<0,001$).

Yuxarıda təqdim olunanlardan göründüyü kimi, çoxlu sayda klinik-laborator göstəricilər KP-li xəstələrdə ölüm riskini artıran göstəricilər kimi qiymətləndirilə bilər. Lakin eynigüclü göstəricilərin paralel olaraq proqnozun riyazi modelində iştirakı nəticəni gücləndirməklə səhv istiqamətdə apara bilər. Riyazi modelin düzgün qurulması asılı göstəricilərin modeldə eyni zamanda iştirakını təsbit etmir. Bu məqsədlə tədqiqatımızın növbəti mərhələsinə korrelyasiya analizi daxil edilmişdir. Bu analiz asılı göstəricilərin aşkara çıxarılmasında və proqnostik modeldə hansı göstəricilərin iştirak edəcəyi ilə bağlı qərar verməkdə bizə yardımçı olmuşdur.

Cədvəl 9

Kəskin pankreatitli xəstələrdə ölüm riskini qiymətləndirmək üçün proqnostik karta

Göstərici	Qradasiya	Proqnostik bal (PB)
CRP	≥ 60	-10
	< 60	11
Amilaza	≥ 560	-19
	< 560	13
Diastaza	≥ 1450	-20
	< 1450	10
Kreatinin	≥ 1,6	-15
	< 1,6	10
Qalıq azot	≥ 32	-17
	< 32	13
AST	≥ 42	-7
	< 42	16
Baş ölçü	≥ 4,0	-7
	< 4,0	10
Pankr HU	≥ 39	-17
	< 39	13
Peri HU	≥ 39	-25
	< 39	8
Plevral maye	Var	-7
	Yox	9
Abses	Var	-8
	Yox	13
Assit	Var	-9
	Yox	8

Beləliklə, hər iki qrupda laborator göstəricilər arasında SPSS-20 statistik paketinin köməyi ilə ρ-Spirmen korrelyasiya analizi aparılmış, nəticələr cədvəl 8-də təqdim edilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi sidik cövhəri göstəricisi öyrənilən göstəricilərin demək olar ki, hamısı ilə statistik dürüst düz və ya əks əlaqədardır. Bu bizə imkan vermişdir ki, sidik cövhərinin göstəricisi proqnostik əhəmiyyətə malik olsa da informasiyanın təkrarlanmaması üçün proqnostik kartaya daxil etməyək. AST və ALT göstəricilərinin dəyişməsinə nəzarət edərkən aydın oldu ki, bu göstəricilər arasında dürüst düz korrelasiya əlaqəsi vardır ($\rho= +0,744$; $p<0,001$). Proqnozlaşdırma meyarlarına əsasən bu göstəricilərdən yalnız birinin proqnostik kartaya salınması məqsədəuyğundur. Əks halda eyni informasiyasının təkrarlanması faktına gəlinər. Eyni prinsiplərlə, AST/ALT göstəricisi də risk faktorlari siyahısından çıxarılmışdır.

Analoji olaraq, korrelyasiya analizinin nəticələri MV-nin ölçülərindən yalnız baş hissənin, densitometrik göstəricilərdən peripankreatik və nekrotik sahənin HU göstəricisinin, KT əlamətlərdən isə yalnız 3-nun

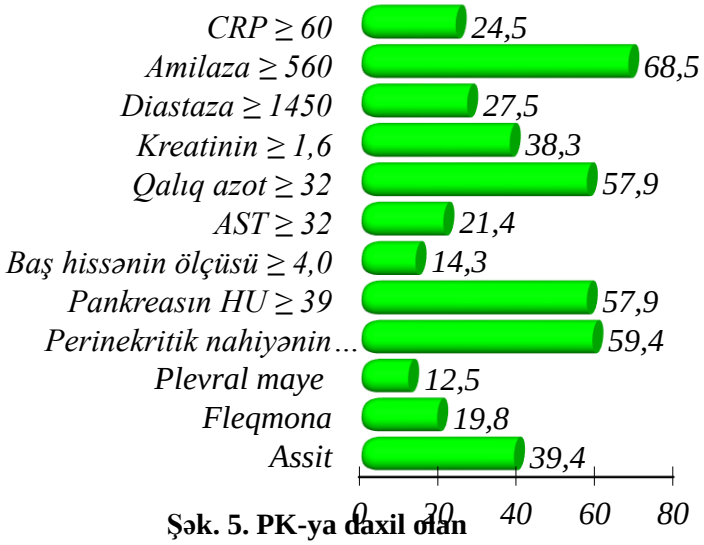
(plevral maye, abses və assit) müstəqil risk meyarı kimi seçməyimizə şərait yaratmışdır.

Tədqiqatın növbəti mərhələsində isbatlı təbabət üsullarından istifadə etməklə seçdiyimiz risk faktorlarının böhran səviyyələri təyin edilmişdir. Bu məqsədlə ROC-analizində öyrənilən hər bir göstəricinin dəyişmə intervalı (minimum-maksimum) bərabər intervallarla kvantlaşdırılmış və hər bir kvanta uyğun həssaslıq və spesifiklik qiymətləndirilmişdir. Bu səviyyələr içərisində həssaslıq + spesifiklik cəmi ən yüksək olan səviyyə böhran səviyyə kimi götürülmüşdür.

Alınan nəticələri proqnostik kartaya daxil etdikcə, hər bir göstəricinin böhran səviyyədən aşağı və yuxarı olan hallarda hər iki qrupda ayrı-ayrılıqda rastgəlmə tezliyi hesablanmış, Valdın diaqnostik meyarı qiymətləndirilmiş, hesablamanın sadəliyi üçün nəticə 10-a vurulmuşdur (cədvəl 9).

Nəticənin analizi alınan proqnostik əmsalı işarəsinin təyin olunması ilə nəticələnir. Belə ki, proqnostik əmsalın müsbət olması, xəstəliyin müsbət gedişinə mənfi olması xəstənin vəziyyətinin ağırlaşmasına işarədir. Xəstənin vəziyyətinin əvvəlcədən proqnozlaşdırılması klinisistə düzgün və vaxtında diaqnozun qoyulmasına və bu fonda adekvat müalicə taktikasının seçilməsinə şərait yaradır.

Kartaya daxil etdiyimiz göstəricilərin hər birinin son nəticəyə təsir gücünü hesablamaq məqsədi ilə dispersion analiz- ANOVA testi aparılmışdır (şək. 5).



Şək. 5. PK-ya daxil olan risk faktorlarının ölüm göstəricisinə təsir gücü

Analizin nəticələri göstərmişdir ki, ölüm səbəbləri içərisində amilazanın 560 böyük olması faktorunun təsir gücü FTG=68,51% (95% etibarlıq intervalı (Eİ): 66,33-70,68; p<0.001) olmuşdur. Digər faktorlardan peripankreatik nahiyənin HU 39-dan böyük olması (FTG=57,92%; 95% Eİ: 55,01-60,82; p<0,001) olmuşdur.

Faktorların təsir güclərinin müxtəlifliyi və bu risk faktorlarının nəzarətə götürülməsi həkimə xəstənin vəziyyətinin dəyərləndirilməsində, adektav müalicə taktikasının seçilməsində vacib məqamlardan biridir. Qeyd etmək lazımdır ki, proqnostik kartanın verdiyi nəticənin obyektivliyi kartaya daxil edilən bütün faktorların nəzərə alınması ilə xarakterizə olunur, başqa sözlə xəstənin vəziyyətini obyektiv qiymətləndirmək üçün sadalanan bütün risk faktorları, xüsusən də təsir gücü böyük olan faktorlar mütləq nəzərə alınmalıdır. İstisna hallarda hansısa faktor nəzərə alınmazsa, hesablanmış proqnostik balın "sıfır" ətrafındakı yaxın qiymətləri (məsələn:-10 ≤ PB ≤ +10), "şübhəli" interval kimi qiymətləndirilə bilər.

Alınan proqnostik kartanın həssaslığını və spesifikliyini təyin etmək üçün bütün xəstələrin proqnostik əmsalları qiymətləndirilmişdir (cədvəl 10).

Məlum olmuşdur ki, sağalmış 43 xəstənin 40-da proqnostik əmsal müsbət, ölən 17 xəstənin 15-də proqnostik əmsal mənfi olmuşdur. Proqnostik kartanın həssaslığı- 93,0±3,9%; spesifikliyi- 88,2±7,8% olmuş ümumi proqnostik dəyər 91,7±3,6% təşkil etmişdir. LR+ "yaxşı" LR- "əla" kimi qiymətləndirilmişdir ki, bu da proqnostik kartanın klinik təbabətdə istifadə üçün yararlıdır.

Kəskin pankreatit zamanı xəstələrdə baş vermiş patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsini proqnozlaşdıran təklif olunan müxtəlif sxemlər içərisində məhz təşkil etdiyimiş kartaya rast gəlinməmişdir.

Təklif olunan karta praktik cəhətdən mürəkkəb olmayıb, kəskin pankreatitdən müalicə olunan xəstələrin müalicə taktikasında istifadə oluna bilər. Kartaya daxil edilən göstəricilər əlavə tədqiqatlar tələb etməyən

ümumi müayinə sxemində istifadə olunan göstəricilərdir ki, onlar hər bir kəskin pankreatitli xəstənin xəstəlik tarixçəsində nəzarət olunan göstəricilər siyahısındadır. Həkimim praktik fəaliyyətində xəstənin vəziyyətini qiymətləndirmək üçün həmin göstəricilər proqnostik balların toplanması prosedurasına gətirib çıxarır.

Cədvəl 10

Proqnostik kartın dəyərləndirilməsi

PK	Test	Həqiqi nəticə		
		Yaxşılaşmış	Ölən	S
		43	17	60
	≥0	40	2	42
	<0	3	15	18
Həssaslıq - həqiqi (+) nəticələr	Se	93,0±3,9%		
Spesifiklik - həqiqi (-) nəticələr	Sp	88,2±7,8%		
(+) nəticənin qiymətləndirmə effektliyi	pPV	95,2±3,3%		
(-) nəticənin qiymətləndirmə effektliyi	nPV	83,3±8,8%		
(+) nəticənin doğruluq münasibəti	LR+	7,91 (yaxşı)		
(-) nəticənin doğruluq münasibəti	LR-	0,08 (əla)		
Testin ümumi dəyəri	ДК	91,7±3,6%		

Nəticələr: 1.Klinik-laborator və multidedektorlu kompüter tomoqrafiya müayinələrinin nəticələrinə əsasən 60 xəstədən 13-də (21,7%) kəskin pankreatitin yüngül, 22 (36,7%) xəstədə orta ağırlıqlı və 25 (41,7%) xəstədə isə ağır forması müəyyən edilmişdir. 2.Kəskin pankreatitli xəstələrdə letallıq yüngül gedişli formasında 15,4±10,0%, orta ağırlıq dərəcəsində 22,7±8,9%, ağır gedişli formasında 40,0±9,8% təşkil edir. 3.Kəskin pankreatit olan xəstələrdə ölüm göstəricisinə təsir edən risk faktorları içərisində amilaza ≥ 560 U/L faktorunun təsir gücü-FTG=68,51 (95% Eİ: 66,33-70,68%), qalıq azot ≥ 32mmol/l – FTG=57,92 (95% Eİ:55,01-60,82%), pankreasın və peripankreatik nahiyənin sıxlığının ≥39HU müvafiq olaraq FTG=57,9 (95% Eİ: 55,01-60,82%) və FTG=59,04 (95%Eİ:56,54-62,15%) təşkil edir. 4.Kəskin pankreatitli xəstələrdə patoloji prosesin gedişini proqnozlaşdırmaq üçün hazırlanmış proqnostik kartanın həssaslığı-93,0±3,9%, spesifikliyi – 88,2±7,8% olmuş, ümumi proqnostik dəyər 91,7±3,6% təşkil etmişdir

ƏDƏBİYYAT

1. İsayev H.B. Cərrahi xəstəliklərin patofiziologiyası. Bakı, 2006, 276 s.
2. Məmmədov L.A. Qarın nahiyəsinin topoqrafik anatomiyası və cərrahi əməliyyatları. Bakı, 2004, 57s.
3. Араблинский А.В. Уточненная диагностика опухолей поджелудочной железы с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии (лекция) // Мед. визуализация, 2010, № 4, с.13-25
4. Боровский В.В. Современные ультразвуковые технологии в диагностике деструктивных форм острого панкреатита // Мед. визуализация, 2010, № 3, с.64
5. Гафаров И.А. Интегральная оценка состояния миокарда на основе совокупности клинико-биохимических данных // Sağlamlıq, 2005, № 2, s. 111-113
6. Исангильдеева К.Х., Кармазановский Г.Г., Икрамов Р.З. и др. КТ диагностика ранних послеоперационных осложнений в хирургии органов гепатопанкреатобилиарной зоны // Мед. визуализация, 2013, № 6, с.137-140
7. Фельдшеров М.В., Нуднов Н.В. Лучевая диагностика острого панкреатита, его форм и осложнений // Мед. визуализация, 2011, № 1, с.129-131
8. Frulloni L., Scattolini C., Falconi M. et al. Autoimmune pancreatitis: differences between the focal and diffuse forms in 87 patients // Am J Gastroenterol, 2009, v. 104, p. 2288
9. Tsuji Y., Takahashi N., Fletcher J et al. Subtraction color map of contrast-enhanced and unenhanced CT for the prediction of pancreatic necrosis in early stage of acute pancreatitis // AJR, 2014, v. 202, p.349-w356
10. Türkvatan A., Erden A., Türkoğlu M. et al. Imaging of acute pancreatitis and its complications. Part 2. Complications of acute pancreatitis // Diagn Interv Imaging, 2015, v. 96, p.161-169

Резюме

Прогнозирование течения патологицеского процесса при остром панкреатите

А.Н.Мустафаев, И.А.Гафаров

На основании результатов клинико-лабораторных и мультидетекторных компьютерно-томографических исследований проведенных у 60 больных у 13 (21,7%) установлена легкая, у 22 (36,7%) – средняя, у 25 (41,7%) тяжелая форма острого панкреатита. Летальность в легкой форме

острого панкреатита составила 15,4 ±10,0%, в средней тяжести 22,7±8,9%, а в тяжелой форме- 40,0±9,8 %. Среди факторов влияющих на летальность у больных с острым панкреатитом амилаза составила ≥560 U/L степенъ влияния фактора- СВФ=68,51 (95% ДИ 66,33 -70, 68%), остаточной азот ≥32 mmol/l- СВФ=57,92 (95% ДИ:55,01-60,82%), плотность панкреаса и околопанкреатической области ≥ 39 HU соответственно СВФ= 57,9 (95% ДИ: 55,01-60,82%) и СВФ=59,04 (95% ДИ: 56,54 - 62,15%). С целью прогнозирования течения патологического процесса у больных с острым панкреатитом, составлена карта, чувствительность которой составляет –93,0±3,9 %, специфичность 88,2±7,8%, общая прогностическая ценность- 91,7±3,6%.

Summary

Prognostication of the course of the pathologic process in acute pancreatitis

A.N.Mustafayev. I.A Gafarov

Based on the results of clinical and laboratory and multi-detector computed tomography studies of 60 patients, mild form of acute pancreatitis was found in 13 (21,7%), moderate form in 22 (36,7%) and severe form in 25 (41,7%) patients. Mortality in the mild form of acute pancreatitis constituted 15,4 ±10,0%, in the moderate form - 22,7±8,9%, and in the severe form – 40,0±9,8 %. Among the factors leading to mortality in patients with acute pancreatitis amylase constituted ≥ 560 U/L, Extent of influence of a factor – EIF =68,51 (95% CI 66,33 -70, 68%), residual nitrogen ≥ 32 mmol/l – EIF = 57,92 (95% CI:55,01–60,82%), density of pancreas and peripancreatic area ≥ 39 HU with EIF= 57,9 (95% CI: 55,01-60,82%) and EIF=59,04 (95% CI: 56,54 – 62,15%), respectively. To prognosticate the course of pathologic process in patients with acute pancreatitis a map with –93,0±3,9 % sensitivity, 88,2±7,8% specificity, 91,7 ±3,6 % general prognostic value was generated.

Daxil olub: 30.12.2016

XRONİKİ İNFEKSİYA OCAQLARI İLƏ AĞIRLAŞMIŞ BRONXİAL ASTMANIN KLİNİKİ GEDİŞ XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN XARAKTERİSTİKASI

T.T. Pənahova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: bronxial astma, infeksiya, kinika, gedişat, ağırlaşmalar

Ключевые слова: бронхиальная астма, инфекция, клиника, течение, осложнения

Keywords: bronchial asthma, an infection, a clinic, a course, complications

Bütün dünyada uşaqlar arasında bronxial astma (BA) xəstəliyinə yüksək tutulma səviyyəsi qeydə alınır ki, bu göstərici uşaqların 5%-ə qədərini təşkil edir [1,2,3]. Hal-hazırda astmanın müxtəlif klinik təzahürlərinin öyrənilməsi çox aktualdır. Xroniki infeksiya ocaqları ilə ağırlaşmış bronxial astma patologiyanın daha az tədqiq olunmuş fenotipidir. O, müasir təsnifatda əks olunmamışdır və patogenez, diaqnostika və patogenetik baxımdan əsaslandırılmış terapiyanın təyin olunması məsələlərində praktik həkimlər üçün çox çətinlik yaradır. BA bu formasının və variantlarının diaqnozunun verifikasiya alqoritmi yoxdur, infeksiya ilə allergiyanın qarşılıqlı əlaqə məsələsinin müzakirələri isə davam etməkdədir [4]. Astma patogenezinin mürəkkəb mexanizmi bu günə qədər dolğun şəkildə tədqiq edilməmişdir, müalicə metodları isə daha da təkmilləşdirilməli və BA klinik-patogenetik müxtəlifliyinə uyğun olaraq diferensasiya olunmalıdır.

BA, klinik və patogenetik fenotiplərin diaqnozu ilkin müayinə mərhələsində şikayət, anamnez, fiziki müayinə, xəstəliyin kliniki gedişi, xarici tənəffüs funksiyası müayinəsinin nəticələri, yanaşı patologiyanın analizi, habelə BA diaqnostikası və terapiyası üzrə Beynəlxalq Konsensusa əsasən klinik-laborator və allerqo-immunoloji müayinə nəticələri (GINA, 2006) kimi məlumatlar məcmusu əsasında qoyulurdu. İ.İ.Balabolkin də öz əsərlərində [5,6] BA xəstəsi olan uşaqlarda bakterial allergenlərə qarşı sensibilyasiyanın mühüm olduğunu qeyd edir. BA "infeksion-allergik" forması, bir qayda olaraq, yanaşı xroniki infeksiya ocaqları – haymorit, sinusit, polip, xroniki bronxit, keçirilmiş pnevmoniya, tez-tez baş verən KRX/KRVİ fonunda əmələ gəlir. Bütün bunlar makroorqanizmdə mikroorqanizmlərin antigenlərinə qarşı yüksək həssaslığın inkişaf etməsinə səbəb olur və klinik astma mənzərəsi inkişaf edir [7,8] Belə ki, bakterial sensibilyasiyalı BA xəstəsi olan uşaqların müaiynəsi zamanı 75.7% uşağın anamnezində təkrarlanan bronxit və pnevmoniya olduğu göstərilmiş, bronxial astma xəstəsi olan uşaqların 31.2%-ndə müayinə zamanı adenoidlər, 49.4% uşaqda xroniki tonzillit, 42.1% uşaqda diş kariyesi aşkar edilmiş, 37.5% uşaqda bronxial astma ilə yanaşı infeksion-allergik rinit mövcud olmuşdur. Neil C. Thomsonun [9] işində göstərilir ki,

astmanın ağırlaşma tezliyi komorbid vəziyyətlə: sinusitlə, qastroezofaqeal reflüks xəstəliyi ilə, respirator infeksiya ilə əlaqəlidir. BA əmələ gəlməsinin arzuolunmaz amillərindən biri də uşaqların 45%-də rast gəlinən yanaşı burun polipozudur, həm də bu xəstəliyin inkişaf səbəblərindən biri kimi göbələklərin, mikrobların, xüsusilə qızılı stafilokokkun burun boşluqlarında yayılması göstərilir [10,11,12,13]. Şübhəsiz ki, BA müalicə metodu seçilərkən yanaşı patologiya mütləq nəzərə alınmalıdır. Beləliklə, infeksiya prosesi ilə ağırlaşmış bronxial astma klinik gedişinə və patogenetik mexanizmlərinə görə, heterogen təzahürlərə malik müstəqil variantdır. Xroniki yoluxma ocaqları ilə ağırlaşmış bronxial astmanın patogenetik inkişaf mexanizmlərinin öyərnilməsi, müxtəlif variantların diaqnostik markerlərinin müəyyən edilməsi BA bu formasına fərqli yanaşmanı təmin edə bilər. İnfeksiya prosesi bronxial astmanın infeksiya ilə əlaqəli formasının inkişafı üçün ilkin prosesdir. Xroniki infeksiya ocaqları mikroorqanizmlərin antigenlərinə qarşı yüksək həssaslığın yaranmasına kömək edir, bu həssaslığın fonunda isə bronxların hiperreaktivliyi xəstəliyi meydana çıxır və klinik astma şəkli inkişaf edir. Mikroorqanizmlərin metabolitləri və toksinləri immunsəriştəlihüceyrələrin qeyri-spesifik yolla inkişaf etməsinə və bioloji aktiv maddələrin, xüsusilə də həssas insanlarda histamin ifrazına gətirib çıxara bilər. Yaxşı məlumdur ki, bəzi mikroorqanizmlər (məsələn, hemofil çubuğu) ətraf mühitin histidindən histamin sintez etmə qabiliyyətinə malik olan histidin-dekarboksilaza ifraz edir [14]. Bundan başqa, qrammüsbət və qrammənfi bakteriyalar və onların endotoksinləri təkcə histamini deyil, həm də mühüm bronxokonstriktor maddə olan və BA inkişafında xüsusi rol oynayan leykotrein B4, prostoqlandin D2-nin makrofaq-neytrofil halqasının hüceyrələrini aktivləşdirə bilər [15]. İnfeksion allergiyanın inkişafında spesifik və qeyri-spesifik proseslərin birləşməsi infeksion astmaların müxtəlif formalarının inkişafını da müəyyənləşdirir [16,17]. V.N. Fedoseyeva belə bir tərif irəli sürür: "Sahibin orqanizmi ilə mikrobun münasibəti mürəkkəb və müxtəlif olduğu kimi infeksion-allergik prosesin formalaşma mexanizmləri də müxtəlifdir" [18.19]. V.N. Fedoseyeva BA xəstələrinin əsnəyindən, burnundan, bronxlarından götürülmüş mikrofloranın analizini aparmış və 13 -15 mikrob aşkar etmişdir. Onların arasında patogen və qeyri-patogen flora nümayəndələri (klebsiela, pnevmokokk, hemofiliya çubuğu, neyseriyanın müxtəlif növləri, difteroidlər, streptokokklar, stafilokokklar) olmuşdur. Astma xəstələrində neyseriyanın formaları fərqli olmuşdur, onların səthində bronxların epiteliya toxumasına "yapışmanı" təmin edən aşağı molekullu zülallardan (pilinlərdən) ibarət olan pillər aşkar edilmişdir. Müəllif sübut etmişdir ki, tədqiq olunan bakteriyaların məhz bu xüsusiyyəti allergik reaksiyaların inkişafını müəyyən edir. Sağlam şəxslərin yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasında pil əmələ gətirən ştammlar aşkar edilməmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, Stafilokokkun və klebsielanın müxtəlif hüceyrə strukturlarının allergen aktivliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsi üzrə tədqiqatların nəticələri ekzogen metabolitlərin, kapsul maddəsinin, ribosom fraksiyaların yüksək allergen aktivliyə malik olduğu və respirator-allergik xəstəliklər zamanı bakterial allergiyanın əmələ gəlməsində mühüm rol oynadığı faktını təsdiq etmişdir [20]. Staphylococcus aureus eyni zamanda təxminən 25%-ə yaxın sağlam adamın dərisinin, nəfəs yollarının, mədə-bağırsaq traktının mikroflorasını da təmsil edir. Xroniki bronxit xəstələri ilə müqayisədə BA xəstələrində Staphylococcus aureus 2 dəfə çox ifraz olunur [21]. Müxtəlif müəlliflərin verdiyi məlumata görə, 62.2% halda BA xəstələrində, 45,4% halda isə sinusitlə, poliplə xəstə olan şəxslərdə, xüsusilə tez-tez baş verən ağırlaşmalar və ağır gediş zamanı Staphylococcus aureus ifraz oluna bilər. Staphylococcus aureus ifrazı BA xəstəliyinin sinusitlə, poliplə müştərək olduğu hallarda artır [22,23]. Sübut olunmuşdur ki, bu mikrob yüksək patogenliyə malikdir. Bu xüsusiyyət toksin və superantigen xassəli zülal – fermentlərin çoxluğunun ifrazı ilə müəyyən olunur. Makro və mikroorqanizmlərin qarşılıqlı əlaqə yolları bu günə qədər tədqiqat obyektidir. İnfeksiya prosesinin allergik, qeyri-allergik reaksiyaları və onların qarşılıqlı təsiri axıra qədər öyrənilməmişdir. BA klinik formaları arasında yanaşı xəstəliklərlə gedən bronxial astma müstəqil formadır, onun inkişafı və gedişi orqanizmdəki xroniki infeksiya ocaqları ilə bağlıdır.

Tədqiqatın məqsədi xroniki infeksiya ocaqları ilə ağırlaşmış bronxial astma formasının klinik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və mtodları. Xroniki infeksiya ocaqları ilə inkişaf etmiş BA diaqnozu qoyulmuş 271 xəstədə BA bu formasının klinik xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. BA gediş müddəti 3 ildən 17 ilə qədər dəyişmiş və orta hesabla 10,34±0,31 il təşkil etmişdir. BA bu klinik fenotipi üçün tez-tez baş verən ağırlaşmalar, yanaşı patologiyanın residivləri səciyyəvidir. Belə ki, 2/3 xəstədə ildə 1-2 dəfədən çox, 81 nəfərində isə (19.9%) ildə 10 dəfəyə qədər ağırlaşma baş vermişdir. Orta hesabla hər BA xəstəsində 2,08±0,04 bal üzrə ağırlıqla ildə 3,30±0,11 ağırlaşma baş vermişdir. Ağırlaşma müddəti 5 gündən 25 günə qədər, 10 xəstədə isə 45 günə qədər, orta hesabla 9,44±0,26 gün həddində olmuşdur. Tez-tez tibbi yardıma müraciət halları müşahidə olunmuşdur. BA ilə bağlı xəstəxanaya yatırma tezliyi orta hesabla ildə 1,81±0,04 dəfə təşkil etmişdir. Respirator virus infeksiyaları mövcud BA xəstəliyinin həm induktoru, həm də triggeri kimi çıxış edə bilər. İnterkurrent infeksiyaıar əsas xəstəliyin gedişini ağırlaşdırıb orqanizmdə infeksiya

ocaqlarının xronikiləşməsinə gətirib çıxarırdı. KRX / KRVİ ilə xəstələnmə ildə 1-2 dəfədən 10 dəfəyə qədər, orta hesabla ildə 2,55±0,09 dəfə təşkil etmişdir. BA, yanaşı xəstəliklərin və KRX / KRVİ tez-tez ağırlaşmaları ilə bağlı xəstələr ildə 1-dən 7-yə qədər ABP terapiyası almışdır ki, bu da orta hesabla ildə 2,40±0,09 dəfə təşkil etmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Komorbid patologiya ilə ağırlaşmış bronxial astmanın gedişinin klinik mənzərəsi

BA gedişinin klinik meyarlar	BA xəstələri (M±m)
Ağırlaşmaların müddəti	9,44±0,26
İldə xəstəxanaya yatırma tezliyi	1,81±0,04
İldə antibakterial terapiya tezliyi	2,40±0,09

Orqanizmdə mövcud olan xroniki bakterial infeksiya ocaqları əsas xəstəliyin gedişini ağırlaşdırırdı. Xəstələrin 90%-də BA ağırlaşması KRX/KRVİ ilə, 87.5%-də yanaşı patologiya ağırlaşmaları ilə əlaqəli olmuşdur. BA ağırlaşmalarının mövsümi xarakterli olması, xüsusilə payız-qış və ya yaz dövründə baş verməsi müşahidə olunmuşdur. Təkanverici soyuqdəymə amillərinin təsirinin minimum səviyyədə olduğu yay dövründə BA xəstələrində BA ağırlaşma hallarının xeyli azalması müşahidə olunmuşdur. 13 xəstədə (4.8%) anamnezdə keçirilmiş pnevmoniya halları qeyd edilmişdir. 86% xəstədə BA inkişafından əvvəl yuxarı tənəffüs yollarının xroniki patologiyası (rinit, haymorit, sinusit, burun polipozu) olmuşdur. Əsnəyin mikrobioloji müayinə zamanı daha çox bakterial (n=91, 33.5%) və bakterial-göbələk (n=68, 25.0%) birləşmələr aşkar edilmişdir. Monokulturalar arasında daha çox rast gəlmə tezliyi aşağıdakı kimi qeyd edilmişdir: 110 (40,6%) xəstədə Staph.epidermalis, 103 (38,0%) xəstədə Str. pneumoniae, 71 (26,1%) xəstədə Staph. Aureus. 101 (37,3%) xəstədə kifayət qədər tez-tez C.albicans növü göbələklər aşkar olunurdu ki, bu da İQKS qəbulu ilə əlaqədar olmuşdur.

Cədvəl 2

Komorbid patologiya ilə ağırlaşmış bronxial astma xəstələrində əsnəyin mikrobioloji müayinəsinin nəticələri

Mikrofloranın xarakteri	Analizlərin sayı	
	Mütləq	%
Staph. Aureus	71	26,1
Staph. Epidermalis	110	40,6
Str. Pneumonia	103	38,0
Str. Pyogenes	34	12,5
H.influencae	17	6,2
M.catarhalis	15	5,5
C.albicans	101	37,3
Bakterial birləşmələr	91	33,5
Bakterial-göbələk birləşmələr	68	25,0

Heç bir xəstədə tam nəzarət müşahidə olunmamışdır. Bu, terapevtik tədbirlər planlaşdırılarkən nəzərə alınmalıdır. Əlbəttə, BA nəzarətini artırmaq üçün infeksiya amilinin təsirini azaltmaq, KRX/KRVİ tezliyini aşağı salmaq, yanaşı xəstəliklərin adekvat terapiyasını təyin etmək lazımdır. Bütün xəstələr BA terapiyası üzrə standartlara uyğun olaraq soyuqdəymə əleyhinə bazis preparatlar qəbul etmişdir. Bazis terapiyasının həcminə görə xəstələrin əksəriyyəti- 183 (67.5%) orta dozada İQKS almış, 63 (23.3%) xəstəyə yüksək dozalı steroid, 25 (9.2%) xəstəyə isə aşağı dozalı steroid tətbiq edilmişdir. Soyuqdəymə əleyhinə terapiyanın həcmi BA ağırlıq dərəcəsinin meyralarından biridir. İQKS aşağı dozası ilə BA remissiyasını və nəzarətinə nail olmaq allerqoloq həkimin vəzifəsidir və aparılmış terapiyanın səmərəliliyinə dəlalət edir.

Beləliklə, komorbid patologiya ağırlaşmış BA klinik gedişinin analizinin nəticələrinə görə, xəstələrdə tez-tez ağırlaşmalarla, yüksək İQKS dozası qəbul etməklə, KRX/KRVİ və yanaşı xəstəliyinin ağırlaşmaları ilə bağlı tez-tez ABP qəbulu ilə BA persistə edici olduğu, xəstəliyin gedişinə tam nəzarətin mümkün olmadığı qeyd edilmişdir ki, bu da əsas xəstəliyin gedişini ağırlaşdırırdı. BA inkişafında şərti-patogen mikroorqanizmlərin rolu məsələsi ilə bağlı ədəbiyyat məlumatlarını və aparılan tədqiqatların nəticələrini analiz edərək iki əsas məqamı qeyd etmək lazımdır: bakteriyalar nəfəs yollarında infeksiya prosesinə səbəb ola və bununla yanaşı orqanizmin bakteriya antigenlərinə qarşı sensibilyasiya vəziyyətinə gətirib çıxara bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Lødrup Carlsen K. C., Pijnenburg M. W. Monitoring asthma in childhood. // Eur Respir Rev, 2015, v.24, № 136, p. 178-186.

2. de Benedictis F. M., Attanasi M. Asthma in childhood // Eur Respir Rev., 2016, v. 25, p.41-47.

3. 5.Akinbami L. J., Moorman J. E., Bailey C. et al. Trends in asthma prevalence, health care use, and mortality in the United States, 2001-2010. National Center for Health Statistics // National Center for Health Statistics,2012, № 94.

4. 6.Федосеева В.Н., Федоскова Т.Г. Молекулярные механизма формирования инфекционно-обусловленных форм аллергии // Российский аллерголгический журнал, 2013, № 2, с. 298-300.

5. Балаболкин И.И., Смирнов И.Е., Булгакова В.А. и др. Современная концепция патогенеза бронхиальной астмы у детей // Иммунопатология, аллергология, инфектология, 2006, № 1,с. 26-35.

6. Балаболкин, И.И. Бронхиальная астма у детей. М.: Медицина, 2003, 320 с.

7. Исакова И.И., Гуменюк С.А., Польнер С.А. и др. Клинико-аллергологические и клеточно-гуморальные особенности течения бронхиальной астмой у пациентов с сочетанной патологией // Российский Аллерголгический журнал, 2013, № 1,с. 93-96.

8. Пыцкий, В.И. Механизмы возникновения и развития бронхиальной астмы и основные принципы их лечения. М.: Фармус Принт Медиа, 2008,56 с.

9. Thomson N.C., Chaudhuri R. Identification and management of adults with asthma prone to ex-acerbations: can we do better? // BMC Pulmonary Medicine, 2008, № 8, p. 27.

10.Bernstein J.M, Kansal R. Superantigen hypothesis for eirly development of chronic hyper-plastic sinusitis with massive nasalpolyposis /, // Curr. Opin. Otolaryngol- Head Neck Surg, 2005, v.13, № 1,p. 39-40.

11.Munoz-DelCastillo F., Jurado-Ramos R., Soler A. et al. Fungal sensitization in nasal polypos // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol, 2009, v.19, № 1, p. 6-12.

12.Niederfuhr A.H., Kirsche H., Riechelmann, N., Wellinghausen A. The bacteriology of chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps // Arch. otolaryngol Head Neck Surg, 2009, v.135, p.131-136.

13.Van Cauwenberge P., Van Zele T., Bachert C. Chronic rhinonsinusitis and nasal polyposis: the etiopathoge-nesis revealed? // Verh. K. Acad. Geneeskd. Belg., 2008, № 70(5-6), p.305-327.

14.Гурина О.П., Тимохина В.И., Подосинников И.С. и др. Эффективность применения препарата рибомунил при инфекционно-зависимой бронхиальной астме у детей / Медицинская иммунология: Мат. VII всеросс. науч. форума «Дни иммунологии в Санкт-Петербурге». СПб, 2003, с.228-229.

15.Pitzurra L., Bellocchio A., Nocentini S. et al. Antifungal immune reactivity in nasal polyposis Infect // Immun, 2004, v.72, № 126, p.7275-7281.

16.Пыцкий В.И. Неиммунные механизмы в патогенезе атопической группы заболеваний // Аллергология и иммунология, 2005, №1, с.98-105.

17.Федосеева В.Н., Федоскова Т.Г. Молекулярные механизма формирования инфекционно-обусловленных форм аллергии // Российский Аллерголгический журнал, 2013, № 2, с.298-300.

18.Федосеева, В.Н. Аллергенные свойства бактерий // Российский аллергологический журнал, 2005, № 3, с. 3-11

19.Федосеева, В.Н. Бактериальные аллерговакцины (БАВ) в лечении инфекцион-но-зависимых форм аллергических заболеваний (ИАЗ) // тез. Всеросс. научно-практ. конф. «Вакцинология 2006. Совершенствование имму-нобиологических средств профилактики, диагностики и лечения инфекционных болезней». М., 2006, с.95.

20.Пикуза О.И., Закирова А.М., Хакимова А.Ф. Клинико–иммунологическая эффективность бактериальных ли-затов у часто болеющих детей // РМЖ, 2012, № 2, с. 46-47.

21.Contoli M., Message S.D., Laza-Stanca V. et al. Role of deficient type III interferon-lambda production in asthma ex-acerbations // Nat Med, 2006, v.12(9), p.1023-1029.

22.Беляева Е.В., Борискина Е.В., Ермолина Г.Б. и др. Исследование персистентных свойств микрофлоры респиратор-ного тракта больных хроническими неспецифическими заболеваниями ниж-них дыхательных путей // Медицинский альманах, 2010, № 2 (10), с. 266-269.

23.Niederfuhr A., Kirsche H., Deutschle T. et al. Staphylococcus aureus in nasal lavage and biopsy of patients with chronic rhinosinusitis // Allergy, 2008, v.63, p.1359-1367.

Резюме

Характеристика течения бронхиальной астмы, осложненной очагами хронических инфекций

Т.Т.Панахова

Целью исследования явилось изучение характеристикаитечения бронхиальной астмы, осложненной очагами хронических инфекций. В исследование вошли 271 больных детей с бронхиальной астмой. Продолжительность течения болезни составлял от3 до 17 лет. В результате наших исследований подтвердилось, что в развитии бронхиальной астмы условно-патогенных микроорганизмов бактерии приводят к увеличению сенсибилизации к антигенам.

Summary

Characteristics of the course of bronchial asthma, complicated by foci of chronic infections

T.T. Panahova

The aim of the study was to study the characteristics of bronchial asthma, complicated by foci of chronic infections. The study included 271 patients with children with bronchial asthma. The duration of the disease was from 3 to 17 years. As a result of our studies, it was confirmed that in the development of bronchial asthma of conditionally pathogenic microorganisms, bacteria lead to an increase in sensitization to antigens.

Daxil olub: 07.12.2016

TROMBOSİTLƏRLƏ ZƏNGİN PLAZMA PREPARATLARININ ANTIMIKROB TƏSİRİ

İ.S.Axund-zadə

Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası, Baki

Açar sözlər: trombositlərlə zəngin plazma, böyümə faktorları, infeksiya, yara sağalması

Ключевые слова: плазма богатая тромбоцитами, факторы роста, инфекция, заживление ран

Keywords: platelet rich plasma, growth factors, infection, wound healing

Trombositlərlə zəngin plazma (TZP) tərkibində trombosit miqdarı müəyyən səviyyədən yüksək olan qan preparatıdır. Trombosit preparatları 1980-ci ildən etibarən klinik şəraitdə tədqiq edildikdən sonra xroniki yaraların, o cümlədən venoz xoraları, diabetik xoraları və yataq yaraların müalicəsində geniş istifadə olunur [1]. Normal yara sağalması dinamik və mürəkkəb proses olaraq üç əsas mərhələnin (iltihab, proliferasiya və kollaqen sintezi, çapıq formalaşması) müəyyən zaman daxilində tamamlanması ilə nəticələnir. Bu prosesin hər hansı bir səbəbdən ötrü pozulması xroniki (sağalmayan) yaranın əmələ gəlməsinə yol açа bilər. Belə yaralar əhalinin təxminən 10% görülür və xəstələrin 2,5 % ölümə səbəb olur [2,4]. Xroniki yaralar xəstənin həyat keyfiyyətini və iqtisadi vəziyyətini ağırlaşdırmaq ilə birlikdə milli səhiyyə sisteminə də ciddi zərər vurur. Sağalmayan yaraların bir çoxu xəstənin həyat boyu heç sağalmaz, sağalanlardan çox növü (məsələn diabet və venoz xoraları) tez-tez təkrar edər [5]. Ona görə də belə yaraların mümkün qədər qısa müddət daxilində düzgün müalicə edilməsi vacibdir. Klassik yara müalicəsi nekrotik toxumaların uzaqlaşdırılmasını, infeksiya müalicəsini, hipoksiyanın və etioloji faktorunun aradan qaldırılmasını, xəstənin ümumi vəziyyətinin stabilləşdirilməsini nəzərdə tutur. Lakin, intensiv müalicə tədbirlərinə baxmayaraq bir çox xroniki yarada klassik metodlar yetərsiz qalır [3,4,5-9].

Klinik və eksperimental təbabət sahəsindəki bir çox tədqiqat xronik yaraların etioloji və patofiziolojisinin səbəblərin araşdırılmasına həsr olunmaqdadır (1-7, 18-23). Ümumi faktorlar ilə birlikdə yaranın daxili mühitində baş verən fizioloji və biokimyəvi hadisələrin öyrənilməsi belə xəstələrin müalicəsi üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Ədəbiyyatda yaradakı biokimyəvi prosesləri öyrənmək məqsədilə sarğı materialının, vakuum yardımı ilə toplanmış yara möhtəviyyatının və toxumalara yerləşdirilmiş dekstran lövhələrinin analizi kimi bir çox metod təklif edilib. Bu çalışmaların sayəsində yara sağalmasındakı mühüm rol oynayan maddə və hüceyrələrin tanınması mümkün olub [1,10,11,12-19].

Xroniki və kəskin yaralardakı mayenin müxtəlif xüsusiyyətlərə malik olması bunların hüceyrə yetişdirilmələrinə fərqli təsir göstərdiyindən görülmüşdü. Belə ki, kəskin yaralardakı möhtəviyyat hüceyrələrin matriks molekullarını sintez etmə, bölünmə və köçmə sürətini artdırırkən, xroniki yaradan alınan möhtəviyyat tamamı ilə zidd təsir göstərir [5,15,17,20].

Əksər xroniki yara iltihab mərhələsində qaldığından interleykin –1 (İL-1), İL-6, İL-8 və şiş nekrozu amili (TNF, tumor necrosis factor) kimi iltihabı sürətləndirən faktorların belə yaralarda daha yüksək

səviyyədə olduğu fərz edilmişdir. Tədqiqatlar doğurdan da TNF qatılılığın sağalmayan xoralarda statistik olaraq əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğunu təsdiqləmişdi. Bəzi tədqiqatçılar isə bunu həmçinin TNF inhibitorlarından olan infliximabın yerli olaraq istifadə edildikdə ayaq xoralarının sağalmasını tezləşməsi ilə də sübut etmişdi [1,2,13-20].

İnterleykin səviyyələri bəzi klinik araşdırmalarda xroniki yaralarda yüksək kimi qiymətləndirilməsinə baxmayaraq digər araşdırmalar bunu təsdiq etməmişdi. Yenə də, bir çox müəllif, yara sağaldıqca interleykin və TNF səviyyəsinin düşməsi barəsində həmfikirdirlər. Cooper və digərləri dekstran kapsullarının analizi əsasında xroniki yataq yaralarının mayesində trombosit mənşəli böyümə amili (PDGF, platelet derived growth factor), epidermal böyümə amili (EDGF, epidermal growth factor), fibroblast böyümə amili (FGF, fibroblast growth factor) və transformə edici böyümə amili (TGF, transforming growth factor) kimi bir çox böyümə faktorların nəzərə çarpan əskikliyini göstəriblər [11,13,14].

Qan hüceyrələri ilə aparılan terapiya belə yaraların qapanmasında böyük nailiyyətlərdəndir. Knighton və əməkdaşları 1986-ci ildə apardığı klinik tədqiqatda autoloji trombositlərin qranulyasiya toxuması üzərindən epitelizasiyanın sürətləndirilməsini və beləliklə xroniki xoraların sağalmasını əldə edərək autoloji qan preparatlarının effektivliyini təsdiq edən ilk klinik çalışmasını həyata keçirmişdilər. Belə müalicənin effektiv və təhlükəsiz olduğu daha sonra aparılmış bir çox klinik və *in vitro* tədqiqatda göstərilib [1-9,16,17-21].

Xronik yaralardan əlavə trombosit preparatlarının hazırda periodont xəstəlikləri müalicəsində, üz-çənə cərrahiyyəsində, ortopediya və travmatologiyada, kosmetik və plastik cərrahiyyədə, onurğa sütunu, ürək-damar cərrahiyyəsində və yanıq müalicəsində özünəməxsus yeri var. Trombosit preparatlarından klinika şəraitində ən çox istifadə ediləni isə trombositlərdən zəngin plazmadır (TZP) [22,23,25].

Bu preparatın hazırlanması üçün müxtəlif metodlar mövcuddur. Standart protokola görə, TZP iki mərhələdə hazırlanır. Əvvəlcə xəstənin öz qanı sentrifuqa yardımı ilə plazma və eritrositlərə ayrılır. Daha sonra plazma qismindən ikinci mərhələdə TZP əldə edilir. TZP-nı aktiv hala gətirmək üçün kalsiyum ionları və öküz trombini daxil edən məhlul əlavə edilir. Nəticədə gel şəklində preparat alınır (1, 5, 25).

TZP-nın yara sağalmasında effektiv olması üçün 1 mikrolitri ən az bir milyon trombosit daxil etməlidir. Bundan az olan trombosit qatılığında yara sağaldıcı effekt azalır, daha yüksək qatılıqlar isə əlavə üstünlük qazandırmır [2,4].

TZP autoloji qandan başqa homoloji (random) trombositlərdən də hazırlana bilər. Bu metodun istifadəsi xüsusilə qanla yoluxan xəstəlik, anemiya, sistemik birləşdirici toxuma xəstəliyi, öküz trombininə allergiyası olan xəstələrdə məqsədə uyğundur. Preparatı aktiv hala gətirmək için xəstənin öz qanından hazırlanmış trombin istifadə olunur [26].

Formal olaraq trombosit preparatlarına transgenik yolla alınan PDGF-ni (platelet derived growth factor – trombosit mənşəli böyümə faktorunu) da aid etmək olar. PDGF trombositlərin əsas təsir edici amili sayılır. A ya da B tipindən olan iki polipeptid zəncir daxil edir. AA, AB və BB izomerlərindən BB olanı ən güclü təsirə malikdir. Hal-hazırda PDGF-nin BB izomeri transgenik Saccharomyces cerevisiae maya göbələyi ilə istehsal edilir və "Regranex" yada "Becaplermin" gelləri şəklində satılır. Amerikanın dərman nəzarəti qurumu (FDA) bu preparatların diabet xoraları müalicəsi üçün istifadəsinə icazə verib [1,23].

TZP tərkibindəki trombositlərin deqranulyasiyası zamanı alfa qranullarından bir çox böyümə faktoru və digər bioaktiv maddə ifraz olunur: PDGF (platelet derived growth factor- trombosit mənşəli böyümə faktoru), TGF- beta (transforming growth factor- transformasiya edici böyümə faktoru), 4 nömrəli trombosit faktoru, PDAF (platelet-derived angiogenesis factor- trombosit mənşəli angiogenez faktoru), VEGF (vascular endothelial growth factor- damar endotelinin böyümə faktoru), EGF (epidermal growth factor- epidermal böyümə faktoru), PDEGF (platelet-derived endothelial growth factor 0- trombosit mənşəli endotel böyümə faktoru), IGF (insulinlike growth factor- insulinə bənzər böyümə faktoru), osteocalsin, osteonektin, fibrinogen, vitronektin, fibronektin və trombospondin [27-30].

TZP-nın yara sağaldıcı təsirini yuxarıda adı çəkilmiş maddələrin həm mitogenik həm de xemotaktik xassələri ilə əlaqələndirmək olar. Hüceyrə səviyyəsində böyümə faktorları makrofaq miqrasiyası: neovaskulyarizasiya, kolaqen sintezi, fibroblast proliferasiyası və epitelizasıyanı tənzimləyir. Hər bir böyümə faktoru bir neçə müxtəlif hüceyrə tiplərinə təsir etdiyindən sağalma prosesi xeyli sürətlənir.

TZP-nın əsas təsir göstərdiyi maddə PDGF sayılır. Bu böyümə faktoru trombositlərin alfa qranullarından başqa sağalmada rol oynayan digər hüceyrələr, o cümlədən makrofaqlar, keratinositlər, fibroblastlar və endoteliositlər tərəfindən də ifraz olunur. PDGF qüvvətli xemoatraktant və mitogen olaraq ən çox fibroblastlar, düz əzələ hüceyrələri və endoteliositlər üzərindən təsirini göstərir. Bundan əlavə yarada hialuron turşusu və fibronektin sintezini başladır.

PDGF, EGF və TGF-nin təsirlərini qarşılıqlı olaraq gücləndirdiyi üçün yara sağalmasında mühüm rol oynayır [2-8].

Qeyd etmək lazımdır ki, belə preparatların tərkibindəki leykosit və toxuma makrofaqlarını cəlb edən proteinlər sayəsində yerli immuniteti gücləndirici və mikrob əleyhinə effektləri var.

Tibbi ədəbiyyatda hal-hazırda olan məlumatlara əsasən trombositlərin mikrob əleyhinə effekti bir çox yöndən izah edilə bilər. Belə ki, trombositlər aktiv oksigen metabolitləri, o cümlədən hidrogen peroksid, superoksid və hidroksil radikal sintezinə malikdir. Bəzi tədqiqatçılar trombositlərin antimikrobik effektini mieloperoksidaza sintezi ilə əlaqələndirir (27-29). Bundan əlavə trombositlərin mikrob hüceyrələrini özünə bağlama, içinə daxil etmə və bir-birinə yapışdırma funksiyalarını yerinə yetirir ki, nəticədə mikrobların yaradan və yara ətrafındakı toxumalardan təmizlənməsi sürətlənir. Trombositlərin həmçinin protozoal patogenlərə qarşı anticisimdən asılı hüceyrə reaksiyalarında rol oynaması göstərilmişdir. Nəhayət, trombositlərdən bilavasitə mikroblara qarşı təsirə malik zülal molekulları tapılmışdı [27-33].

İlk olaraq trombosit tərkibli zərdabın qram müsbət bakteriyalar əleyhinə təsiri hələ 1900-cü illərin əvvəlində müşahidə olunmuşdu. Sonrakı tədqiqatlar mikrob əleyhinə effektin məhz trombositlərə aid olduğunu sübut etmişdi. Bir çox çalışmada insan və heyvan qanındakı trombositlərdən xüsusi, antibakterial təsirli maddələr tapılmışdı [34]. Belə ki, Weksler ilə Nachman dovşan və insan trombositlərinin turş ekstraktlarında 10, 30, və 40 kDa ağırlığında antibakterial zülallar müəyyən etmişdi. Donaldson və Tew dovşan trombositlərindən trombin ilə yaradılmış aqqreqasiya nəticəsində kiçik (6 kDa) boylu antibakterial zülal tapmışdılar [34]. Carroll və Martinez buna oxşar zülalları dovşan qanının zərdabından əldə etmişdi. Yeaman və əməkdaşları dovşan trombositlərinin trombin ilə aqqreqasiya nəticəsində ifraz etdiyi bəzi antibakterial zülalları təfsilatlı təsvir etmişdilər. Zaat və əməkdaşları trombin ilə stimulyasiya edilmiş insan trombositləri məhlullarında naməlum antimikrob təsirli maddələrin mövcudluğunu göstərmişdi 36). Krijgsveld və əməkdaşları trombosit məhlularında CTAP-3 (tissue activating peptide – toxuma aktivləşdirən zülal) ilə bənzər quruluşda olan zülalların mikrob əleyhinə təsirini müəyyənləşdirmişdi. Y.Q. Tang və əməkdaşları insan trombositlərindəki antimikrobik təsirə malik yeddi ayrı polipeptid molekulunu təyin etmişdi. Belə ki, PF-4 (platelet factor 4, 4-cü trombosit faktoru), RANTES (regulated on activation, normal T cell expressed and secreted- T hüceyrələri tərəfindən ifraz edilən və göstərilən, aktivasiya zamanı tənzimlənən zülal), CTAP-3, PBP (platelet basic protein- trombositlərin qələvi zülalı), T-4 (thymosin 4), FP-B (fibrinopeptide B) və FP-A (fibrinopeptide A) molekulalarının antibakterial gücü in vitro şəraitində Staphylococcus aureus, Streptococcus sanguis, Escherichia coli, Candida albicans və Cryptococcus neoformans mikroblarına qarşı tədqiq edilmişdi. PBP, FP-A, FP-B və CTAP-3 polipeptidləri qatılıq ilə düz nisbətdə E. coli, S. aureus, və C. neoformans mikroblarına inhibə edici təsir göstərmişdi. T-4 E. coli və S. aureus mikroblarına təsir etsə də, göbələk patoqenlərinin böyüməsini inhibə etməmişdi. RANTHES və PF-4 bütün patogenlərə qarşı güclü təsir göstərmişdi [27].

Mariani E və əməkdaşlarının apardıqları in vitro tədqiqatlarda trombositlərdən alınan polipeptidlərin bir çox virulent mikrob əleyhinə, o cümlədən Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae və Streptococcus faecalis əleyhinə güclü təsiri təsdiqlənmişdi. Draqo və əməkdaşları buna bənzər nəticələr əldə ediblər [28-30]. Badade PS. və əməkdaşları TZP-nın periodontal toxumanın zədələnməsində mühüm rol oynadığı fərz edilən Porphyromonas gingivalis və Aggregatibacter actinomycetemcomitans bakteriyalarına qarşı təsirini sübut ediblər.

TZP-nın başqa bir antimikrob mexanizmi trombositlərdən əlavə yüksək miqdarda leykosit daxil etməsi ilə izah edilə bilər. İn vitro aparılan tədqiqatlarda TZP tərkibindəki leykosit miqdarının qandakı miqdardan 2-4 dəfə çox olduğu sübut edilmişdi. Buradakı leykositlərin arasında bilindiyi kimi, neytrofillər qranullarındakı mieloperoksidaz sayəsində bakteriya və göbələk əleyhinə təsirə malikdir, limfositlər antigen işlənməsi və interleykin sintezində yer alır, monositlər isə sitokin və xemotaksis amillərini ifraz edərək iltihab reaksiyasını tənzimləyir. Beləliklə TZP tərkibindəki yüksək saydakı leykositlər bakteriyalara qarşı immun mühafizədə mühüm rollardan birini oynaya bilər [28-35].

Klinik olaraq Hao D. və əməkdaşları TZP-nın vakuum müalicəsi ilə birlikdə istifadə olunduqda döş sümüyü osteomielitində yüksək effektivliyini randomizə tədqiqatda göstərmişdi [31]. Kirmani BH və əməkdaşları profilaktik olaraq istifadə edilən TZP-nin ürək əməliyyatdan sonrakı dövrdə infeksiya riskini əhəmiyyətli dərəcədə azaltdığını sübut ediblər [32]. El-Anwar MW və əməkdaşları TZP-nın mirinqoplastika əməliyyatından sonra infeksiya fəsadının əhəmiyyətli dərəcədə azaldığını randomizə klinik tədqiqatda müşahidə ediblər [33].

Patel AN və əməkdaşları 2000 xəstə üzərində apardıqları tədqiqat əsasında kardioimplantasiya əməliyyatından sonra TZP istifadə edilən qrupda dərin döş sümüyü infeksiyası tezliyinin 2.0%-dan 0.6 %-ə, səthi döş sümüyü infeksiyasını tezliyinin 8.0%-dan 2.0 %-ə, və təkrar hospitalizasiya tezliyinin 4.0%-dən 0.8 %-ə düşdüyünü göstəriblər [35].

Wang və əməkdaşları TZP-nın sümük iliyi transplantasiyası ilə birlikdə xronik osteomielit müalicəsində müvəffəqiyyətlə işlədiblər.

Yekun. Trombosit preparatlarında mövcud olan bir çox böyümə faktorları yara sağalmasında mühüm rol oynayır. Bir çox klinik və eksperimental tədqiqat bu preparatlarda həmçinin infeksiya əleyhinə güclü təsirin olmasını təsdiqləyir. Bu təsiri bir neçə mexanizmlə, o cümlədən antibakterial peptid molekullarının, müxtəlif leykosit fraksiyalarının, kompliment sistemi zülallarının və s. olması ilə izah etmək olar.

ƏDƏBİYYAT

1. Fang R.C., Galiano R.D. A review of becaplermin gel in the treatment of diabetic neuropathic foot ulcers // Biologics, 2008, v.2(1), p.1-12.

2. Sebastian K.M.S., Lobato I., Hernandez I. et al. Efficacy and safety of autologous platelet rich plasma for the treatment of vascular ulcers in primary care: phase III study // BMC Fam Pract., 2014, v.15, p.211.

3. Martinez-Zapata M.J., Martí-Carvajal A.J., Solà I. et al. Autologous platelet rich plasma for treating chronic wounds // Cochrane Database Syst Rev., 2012, Issue 10

4. Frykberg R.G., Banks J. Challenges in the treatment of chronic wounds // Adv Wound Care, 2015, v.4(9), p.560-82.

5. Rayner R., Carville K., Keaton J. et al. Leg ulcers: atypical presentations and associated co-morbidities // Wound Pract Res., 2009, v.17(4), p.168-85.

6. Agale S.V. Chronic leg ulcers: epidemiology, etiopathogenesis, and management // Ulcers, 2013, Article ID 413604:9.

7. Suresh D.H., Suryanarayan S., Sarvainamurthy S. et al. Treatment of a Non-healing diabetic foot ulcer with platelet rich plasma // J Cutan Aesthet Surg., 2014, v.7(4), p.229-31.

8. Brem H., Tomic-Canic M. Cellular and molecular basis of wound healing in diabetes // J Clin Invest., 2007, v.117, p.1219-22.

9. Anderson I. Aetiology, assessment and management of leg ulcers // Wound Essent., 2006, v.1,p.20-36.

10. Suryanarayan S., Budamakuntla L., Khadri SIS. et al. Efficacy of autologous platelet-rich plasma in the treatment of chronic non-healing leg ulcers // Plast Aesthet Res., 2015, v.1(2), p.65-9.

11. Aminian B., Shams M., Karim-Aghaee B. et al. role of the autologous platelet-derived growth factor in the management of decubitus ulcer // Arch Iranian Med., 1999, v.2, p.98-101.

12. El-Sharkawy H., Kantarci A., Deady J. et al. Platelet-rich plasma: growth factors and proand anti-inflammatory properties // J Periodontol., 2007, v.78(4), p.661-9.

13. Nikolidakis D., Jansen J.A. The biology of platelet-rich plasma and its application in oral surgery // Tissue Eng Part B Rev., 2008, v.14(3), p.249-58.

14. Shashikiran N.D., Reddy V.V.,Yavagal C.M., Zakirulla M. Applications of platelet-rich plasma (PRP) in contemporary pediatric dentistry // J Clin Pediatr Dent., 2006, v.30(4), p.283-6.

15.Wrotniak M., Bielecki T., Gazdzik T.S. Current opinion about using the platelet-rich gel in orthopaedics and trauma surgery // Ortop Traumatol Rehabil., 2007, v.9(3), p.227-38.

16. Mishra A., Woodall J.Jr, Vieira A. Treatment of tendon and muscle using platelet-rich plasma // Clin SportsMed., 2009, v.28(1), p.113-25.

17. Frechette J.P., Martineau I., Gagnon G. Platelet rich plasmas: growth factor content and roles inwound healing // JDent Res., 2005, v.84(5), p.434-9.

18. Bhanot S., Alex J.C. Current applications of platelet gels in facial plastic surgery // Facial Plast Surg., 2002, v.18(1), p.27-33.

19. Henderson J.L., Cupp C.L., Ross E.V. et al. The effects of autologous platelet gel on wound healing // Ear Nose Throat J., 2003, v.82(8), p.598-602.

20. Eppley B.L., Woodell J.E., Higgins J. Platelet quantification and growth factor analysis from platelet-rich plasma: implications for wound healing // Plast Reconstr Surg., 2004, v.114(6), p.1502-8.

21. Knighton D.R., Ciresi K.F., Fiegel V.D. et al. Classification and treatment of chronic nonhealing wounds. Successful treatment with autologous platelet-derived wound healing factors (PDWHF) // Ann Surg., 1986, v.204(3), p.322-30.

22. Knighton D.R., Doucette M., Fiegel V.D. et al. The use of platelet derived wound healing formula in human clinical trials // Prog Clin Biol Res., 1988, v.266, p.319-29.

23. Marx R.E. Platelet-rich plasma: evidence to support its use // J Oral Maxillofac Surg., 2004, v.62(4). P.489-96.

24. Dohan D.M., Choukroun J., Diss A. et al. Platelet-rich fibrin (PRF): A second-generation platelet concentrate. Part III: Leucocyte activation: A new feature for platelet concentrates? // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod., 2006, v.101, p.51-55

24. El-Sharkawy H., Kantarci A., Deady J. et al. Platelet-rich plasma: Growth factors and pro-and anti-inflammatory properties // J Periodontol., 2007, v.78, p.661-9.

25. Marx R.E. Platelet-rich plasma: Evidence to support its use // J Oral Maxillofac Surg., 2004, v.62, p.489-96

26. Axundzadə İ.S. Random trombosit preparatları ilə xroniki yaraların müalicə metodikası // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, 2016, N4, s.151-155

27. Tang Y.Q., Yeaman M.R., Selsted M.E. Antimicrobial peptides from human platelets // Infect Immun., 2002, v.70(12), p.6524-33.

28. Drago L., Bortolin M., Vassena C. et al. Plasma components and platelet activation are essential for the antimicrobial properties of autologous platelet-rich plasma: an in vitro study // PLoS One, 2014, v.18

29. Mariani E., Filardo G., Canella V. et al. Platelet-rich plasma affects bacterial growth in vitro. // Cytotherapy, 2014, v.16(9), p.1294-304.

30. Fabbro M.D., Bortolin M., Taschieri S. et al. Antimicrobial properties of platelet-rich preparations. A systematic review of the current pre-clinical evidence // Platelets. 2016, v.27(4), p.276-85.

31. Hao D., Feng G., Li T. et al. Curative effects of platelet-rich plasma combined with negative-pressure wound therapy on sternal osteomyelitis and sinus tract after thoracotomy // Zhonghua Shao Shang Za Zhi., 2016, v.32(6), p.331-5

32. El-Anwar M.W., El-Ahl M.A., Zidan A.A., Yacoup M.A. Topical use of autologous platelet rich plasma in myringoplasty // Auris Nasus Larynx, 2015, v.42(5), p.365-8.

33. Patel A.N., Selzman C.H., Kumpati G.S. et al. Evaluation of autologous platelet rich plasma for cardiac surgery: outcome analysis of 2000 patients // J Cardiothorac Surg., 2016, v.11(1), p.62

34. Yeaman M.R., Bayer A.S. Antimicrobial peptides from platelets // Drug Resist. Updates, 1999, v.2, p.116-126.

35.Wang J.H., Zhao K., Liu H.L. et al. Infected bone inactivation combined with transplantation of autologous platelet-rich plasma and bone marrow for treatment of chronic osteomyelitis // Eur Rev Med Pharmacol Sci., 2015, v.19(23)

36.Badade P.S., Mahale S.A., Panjwani A.A. et al. Antimicrobial effect of platelet-rich plasma and platelet-rich fibrin. // Indian J Dent Res., 2016, v.27(3)

Резюме

Антимикробное действие препаратов насыщенных тромбоцитами

А.С.Ахунд-заде

Плазма богатая тромбоцитами (ПБТ) с успехом используется во многих областях медицины для заживления мягких и твердых тканей. Ранозаживляющий эффект ПБТ связан с факторами роста, выделяемыми из альфа гранул тромбоцитов и оказывающими регенеративное действие на ткани. Антибактериальный эффект ПБТ также играет значительную роль в лечении ран и профилактике осложнений. Этот эффект можно объяснить наличием специальных антибактериальных протеиновых молекул, лейкоцитарных фракций в составе ПБТ, белков системы комплимента и т.п. В статье представлен обзор литературы об исследованиях антимикробных свойств ПБТ.

Summary

Antimicrobial action of preparations rich with platelets

A.S.Akhund-zadeh

Platelet rich plasma (PRP) is used successfully for healing of soft and hard tissues in different branches of medicine. The wound healing effect of PRP is related to growth factors, which are realized from alfa granules of platelets. Also considerable antibacterial effect of PRP has its impact on the wound healing. This effect can be explained by presence of various antibacterial proteins, leukocyte fractions, compliment system etc. Antimicrobial properties of PRP are reviewed in presented article.

Daxil olub: 07.12.2016

ÜRƏYİN BİRLƏŞDİRİCİ TOXUMASININ DİSPLAZİYASI OLAN UŞAQLARDA MİOKARDIN DE- VƏ REPOLYARİZASİYASININ VƏZİYYƏTİ

İ.İ. İsayev, M.M. Fətəliyeva, A.İ.Mustafayeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: uşaqlar, EKQ, ürək, displaziya, miokard, depolyarizasiya, repolyarizasiya
Ключевые слова: дети, дисплазия, сердца, миокард, ЭКГ, деполяризация, реполяризация
Keywords: children, minor developmental anomalie, heart, rhythm, conductivity

Son zamanlarda ürəyin birləşdirici toxumasının displaziyasının (ÜBTD) əlaməti kimi uşaqlarda meydana çıxan ürəyin kiçik inkişaf anomaliyalarına klinisistlərin marağının artması, onun müxtəlif yaş əhali qrupları arasında geniş yayılması, qəfləti ölüm, ürək ritminin pozulması, infeksion endokardit, papilyar əzələlərin disfunksiyası, koronar damarların tromboemboliyası, ürək damar çatmazlığı kimi ciddi ağırlaşmalarla nəticələnməsi ilə izah olunur [1,2,3,4,5]. Müxtəlif yaşlarda uşaqlarda ürəyin kiçik quruluş anomaliyaları və ikincili kardiopatiyalar 86,4%, ürəyin anadangəlmə qüsurları isə 13,6% halda rast gəlinir. Uşaqlarda ürəyin kiçik inkişaf anomaliyalarına mitral və trikuspidal qapaq taylarının prolapsı, aorta və ağ ciyər arteriyasının dilatasiyası, mədəciklərin anomal xorda və trabekulası, qulaqçıqlararası çəpərin anevrizması, aorta qapaqlarının ikitaylı olması və asimmetriyası, qapaqaltı aparatın çoxsaylı disfunksiyaları, ürək boşluqlarının izolə olunmuş dilatasiyası və sairə aid edilir [4,6,7,8].

Bir çox tədqiqatçıların fikrincə ürəyin qapaqaltı aparatında fibroblastlarda natamam kollagenin yaranması birləşdirici toxumanın arxitektonikasını pozmaqla vətər xordalarının, papilyar əzələlərin hərəkətinin asinxronluğuna və nəhayətdə qapaqların disfunksiyasına səbəb olur [3,5,9,10,11]. Bu isə ürək əzələsində miofibrillərin struktur homogenliyinin pozulması üçün şərait yaratmış olur. Miokardda belə halın uzun müddət saxlanılması onun elektrik sabitliyinin pozulmasına və müxtəlif aritmiyaların meydana çıxmasına səbəb ola bilən bir amil kimi qiymətləndirilir [10,12,13,14,15,16]. Bu baxımdan uşaqlarda ÜBTD əlaməti kimi meydana çıxan müxtəlif variant ürəyin kiçik inkişaf anomaliyaları (ÜKİA) zamanı mədəciklərin bioelektrik fəallığının öyrənilməsi və miokardın proaritmogen homogenlik vəziyyətini xarakterizə edə bilən əlamətlərin aşkar edilməsi vacib məsələlərdən biri sayılır [5,11,16]. Problemin aktuallığına baxmayaraq belə uşaqlarda yaşdan və cinsiyyətdən asılı olaraq ürək əzələsində re- və depolyarizasiyanın vəziyyəti öyrənilməmiş qalır.

Tədqiqatın məqsədi müxtəlif variant ürəyin kiçik inkişaf anomaliyası olan uşaqlarda yaşdan və cinsiyyətdən asılı olaraq miokardın re- və depolyarizasiyanın vəziyyətinin öyrənilməsi olmuşdur

Tədqiqatın material və metodları. Nəzarət altında 6-17 yaşlı 378 məktəbli olmuşdur. Bütün uşaqlarda ümumi klinik (antropometriya, somatometriya), laborator və instrumental (EKQ, ExoKQ, daxili üzvlərin USM) müayinə üsulları aparılmışdır. ÜKİA olan uşaqlar ExoKQ müayinəsinin nəticələrinə əsasən 3 qrupa bölünmüşdür [7]. I qrupa mitral qapağın qapaqaltı strukturunda kiçik inkişaf anomaliyası (MQKİA) olan 108, II qrupa - trikuspidal qapağın kiçik inkişaf anomaliyası (TQKİA) olan 92, III qrupa isə sol mədəciyin kiçiik inkişaf anomaliyası (SMKIA) olan 82 uşaq daxil edilmişdir. MQKİA qrupuna ExoKQ müayinəsində hemodinamik əhəmiyyətli olmayan mitral qapağın prolapsı, mitral qapağın ön və arxa taylarının ektopik xordası, papilyar əzələlərin anomal yerləşməsi; TQKİA qrupuna üçtaylı qapağın arakəsmələrinin yerdəyişməsi, onun prolapsı və SMKIA qrupuna isə sol mədəcik boşluğunda əlavə xordaları və trabekulaları olan məktəblilər daxil edilmişdir. Məktəbli uşaqlar yaşdan asılı olaraq 6-11 (kiçik məktəb yaşlı,133 nəfər) və 12-17 (böyük məktəb yaşlı, 149 nəfər) yaş qruplarına ayrılmışdır. Qalan 96 həmyaşıd məktəblinin məlumatları nəzarət qrupunu təşkil etmişdir.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Tədqiqat nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, müayinəyə cəlb edilmiş ÜKİA olan uşaqların əksəriyyətində EKQ-də olan dəyişiklər miokardın de- və repolyarizasiyanın pozulması və elektrik sistolasının uzanması ilə təzahür edir. Depolyarizasiya prosesi ürək əzələsində oyanmanın endokarddan xarici qata doğru yayılması ilə əlaqədar əmələ gəlsə də (QRS), repolyarizasiya dalğası hər iki mədəcikdə epikarddan endokarda doğru yayılır, ürək əzələsini yeni yığılmaya hazırlayır və kardiosiklin vacib hissəsi sayılır [9]. Bu zaman mədəciklərin repolyarizasiyasının nəticəsi olaraq EKQ-də dəyişkən T dişi qeyd olunur. Sağlam uşaqlar qrupunda T dişi I, II standart, aVL və aVF birqütblü gücləndirilmiş aparmalarda əksər hallarda müsbət, hərdən iki fazalı (5,4%) və ya hamar (3,2%), aVL aparmasında isə 1,5% halda mənfi olmuşdur. Mənfi T dişi III standart aparmada 26,0% halda, aVR aparmasında isə həmişə qeydə alınmışdır. V_1 aparmasında T dişi 56,7% halda mənfi, 24,6% uşaqda iki fazalı və 18,7% halda müsbət, orta elektrik oxu isə sola aşağı və ya yuxarı yönəlmişdir. EKQ-nin döş aparmalarında V_1-dən V_3-dək, bəzən isə V_1-dən V_4-dək T dişinin amplitudu yüksək olmaqla V_1-dən V_4-dək

artan səciyyəli olmuşdur (V_1-də: 0,61±0,51; V_2-də: 2,26±1,72; V_3-də: 2, 38±1,63; V_4-də: 3,22±1,68 mm). Beşinci və altıncı birqütblü döş aparmalarında T-dişinin amplitudu nisbətən azalmışdır (V_5-də: 3,27±1,36; V_6-da: 2,29 ± 1,06 mm). Əksər hallarda $T_{V1}<T_{V6}$ olmuşdur.

Ürək siklində hər iki mədəciyini tam depolyarizasiya (oyanmış) vəziyyətdə olduğunu ST-seqmenti əks etdirir və praktiki sağlam qrup uşaqlarda 83,1% halda izoxətdə, 6,7% halda 0,5 mm-dək izoxətdən aşağı və 10,2 % halda izoxətdən bir mm-dək yuxarıya doğru yerləşmişdir.

Müayinəyə cəlb edilmiş ÜBTD-nın MQKİA variantı olan uşaqlarda T dişi I, II standart, aVL, aVF birqütblü gücləndirilmiş aparmalarında 65 (60,3%) halda müsbət, 13 uşaqda (12,2%) iki mərhələləi və 30 (28,5%) halda hamar olmuşdur. TQKİA olan uşaqlar qrupunda adı çəkilən aparmalarda T dişinin dəyişilmə semiotikası birinci qrupun məlumatları ilə demək olar ki, eyni səciyyədə olsa da, SMKİA olan məktəblilərdə statistik hesablamada dürüstlük izlənilməsə də, bir qədər fərqlənmişdir. Sonunculardа T dişi I, II standart, aVL və aVF aparmalarında 46 (56,4%) təsadüfdə müsbət, 17 (20,6%) halda iki mərhələli, qalan 19 (23,0%) halda isə izoxətt səviyyəsində olmuşdur. Müayinə edilən ÜBTD olan uşaqlarda bunlarla yanaşı aVL aparmasında MQKİA olan məktəblilərin 10,3%, TQKİA zamanı 8,4%, SMKİA olan uşaqların isə 14,5%-ində T dişi izoxətdən aşağıda qeyd edilmişdir. İzoxəttin altında mənfi T dişi III standart aparmada I qrupda 40,6% (44), TQKİA zamanı 38,5% (35), SMKİA olanların isə 42,3%-də (35) müşahidə edilmişdir. Uşaqların 95,4% -də EKQ-nin aVR aparmasında T dişi mənfi idi. Birqütblü döş aparması olan V_1-də MQKİA olan uşaqların 59,4% (61), TQKİA zamanı 60,7% (56), SMKİA olanların isi 62,8%-ində (51) T dişi mənfi, qruplar üzrə uyğun olaraq 38,8%, 37,2% və 34,9% uşaqda iki mərhələli, qalan hallarda isə müsbət olmuşdur. Müayinə olunan məktəblilərdə cinsiyyıtdən və yaşdan asılı olmayaraq döş aparmalarında V_1-dən V_3-dək və bəzən isə V_1-dən V_4-dək T dişinin amplitudası nisbətən artmağa meylli olmuşdur (V_1-də: 1,78 ± 1,44; V_2-də: 1,94 ± 1,11; V_3-də: 2,05±1,28; V_4-də: 2,77±1,67 mm). Bu aparmalarda T dişinin hündürlüyünün orta statistik qiymətinin nəzarət qrupunu təşkil edən həmyaşıdlarının müvafiq məlumatı ilə müqayisəsində dürüst fərq alınmamışdır (P>0,05). Beşinci və altıncı döş aparmalarında T dişinin hündürlüyü nisbətən azalmışdır (V_5-də: 2,57 ± 1,08; V_6-da: 2,43±1,02 mm). Hər iki aparmada T dişinin amplitudasının azalması statistik dürüst deyildir (P>0,05). Nəzarət altında olan 34,5% uşaqda T dişinin hündürlüyü birinci döş aparmasında altıncıdan kiçik olsa da ($T_{V1}<T_{V6}$), qalan hallarda dişin hündürlüyündə nəzərə çarpan dəyişiklik fərqi müşahidə edilməmişdir. MQKİA olan məktəblilərdə ürəyin erkən repolyarizasiyasını əks etdirən ST seqmenti 30 (29,5%) halda izoxətdə olmuşdur. Bu hal ikinci qrupu təşkil edənlərin 25 (27,7%), SMKİA olanların isə 25,8% -ni (21) əhatə etmişdir. ST-seqmentinin 1 mm-dən çox aşağıya doğru enməsi MQKİA olan uşaqların (62) 60,3%, TQKİA zamanı (50) 54,5%, nisbətən çox- 53 (65,2%) halda isə SMKİA qrupunda qeydə alınmışdır. Sonunculardа ST seqmentinin inversiyasının təsadüf edilməsi MQKİA olanlardan statistik fərqlənməsə də, ikinci qrup uşaqlardan etibarlı dərəcədə yüksəkdir (P<0,05). ST-seqmentinin izoxətdən 0,5 mm-dən, yəni normadan çox qalxması 12(11,7%) MQKİA olan uşaqda təyin olunmuşdursa, TQKİA olanlarda 10 (10,4%) SMKİA zamanı da faktiki olaraq bu qruplarla eyni dərəcədə - 10 (12,6%) uşaqda rast gəlinmişdir. İndividual təhlil göstərdi ki, müayinəyə cəlb edilmiş ÜKİA olan məktəblilərdə ST-seqmentinin dəyişiklikləri bilavasitə T dişinin dəyişikliyi ilə yanaşı qeyd olunur. Bu zaman əksər hallarda T dişində müşahidə olunan dəyişikliklər kiçik məktəb yaşlı uşaqlarla müqayisədə böyük yaş qrupunda daha nəzərəçarpandır. Müayinə olunan ÜBTD olan uşaqlarda müşahidə edilən repolyarizasiya dəyişiklərini bir sıra tədqiqatçılar vegetativ disbalansla şərtlənən hipersimpatik gərginliyin əmələ gəlməsi ilə izah edir.

Tədqiqatımızda ÜKİA olan uşaqlarda miokardın erkən repolyarizasiya prosesinin pozulması bir sıra əlamətlər toplusu ilə səciyyələnmişdir. Bu zaman repolyarizasiyanın pozulması müxtəlif aparmalarda özünü fərqli əlamətlərlə biruzə vermişdir. Əksər uşaqlar üçün səciyyəvi element ST-seqmentinin izoxətdən aşağıya dogru horizontal, yaxud əyri enən 1-6 mm çökəkliyinin, R dişinin enən dizində dişləşməsinin (r- psevdodişi), döş aparmalarında S dişinin olmaması ilə bərabər R dişinin amplitudasının kəskin artması olmuşdur. Sonuncu əksər hallarda xəstələrin EKQ-də döş aparmalarında keçid zonasının sağ tərəfə dəyişilməsinə, yaxud yox olmasına səbəb olmuşdur. R dişinin enən dizində birləşmə dalğasının (C wave) yaxud aydın dişləşmə kimi birləşmə nöqtəsinin (cunction point) olması, ST-seqmentinin qalxan hissəsində müsbət yaxud mənfi, hündür T-dişinin əmələ gəlməsi mədəciklərin erkən repolyarizasiya qeyd edilən uşaqların 62,7%-də rast gəlinmişdir.

Klinik qruplar üzrə təhlildən aydın oldu ki, MQKİA olan məktəblilərin 54,8%-də (56) EKQ göstəricilərinin təhlili zamanı mədəciklərin repolyarizasiya prosesini əks etdirən QRS komleksinin son hissəsinin dəyişməsi daha çox diqqəti cəlb etmişdir. Qalan 45,2% uşaqda (46) dəyişiklik az nəzərə çarpan olmuşdur. Alınmış məlumatların yaş və cinsiyyətə görə müqayisəsi zamanı əhəmiyyətli fərq müşahidə olunmamış və qruplar arasında demək olar ki, eyni dərəcədə paylanmışdır (P>0,05).

TQKİA olan məktəblilərdə ürək əzələsində repolyarizasiya prosesinin bu və ya digər dərəcədə pozulması əlamətləri MQKİA olan uşaqlarla müqayisədə daha az halda qeydə alınmışdır (51,7%). Bu uşaqlar arasında da yaş qruplarına görə böyük məktəb yaşlı dövründə bir qədər çox olmaqla repolyarizasiya elementləri hesablamada dürüst fərqlənməmişdir (p>0,05).

SMKİA olan uşaqlarda mədəciklərin repolyarizasiya prosesinin pozulması əlamətləri əvvəlki klinik qruplarla müqayisədə nisbətən çox- 52 (63,5%) halda təsadüf edilməklə cinsiyyətdən asılı olmayaraq, yuxarı məktəb yaşlılarda özünü biruzə vermişdir. Fərdi təhlildə bu məktəblilərin əksərində ST-seqmentinin qalxan hissəsində müsbət, hündür amplitudalı T dişinin əmələ gəlməsi kimi özünü göstərmişdir.

Beləliklə, müxtəlif variant ÜKİA olan uşaqlarda EKQ müayinəsinin nəticələri miokardda de- və repolyarizasiya proseslərinin pozulmasının fərqli xüsusiyyətlərini aşkar etmişdir. Məktəblilərin əksəriyyətində EKQ-də olan dəyişiklər ST seqmentinin və T dişinin dəyişilməsi ilə özünü göstərmişdir. De- və repolyarizasiyanın pozulması əlamətləri hər üç klinik qrupda nəzarət qrupundan statistik dürüst dərəcədə üstün olmaqla, cinsiyyətdən asılı olmayaraq daha çox yuxarı məktəb yaşlı SMKİA, nisbətən az isə MQKİA və TQKİA olan məktəblilərdə rast gəlinmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Клеменов А.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. М., 2008, 136 с.
2. Нагорная Н.В., Карташова О.С., Дубовая А.В. Взаимосвязь нарушений ритма сердца и проводимости с кардиальными проявлениями синдрома дисплазии соединитель ной ткани у детей // Университетская клиника, 2006, т. 2, № 1-2, с. 68-72.
3. Яковлев В.М., Нечаева Г.И. Системная дисплазия соединительной ткани: актуальность проблемы в клинике внутренних болезней // Сибирский медицинский журнал, 2011,т.26, №3, с.9-12.
4. Галактионова М.Ю., Артюхов И.П. Аритмии у детей: Справочное пособие. Ростов н/Д.: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2007, 144 с.
5. Яковлев В.М., Карпов Р.С., Белан Ю.Б. Нарушение ритма и проводимости при соединительнотканной дисплазии сердца. Омск, 2001, 157 с.
6. Кадурина Т.И., Гарбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей. СПб.: «Элби-СПб», 2009, 704 с.
7. Вильчинская Т. Дисплазия соединительной ткани у детей. 2010, часть 1-2, с.1-5.
8. Гнусаев С.Ф., Белозеров Ю.М., Виноградов А.Ф. Классификация малых аномалий сердца у детей // Вестник аритмологии, 2000, №18, с. 76-80.
9. Ягода А.В. Синдромы предвозбуждения и ранней реполяризации желудочков при недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Вестник аритмологии, 2003, №32, с75-77.
10. Аббакумова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей.СПб,2006,36 с.
11. İsayev İ.İ., Musayev S.N., Mustafayeva A.İ. və b. Aritmiyası olan uşaqlarda birləşdirici toxuma displaziyası fonunda miokardın elektroloji remodelləşməsi //Azərb. Tibb Jurnalı., 2013, N 3, s.74-79
12. İsayev İ.İ., Fətəliyeva M.M., Vəlibəyova F.M və b. Birləşdirici toxuma displaziyası olan uşaqlarda ürək-damar sisteminin vegetativ tənzimlənməsinin və QT intervalının dəyişmə xüsusiyyətləri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2013 №2, s.27-31
13. Bouknight D.P. Cuuent management of mitral valve prolapse (see comments) // Am. Fam.Physician, 2006, v.61, No11, p. 3343-3354
14. Bobkowski W., Siwinska A., Zachwicja J. et al. Elektrolyte abnormalities and ventricular arrithmias in children with mitral valve prolapse // Pol. Merkuriuse. Lek., 2001, v.11, № 62, p.125-128.
15. Bonowet R. O. al. ACC/AHA 2006 Guideline for the Management of Patient with Valvular Heart Disease // Circulation, 2006, August 1, p. 148
16. Silva J., Rudy Y. Subunit interaction determines IKs participation in cardiac repolarization and repolarization reserve // Circulation, 2005, v.112, №10, p. 1384-1391.

Резюме

Состояние де- и реполяризации миокарда у детей с дисплазией соединительной ткани сердца

И.И. Исаев, М.М.Фаталиева, А.И. Мустафаева

С целью изучения состояние процессов де- и реполяризации миокарда,у детей с различными вариантами малых аномалий развития сердца (МАРС), были обследованы 378 школьников в возрасте 6-17 лет. Школьники в зависимости от варианта МАРС,были разделены на три группы: малые аномалии развития подклапанных структур митрального клапана (МАРМК)- 108 детей, малые аномалии развития трикуспидального клапана (МАРТК)- 92 и малые аномалии развития левого желудочка (МАРЛЖ)- 82 ребенка. Остальные 96 детей составили контрольную группу. У большинства школьников изменение отмечалось в сегменте ST и зубца Т на ЭКГ. Элементы

нарушение де- и реполяризации миокарда, была статистически достоверно выше от контрольной, во всех клинических группах не зависимо от пола, с преобладанием у детей старшего школьного возраста с МАРЛЖ.

Summary

Situation of myocardial de- and repolarization in children with connective tissue dysplasia of heart

İ.İ. İsayev, M.M. Fataliyeva, A.İ.Mustafayeva

378 pupils aged 6-17 were examined for the purpose of study of myocardial de- and repolarization in the various options of the clinical manifestation of connective tissue dysplasia of the heart in children with minor developmental anomalies. The children were divided into 3 groups according to the results of examination of echocardiography. 108 children with minor developmental anomalies of mitral valve structure (MDAMV) have included to the first groups, 92 children with minor developmental anomalies of tricuspidal valve (MDATV) to the second groups, 82 children with minor developmental anomalies of left ventricle (MDALV) to the third groups. The informations of remaining 96 students have included to the control groups. Changes on the majority of pupils has shown itself in ST segment and T-wave in the ECG. The symptoms of deformation of de- and repolarization in all three clinical groups being excel than control groups, regardless of gender more than school age pupil with MDALV, while less pupils with MDAMV and MDATV were found.

Daxil olub: 18.01.2017

UŞAQLIQ MIOMASININ KLİNİKİ ƏLAMƏTLƏRİ VƏ DİAQNOSTİKASI

S.Q.Qarayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: uşaqlıq mioması, USM, laborator müayinələr

Ключевые слова: миома матки, УЗИ, лабораторная исследования.

Keywords: uterus myoma, USM, laboratory check up

Uşaqlıq mioması (UM) uşaqlıq divarında yetişməmiş miositlərdən inkişaf edən aydın hüdudlanmış, kapsulaya malik hormondan asılı xoş xassəli şiş olub, qadın reproduktiv sistem xəstəlikləri arasında daha çox təsadüf edən xəstəlik kimi qeydə alınmışdır. Ədəbiyyatda verilən məlumatlara əsasən uşaqlıq mioması ginekoloji xəstəliklərin 20-44%-ni təşkil edir [1,2].

Bir sıra müəlliflərin [3] qeyd etdikləri kimi son illərdə reproduktiv yaşlı qadınlar arasında UM-in yayılmasına daha çox meyillik yaranmışdır. Aparılan elmi araşdırmaların nəticəsi göstərmişdir ki, UM 30 yaşdan yuxarı qadınların 40%-də bu və ya digər əlamətlərlə özünü biruzə verir [4]. Son illərin tədqiqatları UM-in daha çavan yaşlı qadınlar arasında təsadüf etməsini göstərir [5].

Müəyyən edilmişdir ki, UM sonsuz qadınlar arasında daha çox təsüdüf edir. Ədəbiyyatda onun təsadüf etmə faizi müxtəlif rəqəmlərlə göstərilir.

Ю.К.Памфиров с соавт. (2016) sonsuzluq münasibətilə müalicə etdiyi xəstələrin 23,5%-də UM aşkar etmişdir.

Э.Х.Фахрутдинова (2004), Ю.Б.Курашвили с соавт. (2007) verdikləri məlumata görə birincili sonsuzluq ilə müalicə alan hər 4-5 xəstədən birində UM vardır.

Uşaqlıq mioması olan hamilələrin böyük bir hissəsində hamiləlik vaxtından əvvəl düşüklə nəticələnir (8). Kliniki müşahidələrin nəticəsi göstərmişdir ki, mioması olan hamillərdə doğuşun aparılması bir sıra fəsadlarla üzləşir ki, onlarda doğuş aktını çətinləşdirir. Onların işərisində ən təhlükəli fəsad doğuşdan sonra uşaqlıq yığılmasıının ləgiməsi və ondan törənmiş güclü qanaxmalardır.

Miomalar xəstə tərəfindən hiss olunmadan tədricən inkişaf edir. Bir əzələ hüceyrəsi məlum olmayan səbəbdən bölünərək şiş əmələ gətirir. Həmin şiş düyün kimi formalaşır ki, bu da mioma adlanır [9].

UM-in klinik əlamətləri çox səpgilidir. Xəstənin yaşından, xəstəliyin davam müddətindən, lokalizasiyasından, şişin ölçülərinfən və yanaşı inkişaf edən xəstəlikdən asılı olaraq kliniki əlamətlər də dəyişir. Lakin bunlardan asılı olmayaraq UM-in kardinal əlaməti menistruasiya siklinin pozulmasıdır. Xəstələrin həkimə müraciətinə əsas səbəb müddəti uzanmış qanaxmalardır. Bəzən belə qanaxmaların gurlaşması xəstəni təşvişə salır və xəstə həkimə müraciət etmə məcburiyyətində qalır. Ona görə də gur və müddəti uzanan qanaxma xəstəni həkimə müraciətinin əsas səbəbi kimi qiymətləndirir. Qanaxmanın

müddətindən asılı olaraq xəstənin habitusunda da müxtəlif dəyişikliklər baş verir, rəngi avazıyır, gözlərində yorğunluq hissi oxunur. Xəstə baş gicəllənmədən bəzi hallarda isə baş ağrılarından şikayətlənir. Belə hallarda qanın ümumi analizində hemoqlobinin miqdarının azalması bəzi hallarda isə anemiyanın inkişafı aşkar edilir.

Anemiyanın kəskin inkişaf etdiyi hallarda isə xəstənin sifətinin avazması diqqət cəlb edir.

UM-in ikinci kardinal simptomlarından biri də qarın nahiyyəsində olan ağrı sindromudur. Miomaların ölçülərindən inkişaf tempindən asılı olaraq ağrılar müxtəlif xarakterli olur və xəstə ağrıların yerini, xarakterini aydınlaşdırmaqda çətinlik çəkir. Klinik müşahidələrin nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, qarın nahiyysində olan ağrılar miomaların xarakterindən, onların fəsadlaşma dərəcələrindən asılı olaraq kəskin və ya tutma şəkilli olur. Aybaşı zamanı həmin ağrılar daha da güclənir. Ona görə də qarın boşluğunda davamlı, lakin dözüləsi mümkün olan ağrılar və qarının aşağı hissəsində ağırlıq hissi UM üçün xarakterik əlamətlər kimi qiymətləndirilir. Lakin burada bir qədər diqqətli olmaq tələb olunur. Çünki qarın nahiyyəsində olan ağrılar müxtəlif xarakterli olur və çox vaxt xəstə onları aydın şəkildə ifadə edə bilmir.

Qarının ön divarında və ya kiçik çanaq üzvlərində lokalizosiya olunan ağrılardan əlavə bir çox xəstələr xüsusilə miomanın həcmi 14 həftəlik dölü xatırladan ölçülərə malik olduqda bel nahiyyəsində və ya radikuliti xatırladan ağrılardan şikayət edirlər. Bir sıra tədqiqatçıların fikrincə bel nahiyyəsində olan ağrılar həmin nahiyyəni örtən əzələlərin işemiyasından irəli gələn ağrılardır. Bu qəbildən olan xəstələrin bir qismi ayaqlarında zəiflik və ağırlıq hissindən şikayətlənirlər. 10-15 dəqiqə müddətində hərəkət edən zaman həmin ətraflarda paraesteziya hissindən narahatlıq keçirirlər. Xəstələrin dediklərinə görə hərəkəti dayandırdıqda paraesteziya keçib gedir. Qeyd etməliyəm ki, bu qəbildən olan xəstələrin əksəriyyəti angioloqa (damar həkimlərinə) müraciyyət edir və təbii ki, xəstlərə dopler müayinəi aparılır. Bəzi hallarda sipinal ağrılardan irəli gələn spazmalar nəticəsində arteriyalarda qan axımının zəifləməsi müşahidə edilir və ya yaşlı qadınlarda cüzi daralma hissi xəstələri uzun müddət nəticəsi olmayan müalicə almağa sövq edir. Ona görə də angiolaqlar bu cür xarakterli ağrılarla üzləşdikdə mütləq qaydada xəstəni ginekoloqla konsultasiya etməli və ya ən azından xəstənin kiçik çanaq orqanlarını USM müayinəsindən keçirməlidir.

Radikulitik ağrılar da xəstələr tərəfindən təqdim olunan ağrıların əsasında duran əlamət kimi qiymətləndirilməlidir. Belə ağrılara səbəb mioma sayəsində həcmi böyümüş uşaqlığın kiçik çanaqda yerləşən sinir kötüklərini sıxmasıdır. Həmin kötüklərin qıcıqlanamsından oma-büzdün nahiyyəsindən baş qaldıran ağrılar aşağı ətrafa iradasiya edərək müvafiq ətrafın paresteziyası ilə nəticələnir. Təsüf ki, belə xəstələr də nevropotoloqlara müraciət edirlər və ya müxtəlif qızdırıcı vasitələrdən istifadə etməklə vəziyyətini yüngülləşdirməyə çalışırlar. Lakin bu qəbil müalicələrdən nəticə ala bilməyən xəstələr ginekoloqa müraciət etmək məcburiyyəində qalırlar. Həmin xəstələrdə bir qayda olaraq iri ölçülü miomalar aşkar edilir.

Bəzən UM çox kəskin, narahat edici və hətta xəstəni həyəcanlandıra bilən simptomlarla özünü göstərir. Gur qanaxma və uzun müddətli davam edən menstruasiya və ya menisturasiya tsiklinin ortasında qanaxmaların baş verməsi xəstələri daha çox narahat edir və qorxu hissi yaradır. Belə qanaxmalar nəinki xəstənin həyat keyfiyyətlərini aşağı salır, eyni zamanda hemoqlobinin miqdarını kəskin şəkildə azaltmaqla xəstədə bir sıra narahatçılıqlar yaradır. Adətən onlar tez yorulma, iş qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə həkimə müraciət edirlər.

Xəstələri narahat edən əlamətlərdən biri də qarının aşağı hissəsində və eləcə də bel nahiyyəsində baş qaldıran ağrılardır.

Uşaqlıq mioması olan xəstələrdə meydana çıxan simptomlardan biri də tez-tez sidiyə getməkdir. Adətən qadınlar bu əlaməti sidik yollarının iltahabı və ya soyuqlama ilə əlaqələndirirlər. Ona görə də onlar çox zaman uroloqa müraciət edib, bəzi hallarda isə uroloji xəstə kimi müalicə alırlar. Təbii ki, qəbul olunan müalicədən nəticə almayan xəstələr müxtəlif həkimlərə müraciət etməklə vaxtlarını keçirirlər. Belə xəstələrin ginekoloqa müraciəti zamanı müəyyən edilir ki, mioma uşaqlığın daxili hissəsindən inkişaf edir və iri ölçüyə malik olduğu hallarda sidik kisəsini sıxmaqla sidik buraxma aktını tezləşdirir. Bəzi xəstələrdə isə mioma sidik kanalına təzyiq göstərməklə sidiyin axının kəskin şəkildə dayanmasına səbəb olur. Təbii ki, belə xəstələr uroloqa müraciət etməli olurlar. Sidik kisəsinə kateler yeritməklə sidik axımı bərpa edilsə də müəyyən müddət keçdikdən sonra sidik axımının kəskin pozulması yenidən təkrar olunur. Son nəticə olaraq böyrəklərdə də bir sıra patologiyalar o cümlədən pieolonefrit, hidronefroz inkişafına şərait yaranmış olur. Xəstələr uzun müddətli müalicənin nəticəsiz olmasını gördükdə müxtlif ixtisaslı həkimlərə müraciyyət etmək məcburiyyətində qalırlar. Təsadüfən ginekoloji müayinəyə gəldikdə UM aşkar olunur və sidik cinsiyyət siteminin funksiyasının pozulmasının səbəbi aydınlaşır. Bu qəbildən olan mioma nəinki sidik kisəsini eyni zamanda bağırsağa təzyiq göstərməklə onun mənfəzini daraldaraq xəstədə qəbizlik və ya ona meyillik yaradır. Odur ki, belə xəstələrə diqqətlə yanaşmalı, onları səbrlə dinləməli və mükəmməl anamnez toplanılmalıdır.

Anamnez toplayarkən xəstələrdən ilk menisturasiyanın başlandığı ili, hamiləliyin pozulması sayını, laktasiyanın müddətini də öyrənmək lazımdır. Eyni zamanda doğulan uşaqların sayını bilməklə diaqnozun qoyulma ehtimalını dəqiqləşdirmək mümkündür. Çünki bir uşağın doğulması belə UM-in həcminin kiçilmə şansını artırmış olur.

Beləliklə, uşaqlıq miomasının kliniki əlamətləri aşağıdakılardan ibarətdir.

1. Menstruasiya siklinin pozulması: aylığın qeyri-müntəzəm olması; siklin ortasında qanlı ifrazatın olması.
2. Uzun müddətli qəbizlik.
3. Tez-tez sidiyə getmək.
4. Selikli qişa altı miomalar zamanı: gur qanaxmalar; menstruasiya müddətinin uzanması; menstruasiya qanaxmasının miqdarının artması; anemiya.
5. Sonsuzluq.
6. Qarının aşağı hissəsində təzyiq hissi.
7. Tez-tez davamlı olan və menistrual sikllə bağlı olmayan ağrılar.
8. Bədən kütləsinin dəyişmədiyi hallarda qarın dairəsi ölçüsünün artması.

UM diaqnozu qoyularkən anamnestik məlumatlardan, instrumental müayinələrdən sonra laborator müayinələr də mühüm əhəmiyyət kəəsb edir.

Biokimyəvi müayinələr arasında qanda estrogenin və progesteronun qatdığının təyin edilməsi vacibdir. Lakin bir sıra tədqiqatçıların fikrincə bir dəfə müayinə apararkən estrogenin qatdığının yüksəlməsi tam diaqnoz qoymaq üçün önəmli deyildir [10]. Bunun üçün estrogenin qatdığını təkrar müayinə etməklə yanaşı hormonal statusun digər göstəricilərini də təyin etmək lazımdır.

Bir sıra alimlər isə iddia edirlər ki, orqanizmdə estrogenin qatdığı normal olduğu hallarda belə qanda ksenoestrogenin qatdığı təyin edilməlidir. Çünki kimyavi birləşmə olan ksenoestrogenin orqanizmdə olması estrogenə oxşar təsir göstərməklə UM-i yarada bilər [11].

UM-in digər əlamətlərndən biri yerləşdiyi nahiyyəyə yaxın üzvün funksiyasına təsir göstərməkdir. Belə təsirlərə məruz qalan üzvlərdən biri sidik kisəsidir. Yaxınlığında lokalizasiya olan miomanın təsirindən sidik kisəsi qıcıqlanır və xəstə tez-tez sidiyə gedir.

Kiçik ölçülü miomalar xüsusilə intersistial və subseroz yerləşdiyi zaman adətən onların kliniki əlamətləri biruzə verilmir. Bununla bağlı olaraq UM xəstəni planlı şəkildə müayinə edərkən aşkar edilir. Əksər hallarda isə UM digər ginekoloji xəstəliklər və ya qarın boşluğu üzvləri xəstəlikləri münasibətilə aparılan müayinələr, o cümlədən, ultrasəs müayinəsi zamanı meydana çıxır. Çünki UM xoş xassəli şiş olduğundan elə bir narahatedici əlamətləri olmur. Nüdrət hallarda miomaya xas olan əlamətlər qeydə alına bilər. Lakin onun əsasında UM diaqnozu qoymaq da düzgün deyildir. Çünki həmin əlamətlər genital üzvlərin bir sıra xəstəlikləri, o cemlədən endometriozu, yumurtalıqların xərçəngi və uşaqlığın bədxassəli şişləri üçün xarakterikdir. Bu göstərilən əlamətlərdən əlavə UM digər genital üzvlərin xəstəliyini andıran əlamətlərlə də özünü biruzə verə bilir. Bunun bir sıra səbəbləri vardır. Bu səbəblərin önündə genital üzvlərin anatomik baxımdan bir-birinə yaxın olması və sıx şəkildə yerləşməsi durur. Digər tərəfdən isə fizioloji baxımdan onların funksiyalarının bir-birini tamamlaması və bir-biri ilə əlaqədar olması durur. Bütün bunlardan əlavə miomaların ətrafları çox zaman iltihablaşır, uşaqlıq cisminin endometriozu ilə çulğalaşır. Bu zaman miomaların klinikası adenomiozun klinikası ilə qarşılıqlı şəkildə gedir. Belə olan hallarda anamnestik məlumatlarla və ya qarının ön divarını palpasiya etməklə tam düzgün məlumat əldə etmək çətinləşir, bəzən isə heç mümkün olmur. Ona görə də yuxarıda qeyd olunan əlamətlərlə xəstə ginekoloqa müraciət edən zaman və uşaqlıq miomasına zərrə qədər şübhə yarandıqda xəstələrə mütləq ultrasəs müayinəsindən (USM) keçməlidir [12].

USM hazırda 2 variantda aparılır.

1. Transvaginal yolla – bu zaman USM aparatının ötürücüsü uşaqlıq boşluğuna salınır.
2. Transabdominal yolla – bu zaman ötürücü kiçik çanaq nahiyyəsində dəri üzərinə qoyulur və uşaqlıq toxumasının strukturu USM aparatının ekranına verilir.

Bu gün USM son dərəcə dəqiqliklə xəstəliklərin böyük əksəriyyətinin genital üzvlərində inkişaf edən törəmələrin təsvirini ekranda canlandıra bilir.

USM müayinəsilə aşağıdakıları müəyyənləşdirmək lazımdır.

1. Miomatoz düyünlərin lokalizasiyasını və yerləşməsini; Bu zaman düyünün hansı nahiyyələrdə peritonarxası, əzələdaxili, uşaqlıq dibində, uşaqlıq cismində, uşaqlıq boynunda və ya uşaqlığın aşağı seqmentində yerləşməsi göstərilməlidir.
2. Miomatoz düyününün seroz qişaya və uşaqlıq boşluğuna münasibəti;
3. Düyünün ölçüləri, uşaqlığın miomatoz düyün nəticəsində dəyişməsinin təsviri;

4. Uşaqlıq miomasının boyunun forması; burada miomanın uşaqlığın formasında əmələ gətirdiyi dəyişiklik təsvirv edilməlidir.

5. Miomatoz düyün şişində baş vermiş dəyişikliyin, o cümlədən ödemin, hialın və ya qırmızı degenerasiya, nekrozun təsviri verilməlidir.

Artıq qəbul edilmiş faktdır ki, USM vasitəsilə 95-100% hallarda uşaqlıq mioması diaqnozunu qoymaq mümkündür [13].

USM zamanı ilk diqqət çəkən əlamətlərdən biri uşaqlığın ölçülərinin böyüməsidir. Bu əlamət xəstəliyin dövründən asılı olmayaraq hətta miomanın ölçülərinin 1 sm olduğu zaman ultrasəs aparatının ekranında görünərək həkimin diqqətini miomanın olmasına doğru yönəldir. Qeyd etmək lazımdır ki, uşaqlığın ölçülərinin böyüməsi miomanın inkişafının sonrakı mərhələləri üçün də əsas əlamət hesab olunur. Lakin uşaqlıq müayinəsi apararkən uşaqlıqda diqqəti cəlb edən dəyişiklik olduqda və o həkimdə mioma haqqında fikir oyatdıqda qəti olaraq UM diaqnozu qoymaq da düzgün deyildir. Bu zaman növbəti menustrasiyadan sonra xəstəyə təkrari olaraq USM aparmalı və təkrari olaraq mioma gördükdə diaqnoz qoymalıdır. Bu zaman diaqnozu daha da dəqiqləşdirmək üçün vaginal ötürücülərdən istifadə edilməlidir.

Bir sıra müəlliflərin fikrincə uşaqlıq miomasının diaqnozunu dəqiqləşdirməkdə çəkinlik yaranarsa onda kiçik çanaq üzvlərində maqnit nüvə tomoqrafiyası (MRT) müayinəsi aparılmalıdır. Lakin diqqətli aparılan və yüksək ixtisaslı mütəxəssis tərəfindən görüntünün təhlili kiçik ölçülü miomaları aşkara çıxara bildiyindən MRT kimi bahalı müayinə üsuluna ehtiyac qalmır.

Onu da qeyd etməliyəm ki, mamalıq praktikasında bəzi hallarda submikoz formaların diferensasiyası müəyyən çətinliklərlə üzləşir. Belə olan hallarda xəstəyə rəngli doppler aparılması məqsədəuyğun hesab edilir. Doppler zamanı şişin damarlaşması xarakterik dəyişiklikəri mioma ilə adenomiozu və ya sarkomanı diffrensasiya etməyə imkan yaradır.

Rəngli dopplerdən sonra hər hansı bir şübhə yeri yaranırsa bu zaman MRT-dən istifadə olunması tövsiyyə eidlir. MRT zamanı yüksək arterial qanaxımı və aşağı indeksli rezistentlik sarkoma və ya adenomioz üçün xarakterik əlamət sayılır.

Klinisistlərin qeyd etdikləri kimi sarkoma ilə miomanın birlikdə olması nadir hal hesab olunur [14,15].

Bəzən submikoz yerləşmiş miomaları da difrensasiya etməkdə müəyyən çətinliklər yarana bilir. Belə olan hallarda xəstəyə hiseroskopiya və ya hiserosalpinoqrafiya aparmaq, endometriyadan isə biopsiya götürmək məsləhətdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Самойлова Т.Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения (обзор литературы). // Проблемы репродукции, 2003, 236 с.

2. Сидорова И.С. Миома матки. Современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностика и лечения. М.: Медицинская Инфор.Агентство, 2003, 256 с.

3. Памфиров Ю.К., Заболотинов В.А., Рыбалка А.Н. и др. Актуальность органосохраняющего лечения миома матки. https: //mazg.com.ua/ru-issue-article-508. 2016.

4. Пересада О.А. Миома матки и нарушения репродуктивной функции: механизмы развития и возможности коррекции. М., 2005, с.19-23.

5. Смирнова Т.А., Павшук Л.И. Современные подходы к лечению миомы матки у молодых женщин с целью сохранения репродуктивной функции //Бюллетень Сибирской медицины, 2014, № 1, с. 145-152.

6. Фахрутдинова Э.Х. Репродуктивное здоровье женщин после концервативной миомэктомии: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. М., 2004, 24 с.

7. Курашвили Ю.Б., Мышенкова С.А., Шиповская Е.В. и др. Патогенез воздействия ФУЗ – абляции на миому /Материалы IX всероссийского научного форума «Мать и дитя». Сб.науч.тр. М., 2007, 696 с.

8. Вихляев Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М.:МЕД пресс-информ. 2004. 236 с.

9. Brady P.C., Stanic A.K., Styer A.K. Uterine fibroidis and subfertility: an update on the role of myomectomy // Curr.opin.Obstet. Gynecol., 2013, v.25 (3), p.255-259.

10.Сидорова И.С. Миома матки (современные аспекты этиологии, патогенеза, классификации и профилактики) / Миома матки / Под. Ред. И.С.Сидоровой. М., 2013, с.5-66.

11.Makker A., Goel M.M. Uterine leiomyomas: effects on architectural, cellular and molecular determinants of endometrial receptivity // Repred. Sci., 2013, №6, p.631-638.

12.Bajekal N., Li T. Fibroidis, infertility and preynancy wastage // Hum Reprod Update, 2000, №6, p.614-620.

13.Семенов Н.С. Возможности эхографии, ЦДК и допплерометрии в диагностике миомы матки и оценке восстановления репродуктивной системы при консервативной миомектомии: Автореф. дисс. .. канд.мед.наук. М., 2000, 21 с.

14.Кулаков В.И., Кира Е.Ф. Термическая абляция и миоматозных узлов фокусированным ультразвуком- новый метод неинвазивной хирургии //Акуш. и гинекологии, 2006, № 5, с.3-5.

15.Буянова С.Н., Тимченко Л.И., Тимченко И.П. и др. Возможности современных ультразвуковых технологий в определении клинико-патогенетического варианта миомы // Российской вестник акушера-гинекологов, 2007, №5, с.36-38.

Резюме

Клинические признаки и диагностика миомы матки.

С.Г.Гараева

Важность дифференциального подхода клиническим признаков миомы матки указало в его лабораторных и инструментальных методах исследований. В статье комментировано изменения видения УЗИ и дифференция их злокачественных опухолей, в зависимости от расположения миомы матки.

Summary

The clinical symptoms and diagnosis of uterus myoma

S.Q.Qarayeva

The importance of differentially view the clinical symptoms and uterus myoma and the diagnostic significance of its check up by laboratory and instrumental methods has been indicated. It has been talked about the variation of USM images depending on location of uterus myoma and their tumors in the paper.

Daxil olub: 07.12.2016

XRONİKİ PERSİSTƏEDİCİ VƏ AQRESSİV HEPATİTİN KLİNİKASI, DİAQNOZU VƏ MÜALİCƏSİ

A.A.Rüstəmov

Azərbaycan Dövlət Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: hepatit, xronik, persistəedici, aqressiv, klinika, diaqnostika, müalicə

Ключевые слова: гепатит, хронический, персистирующий, агрессивный, клиника, диагностика, лечение

Key words: Hepatitis, chronic, persistent, aggressive, clinic, diagnosis, treatment

Reperfuzion sindrom toxumaların, hüceyrələrin müxtəlif səbəblərdən işemiyası zamanı törənir. Təbabətin cərrahlıq təcrübəsində əksər hallarda orqanların transpliyasiyası zamanı baş verir. [1.]

Reperfuzion sindrom terapevtik sahədə daxili orqanların xroniki xəstəlikləri və parenximatoz orqanlarda hüceyrələrin distrofiyası ilə əlaqədar olaraq interestisiol sahələrdə gedən dəyişikliklər zamanı da baş verə bilər. Belə üzvlərdən biri də qaraciyərdir. Müasir dövrdə reperfuzion sindromun maddələr mübadiləsindən törətdiyi fəsadlarda öyrədilir. [4.]

Bizim müşahidəmiz altında iyirmi nəfər xəstə müayinə olunmuşdur. Bunlardan on nəfəri xroniki aqressiv hepatit, beş nəfəri xroniki hepatitin sirroza keçid mərhələsində, beş nəfəri isə qaraciyərin piy distrofiyalı xroniki hepatit diaqnozu qoyulmuşdur. Xəstəliyin diaqnozu klinik simtomplara, ultrasəs və ümmunoloji laborator müayinələrin nəticələrinə əsasən təsdiq olunmuşdur. Xroniki B formalı hepatiti isə qanda Avstraliya antigeninin (HbAg) təyininə əsasən müəyyənləşdirilmişdir.

Qaraciyərin xroniki xəstəlikləri zamanı reperfuzion sindromun patogenezdə rolunu diqqəti cəlb edən məqamlar aşağıdakılardır.

1) Xəstəliyin uzun müddətli gedişli xarakterdə olması
2) Qaraciyərin arxitektonikasında proqressivləşən damar, öd kapilyarlarında və interstisial toxumasında gedən dəyişikliklərdir.
3) Prosesin fəsadlaşmaya meyilliliyi və aparılan müalicə tədbirlərinin çox zaman uğursuz olmaları.
4) Sirroza meyilli xroniki hepatitlərin portal hipertenziya ilə səciyyələnməsi.

Xəstələri narahat edən əsas şikayətlər bunlardan ibarətdir.

a) Zəiflik, halsızlıq, tez yorulma, iştahsızlıq, yaddaşın pozulması, ürəkbulanma, dilin böyüməsindən, sağ qabırğa altında olan ağrılardan və ağızdan kəskin qoxunun gəlməsindən ibarətdir. Obyektiv müayinə zamanı xəstələrin dəri örtüyünün bəzən subikterik, bəzilərində isə qaraciyər nahiyəsində şiddətli qaşınma ilə müşayiət olunan dərinin qonur rəngdə qabıqlanması ilə gedən səpgilərin olması xarakterikdir. Bizim fikrimizcə, xroniki hepatitlər zamanı dəridə olan

şiddətli qaşınmaların və başqa dəyişikliklərin inkişaf etməsində reperfuzion sindromun təsiri nəticəsində qaraciyərin hepatosil hüceyrələrində gedən distrofik dəyişikliklərdən sonra qanda olan qeyri-düz billurubinin transferaza fermentinin köməyi ilə qlukuron turşusuna birləşərək düz billurubinə çevrilməsi prosesinin pozulmasıdır.

b) Qaraciyərin ölçüsünün böyüməsidir. Palpasiya zamanı aşağı hüdudu prosesin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq iki barmaq, üç barmaq, bəzən də göbəyə qədər kənara çıxa bilər. Əksər hallarda qaraciyərin aşağı kənarı kələ-kötür özünün konsistensiyası sərt, səthi isə nahamar olur.

c) Ağrı simptomuna gəldikdə isə o da prosesin ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq biruzə verir. Belə ki, ağır formalı hepatitlər zamanı qaraciyəri əlliyərkən ümumiyyətlə xəstə ağrı hiss etmir.

d) Sağ qabırğa altında dərinin rənginin dəyişməsi ilə yanaşı olaraq vena damarlarının formasının dəyişməsi və kəskin qabarması nəzərə çarpır. Bizim fikrimizcə, bu mənzərə qapı venasında baş verən hemostazla əlaqədardır. Bundan əlavə xəstənin xarici görünüşünə nəzər yetirdikdə dərinin solğunlaşma fonunda şişkinliyi nəzərə çarpır. Bəzən də dərinin ödemi sarımtıla çalan rəngdə olur. Bunun səbəbini əksər alimlər xroniki hepatitlər zamanı qanda olan eritrositopeniya, trombositepeniya ilə müşahidə olunan anemiya nəticəsində böyrəkdə gedən dəyişikliklərlə əlaqələndirirlər.

Xroniki hepatidlər zamanı böyrəkdən sidik vasitəsilə zülalların itirilməsinə silindirlərin müşahidə olunmasına leykositlərin sidikdə görünməsinə əksər mütəxəssislər terminal nefropatiya kimi səcəyyələndirirlər.

Ürək-damar sistemi tərəfindən ürək tonlarının karlaşması fonunda kobud sistolik küy eşidilir. Nəbz zəif dolğunluqda aritmiki olur. Bunları ümumi qan dövranında hiposemiya nəticəsində miokardda gedən qidalanma pozğunluqları ilə əlaqədardır. Bəzi xəstələrdə xüsusən kişilərdə cinsi zəifliklə müşahidə oluan qoltuqaltı sahədə, başda, qasıq və döş nahiyəsində tüklərin tökülməsi nəzərə çarpır. Qadınlarda isə yumurtalıqların və süd vəzilərinin menstural tsiklin qeyri-müntzəm getməsi fonunda inkişafın ləngiməsi müşahidə olunur.

Hipersplenizm bu dalağı anemiya, trombositepeniya, leykopeniya burun qanaxmaları ilə müşayiət olunan dalağın funksiyasının artmasıdır. Anemnestik məlumatlara əsaslanaraq reperfuzion sindromlu xroniki hepatitlərin kardinal səbəblərindən virus hepatitlərini, hepatotrop zəhərlənmələr, alkoqolu, birincili və ikincili şiş törəmələri və sirrozu göstərmək olar.

Qaraciyər sirrozu bu vaxt məhv olmuş qaraciyər hüceyrələri birləşdirici çapıq toxuma ilə əvəz olunur ki, nəticədə qaraciyərdaxili qan damarlarının daralması həmçinin obliterasiyası baş verir. Nəticədə qanın axını çətinləşdiyindən portal təzyiq artır. Bu şəraitdə qarın boşluğuna qanın plazmasının müəyyən hissəsi sızır, assit yaranır. Assistin yaranmasında qanın onkotik təzyiqinin də enməsi müstəsna rol oynayır. (Normada portol hipertenziya zamanı 400-600 mm civə sütununa qədər artır.) Normada qapı venasında venoz təzyiq 70-150 mm civə sütunu arasında olur. Portal hipertenziya zamanı isə 400-600 mm civə sütununa qədər artır.

Qaraciyərin funksional sınaqlarının təhlili qanda zülal fraksiyalarının analizində ümumi zülalın miqdarının azalması, albumin fraksiyasının azalması, B2 qlobulin fraksiyasının artması müşahidə olunur. Bunu qaraciyər hüceyrələrində gedən distrofik dəyişikliklərlə izah etmək olar.

Qaraciyərin piqment əmələgətirmə funksiyasına nəzər yetirdikdə isə qanda ümumi biluribinin azalmasını, birləşmiş biliuribinə nisbətən daha da azalması nəzərə çarpır. Bu da hepatosid hüceyrələrində gedən işemik prosesin nəticəsində sərbəst biluribinin qlükuron turşusu ilə birləşməməsi nəticəsində baş verdiyini güman etmək olar.

Qaraciyər hüceyrələrinin konkret necə fəaliyyət göstərməsini əks etdirən Alanin transferaza və Aspargin transferaza fermentlərinin bir-birinə nisbətinin qiymətləridir. Normada bu nisbət 1-ə bərabərdir. Hüceyrənin funksiyası azaldıqda isə 0,5-ə qədər dəyişir.

Ultrasəs müayinəsi (USM) xroniki hepatitlərin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq aşağıdakı spesifik əlamətlərini göstərir.

1) Qaraciyərin böyüməsi –hepatomeqaliya
2) Səthinin qeyri-hamar olması bəzən də dənəvər indurativ elementlərin mövcud olması
3) Konsistensiyasının sərt olması daha ağır formada isə daşa bənzər kütləni xatırlaması
4) Qaraciyərin həssaslığının arıq dərəcədə azalması
5) Qaraciyərin daxilində damar şəbəkəsinin dəyişilməsi, damar mənfəzinin daralması onun inyeksiyasının itməsi bəzilərində isə durğunluğun olması, öd kapilyarlarının sıxılması, toxumaarası fibrozun inkişafı və s.
6) Öd kisəsinin deformasiyası, qalınlaşması və öd möhtəviyyatının bulanıq və çöküntülü olması.
7) Pankreatın exogenliyinin zəifləməsi və böyüməsi
8) Dalağın funksiyasının artması –hipersplenizm.
9) Metiorizm.

Reperfuzion xroniki hepatitlərin differensasiyası qaraciyər, öd kisəsi və mədəaltı vəzi anatomik, topoqrafik və funksional nöqteyi-nəzərdən bir-biriləri ilə sıx əlaqədar olduqlarından bu orqanlardan hər hansı birində formalaşan patoloji proses digərlərinə də sirayət edir. Bu səbəbdən reperfuzion sindromla gedən xroniki hepatitləri, xroniki xolesistitlə və pankreatitlə müqayisə etməyi mütləq sayırıq. Xroniki xolesistit zamanı xəstələri narahat edən ağrı simptomu əsasən kəskin və yağlı qida qəbulundan sonra baş verir, çünki bu qidaları emulqasiya edib həzmə yönəltmək üçün öd kisəsi artıq miqdarda öd ifrazını həyata keçirir ki, nəticədə öd yollarında diskineziya və durğunluq baş verir. Bu da öd kisəsinin həcminin böyüməsi ilə nəticələnir. Xolesistin xəstələri narahat edən ikinci əlamət qida qəbulundan sonra baş verən ürəkbulanma bəzən də qusmadır. Bunu da xolestazla və lyambiliyaz intoksikasiyası ilə əlaqələndirirlər. Obyektiv simptomlardan Ortner, Keri və Şofar zonalarının ağrılı olmasını qeyd etmək olar. Ortner simptomu o zaman

müsbət sayılır ki, öd kisəsinin proyeksiyası nahiyəsində sağ qabırğa qövsünü perkusiya etdikdə xəstə ağrı hiss edir. Həmin nahiyəni palpasiya edərkən xəstə ağrı hiss edirsə, bu Keri simptomunun müsbət olduğunu göstərir.

Xroniki pankreatit zamanı ağrı kəmərvari xarakter daşıyır. Dispeptik əlamətlərdən qarında kifayət qədər qaz toplanması xəstələri narahat edir. Palpasiya zamanı bütün qarın əzələlərində gərginlik müşahidə edilir. Meyo-Robson simptomu və Tuşinskinin povorot simtomları müsbət olurlar. Belə ki, göbək nahiyəsində sol qabırğa qövsünün ortasına qədər polpasiya etdikdə xəstə ağrı hiss edirsə, bu Meyo-Robson simtomudur. Əgər xəstəni sağ böyür üstə çevirərkən sol qabırğaltı nahiyədə polpasiya zamanı ağrı olarsa, bu Tuşinskinin povorot simtomudur.

Nəcisin koproloji müayinəsi zamanı həll olunmamış əzələ lifləri bitki mənşəli liflər və yağlar normadan artıq görünürlər.

Xroniki hepatitlərin müalicə prinsipləri.

a) Pəhriz müalicəsi-bura tez həzm olunan yağsız kəskin olmayan bitki və heyvani qidalar aiddir. Xəstə az miqdarda və sutkada 3-4 dəfə qidalanmalıdır. Bu dietik stol Pevznerin 5 saylı pəhrizi adlanır.

b) Medikamentoz müalicəyə əsasən qaraciyər hüceyrələrində metabolik, energetik mübadiləsi bərpa etmək məqsədilə vena daxilinə essensiale, heptrol və qlükosteroidlər olmaqla damcı üsulu ilə infuzion müalicə məsləhət görülür. Əgər hepatitin növləri məlumdursa, onlara uyğun gələn spesifik dərmanları qəbul etmək lazımdır.

Tövsiyə:

1) Alkoqol qəbulundan tamamilə imtina etmək.
2) Altı aydan bir ildə iki dəfə kompleks şəkildə müayinə olunmalıdır.
3) Residivləri müalicə etmək.

ƏDƏBİYYAT

1.Хубутия М.Ш., Гуляев В.А., Зимина Л.Н., Новрузбеков М.С., Минина М.Г. // Комплексная оценка состояния печени после выполнения лапаротомии у мультиорганных доноров. Вест ник трансплант ологии и искусст венных органов. 2012 №12. С.41-49.

2.Щерба А.Е., Коротков С.В., Минов А.Ф., Слободин Ю.В., Савчук М.М., Дзядзько А.М., Руммо О.О. // Влияние севофлюрана и ацетилцистеина на ишемически-реперфузионное повреждение печени донора со смертью мозга. Вест ник трансплант ологии и искусст венных органов. 2013 №13. С.39-44.

3.Цой Д.Л., Мойсюк Я.Г. // Профилактика и лечение ишемически-реперфузионных повреждений при трансплантации печении-возможный путь к расширению донорского пула. 2013 №3. С.102-109.

4.Sebastian Pratschke. // Protocol TOP-Study (tacrolimus organ perfusion): a prospective randomized multicenter trial to reduce ischemia reperfusion injury in transplantation of marginal liver grafts with an vivo tacrolimus perfusion. Transplantation Research. 2013 №3. P.2-3.

5.Seehofera D.,Euricha D.,Velizke-Schliekera W.,Neuhaus P.Biliary.// Complications After Liver Transplantation: Old Problems and New Challenges. The American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons. 2013 №12. P.253-254.

Резюме

Клиника диагностика и лечение хронического перситирущего и агрессиного гепотите

А.А.Рустамов

Хронические болезни печени реперфузион-ного синдрома в большинстве случаев бывают в тяжелой форме, характеризуются глубоко структурными и функциональными изменениями с рецидивным и осложненным течением. Поэтому эту патологию нужно во время обнаружить и провести лечение.

Summary

Clinic diagnosis and treatment of chronic persitiruschego and aggression gepotit

Rustamova A.A.

In most cases hepatic reperfusion syndrome chronic disease can be relapsed and developed complicatedly and is specific to deep structural and functional changes with severe form. That is why this pathology must be revealed on time and rational treatment must be taken.

Daxil olub: 18.01.2017

UROGENİTAL XLAMİDİOZ: ONUN FƏSADLARI, DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ

F.M. Şıxəliyev, S.G. İsmayılov, S.F.Şıxəliyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: xlamidioz, fəsadları,diaqnostika, müalicə
Ключевые слова: хламидиоз, последствия, диагностика, лечение
Key words: chlamydia, consequences, diagnosis, treatment

Urogenital traktın ineksion xəstəlikləri hal-hazırda bir sıra ağır patoloji proseslərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Cinsi yolla yayılan xəstəliklərin müasir diaqnostika və müalicə üsullarının hazırlanmasındakı nailiyyətlərə baxmayarq, onların, əsasən də xlamidiya ilə törənən xəstəliklərin- *urogenital xlamidiozun* yayılması kifayət qədər çoxdur. ***Urogenital xlamidioz***- hüceyrədaxili parazit olan xlamidiyaların -*Chlamydia trachomatis* növü ilə törənən infeksion xəstəlik olub, əsasən cinsi yolla yayılır. Xlamidiyaların orqanizmdə uzun müddət qalması və infeksiyanın xroniki formaya keçmə səbələri: onlara qarşı az aktivliyə malik antibiotiklər və onların subterapevtik dozaları, eləcə də zəif konsentrasiyada intereron və onların induktorlrı ilə müalicədir [1,2,3,4]. Hər il dünyada cinsi yolla yayılan 250 mln yeni infeksiyaya yoluxma halı qeydə alınır ki, əsas yeri xlamidioz tutur [5]. ÜST-ün məlumatına görə hər il 100 mln qədər insan xlamidiozla xəstələnir və dünyada 1mld yoluxmuş insan qeydə alınmışdır [6]. Son illərdə urogenital xlamidioz infeksiyası haqda məlumatlar əhəmiyyətli dərəcədə dəyişilmiş və genişlənmişdir. Xlamidiyalar bir sıra mikroorqanizmlərdən fərqli olaraq eyni zamanda həm xarici, həm də daxili cinsi orqanları, tənəffüs yollarının selikli qişalarını, damar və ürək divarlarını, oynaqları, dişləri, görmə və eşitmə üzvlərini zədələyə bilir. Tədqiqatlar və klinik müşahidələr göstərir ki, xlamidioz zamanı bir sıra fəsadlar- hamiləlik patologiyaları nəticəsində doğuşun azalması, sonsuzluq, dölün bətndaxili yoluxması, yenidoğulmuşlarda və erkən yaşlı uşaqlarda müxtəlif xəstəliklər və s. baş verir. Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən sidik-cinsiyyət orqanlarının qeyri-qonokok iltihabi xəstəliyindən əziyyət çəkən 30-60% qadın və 51% kişilər xlamidiozla yoluxmuş vəziyyətdədir. Qadınların 40%-də xlamidiya infeksiyası kiçik çanaq oynaqlarının iltihabına, onların 1/4-də sonsuzluğa səbəb olur [7,8]. ÜST-ün məlumatına görə 80% qonoreyalı və qeyri-qonoreyalı uretritli xəstələrdə və xroniki genital iltihabi xəstəliyi olan 50-70% qadınlarda xlamidiya aşkar olunur [5,6,9]. İnsanlarda xlamidiya infeksiyasına qarşı təbii immunitet yoxdur və hətta xəstəlikdən sonra qazanılmış immunitet də əmələ gəlmir, eləcə də orqanizm tam sağala bilmir. Bundan başqa, hətta hamiləliyin qarşısını alan vasitələr belə infeksiyanı aktivləşdirə bilir, onun yayılmasına isə uşaqlıq spiralı səbəb olur. Yoluxmuş şəxslərlə təsadüfi cinsi əlaqədən sonra 60% qadınlarda və 70% kişilərdə xlamidioz (xəstə ilə birdəfəlik əlaqə həmişə yoluxmaya səbəb olmur) aşkar olunur [10]. Tibbi yardıma, yalnız xlamidiya infeksiyasının qabarıq kliniki əlamətləri olan xəstələr müraciət edirlər. Buna görə də xəstələrin və xlamidiya daşıyıcılarının sayı əhəmiyyətli dərəcədə çoxdur. Xlamidiya infeksiyası hamilələr, yenidoğulmuşlar və erkən yaşlı uşaqlar arasında geniş yayılmışdır. Çoxsaylı tədqiqatçıların məlumatına görə urogenital xlamidioz cinsi yolla yayılan infeksion xəstəliklər arasında birinci yerlərdən birini tutur [11]. Müxtəlif məlumatlara görə aktiv cinsi həyat yaşayan cavan şəxslərin 5-15%-i urogenital xlamidiozla yoluxmuş vəziyyətdə olur. Sidik-cinsiyyət orqanlarının qeyri-qonokok mənşəli iltihabi xəstəliklərinin rast gəlmə tezliyi qonoreyyanı 5-6 dəfə üstələyir. Belə xəstəiklərin inkubasiya dövrü daha uzun olur, klinik əlamətlər özünü zəif biruzə verir, fəsadlar daha çox rast gəlinir və törədicilər arasında xlamidiya üstünlük təşkil edir [1,2,6]. Xlamidiya infeksiyasıyalarının geniş yayılmasının başlıca səbəblərindən biri, əsasən onların simptomsuz gedişə malik olmalarıdır. Buna görə də təbabətin (mikrobiloqların, həkim-venerloqların) qarşısında duran ciddi problemlərdən biri, sidik-cinsiyyət orqanlarının qeyri-qonokok mənşəli iltihabi xəstəlikləri zamanı diaqnoz üsullarının düzgün seçilməsi və dəqiq diaqnozun qoyulması, eləcə də maksimal effektə malik müalicə vasitələrinin seçilib istifadə edilməsidir [12,13].

Etiologiyası. Xlamidiyaların insanlarda müxtəlif orqanları zədələməsi bir çox mikroorqanizmləri, məsələn qram mənfi piogen kokları (qonokokları, meninqokokları, veylonellaları və s.) dəfələrlə üstələyir. Uzun vaxtlar, işıq mikroskopunda güclə seçilən xlamidiyalar (*Chlamydia trachomatis*) bir o qədər də tibbi əhəmiyyət kəsb etməmişdir. Belə ki, onların törətdikləri xəstəliklərin nə çətin anamnezi (xəstəliklərin özünəməxsus simptomlarının olmaması), nə də səs-küylü kəşf tarixi olmamışdır. Xlamidiyalar morfologiyasına, quruluşuna və bioloji xüsusiyyətlərinə görə bakteriyalar və viruslar arasında aralıq mövqe tuturlar. Berci təsnifatına görə xlamidiyalar - *Chlamydiales*sırasına, *Chlamydaceae* fəsiləsinə aid olub - *Chlamydia* və *Chlamydophila* cinslərinə bölünür. *Chlamydia* cinsinə- *C.trachomatis* və iki yeni növ - *C.muridarum, C.suis*;*Chlamydophila* cinsinə- *C.psittaci, C.pneumoniae, C.pecorum* və *C.psittaci*-dən

sərbəst növ kimi alınan- *C.abortus, C.caviae* и *C.felis*növləri daxildir. *Chlamydia trachomatis, Chlamydophila psittaci* və *Chlamydophila pneumoniae*növləri insanlarda və bir sıra heyvanlarda xlamidiozadlanan müxtəlif xəstəliklər (traxoma, urogenital xlamidioz, zöhrəvi limfaqranuloma, kəskin respirator xəstəliklər,pnevmoniya, ateroskleroz, sarkoidoz, bronxial astma, ornitozvə s.) törədirlər.

Digər növlər (*C.muridarum, C.suis, C.pecorum, C.abortus* və s.) yalnız heyvanlar üçün patogendir. *C.trachomatis* antigen quruluşuna görə 15 serotipə bölünür ki, bu serotiplər də müxtəlif xəstəliklərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. A, B, B_a, C serotipləri - *gözün traxoma xəstəliyini*; D, E, F, G, H, İ, J, K serotipləri - *konyuktivit* və *urogenital infeksiyaları*, L_1, L_2, L_3 serotipləri - *zöhrəvi limfoqranuloma xəstəliyini* törədirlər.*C.trachomatis* - kürə şəkilli, spora və kapsula əmələ gətirməyən, hərəkətsiz, qram mənfi prokariot mikroorqanizmlərdir. İlk dəfə L.Halberştedter və S.Provaçek (1907) tərəfindən xəstənin konyuktiva qişasının epitel hüceyrələrində əlavələr (Halberştedter- Provaçek cisimcikləri) şəklində müşahidə edilmişdir. Xlamidiyalara qarşı aktiv kimyəvit erapevtik preparatlar onların inkişafını tormozlamaqla yanaşı, həm də onlara öldürücü təsir göstərirlər. Bu preparatlar düzgün seçilmədikdə və uzun müddət az dozada qəbul edildikdə, onlara əks effekt göstərir və davamlı mutantların əmələ gəlməsini induksiya edirlər. Orqanizmdə uzun müddət gizli formada qalan xlamidiyalar L-formaya ("yatmış formaya") transformasiya olunur. Bu fenomen, onların orqanizmdə, immun sistemlə konfliktə girmədən uzun müddət hüceyrədaxili parazitlik etməsini təmin edir. İmmmundepressiya (immun müdafiənin zəifləməsi) zamanı isə orqanizmdə olan L-forma xlamidiyalar aktivləşir və onların çoxalması baş verir [14].

Patogenezi. *Chlamydia trachomatis*-in (D-K serotipləri) mikrobioloji xüsusiyyətləri:

• Hüceyrədaxili parazit olmaları- xlamidiyaların viruslara oxşarlığı; buna görə xlamidiyalar ATF sintez etmək qabiliyyətinə malik deyil, tam olaraq sahib hüceyrənin enerji mənbəyindən asılıdır, yəni parazitlik prosesində hüceyrəni tamamilə dağıdır.

• Hüceyrə divarının olması- xlamidiyaların bakteriyalara oxşarlığı; bu xlamidiozların müalicəsində antibiotiklərin istifadəsinə imkan verir.

• Müəyyən orqanların epitel hüceyrələrinə tropizmə malik olması- daha çox sidik-cinsiyyət orqanlarına, gözün konyuktivasına yoluxur və müxtəlif xəstəliklər törədirlər.

• Nadir inkişaf siklinə malik olmalarıdır.

Bakteriyalardan fərqli olaraq xlamidiyalar özünəməxsus mürəkkəb inkişaf siklinə malikdir. Bu, həssas cahib hüceyrələrə yoluxarkən xlamidiyalar üçün spesifik faqositoz prosesi vasitəsilə baş verir. Xlamidiyalar orqanizmdə 2 formada mövcud olur:

• *Elementar cisimciklər* (EC) - hüceyrədən kənar sporayaoxşar formada olub, antibiotiklərə qeyri-həssas olurlar; ölçüləri çox kiçik (0,2-0,5 mkm) olduğundan onları

işıq mikroskopunda görmək mümkün olmur.

• *Retikulyar cisimciklərlər* (RC) - hüceyrədaxili forma olub, antibiotiklərə həssas olurlar; ölçüləri 1-1,5 mkm-dir, işıq mikroskopunda görmək mümkündür.

Elementar cisimciklər (EC) endositoz yolla hüceyrəyə daxil olduqdan sonra *retikulyar cisimciklərə* (RC) çevrilir, sitoplazmada bakteriya kapsulasına oxşar örtük daxilində ("xlamidiya" adı burdandır) koloniya (əlavə) əmələ gətirirlər. Bu zaman RC sahib hüceyrənin enerji mənbəyindən istifadə edib çoxalır və əvvəlcə *aralıq formaya* (vegetativ formaya), sonra isə yeni EC-əçevrilib hüceyrəni dağıdaraq hüceyrə arası sahəyə çıxır və yeni hüceyrələri yoluxdurur. Bütöv inkişaf sikli 48-72 saat davam edir və bu zaman 200-1000 yeniEC əmələ gəlir. İnfeksion prosesin birinci pilləsi - metabolitik qeyri-aktiv, ancaq infeksionluğa malik elementar cisimciklərinsahib hüceyrələrə (konyuktiva, uretra, endoservis, endometriya, uşaqlıq boruları hüceyrələrinə) yapışmasından ibarətdir. Yapışmadan sonra elementar cisimciklərin faqositozu (özləri tərəfindən induksiya olunur) baş verir. Hüceyrənin daxilində *EC,* sitoplazmada vakuolun içərisində - faqosomda bütöv sikli yaşayır, bu zaman mikrobun səthi antigeni onu faqosomun lizisindən qoruyur. İnfeksiyanın xronikləşməsinin səbəblərindən biri də budur. Sonra EC, metabolitik aktiv və bölünmə qabiliyyətinə malik retikulyar cisimciyə çevrilir. RC qeyri-infeksion olub, hüceyrədən kənarda yaşamaq qabiliyyətinə malik olmur. RC-in bölünməsi 8-24 saat davam edir və sonra yeni EC-ə çevrilir. 48-72 saatdan sonra hüceyrə dağılır və EC xarici mühitə ifraz olunur və bununla sikl başa çatır. Xlamidiyalar retikulyar formada - antibiotiklərə, antibakterial kimyəvi preparatlara qarşı çox həssasdırlar; infeksion formada - yüksək temperatur və ultrabənövşəyi şüalara, fenol, lizol, gümüş nitrat, yod və hidrogen-peroksidə həssasdırlar. 100^0C-də (qaynamada) xlamidiya öz aktivliyini 1 dəq sonra itirmiş olur, amma pambıq parçada 2 sutka diri qalır. Onlar üçün optimal şərait aşağı temperaturadır - mənfi 20-70^0C-də 8-10 ay yaşaya bilirlər [15].

Klinikası. Xlamidiyalar insanlarda 20-dən çox sindroma və patoloji vəziyyətlərə səbəb olur. Daha çox sidik-cinsiyyət sistemini zədələyir: nəticədə inkişaf etmiş *urogenital xlamidioz* hal-hazırda dünyada ən geniş yayılmış (60%-ə qədər) qeyri-qonokok uretritlərindən biri sayılır. 25-59% kişilərdə qeyri-qonokok uretritinin etioloji agenti*C.trachomatis*-dir [16,17]. Xlamidioza yoluxma, adətən cinsi (bəzən təmas-məişət - saunada, hamamda və s.) yolla baş verir. Lakin yoluxma bütün hallarda baş vermir: əgər qonoreyyalı xəstə ilə cinsi əlaqə zamanı 4 tərəfdaşdan 3-ü yoluxursa, xlamidiozda- 4 tərəfdaşdan 1-i yoluxa bilir. Qadınlar xlamidioza daha çox həssasdırlar. Uşaqlar bətndaxili, eləcə də xəstə anadan doğuş zamanı uşaqlıq yolunda yoluxa bilirlər: yoluxmuş uşaqların 50%-də gözlərin xroniki xəstəliyi - konyuktivit, 10%-də ağciyərin zədələnməsi - pnevmoniya inkişaf edir. Xlamidiyalarla, həm də təmas-məişət yolla- qab-qaşıqdan, yataq ağlarından, çirkli əllərdən və s. gözlərə və cinsi orqanlara yoluxma mümkündür. Məlum olmuşdur ki, xlamidiyalar yoluxuculuq qabiliyyətini məişət əşyalarında - nəm şəraitdə, 18-19^{0}C temperaturda 2 sutkaya qədər saxlaya bilir. Xlamidioz çox vaxt simptomsuz gedişə malik olur, xəstələrdə bəzən minimal təzahürlərlə müşaiyət olunurlar. 67% qadınlarda və 46% kişilərdə xlamidioz simptomsuz (bəzən zəif əlamətlər olur) gedişə malik olur. Xəstəliyin inkubasiya dövrü 5-30 gün, çox vaxt 1-2 həftə olur [9,11,12,13,18,19].

• ***Qadınlarda xlamidiozun əlamətləri:***

Xlamidiyalar qadınlarda sidik-cinsiyyət, əsasən də reproduktiv orqanları zədələyir -uretrit, vestibulit, vaginit, bartolinit, endometrit, salpingit və s. əmələ gətirir. Xlamidiozun əsas əlamətlərindən biri - özünü, uşaqlıq yolundan selikli və ya selikli-irinli ifrazatın olması ilə biruzə verir. Bu ifrazat özünün xoşagəlməz iyi, eləcə də sarımtıl rəngə çalması ilə normal ifrazatdan fərqlənir. Bəzən xarici və daxili cinsi orqanlar nahiyyəsində mülayim ağrılar, gicişmə, qaşınma və yandırma (o cümlədən sidik ifrazı zamanı), qarının aşağı hissəsində - kiçik çanaq nahiyyəsində ağrılar, menstruasiyadan qabaq ağrıların güclənməsi, menstruasiyalar arası qanaxma və s. baş verir. Bu zaman belə qadınlarda ümumi zəiflik və yüngül temperatura - intoksikasiya əlamətləri müşahidə oluna bilir. İltihabi prosesdən sonra uşaqlıq borularında çapıqların əmələ gəlməsi, boruların keçiriciliyinin pozulması sonda sonsuzluqla nəticələnə bilir.

Xlamidiya çox hallarda cinsi yolla yayılan digər törədicilərlə assosiasiyada rast gəlinir. Belə ki, sidik-cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəliyi olan qadınların müayinəsində: 30%-də qonokok-xlamidiya, 19%-də ureoplazma-xlamidiya, 10%-də qardnerella-xlamidiya, 9%-də kandida-xlamidiya infeksiyası, 11%-də 3, 6%-də 4-5 infeksiya müşahidə edilir. Qadınlarda uşaqlıq-boynunun psevdoeroziyası zamanı tez-tez xlamidiya-genital herpes virusları aşkar olunur. Xanımları xəstə olan kişilərin müayinəsi zamanı onların 95%-də xlamidiya tapılır [3,10,11,20,21].

• ***Kişilərdə xlamidiozun əlamətləri:***

Xlamidiyalar kişilərdə sidik-cinsiyyət orqanları zədələyir - uretrit, prostatit, vezikulit, epididimit və s. əmələ gətirir. Xlamidiozun əlamətləri əksər hallarda, əvvəlcə sidikçıxarıcı kanalın xroniki gedişli - bir neçə ay davam edən yüngülvari iltihabı ("qeyri-qonokok uretrit") ilə müşaiyət olunur. Uretradan azacıq miqdarda seroz (şəffaf) və ya irinli-seroz ifrazat (xüsusən səhərlər - "səhər damcısı") gəlir. Sidik ifrazı zamanı gicişmə, qaşınma və yandırma qeyd olunur. Sidikçıxarıcı kanalda, xayalıq və xayalarda, bel nahiyyəsində müxtəlif ağrılar (əsasən zəif ağrılar), bədən temperaturunun - 37^{0}C qədər yüksəlməsi fonunda, həm də ümumi zəiflik (intoksikasiya əlamətləri) ola bilər. Sidiyin bulanması və onda irin sapcıqları müşahidə edilə bilər. Bəzi xəstələrdə, həttda sidik ifrazının sonunda qanlı ifrazat görünür. Bəzən xlamidiyalar, uzun müddət orqanizmin selikli qişalarında izolə olunmuş mikrokoloniya şəklində yaşayırlar (daşıyıcılıq). Bu zaman kliniki, instrumental və laborator müayinələrlə orqanların zədələnmə əlamətlərini müəyyən etmək olmur - yəni insan kliniki sağlam görünür. Bu vəziyyət orqanizmin immun sistemi tərəfindən xlamidiyaların çoxalmasının tormozlanması ilə əlaqədardır. Ancaq yüksək həssaslı laborator diaqnostika (ZPR, kultural müayinə) xlamidiyaları aşkar etməyə imkan verir [12,13,9,14].

• ***Oral xlamidiozun əlamətləri:***

Bu tip xlamidiozun əlamətləri heç də həmişə cinsi yolla yoluxma ilə əlaqəli deyil. Yoluxma qab-qaşıq vasitəsi ilə, eləcə də ağızda olan yaralardan baş verə bilər. Oral tip xlamidiozda xəstə burnunun dolmasını hiss edir, burun-udlaqda qatı yapışqanvari selik aşkar olunur. Sonra bu selik aşağı və yuxarı damağa keçir, sonra dilin üzərində aşkar olunur, əvəllər azacıq bir hissədə olan selik, sonradan bütün ağız boşluğuna yayılır. Bu selik çox pis iyə - çürümüş balıq qoxusuna malik olur. Selik ağ rəngdə olur və pastayaoxşar ərpi xatırladır. Badamcıqlar və udlağın arxa divarı şişməyə başlayır, qızartı olmur, yumşaq toxumalara azacıq toxunduqda qısamüddətli ağrı hissiyatı yaranır. İrin yığıntısı əmələ gəlmir, lakin dilin üzərindəki spesifik ərpə görə pasient reseptor hissiyatını itirmiş olur. Şişkinliyin və ağrının olması çeynəmə və udma aktının çətinləşməsinə səbəb olur. Dilin epitelial qatı tədricən qurumağa başlayır, nəticədə dildə çatlar və qabıqlanma əmələ gəlir. Selik, həm də dilaltında yığılır, nəfəs çox pis qoxu verir. Bəzi hallarda spazm nəticəsində dilin qeyri-iradi tərpənişi və qatlanması, eləcə də asmatik tutmalar müşahidə olunur, bu zaman

xəstələrdə tənəffüs çətinləşir (əsasən də gecə vaxtlarında). Bəzən xəstələrdə bu simptomların biri aşkar edilir ki, bu da diaqnostikanı çətinləşdirir. Baxmayaraq ki, hormonal müalicə nəticə verir, belə simptomları olan pasient xlamidiya infeksiyasının olub-olmamasına görə mütləq yoxlanılmalıdır [6,8,22].

• ***Fəsadları:***

* *Reyter xəstəliyi* (uretro-okulo-sinovial sindrom) - özünü triada əlamətlərlə: uretrit, konyuktivit və artritlə biruzə verir; bu sindromda, həm də dəri örtüyünün müxtəlif növ zədələnmələri və ləkəli balanopostit (kişilərin 11%-də rast gəlinir). Belə güman olunur ki, Reyter xəstəliyi ilə, yalnız orqanizmində (qanında) toxumauyğunluğu antigeni adlanan və nəsildən-nəsilə ötürülən polipeptid tərkibli maddə (rolu axıra qədər öyrənilməmişdir) olan şəxslər (xəstələrin 70-90%-də rast gəlinir) xəstələnir. Bu antigenin daşıyıcıları seroneqativ artritlə, o cümlədən Reyter xəstəliyi ilə digər insanlardan 40 dəfə çox xəstələnmə riskinə malikdirlər. Xəstəlik ishalla başlayır, 1-2 həftədən sonra zəif əlamətlərlə uretrit müşahidə edilir, 2 həftədən sonra proses birdən-birə kəskinləşir: temperatura 38^0C qədər qalxır və oynaqlarda (əsasən də ayaq barmaqları, diz, topuq və kiçik oynaqlarda) ağrılar başlayır. Zədələnmiş oynaqların dərisi qızarır, bərkiyir, oynaqlarda hərəkət məhdudlaşır. Bəzən gözün korluğa səbəb olan uveit və iridosiklit kimi təhlükəli zədələnməsi inkişaf edir. Ümumiyyətlə Reyter xəstəliyi zamanı bütün toxuma və orqanlar zədələnə bilər [1,23].

* *Uretra strikturası* - uretranın selikli qişasında çapıqlaşma nəticəsində sidik kanalının daralması; yeganə müalicə üsulu cərrahi müdaxilədir.

* *Orxoepididimit* - spermaçıxarıcı yolların daralmasına və Leydiq hüceyrələrinin (hormonifrazedici hüceyrə) məhv olmasına, bu da spermagenezin kəsilməsinə və kişi

sonsuzluğuna səbəb olur.

* *Xroniki prostatit* - prostat vəzi toxumasının məhv olmasına, prostat axacağının daralmasına, prostat şirəsinin kəmiyyət və keyfiyyətcə dəyişilməsinə səbəb olur ki, bu da spermatozoidlərin hərəkətsizləşməsi və tez bir zamanda ölməsi ilə nəticələnir.

* *Qadnlarda kiçik çanaq orqanlarının iltihab xəstəliyi* - xlamidiya infeksiyası uşaqlığa və əlavələrinə, uşaqlıq borularına kiçib orada iltihabi prosesə - endometrit, salpinqooforit, salpingitə səbəb ola blir. Xlamidiozun fərqli xüsusiyyəti, uşaqlıq borularında çapıq və birləşmələr əmələ gətirməsidir ki, bu da uşaqlıqdan kənar hamiləliklə və boru sonsuzluğu ilə nəticələnir. Bundan başqa, xlamidioz zamanı çox vaxt hamiləlik vaxtından qabaq pozulur (abort); doğuş zamanı dölün yoluxması (40% hallarda) qorxulu hallardan sayılır. Yenidoğulmuşların (anadangəlmə xlamidioz) xlamidiozu özünü müxtəlif formalarda göstərir:

- *Oftalmoxlamidioz* (20%) - əlavəli konyuktivit.

- *Yenidoğulmuşların xlamidiya pnevmoniyası* (20-25%) - xəstə anadan doğuş zamanı yoluxma, çox hallarda onlarda ağciyərin iltihabına (pnevmoniya) səbəb olur ki, bu da ağır gedişli olub, çox vaxt ölümlə nəticələnir.

- *Ensefalopatiya* - qıcolmalar, tənəffüs hərəkətlərinin dayanması (apnoe) ilə müşaiyət olunur.

- *Generalizasiyalı xlamidioz* - ağciyər, ürək, qaraciyər, mədə-bağırsaq traktının zədələnməsi ilə müşahidə olunur [1,13,20,24].

Diaqnostikası. *Chlamydia trachomatis* hüceyrədaxili parazit olduğu üçün onun törətdiyi xəstəliyin - xlamidiozun diaqnostikası mürəkkəbdir. Buna görə də xəstələrdən material olaraq *yaxma* (selik və ifrazat) yox, *qaşıntı* (xəstə orqan hüceyrələri) götürülür, bəzən qan, sidik və kişilərdən sperma da götürülə bilər. Xlamidiləri aşkar etmək üçün aşağıdakı laborator üsullar istifadə olunur:

• ***Mikroskopik üsul.*** Bu üsul köhnə olsa da öz əhəmiyyətini hələ də itirməmişdir və indi də diaqnostikada istifadə olunur. Müayinə zamanı kişilərdən- uretradan, qadınlardan eyni zamanda uşaqlıq yolundan, uşaqlıq boynu kanalından və sidik kanalı çıxacağından material (ifrazat, selik) götürülür. Yaxmada xlamidiyalar az hallarda (15%-ə qədər) aşkar olunur, belə ki, bu üsulda, yalnız iltihabi prosesin olması aşkarlanır. Yaxmaların nəticələri ən yaxşı halda xlamidiozun olmasına şübhə yaradır, belə ki, xlamidioz zamanı yaxmada leykositlərin miqdarı azacıq çox olur, bəzi hallarda hətta norma həddini aşmır. Son illərdə xlamidiozun diaqnostikasında bu üsuldan az hallarda istifadə edilir.

• ***Kultural üsul.*** Bu üsul digər üsullardan baha başa gəlməsi və zəhmətli olması ilə fərqlənir, həm də nəticələri bir-neçə günə kimi gözləmək lazım olur. Ancaq bu cür çatışmazlıqlar artıqlamasilə kompensasiya olunur: bu üsulda xlamidiyaların kultivasiyası (hüceyrə kulturalarında) müsbət nəticə verərsə, orqanizmdə bakteriyaların olmasına şübhə yeri qalmır. Bu üsulun üstün cəhəti: alınmış xlamidiya kulturasının antibiotiklərə qarşı həssaslığının öyrənilməsi və məlum olmuş antibiotiklərlə xəstənin tam müalicə olunmasıdır. Kultural üsul xlamidiyaları 70-90% hallarda aşkar etməyə imkan verir.

• ***İmmunflüoressensiya reaksiyası (İFR).*** Bu üsulda uretradan və ya uşaqlıq boynu kanalından götürülmüş materialdan yaxma hazırlanır, üzərinə flüoressensiyaedici maddə ilə nişanlanmış xlamidiyaya

qarşı immun əlavə edilir. Yaxma termostatda (37^0C) 1 saata qədər inkubasiya edildikdən sonra lüminisent mikroskopda baxılır. Materialda xlamidiya olduqda, onlar yaxmada işıqsaçan formada görünürlər. Bu üsulun dəqiqliyi 50%-ə (əsas çatışmayan cəhəti) qədərdir, bəzi hallarda istiadə olunur.

• ***İmmunferment analiz (İFA).*** Bu üsulla qan zərdabında xlamidiyalara qarşı əmələ gəlmiş anticisimlər (İgM, İgG, İgA), eləcə də antigen (xlamidiya) təyin edilir. Bu zaman həm də xəstəliyin hansı mərhələdə - kəskin və ya xroniki formada olması da aydınlaşır. İlk anticim (İgM) xəstəliyin 10-20-ci günlərində təyin edilir, sonra digər anticisimlər (İgG və İgA) əmələ gəlir ki, bunların təyini xroniki xlamidiozu və ya təkrar yoluxmanı, ya da pis müalicə olunmuş xəstəliyin aktivləşməsini göstərir. Bu analizin dəqiqliyi 60%-ə qədərdir ki, bu *Chlamydia trachomatis*-ə qarşı anticisimlərin sağlam şəxslərdə də aşkar olunması ilə əlaqədardır.

• ***Zəncirvari polimeraza reaksiyası (ZPR).*** ZPR hal-hazırda ən həssas və spesifikliyə (100%-ə qədər) malik üsuldur. Analiz üçün cüzi material tələb olunur, cavab isə 1-2 günə hazır olur. Yalançımüsbət cavab, yalnız materialın götürülməsində, daşınmasında, işlənilməsində qaydalar pozulduqda alına bilər. Müsbət cavabın digər üsullarla təsdiqinə ehtiyac olmur. Xlamidiozların diaqnostikasında ən üstün üsuldur [17,26].

Müalicəsi. 1990-cı illərdə xlamidiozun müalicə sxemi uzunmüddətli, mürəkkəb və çoxpilləli (ardıcıl olaraq bir-neçə antibiotik qəbulu, eləcə də yerli mikrob və göbələk əleyhinə preparatlar, hepatoprotektorlar və s.) idi, bir sıra əlavə effektə malik olmuşdur və həmişə tam sağalma verməmişdir. Bu hal, yeni effektli və zərərsiz antibiotiklərin meydana çıxması ilə 2000-ci ildən dəyişilmişdir: hazırda xlamidiozun müalicə kursu 2-3 həftə davam edir. Sonuncu Beynəlxalq Standarta görə (ÜST-ün tövsiyəsi, 2010-cu il Avropa tövsiyəsi (European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections) urogenital xlamidiozun müalicəsində seçim preparatı - azitromisin (müəyyən dozada birdəfəlik qəbulu) və ya doksisiklin (7 günlük kursla qəbulu) olmuşdur. Alternativ preparatlar kimi digər makrolidlərdən (eritromisin, klaritromisin, roksitromisin və s.), ftorxinolonlardan (ofloksasin, siprofloksasin, lomeloksasin və s.) istifadə oluna bilər. Antibitiklərlə yanaşı, bəzən xlamidiozun müalicə sxeminə göbələk əleyhinə preparatlar (məsələn, flükonazal), immunmodulyatorlar (məsələn, interferon, polioksidon), uretradan çoxlu ifrazat gəldikdə isə, həm də yerli antimikrob preparatlar təyin edilir [26,27,28,29,30].

ƏDƏBİYYAT

1. Глазкова Л.К. Практические аспекты персистентной хламидийной инфекции // Венеролог., 2005, №2, с.4-12.
2. Глазкова Л.К. Урогенитальный хламидиоз. Современный взгляд на проблему // Медицинская наука и практика, 2004, №4, с.20-22
3. Малова И.О., Сидорова И.А., Шеломенцева Н.Н. Урогенитальный хламидиоз у женщин репродуктивного возраста: рациональный подход к терапии // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2013, №2, с.46-50.
4. Молочков В.А., Кисина В.И., Ширшова Е.В. Современные подходы к лечению урогенитального хламидиоза // Врач, 2006, №2, с.11-15.
5. Бондаренко Г.М. Комплексная терапия хронического урогенитального хламидиоза с использованием индуктора эндогенных интерферонов тилорона («Лавомакса») // Дерматология та венеролопя, 2010, № 4(50), с.47-55.
6. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путём, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. ВОЗ, 2007.
7. Довлетханова Э.Р. Возможность применения иммуномодуляторов в комплексном лечении ВЗОМТ // Медицинский совет, 2012, №12, с.84-87.
8. Kucinskiene V., Sutaite I., Valiukeviciene S.et al. Prevalence and risk factors of genital Chlamydia trachomatis infection // Medicina(Kaunas), 2006, v.42, p.885-894.
9. Мавров Г.И. Хламидийные инфекции: биология возбудителей, патогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика: монография. Киев, 2005, 524с.
10. Гасанова Т. А. Хламидийная инфекция и репродуктивная функция // Вестн. дерматол., 2001, №1, с.11-15.
11. Игнатовский А.В. Хламидийная инфекция у женщин: вопросы качества медицинской помощи // Журнал акушерства и женских болезней, 2011, № 4, с.139-45.
12. Дмитриев Г.А. Урогенитальная хламидийная инфекция. Подходы к диагностике и терапии // Инфекции, передаваемые половым путем, 2002, № 2, с.21-24.
13. Зигангирова Н.А., Петяев И.М. и др. Генерализация инфекции у больных сурогенитальным хламидиозом // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер., 2007, №4, с.19-24.

14.Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases // Treatment Guidelines, 2006, v.55 (№ RR-11).

15.Брагина Е.Е., Орлова О.Е., Дмитриев Г.А. Некоторые особенности жизненного цикла хламидий. Атипичные формы существования (обзор литер.)//ЗППП. 1998. № 1. С. 3-9.

16.Pudney J., Quayle A. J., Anderson D. J. Immunological Microenvironments in the Human Vagina and Cervix: Mediators of Cellular Immunity Are Concentrated in the Cervical Transformation zone // Biol. Reprod., 2005, v.10, p.76-82.

17.Screening tests to detect Chlamydia trachomatisand Neisseria gonorrhoeae infections // CDC, 2002, v.51(No.RR-15).

18. Баткаев Э.А., Рюмин Д.В. Современные проблемы венерологии // Российский журнал кожных и венерологических болезней, 2009, №2, с.45-52.

19.Stamm W.E.Chlamydia trachomatis Infections of theAdult. In: Sexually Transmitted Diseases. McGraw-HillMedical, 2008, p.575-593.

20.Darville T. Chlamydia trachomatis infections inneonatesand young children // Semin Pediatr Infect Dis., 2005, v.16, p.235-244

21. Pacey A.A., Eley A. Chlamydia trachomatis and male fertility //Hum Fertil (Camb), 2004, v.7, p.271-276.

22.Kilic D., Basar M.M., Kaygusuz S. et al. Prevalence and treatment of Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, and Mycoplasma hominis in patients with non-gonococcal urethritis // Jpn. J. Infect. Dis., 2004, v.57, p.17-20.

23.Варонько И.А., Полещук Н.Н. Причины рецидивирования реактивных артритов и болезни Рейтера, вызванных хламидийной инфекцией / Тезисы Конгресса ревматологов России. Саратов, 2003, с.21.

24.Mpiga P., Ravaoarinoro M. Chlamydia trachomatis persistence: anupdate //Microbiol. Res., 2006, v.161, p.9-19.

25.Markos A.R. The concordance of Chlamydia trachomatis genital infection between sexual partners, in the era of nucleic acid testing // Sex Health, 2005, v.2, p.23-24.

26.Свистунов А.А. Об эффективности иммунотерапии осложненного урогенитального хламидиоза // Рос. журн. кож. и вен. Болезней, 2005, №2, с.42-49.

27. Алленов С.Н., Иванов О.Л., Ломоносов К.М. и др. Иммунологические аспекты применения полиоксидония в комплексной терапии осложненного урогенитального хламидиоза // Рос. журнал кожных и вен. Болезней, 2002, № 2, с.58-61.

28.Андрашко Ю.В., Галагурич О.М., Пушкаренко С.В. Пульс-терапия - рациональный подход к лечению хронического урогенитального хламидиоза // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол., 2007, №1, с.77-80

29.Игнатовский А.В. Эффективность и безопасность азитромицина при лечениии фекций, передаваемых половым путем // Клин. микробиол. Антимикроб. химиотер., 2013, №2, с.38-43

30.Мавров, Г.И., Иващенко Л.В. Оптимизация лечения больных хроническим урогенитальным хламидиозом // Дерматолопя та венеролопя, 2012, №4(58), с.81-89.

Резюме

Урогенитальный хламидиоз: последствия, диагностика и лечение

Ф.М.Шихалиев, С.Г.Исмаилов, С.Ф.Шихалиева

Инфекционные болезни урогенитального тракта становиться причиной развития различных патологических процессов. Не смотря на достижения в диагностике и лечения инфекций передаваемых половым путем, число больных с урогенитальной инфекцией остается высоком. В связи с этим диагностика и лечение этой инфекции остается актуальным вопросом не только акушерства и гинекологии, но и инфекционных заболеваний в целом.

Summary

Urogenital chlamydia: consequences, diagnosis and treatment

F.M.Shihaliyev, S.I. Ismailov, S.Sh. Shihaliyeva

Infectious diseases of the urogenital tract cause the development of various pathological processes. Despite the advances in the diagnosis and treatment of sexually transmitted infections, the number of patients with urogenital infection remains high. In connection with this, the diagnosis and treatment of this infection remains an urgent issue not only for obstetrics and gynecology, but for infectious diseases in general.

Daxil olub: 29.12.2016

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В СОПОСТАВЛЕНИИ С НАРУШЕНИЯМИ ГОМОЦИСТЕИНОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2

Я.З.Курбанов, М.Р.Аббасова

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Açar sözlər: 2 tip şəkərli diabet, endotelinin disfunksiyası, hiperhomosisteinemiya
Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, эндотелиальная дисфункция,гипергомоцистеинемия
Key words: diabetes mellitus type 2, endothelium dysfunction, hyperhomocysteinemia

В последние годы многие исследователи в качестве одного из факторов, повреждающих сосудистый эндотелий, рассматривают гомоцистеин (ГЦ) [6,15,16]. Гомоцистеин, являясь продуктом метаболического превращения метионина, при окислении в плазме крови образует большое количество кислородсодержащих радикалов, обладающих выраженным токсическим действием на эндотелиальные клетки [18,19].

В течение последних лет были проведены многочисленные клинические и эпидемиологические исследования, результаты которых позволили установить, что наличие гипергомоцистеинемии повышает риск раннего развития атеросклероза и тромбоза коронарных, церебральных и периферических артерий, независимо от традиционных факторов риска и является прогностическим маркером летального исхода [7,10,18,19].

Однако влияние ГЦ на сосудистый эндотелий при СД-2мало изучено[2,3,12], тогда как важность ранней диагностики сосудистых осложнений при СД-2 диктует необходимость более глубокого изучения патогенных механизмов развития дисфункции эндотелия у подобных больных.

В свете вышеизложенного мы изучили состояние эндотелиальной функциив сопоставлении с нарушениями гомоцистеинового обмена у больных с СД-2.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной в исследовании цели было проведено комплексное обследование 159 больных: 101 (63,52 %) мужчин и 58 (36,48 %) женщин, в возрасте от 27 до 81 года со средним возрастом 59,72±8,4 года. Все обследованные были разделены на 2 группы в зависимости от наличия СД-2: 1 группа- 73 больных (49 мужчин и 24 женщины) с СД-2; 2 группа - (в качестве группы сравнения (ГС)) - 86 пациентов (52 мужчин и 34 женщины) без СД-2.

Сопутствующие заболевания в обеих сравниваемых группах представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количество и средний возраст (M +m) больных в группах с СД-2 и в ГС (без СД-2) в зависимости от пола и основного диагноза

Параметры	Всего: 159 (100%)	
	Мужчины: n=101 (63,52%)	Женщины: n=58 (36,48%)
	Основная группа (n = 73)	ГС (n=86)
Мужчины	49 (30,81%)	52 (32,7%)
Женщины	24 (15,09%)	34 (21,38%)
Ср. возраст	59,52±9,13 (27-75)	58,99±7,23 (44-81)
АГ	39 (24,53%)	44 (27,67%)
ИБС	38 (23,89%)	34 (21,38%)
Стенокардия	28 (17,61%)	21 (13,2%)
ХСН	3 (1,89%)	1 (0,63%)
ПИКС	1 (0,63%)	0 (0,0%)

Диагноз СД-2 устанавливался на основании рекомендаций Американской Диабетической Ассоциации (АДА) и Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) как минимум за 2 года до начала исследования [20].

Из больных СД-2 у 32 (20,12%) наблюдалось легкое течение СД-2, у 41 (25,79%) больных –СД-2 средней тяжести. У 49 (30,82%) больных СД-2 находился в фазе компенсации, у 24 (15,09%) - в фазе субкомпенсации.

Степень артериальной гипертензии (АГ) устанавливалась в зависимости от уровня систолического и диастолического АД в соответствии с рекомендациями Европейского общества гипертензии и

Европейского общества кардиологии [14], при этом процентное соотношение больных с различными степенями артериальной гипертензии в группах больных независимо от наличия СД-2

достоверно не различались. Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту (p = 0,3) и полу (по критерию Фишера p=0,2).

При клинико-инструментальном обследовании учитывались возраст, пол больных, рост, масса тела, величина ЧСС, уровень АД, индекс Кетле (индекс массы тела, ИМТ) *[4]*(с целью исключения сопутствующего метаболического синдрома), давность заболевания СД-2. При лабораторном исследовании определялись уровень глюкозы в крови натощак на полностью автоматизированном роботизированном анализаторе BS 200 E фирмы "MINDRAY" (США-Китай),липидный спектр на биохимическом автоматизированном роботизированном анализаторе BS 200 E фирмы "MINDRAY" (США-Китай) с расчетом коэффициента атерогенности (КА-АТГ) *[8]*, уровень гомоцистеинемии на полностью автоматизированном роботизированном хемилюминисцентном аппарате IMMULITE 2000 XPi фирмы "SIEMENS" (Германия), уровень Эт-1- на полностью автоматизированном роботизированном хемилюминисцентном аппарате IMMULITE 2000 XPi фирмы "SIEMENS" (Германия) [1].

У всех больных дополнительно оценивалась сосудодвигательная активность эндотелия с помощью пробы с реактивной гиперемией[11,13].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием статистической компьютерной программы Statistica 6.0 компании StatSoft [5]. Для оценки значимости различий средних величин для признаков с нормальным распределением использовали t-критерий Стьюдента.Для определения корреляции использовали тест для нормальных выборок и непараметрический тест ранговой корреляции Спирмена. При значениях r от 0,25-0,35 корреляцию считали слабой, при r от 0,36-0,70- умеренной, и при r- от 0,71 до 0,99- тесной. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты исследования. Уровень плазменного ГЦ был изучен у всех обследованных больных в обеих сравниваемых группах (таблица 2).

Таблица 2

Средние значения плазменного уровня ГЦ (M±m) в целом и в зависимости от пола в группе больных с СД-2 и в ГС (без СД-2)

	СД-2 (n = 73)		ГС (n = 86)	
	Муж.(n = 49)	Женщ. (n = 24)	Муж. (n=52)	Женщ. (n = 34)
Гомоцистеин	15,42 ± 8,79 (6,5-38,4)	17,24±5,79 (6,8-29,4)	15,17±8,83 (5,4-35,6)	16,31±9,17 (5,4-36,8)
В целом	16,07 ± 7,83 (6,5-38,4)		15,63±8,93 (5,4-36,8)	

Таблица 3

Уровень ГЦ при распределении по нижнему 25%, 50%, 75% и верхнему квартилям и процентилям нормальных значений для мужчин и женщин в зависимости от пола в группе больных с СД-2 и ГС (без СД-2)

Гомоцистеин (ммоль/л)	СД-2 (n = 73)		ГС (n=86)	
	Муж. (=49)	Женщ.(n=24)	Муж. (n=52)	Женщ. (n=34)
Ниж. квартиль	8,6	15,45	7,7	8,35
В целом	9,25		7,8	
50%-квартиль	15,4	22,4	13,1	15,1
В целом	14,2		11,4	
75%-квартиль	21,5	26,5	21,5	23,15
В целом	20,73		16,4	
Верх.квартиль	33,5	38,4	35,6	36,8
В целом	35,7		36,7	
Проц. норм	33,5	38,4	52,6	61,4
В целом	35,7		58,8	

Как видно по представленным в таблице данным, средние арифметические значения плазменной концентрации ГЦ достоверно между сравниваемыми группами не различались, однако при анализе

распределения данных выборки методом сравнения эксцесса и асимметрии было определено, что данные имеют неправильное распределение (таблица 3).

Как видно из таблицы 3, после распределения данных по квартилям: значения нижнего квартиля концентрации ГЦ в плазме составили 9,25 в группе с СД-2 и 7,8мкмоль/л у пациентовв ГС, соответственно. Это означало, что у 25% пациентов каждой из сравниваемых групп уровень ГЦ в плазме находился в пределах нормальных значений, при этом сравнительно выше он был у больных с СД-2. Значение 50%-го квартиля уровня плазменного ГЦ в группе с СД-2 составил 14,2 мкмоль/л, приближаясь к верхним границам нормальных значений, тогда как в ГС показатель составил 11,4, все еще находясь в рамках нормальных значений содержания ГЦ в плазме крови. Значение 75% квартиля в группе с СД-2 20,73мкмоль/л, что свидетельствовало о превышении нормальных значений у 75% пациентов этой группы. В ГС- у 75% больных показатель составил 16,4, что являлось нормой для женщин и несколько выше нормальных значений для мужского пола.

Обнаруженные различия при распределении по квартилям подтверждались при расчете процентиля нормальных значений плазменной концентрации ГЦ (до 16,6 ммоль/л у мужчин и у женщин), которые достоверно преобладали в ГС (58,8%), тогда как в группе больных с СД-2 процентиль нормальных значений составил 35,7.

Таким образом, у ¼ обследованных пациентов с СД-2 концентрация ГЦ была более высокой в сравнении с больными, составившими ГС, причем у больных с СД-2 уровень плазменного ГЦ превышал показатели в ГС в 1,4 раза.

Достоверно более высоким уровень ГЦ в сравниваемых группах пациентов был у женщин в сравнении с мужчинами.

С учетом того, что гипергомоцистеинемия может оказывать повреждающее влияние на эндотелий [9,17], мы оценили сосудодвигательную и продуктивную активность эндотелия у тех же больных. При оценке изменений исходного диаметра правой плечевой артерии, достоверно не различающегося между сравниваемыми группами, оказалось, что степень ее прироста через 15 и 60 секунд после проведения компрессии была достоверно более высокой в ГС, чем в группе больных с СД-2 вне зависимости от пола обследованных пациентов (таблица 4).

Таблица 4

Средние показатели исходного диаметра правой плечевой артерии и его изменений (в %-ах от исходных значений) через разные временные промежутки после прекращения компрессии (M±m) в целом и в зависимости от пола у больных с СД-2 и ГС (без СД-2)

Показатели	СД-2 (n=73)		ГС (n =86)	
	Муж.(n = 49)	Женщ. (n = 24)	Муж.(n = 52)	Женщ.(n = 34)
ДПА, исходно	3,21± 0,27 (2,7-3,7)	3,25±0,25 (2,8-3,7)	3,21 ± 0,29 (2,7-3,7)	3,39±0,29 (2,7-3,9)
Всего	3,22 ± 0,27 (2,7 – 3,7)		3,31±0,31 (2,7 – 3,9)	
Изменение ДПА (□ДПА) после окончания пробы (%)				
через 15 секунд	6,95±1,21$^{(1/2)}$ (3,71-11,19)	6,39±0,81$^{(1/2)}$ (4,93-9,91)	10,31±0,98$^{(1/2)}$ (7,3-13,6)	9,21±0,81$^{(1/2)}$ (7,2-12,8)
Всего	6,76 ± 1,07 (3,7 – 11,19)$^{(1/2)}$		9,78±0,99 (7,2-13,6)$^{(1/2)}$	
через 60 секунд	8,33±0,97$^{(1/2)}$ (6,22-10,42)	7,61 ± 0,89$^{(1/2)}$ (6,27 – 9,55)	14,51±0,88$^{(1/2)}$ (9,53-19,52)	16,77±0,96$^{(1/2)}$ (8,98 -21,14)
Всего	8,07 ± 0,99 (6,22-10,42)$^{(1/2)}$		15,85 ± 0,99 (8,98-21,14)$^{(1/2)}$	

Примечания: $^{(1/2)}$- достоверность различий между группой с СД-2 и ГС

Кроме того, изменения от исходного диаметра плечевой артерии (ДПА) в группах больных с СД-2 происходили разнонаправленно (в ряде случаев отмечался парадоксальный сосудистый ответ в виде уменьшения диаметра от исходной величины), тогда как в ГС (без СД-2) во всех случаях отмечался только прирост исходного диаметра после прекращения пробы (хотя у некоторых больных был относительно низким).

Все случаи парадоксальной реакции в соответствии с указаниями, имеющимися в литературе, расценивались как патологический ответ, свидетельствующий о дисфункции эндотелия. Низкий прирост диаметра плечевой артерии (ниже 9%) также расценивался как эндотелиальная дисфункция (таблица 5).

Таблица 5

Распределение случаев положительной (прирост 9-13% от исходного значения), отрицательной (низкий прирост или его отсутствие) и парадоксальной реакции (снижение скоростных параметров и сужение диаметра), определенной на правой плечевой артерии через разные временные промежутки после прекращения компрессии в целом и в зависимости от пола у больных с СД-2 и в ГС (без СД-2)

Показа-тели	СД-2 (n=73)		ГС (n=86)	
	Муж. (n=49)	Женщ. (n = 24)	Муж. (n=52)	Женщ. (n = 34)
Положительная реакция				
15 сек.	18 (7,72%)$^{(1/2)}$	8 (3,43%)$^{(1/2)}$	35 (15,02%)$^{(1/2)}$	24 (10,3%)$^{(1/2)}$
Всего	26 (11,16%)$^{(1/2)}$		59 (25,32%)$^{(1/2)}$	
Отрицательная реакция				
15 сек.	29 (12,44%)	15 (6,43%)	17 (7,29%)	10 (4,29%)
Всего	44 (18,88%)		27 (11,59%)	
Парадоксальная реакция				
15 сек.	2 (0,86%)	1 (0,43%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Всего	3 (1,29%)$^{(1/2)}$		0 (0,0%)$^{(1/2)}$	
Положительная реакция				
60 сек.	19 (8,15%)$^{(1/2)}$	8 (3,43%)$^{(1/2)}$	35 (15,02%)$^{(1/2)}$	25 (10,73%)$^{(1/2)}$
Всего	27 (11,59%)$^{(1/2)}$		60 (25,75%)$^{(1/2)}$	
Отрицательная реакция				
60 сек.	29(12,45%)$^{(1/2)}$	15 (6,44%)	17 (7,29%)	9 (3,86%)
Всего	44 (18,88%)		26 (11,16%)	
Парадоксальная реакция				
60 сек.	1 (0,43%)	1 (0,43%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Всего	2 (0,86%)$^{(1/2)}$		0 (0,0%)$^{(1/2)}$	

Примечания: $^{(1/2)}$ – достоверность различий между СД-2 и ГС ($p<0,05$); * - достоверность различий между мужчинами и женщинами внутри группы ($p<0,05$)

Достоверно более высокая степень прироста ДПА, выраженного в процентах от исходных значений, отмечалась у пациентов ГС уже на 15-ой секунде после прекращения пробы и сохранялась через 60 секунд после компрессии.

Как видно из таблицы 5, при распределении по вариантам нормального и патологического сосудистого ответа на компрессионную пробу, отражающих наличие эндотелиальной дисфункции среди сравниваемых групп, было установлено, что эндотелиальная функция была существенным образом нарушена у большинства пациентов в группе с СД-2, тогда как в ГС (без СД-2) частота выявления дисфункции эндотелия была более низкой, достигая по некоторым показателям достоверной значимости.

Таблица 6

Средние показатели концентрации ГЦ и ЭТ-1 (M±m) в целом и в зависимости от пола в группах больных с СД-2 и ГС (без СД-2)

Показатели	СД-2 (n=73)		ГС (n=84)	
	Муж.(n = 49)	Женщ.(n = 24)	Муж. (n=52)	Женщ. (n =34)
ГЦ, ммоль/л	16,13±7,24 (5,6-33,5)	21,44±8,73 (7,2-38,4)	15,63±8,93 (5,4-36,8)	16,32±9,17 (5,4-36,8)
Всего	17,87±8,11 (5,6 – 38,4)		15,63±8,93 (5,4-36,8)	
Эт-1, ммоль/л	8,61±1,58 (6,22-14,24)	9,09±1,69 (6,93-12,76)	7,44±0,89 (6,11-9,65)	7,61±0,95 (6,14-9,56)
Всего	8,77±1,62 (6,22-14,24)		7,50±0,92 (6,11-9,65)	

Результаты анализа лабораторных данных- плазменного уровня ГЦ и Эт-1 (таблица 6) продемонстрировали отсутствие достоверных различий в плазменной концентрации ГЦ, тогда как концентрация Эт-1 в плазме крови была более высокой в группе больных с СД-2.

В сравниваемых группах показатели как ГЦ, так и Эт-1 были недостоверно более высокими у женщин в сравнении с мужчинами, хотя нормативы содержания ГЦ в плазме крови выше для женского пола.

Не отмечалось достоверных различий между группами пациентов по всем показателям липидного спектра и КА.

При разделении общего числа обследованных больных на подгруппы с вариантами нормального (положительной реакции) и патологического (отрицательная и парадоксальная реакция) сосудистого ответа при проведении пробы с реактивной гипертермией оказалось, что концентрация как ГЦ, так и Эт-1 были достоверно более высокими в группах с патологическим сосудистым ответом, свидетельствующим об эндотелиальной дисфункции (таблица 7).

Таблица 7

Средние показатели плазменной концентрации ГЦ и Эт-1(M±m) в целом и в зависимости от пола у больных с нормальной и патологической реакцией сосудистого ответа после пробы с реактивной гиперемией

Показатели	нормальная (n = 85)		патологическая (n = 74)	
	Муж, (n = 53)	Женщ.(n = 32)	Муж.(n = 48)	Женщ.(n = 26)
ГЦ	8,73 ±2,25 (5,4-12,56)$^{1/2}$	9,44±2,73 (6,2-18,4)$^{1/2}$	16,25±2,79 (6,5-36,8)$^{1/2}$	17,32±2,67 (6,6-38,4)$^{1/2}$
Всего	9,07 ± 2,74 (5,4-18,4)$^{1/2}$		16,86±2,35 (6,5 – 38,4)$^{1/2}$	
ЭнТ-1	7,63±1,45 (6,11-9,56)$^{1/2}$	8,91±1,76 (6,22-9,65)$^{1/2}$	11,97±1,37 (6,93-12,82)$^{1/2}$	13,61±1,04 (6,99-14,24)$^{1/2}$
Всего	7,46±1,78 (6,11-9,65)$^{1/2}$		12,74±1,92 (6,93-14,24)$^{1/2}$	

Примечания:$^{1/2}$ – достоверность различий между группами больных с нормальной и патологической реакцией ($p<0,001$); «$^{1/2}$» – достоверность различий между группами больных с нормальной и патологической реакцией ($p<0,01$)

При вышеописанном разделении на подгруппы хотя и не отмечалось достоверных различий по отдельным компонентам липидного спектра крови, КА оказался достоверно более высоким у пациентов с патологическим сосудистым ответом.

Обнаруженные изменения подтверждались достоверной отрицательной корреляционной взаимосвязью между степенью прироста диаметра плечевой артерии после проведения компрессионной пробы с реактивной гиперемией, отраженной в процентах от исходных значений, с одной стороны, содержанием

уровня Эт-1 и ГЦ в плазме крови- с другой ($r = -0,7843$, $p<0,01$; $r= -0,7214$, $p<0,05$, соответственно).

Полученные нами данные, таким образом, дают основание полагать, что в основе формирования обнаруженной у большинства больных с СД-2 эндотелиальной дисфункции играла несомненную роль выявленная у них гипергомоцистеинемия.

Выводы. Примерно у 75% больных из группы обследованных больных с СД-2 плазменная концентрация ГЦ превышала нормальные значения (20,73 ммоль/л), тогда как у больных ГС (без СД-2) примерно у такого же количества больных (около 75%) находилась в пределах нормальных значений (16,4 ммоль/л). Процентиль нормальных значений ГЦ в плазме крови был достоверно более низким у больных с СД-2 (35,7) в сравнении с аналогичным показателем, определенным у пациентов ГС (58,8). В обеих сравниваемых группах более высокий уровень ГЦ в плазме крови отмечался у лиц женского пола. При проведении компрессионной пробы с реактивной гиперемией в исходном состоянии как диаметр, так и скоростные показатели кровотока в правой плечевой артерии были недостоверно выше у пациентов ГС (без СД-2). После компрессии степень увеличения исходного диаметра и нарастания скоростных показателей кровотока в правой плечевой артерии были достоверно более высокими у пациентов ГС (без СД-2) при отсутствии различий в зависимости от пола. Только у больных с СД-2 в отличие от больных без диабета выявлялись случаи парадоксального ответа (сужение исходного диаметра с снижением скоростных показателей кровотока) при проведении пробы с реактивной гиперемией. Частота нарушения сосудодвигательной и продуктивной функций эндотелия была достоверно более высокой у больных с СД-2. У категории больных (с СД-2 и без СД-2) с патологической реакцией (сужение или низкий прирост диаметра и скоростей кровотока после пробы с реактивной гиперемией) отмечались достоверно более высокие значения плазменной концентрации ГЦ (16,86±2,35**)** и Эт-1(12,74±1,92).

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер М.Ю. Лабораторная диагностика эндотелиальной дисфункции при метаболическом синдроме // Клиническая лабораторная:диагностика, 2005, № 10, с. 42.

2. Аметов А.С., Демидова Т.Ю. Синтез оксида азота в эндотелии сосудов у больных с сахарным диабетом 2-го типа / Клин.мед,2005,№8,С. 62-68

3. Аметов А.С., Сманина Л.В. Эндотелий как мишень терапевтического воздействия гипотензивной терапии у больных сахарным диабетом 2-го типа / Кардиология,2004,№11,С.**55-60.**

4. Гусарова М.Н. Лишний вес: индекс Кетле (часть 2) / htpp:// the-filithlivejournal.com/175391.html

5. Долженков В., Стученков А. Самоучитель Excel 2007 / Изд-во «БХВ-Петербург»,СПб, 2008, 520 с.

6. Затейщикова А.А., Затейщиков Д.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение // Кардиология,1998, № 9, с. 68-80.

7. Кательницкая Л.И., Хаишева Л.А., Кициева А.А. и др. Особенности функции эндотелия у больных ИБС в разных возрастных группах //Юж, Росс. мед. ж,2004, № 2, с.1721.

8. Климов А.Н. Холестерин и клетка / Актуальные проблемы патогенеза атеросклероза // Л,НИИЭМ, 1985, с.26-47.

9. Меншутина М.А. Механизмы вазомоторной формы дисфункции эндотелия: Автореф. дисс. … д-ра мед.наук. СПб, 2005, 42 с.

10.Сидоренко Б.А., Затейщиков Д.А. Дисфункция эндотелия в патогенезе атеросклероза и его осложнений // Кремлевская медицина. Клинический вестник, 1999, № 2, с.7-12.

11.Трисветова Е.Л., Паторская О.А., Пономаренко И.Н. и др. Проба с реактивной гиперемией у мужчин призывного возраста с наследственными нарушениями соединительной ткани / www.bsmu.by/files /21515a113287ffd8faa42a2190e785dd/

12.Шестакова М.В. Дисфункция эндотелия - причина или следствие метаболического синдрома? // Русск.мед.ж, 2001, Т.9, с. 88-92.

13.Celermajer D.S. Endothelial dysfunction: does it matter? Is it reversible? // J. Am. Coll. Cardiol, 1997, v.30,№ 3, p. 325-333.

14.European society of hypertension-European society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens, 2003, v.21, p.1011-1053.

15.Fu W., Dudman N., Perry M. et al. Homocysteinemia attenuates hemodynamic responses to nitric oxide in vivo // Atherosclerosis, 2002, v.161(1), p.169-176.

16.Graham M., Daly L., Refsum H. et al. Plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease: the European concerted action project // JAMA,1997, v.277 (22), p.1775-1781.

17. Hankey G.J., Eikelboom J.W. Homocysteine and vascular disease // Lancet, 1999, v.354, p.407-413.

18.Lentz S.R., Haynes W.G. Homocysteine: Is it a clinically important cardiovascular risk factor? // Clev. Clin. J. Med, 2004, v.71, p.729-734.

19.Mayer E., Jacobsen D., Robinson K. Homocysteine and coronary atherosclerosis // J. Am. Coll.Cardiol,1996, v.27, p.517-527.

20.World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications / Report of a WHO Consultation, 1999, 59 p.

Xülasə

Şəkərli diabet tip 2 olan xəstələrdə homosistein mübadiləsinin pozulması ilə damar endotelinin hərəkətedici funksiyasının vəziyyətinin müqayisəli öyrənilməsi

Y.Z.Qurbanov, M.R.Abbasova

Təqdim olunmuş məqələdə 2 tip şəkərli diabet olan və olmayan xəstələrdə homosisteyinin mübadiləsinin, sağ bazu arteriyanın modelində (reaktiv hiperemiya sınağından sonra) endotelinin damar xərəkətedici aktivliyinin öyrənilməsinin nəticələri əks edilmişdir. Göstərilmişdir ki, şəkərli diabet olan xəstələrdə homosisteyinin qan plazmasında səviyyəsi müqayisə olunmuş qruplarda qadınlarda bir qədər üstünlük təşkil etməklə yüksəlmişdir. Endotelinin produktiv və damar hərəkətedici aktivliyi pozulmuş xəstələrdə hər iki grupda homosisteyinin plasma konsentrasiyası, şəkərli diabetin varlığından asılı olmayaraq və damar reaksiyalarının pozulmasında homosisteyinin səviyyəsinin qalxmasının əhəmiyyətli mənfi təsirini təsdiq edərək, statistik əhəmiyyət kəsb edən dərəcədə yüksək olmuşdur. Beləliklə, şəkərli diabet olan xəstələrdə daha tez-tez rast gələn damarların endotelinin produktiv və damar xərəkətedici aktivliyinin pozulmasında hiperhomosisteyinemiyanın vacib rolu təsdiq olunmuşdur.

Summary

Particularities of homocisteine exchange and endothelium vasomotor function in patients with diabetes mellitus type 2

Y.Z.Gurbanov, M.R.Abbasova

In this article the results of homocysteine plasma levels with simultaneous estimation of vasomotor and productive activity of endothelium in patients with and without type 2 diabetes mellitus are presented. It is shown, that in patients with 2 type diabetes mellitus more frequently high blood plasma homocysteine levels with some prevalence in women in compared groups are occurred.In the part of patients with impaired vasomotor and productive activity of endothelium the plasma homocysteine levels were higher, confirmed the role of hyperhomocysteinemia in the development of vessel walls damages independently of diabetes disease. Thus, indicated pathological findings are confirmed an important meaningof homocysteine plasma level in the development and progression of endothelium vasomotor and productive dysfunction, more frequently occurred in patients with diabetes mellitus type 2.

Daxil olub: 20.12.2016

ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОГИПЕРТЕНЗИИ И ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ МЕТОДОМ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИКИ

М.Н. Пирметов, Э.М.Касимов

Национальный центр офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г. Баку

Açar sözlər: qlaukoma, oftalmohipertenziya, selektiv lazer trabekuloplastika

Ключевые слова: глаукома, офтальмогипертензия, селективная лазерная трабекулопластика (СЛТ)

Key words: glaucoma, ophthalmohypertension, selective laser trabeculoplasty (SLT)

Одной из важнейших проблем современной офтальмологии, в связи с широкой распространенности, представляет собой глаукома. Заболевание занимает второе место среди причин слабовидения, слепоты и инвалидности по зрению. По данным ВОЗ, больных глаукомой насчитывается 105 млн. человек, среди них 5,2 млн. имеют слепоту на оба глаза. По прогнозам ВОЗ к 2020 г., больных глаукомой в мире достигнет 1,2 млрд. человек.

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) на сегодняшний день является одной из ведущих и социально значимых проблем современной офтальмологии. Ведущей теорией при изучении ее патогенеза является мультифакторность, которая поддерживается большинством исследователей [1-7].

А.П. Нестеров, Е.А. Егоров (2005) выделили следующие «основные направления лечения глаукомы, нуждающиеся в усовершенствовании: разработка методики определения индивидуального толерантного (целевого) давления и усовершенствование методов стабилизации ВГД на целевом уровне; восстановление ауторегуляции кровообращения в головке зрительного нерва (ГЗН), сетчатке; повышение активности внутриглазных мышц (особенно цилиарной мышцы); усовершенствование методов диспансеризации больных глаукомой» [8].

Одним из основных механизмов в патогенезе повышения ВГД при первичной открытоугольной глаукоме является ухудшение оттока водянистой влаги из глаза, ВГД превышающий толерантный уровень, ишемия и гипоксия ГЗН. Известно, что с возрастом развиваются структурные изменения дренажной системы глаза, которые порой приводят к увеличению сопротивления оттоку камерной влаги. В частности в юкстаканаликулярном слое накапливается аморфный материал, являющийся продуктом распада волокон коллагена. Изучение участков, трабекулярной ткани, удаленной во время антиглаукоматозных хирургических вмешательств на поздних стадиях открытоугольной глаукомы, позволили выявить отложения материала в виде «бляшек», расположенных в сетчатой части трабекулы и под эндотелиальными клетками шлеммова канала [9].

Офтальмология стала первой отраслью медицины, использующей энергию лазерного излучения для лечения пациентов и до сих пор лидирует по числу лазерных операций в сравнении с другими медицинскими специальностями. Лазерные операции являются менее травматичными по сравнению с другими способами активного воздействия на зону фильтрации угла передней камеры [10].

На современном этапе разработаны и широко внедрены в клиническую практику целая система лазерной хирургии различных типов глаукомы, которая позволяет выбрать адекватный метод для каждого конкретного пациента. При проведении лазерных операций не требуется госпитализация

больного, глазное яблоко не вскрывается, не приводит к необратимым осложнениям и тем самым популярность лазерных методов лечения глаукомы постоянно растет.

Операция лазерная трабекулопластика направлена на улучшение оттока внутриглазной жидкости по естественным дренажным путям. Техника СЛТ заключается в нанесении лазерных коагулятов в зоне не только шлеммова канала, но и воздействует на всю область трабекулы ввиду большего размера пятна 400 мкм. СЛТобладает высокоизбирательным механизмом действия, воздействуя исключительно на пигментные клетки дренажной системы глаза, не повреждая окружающие его структуры, и тем самым способствует очищению и ремоделированию дренажной сети и улучшению оттока внутриглазной жидкости.

По данным литературы, при проведении посмертных гистологических исследований глаз больных глаукомой после селективной трабекулопластики, в частности, N. Noecker с соавторами отметил отсутствие термального повреждения трабекулярной ткани. Также не было выявлено ни эндотелиальной мембраны, ни рубцовой ткани. Отсутствие структурного и термического повреждений трабекулярной мембраны дает возможность многократного использования селективной лазерной трабекулопластики [11-14].

Цель исследования – изучить эффективность селективной лазерной трабекулопластики (СЛТ) как одного из методов лечения первичной открытоугольной глаукомы и офтальмогипертензии.

Материалы и методы исследования. Работа была выполнена на базе Национального Центра Офтальмологиии им. акад. Зарифы Алиевой. В клиническое исследование вошли 21 пациент (37 глаз) с первичной открытоугольной глаукомой. Среди них было 19 больных (33 глаз) с первичной открытоугольной глаукомой и 2 –е пациентов (4 глаза) с офтальмогипертензией неизвестной этиологии. До проведения лазерного лечения на 16 глазах была диагностирована начальная стадия заболевания, развитая стадия- 19 глазах, офтальмогипертензия - 4 глазах. Степень пигментации угла передней камеры соответствовала 0-2 по Е. Ван- Бойнингену. Средний возраст больных составил 61,2 года (варьировался от 56 до 66 лет). Среди них было 13 женщин и 8 мужчин. Срок наблюдения -1 год. Пред- и послеоперационный период применялись следующие методы обследования пациентов: визометрия, биомикроскопия, гониоскопия, статическая периметрия, пневмотонометрия, тонометрия по Маклакову, электронная тонография и HRT3. Пациентам была произведена селективная лазерная трабекулопластика в на установках Lumenis Selecta 2 с сентября 2013 по июль 2014 гг. При выполнении лазерного вмешательства были нанесены лазерные коагуляты в диапазоне 180°, вдоль трабекулы было нанесено около 80 – 100 неперекрывающихся пятен мощностью от 0,5 до 1,5 мДж на импульс. Выбор определялся максимальным уровнем энергии, при котором было образования пузырьков газа.

Селективная лазерная трабекулопластика вмешательство, выполняемая на Nd:YAG-лазере (на алюмоиттриевом гранате с модулируемой добротностью, с удвоением частоты, с длиной волны 532 нм). Параметры лазера подобраны для селективного воздействия на пигментированные клетки трабекулярной сетки без коагулирующего разрушения структуры трабекулярной сетки или непигментированных клеток. При проведении лазерной процедуры осложнений не отмечалось. В послеоперационном периоде назначались эпибульбарно нестероидные противовоспалительные препараты в течении 2-х недель. Ранее назначенные гипотензивные препараты в первой группе больных после селективной лазерной трабекулопластики отменялись, но только в 2-х случаях пришлось возобновить гипотензивную терапию. Пациентам второй группы применявших комбинацию В-блокаторы в комбинации с ингибиторами карбоангидразы, произвели замену на монотерапию простагландинами или комбинацию простагландинов с В-блокаторами.

Результаты исслендования. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 10 пациентов (18 глаз), которым была выполнена селективная лазерная трабекулопластика. Во вторую группу вошли 11 пациентов (19 глаз), которым назначали местную гипотензивную терапию. Уровень ВГД по Маклакову в первой группе составил от 26 до 32 мм рт. ст. (средний уровень ВГД - 28,1±1,2 мм рт. ст.), истинное P_0 - от 21,8 до 29,3 мм рт. ст. (средний уровень ВГД – 24,5±1,6 мм рт. ст.) (Рис.1). Среднее количество применяемых гипотензивных препаратов до селективной лазерной трабекулопластики – 1,68±0,6. Во второй группе уровень ВГД по Маклакову составил от 27 до 31 мм рт. ст. (средний уровень ВГД- 27,6±1,5 мм рт. ст.), истинное P_0 - от 22,0 до 28,3 мм рт. ст. (средний уровень ВГД- 23,9±1,3 мм рт. ст.)(диаг. 1). Среднее количество гипотензивных препаратов составило 1,27±0,6. В качестве гипотензивной терапии пациенты получали В-блокаторы в комбинации с ингибиторами карбоангидразы.

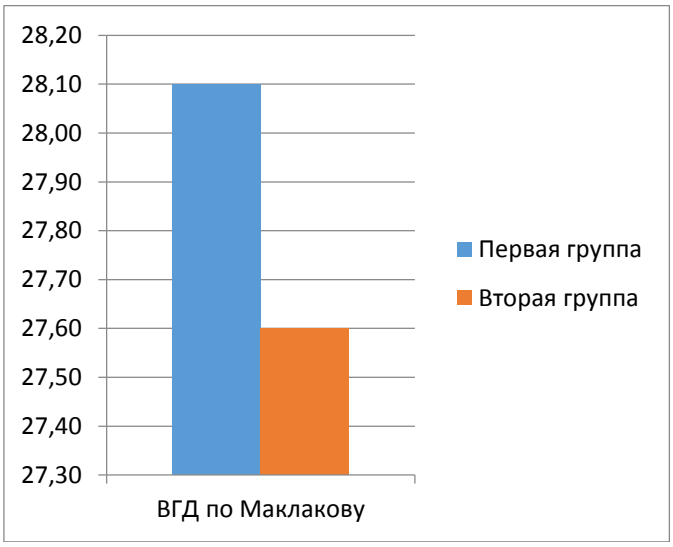


Рис.1. Уровень ВГД по Маклакову в исследованных группах

Гониоскопически у 12 пациентов с первичной открытоугольной глаукомой определяли небольшое количество выростов гребенчатой связки, гиперпигментацию трабекулы, субатрофию корня радужки. Наличие и сочетание этих изменений в трабекулярной зоне провоцировало ухудшение оттока водянистой влаги и тем самым влияло на прогрессивное течение первичной открытоугольной глаукомы.

В первые сутки после операции был отмечен реактивный подъем ВГД у 2-х больных первой группы, в последующем ВГД нормализовалось благодаря назначением дополнительной гипотензивной терапии с поэтапным ее снижением.

Наши исследования показали, что селективная лазерная трабекулопластика достоверно снижает внутриглазное давление. После выполнения селективной лазерной трабекулопластики величина ВГД у пациентов в первой группе снизилась с 27,2±1,08 до 20,48±1,11 мм рт. ст. и в среднем составила 6,6±0,61 мм рт. ст. $p<0,01$. Во второй группе снижение офтальмотонуса наблюдалось, но в меньшей степени, чем в первой группе. Различия между группами статистически недостоверны ($p>0,05$).

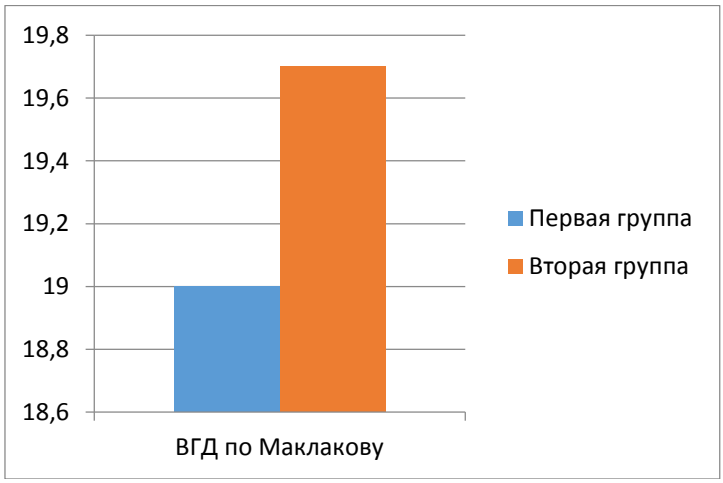


Рис.2. **Уровень ВГД по Маклакову в исследованных группах**

При сроке наблюдения 3 месяца ВГД оставалось в пределах нормы у 19 больных, нормализация офтальмотонуса была достигнута повторным проведением данной процедуры. Разность средней величины ВГД до операции и через 6 месяцев после селективной лазерной трабекулопластики составила в первой группе 8,1±0,24, $p<0,01$, а во второй группе составила 7,9±0,32 мм рт. ст., $p<0,01$. При сравнении в обоих группах лазерного лечения достоверной разницы в снижении ВГД не выявлено, $p>0,05$. В послеоперационном периоде отмечены стабильные показатели офтальмотонуса у

всех прооперированных пациентов и было ниже дооперационных показателей и соответствовало показателям ВГД у здоровых людей (Рис.2).

Через 3 месяца после операции у 75% больных острота зрения с наилучшей коррекцией была 0,4-0,8. Острота зрения менее 0,4 отмечалась у больных с глаукомной оптической нейропатией (3-х больных).В сроки 6 месяцев- 1 год после операции оставались стабильными границы периферического поля зрения у пациентов первой группы. Сужение границ поля зрения на 5-10° было отмечено при развитой стадии первичной открытоугольной глаукомы, а у 4-х пациентов даже отмечалось некоторое расширение границ поля зрения, а у остальных больных ухудшения поля зрения не наблюдалось. В сроки 1 год у пациентов нормализация ВГД была достигнута 29 глазах. 5 больным усилили проводимую гипотензивную терапию.

Проведенное исследование показало улучшение показателей гидродинамики глаза после селективной лазерной трабекулопластики. Коэффициент легкости оттока (С) увеличился и нормализовался у всех больных. Наибольшее увеличение гидродинамических показателей отмечали у больных с офтальмогипертензией и начальной стадией глаукомы.

У пациентов с офтальмогипертензией до операции показатель легкости оттока составлял С=0,24±0,2, показатель минутного объема- 1,61±0,6, а показатель Беккера 63±12, после операции соответственно 0,25±0,2; 1,5±0,13; 53±7.В группе больных с начальной стадией глаукомы до операции показатель легкости оттока составлялС=0,17±0,04, показатель минутного объема- 1,59±0,6, а показатель Беккера 94±11, после операции соответственно 0,23±0,07; 1,5±0,1; 78±13, а в группе больных с развитой стадией глаукомыдо операции показатель легкости оттока составлял С=0,15±0,02, показатель минутного объема- 1,32±0,8, а показатель Беккера 104±19, после операции соответственно 0,21±0,07; 1,2±0,4; 93±21. Адекватное снижение ВГД способствовало стабилизации глаукомного процесса, что подтвердили данные периметрии и морфометрической оценки диска зрительного нерва с помощью HRT3.

Динамика показателей HRT не выявила в течение 1 года отрицательной динамики в виде уменьшения неврального ободка и расширения экскавации диска зрительного нерва. Отрицательная динамика наблюдалась у 2 больных к концу срока наблюдения.

Таким образом, наши исследования показали, что выполнение СЛТ является достаточно эффективной операцией при первичной открытоугольной глаукоме и офтальмогипретензии , и практически в одинаковой степени вызывает снижение ВГД, как и при проникающих фистулизирующих операциях.

Выводы:

1. Результаты клинического исследования свидетельствуют о высокой эффективности проведения селективной трабекулопластики с целью снижения ВГД у больных с первичной открытоугольной глаукомой и офтальмогипертензией.

2. Сравнительная оценка снижения ВГД через 6 месяцев и 1 год после выполнения селективной лазерной трабекулопластики у больных первичной открытоугольной глаукомой и офтальмогипертензией показала большее снижение ВГД, в первой группе по сравнению со второй и не имеет достоверной разницы.

3. Селективная лазерная трабекулопластика малотравматична, обеспечивает высокий функциональный результат и снижает риск прогрессирования глаукомной оптической нейропатии.

4. Селективная лазерная трабекулопластика является эффективным и безопасным методом лазерного лечения глаукомы и офтальмогипертензии.

ЛИТЕРАТУРА

1.Нестеров А.П. Глаукома. М.: Медицинское информационное агенство, 2008, 360 с.

2.Курышева Н. И. Глаукомная оптическая нейропатия. М.: МЕДпресс-информ, 2006,136 с.

3.Нестеров А.П. Глаукома: основные проблемы, новые возможности // Вестн. офтальмологии, 2008, Т.124, №1, с.3-7.

4.Степанова Е.А. Оценка кровоснабжения сосудов глаза и орбиты при различных вариантах течения глаукомы // Глаукома, 2005, № 1, с.13-15.

5.Козлова И. В. Цветовое допплеровское картирование в системе методов оценки кровоснабжения зрительного нерва у пациентов с глаукомой // Глаукома, 2008, № 4, с 69-76.

6.Борисова С.А. Ультразвуковая допплерография в клинике глаукомы / С. А. Борисова // Вестн. офтальмологии,1998,№ 5,С. 52–55.

7. Котелин И.В., Рудникова Н.А. Исследование перфузии сосудов зрительного нерва и сетчатки в динамике у больных первичной открытоугольной глаукомой на фоне применения препарата

простагландинового ряда Траватан в сравнении с сосудистыми эффектами препарата Бетоптик // Глаукома, 2007, № 2, с.19-22.

8. Нестеров А.П., Егоров Е.А. Глаукома: спорные проблемы, возможности консенсуса //Тезисы докладов VIII съезда офтальмологов России. М., 2005, с.142-143.

9. *Quigley H.A,.* Broman A. The number of persons with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 // Br. J. Ophthalmol,2006, v.90, p.151-156.

10 . Vaughan D., Asbury T., Riordan-Eva P. General ophthalmology, Stamford: ConN: Appleton & Lange, 1999, p.200-15.

11.Noecker R.J., Kramer T.R. Comparison of the morphologic changes after selective laser trabeculoplasty and argon laser trabeculoplasty in human bank eyes // Ophthalmology, 2001, v. 108, p.773-779.

12.Damji K. et al. Selective laser trabeculoplasty versus argon laser trabeculoplasty: results from a 1-year randomised clinical trial // Br. J. Ophthalmol, 2006, v.90, №6, p.1490-1494.

13. Almeda ED. Jr., Pinto L.M. et al. Pattern of intraocular pressure reduction following laser trabeculoplasty in open-angle glaucoma patients comparison between selective and nonselective treatment // Clin. Ophthalmol, 2011, v.5, p.933-936.

14. Juzych M.S., Chopra V., Bannit M.R. et al. Comparisonof long-term outcomes of selective laser trabeculoplasty versus argon laser trabeculoplasty in open-angle glaucoma // Ophthalmology, 2004, v.111, p.1853-1859.

Xülasə

Selektiv lazer trabekuloplastikanin ilkin açiqbucaqli qlaukomali və oftalmohipertenziyali xəstələrin müalicəsində effektivliyinin öyrənilməsi

M.N. Pirmətov, E.M.Qasımov

Tədqiqatın məqsədi selektiv lazer trabekuloplastikanın ilkin açıqbucaqlı qlaukomalı və oftalmohipertenziyalı xəstələrdə bir müallicə üsulu kimi effektivliyini öyrənilməsindən ibarətdir. Bizim müşahidəmiz altında ilkin açıqbucaqlı qlaukoma diagnou ilə 21 xəstə (37 göz) və onlardan oftalmohipertenziyalı 2 xəstə (4 göz). Xəstələr iki qrupa bölünmüşdür. Birinci qrupta 10 xəstə (18 göz) xəstələrdə 80-90 lazer koagulyatdan ibarət olan SLT olunmuşdur. İkinci qrup isə 11 xəstə (19 göz) hipotenziv dərman preparatları təyin olunmuşdur. SLTolduğdan sonra birinci qrup xəstələrdə təzyiqin enməsi 27,2±1,08 dən 20,48±1,11 mm.c.st.-a qədər müşahidə olnub.6 ay ərzində isə, orta hesab ilə, təziqin enməsi birinci qrupta 8,1±0,24, p<0,01, ikinci qrupta isə 7,9±0,32 мм рт. ст., p<0,01. Nəticə etibarilə SLT ilkin açıqbucaqlı qlaukomalı və oftalmohipertenziyalı xəstələrdə özünün effektivliyini göstərmişdir.

Summary

Study of the selective laser trabeculoplasty efficiacy in the treatment of patients with the primary open-angle Glaucoma and ophthalmohypertension

M.N. Pirmetov, E.M.Qasimov

Aim- to study of the efficiacy of the selective laser trabeculoplasty as one of the methods of primary openangle glaucoma and ophthalmohypertension treatment. 21 patient (37 eyes) with primary open-angle glaucoma were under our observation. Two of them (4 eyes) were with ophthalmohypertension. In the first group (10 patients-18 eyes) we used selective laser trabeculoplasty with 80-100 lasercoagulates. In the second group (11 patients - 13 eyes) hypotensive drops were prescribed. After SLT in the first group the intraocular pressure had decreased from 27,2±1,08 to 20,48±1,11 mm Hg. During 6 months the difference of the mean value of IOP in the first group was 8,1±0,24, p<0,01, in the second group- 7,9±0,32 mm Hg. According to the results of investigation SLT indicated its efficiacy in the treatment of the primary open-angle glaucoma and ophthalmohypertension.

Daxil olub: 08.12.2016

ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА В МЕБЕЛЬНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Р.Х.Алиева, Д.Я.Салихова, С.А.Курзалиев, М.Е. Набиева
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Açar sözlər: əmək şəraiti, mebel istehsalı, peşə zərəri
Ключевые слова: условие труда, мебельное производство, профессиональные вредности
Key words: labor condition, furniture production, occupational harmfulness

Мебельное производство является важной отраслью деревообрабатывающей промышленности включающее: обработку на станках брусков и других деталей, сборку щитов и фанерирование кромок, шлифование щитов, оконных и дверных блоков, облицовка их шпоном, полировку, поверхности лакокрасочными, пленочными и листовыми материалами. Конечный этап производства сборка мебели.

Несмотря на механизацию ряда технологических операций, изготовлению и сборки мебели все же труд рабочих протекает при наличии комплекса неблагоприятных факторов: физического и статического напряжения, запыленности, загазованности, шума, вибрации, повышенной или пониженной температуры, влажности воздуха рабочей зоны, психо-физиологических нагрузок и др. Большое влияние на здоровье человека и его работоспособность оказывают характер трудовой деятельности и условия труда в которых протекает работа.

В доступной литературе имеются отдельные публикации по оценке некоторых факторов производственной среды и труда в фанерном, спичечном производстве, изготовлению древесно-стружечных волокнистых плит, определяемые технологией производственных процессов, несовершенствованием оборудования, низкой автоматизацией и механизацией производства; отмечается причинно-следственная связь между высоким уровнем заболеваемости рабочих и отдельными факторами труда [4,6,10,11,12,13,15]. Недостаточно изученным остаются вопросы, характеризующие взаимосвязь показателей риска здоровью с учетом условий труда и комплексного влияния факторов производственной среды и трудового процесса в мебельном производстве.

Цель исследования: Изучить условия труда работающих в мебельном производстве, связанных с воздействием комплекса неблагоприятных вредных производственных факторов с выявлением профессионального риска, разработка гигиенических мероприятий профилактического характера.

Материалы и методы исследования: Изучение производственных факторов проводилось по результатам анализа лабораторного контроля центра гигиены и эпидемиологии г. Сумгаита и на основе анализа данных аттестации в различных цехах рабочих мест мебельного предприятия, а также проводимых нами исследованиях. Оценка результатов анализа проводился по максимальным разовым концентрациям согласно СН 2.2.4/2.2.1.8.562-96 «Предельно допустимые концентрации загрязняющих веществ определялся в соответствии с ГОСТ /2.1.005-88 «Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны». Проведено также изучение параметров микроклимата, освещенности, теплового излучения, уровней шума и вибрации, содержание пыли общепринятыми методами: фотокалориметрическим и газохроматографическим методом в воздухе рабочих зон определялся фенол, формальдегид, аммиак, ацетон. В ходе работы проанализированы 173 проб воздуха рабочей зоны на содержание 6 вредных веществ, проведены 54 замеров шума с анализом его спектров 13 замеров локальной вибрации, 235 измерений микроклимата. Одновременно изучено качество и состав используемого сырья и исходных материалов, с эргономических позиций. изучено производственное оборудование и технологические процессы, рабочие позы, проведен фотохронометраж рабочего дня 37 человек, анкетный опрос работников различных профессий.

Комплексная оценка условий труда работающих в мебельном производстве проводилось в соответствии с руководством Р.2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификации условий труда».

Результаты исследования. В структуру мебельного производства входят следующие цеха: машинной обработки брусков, раскройный, древесно-стружечных плит (ДСП), древесно - волокнистых плит (ДВП), шлифовальный, отделочный, фанерный, лакокрасочный, сушильный, сборочный.

На современном этапе одновременно наряду с крупным предприятием также создаются малые предприятия с небольшим числом работающих 35-50 человек. В качестве сырья для получения мебели используются различные породы древесины (сосна, береза, бук, хвоя и др.), готовые ламинаты, клеющие и связывающие материалы. Например, в опилки и стружки добавляют фенол или

мочевино - формальдегидную смолу при высокой температуре (110-120°С) прессуют в плиты, фанера (материал полученный склеиванием нескольких листов, шпона). При пропитке и склеивании деталей на работающих оказывают воздействие пары ряда химических веществ разнонаправленного действия: дибутилфталат, этилацетат, винилацетат, бутилацетат, уксусная кислота, диизобутилфталат, аммиак, стирол, толуол, ксилол, этилбензол и др. Технология производства кухонной мебели из МДФ (орголит) исключает использование вредных эпоксидных смол и фенола. Мебель из МДФ без покрытия ПХВ является источником испарения формальдегида.

Наряду с вышеуказанным в мебельном производстве используются новые полиэфирные и полиуретановые краски (KNAR- Я, ЭСКИН-М, Kenj, SOL-TOX и др.), нитролаки и пропитки различных марок, клеи (ПВА, КРУС) импортного производства, которые недостаточно изучены и на них отсутствуют методики их определения в воздушной среде рабочих зон, что затрудняет контроль за состоянием рабочих мест фанерщиков, лакировщиков. Обработку деревянных брусков, досок, ламинантных плит ДСП, ДВП, МДФ проводят на различных видах оборудования и станках отечественного и импортного производства: круглопильные, фрезерные станки, фугальный станок «Top Master» и др. Следует отметить, что в цехах имеет место несоблюдения гигиенических требований по размещению и эксплуатации технологического оборудования. Как показали наши исследования на изучаемом предприятии технологические операции выполняются частичным автоматизированным трудом, используется также 48,5% ручной и 29,3% механизированный труд.

В изучаемом мебельном предприятии при сосуществовании различных ступеней автоматизированных процессов с немеханизированным и ручным трудом, ведущие профессии (станочники, фанерщики, прессовщики, лакокрасочники, клеевщики и др.) в производственных помещениях подвергаются воздействию комплекса неблагоприятных факторов с наличием физического напряжения, интенсивного шума, локальной вибрации химических веществ различных концентраций при 5 дневной рабочей недели по 8 часов.

По данным проведенных исследований во всех производственных цехах определяются неравномерное превышение предельно-допустимых концентраций формальдегида, фенола, ацетона.

В воздухе рабочей зоны различных профессий (клеевщики, сортировщики, резчики фанеры, прессовщики, упаковщики), подвергаются воздействию химических веществ с превышением ПДК в 10 и более раз, что представлено в таблице 1.

Таблица 1

Содержание химических веществ в воздухе рабочей зоны в фанерном цехе (в переходный период года)

Рабочие зоны	Показатели		Метеорологические факторы		
	Фенол ПДК 0,1мг/м^3	Формальдегид ПДК 0,05 мг/м^3	Температуры ^{0}С	Относительная влажность%	Подвижность воздуха мг/с
Резчики фанеры	$\frac{0,36-1,48}{0,82}$	$\frac{0,08-0,58}{0,35}$	$\frac{19,0-2,20}{20,5}$	$\frac{74,0-81,0}{78,1}$	0,7
Клеевщика	$\frac{0,36-3,05}{2,38}$	$\frac{0,29-0,60}{0,49}$	$\frac{18,0-21,0}{19,3}$	$\frac{74,0-87,0}{82}$	0,4
Прессовщика	$\frac{0,51-0,99}{0,67}$	$\frac{0,12-0,84}{0,66}$	$\frac{15-18}{16,7}$	$\frac{80-86,6}{83,4}$	0,6
Сортировщика	$\frac{0,34-0,65}{0,49}$	$\frac{0,18-0,71}{0,52}$	$\frac{17,0-20,0}{18,0}$	$\frac{77-83,0}{80}$	0,5
Упавковщика	$\frac{0,040-1,27}{0,85}$	$\frac{0,06-0,42}{0,30}$	$\frac{18,0-21,0}{20,0}$	$\frac{75-82}{79,2}$	0,6
Нормируемый параметр микроклимата СП и Н 2.2.548-96			19-21^{0}С	60-70	< 0,5

Из табл.1 видно, что на рабочих местах резчика фанеры, клеевщика, прессовщика, сортировщика, упаковщика загрязнение воздушной среды фенолом, формальдегидом составило соответственно 0,36-1,48 мг/м^3, 0,08-0,58 мг/м^3. На рабочем месте упаковщика наблюдалось превышение формальдегида в 4 раза, а на остальных рабочих местах отмечалось превышение ПДК формальдегида в среднем в 3-5 раза, фенола в 2- 6,2 раза, что было связано с неэффективной работой вентиляционной системы. Наиболее часто встречающиеся концентрации окиси углерода и аммиак в воздухе рабочей зоны не

превышали предельно-допустимых норм. На участке шлифовки и расплавки мебельные заготовки обрабатывающиеся на станках, станочники подвергаются воздействию древесной пыли разной дисперсности, максимальные концентрации которых со средним значением достигают 26,7±2,5 мг/м^3; низкие концентрации формальдегида и древесной пыли были отмечены на рабочих местах сборщиков мебели.

Содержание древесной пыли в воздухе рабочей зоны фанерщиков колебалось в пределах от 1 до 22,5 мг/м^3 (ПДК-6 мг/м^3), а на рабочих местах станочников от 1,9 до 12,6 мг/м^3 ,что составлял в среднем соответственно 1,6 и 14,9 мг/м^3. Средняя концентрация пыли, на рабочих местах станочников составило 10,8 мг/м^3. Производственная пыль в воздушной среде рабочей зоны в других цехах в основном незначительно превышает гигиенические нормативы. Однако, как указывают некоторые авторы пыль в мебельном производстве образующаяся при обработке дерева (береза, бук, хвоя) загрязнена патогенными и условно-патогенными бактериями и грибами (6,12). Контакт рабочих с загрязненной микроорганизмами пылью могут быть причиной бактериальной и грибковой сенсибилизации организма (1,3,14). Как показали исследования малярный цех оснащен малыми и большими покрасочными и сушильными защитными средствами для борьбы с вредными парами и газами через проемы окон и кровель с применением респираторов. В этом цеху к вредным производственным процессам относятся подготовка поверхности к окраске путем промывания растворителями (толуол, ксилол, уайт-спирит), нанесение лакокрасочных составов, сушка, чистка производственного оборудования, инструмента и защитных средств. В воздухе рабочей зоны лакировщиков определяются концентрации ксилола, толуола, бензина с превышением ПДК в 3-8,0 раза. Параметры микроклимата почти во всех цехах мебельного производства не отвечает требованием СН и П «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений» вследствии не устойчивого микроклимата рабочих зон в переходный сезон года (зима-весна, лето-осень). Величины освещенности рабочих помещений недостаточны для зрительных работ высокой точности и составляет в среднем 120 лк, (измерялось люксметром марки 10-117), оценивалось согласно СН и П.2.2.1/2.1.1.1270-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совместному освещению жилых и общественных зданий».

Согласно (5) измерялись уровень звукового давления в децибеллах и спектр шума с помощью шумомера с октавными фильтрами типа 1613 фирмы «Брюль и Кьер» (Дания). Установлено, что в технологическом процессе изготовление мебели связана с близким расположением деревообрабатывающих станков, которые генерируют широкополосной непостоянный шум различного уровня. Так при работе фуговальных, строгальных, ленточнопильных, фрезерных станков различных образцов, уровни шума колебались в пределах от 86 до 100 дБ (нормативный показатель 80 дБ) и превышал допустимый уровень в диапазоне 800-4200 Гц на 6-15дБ.

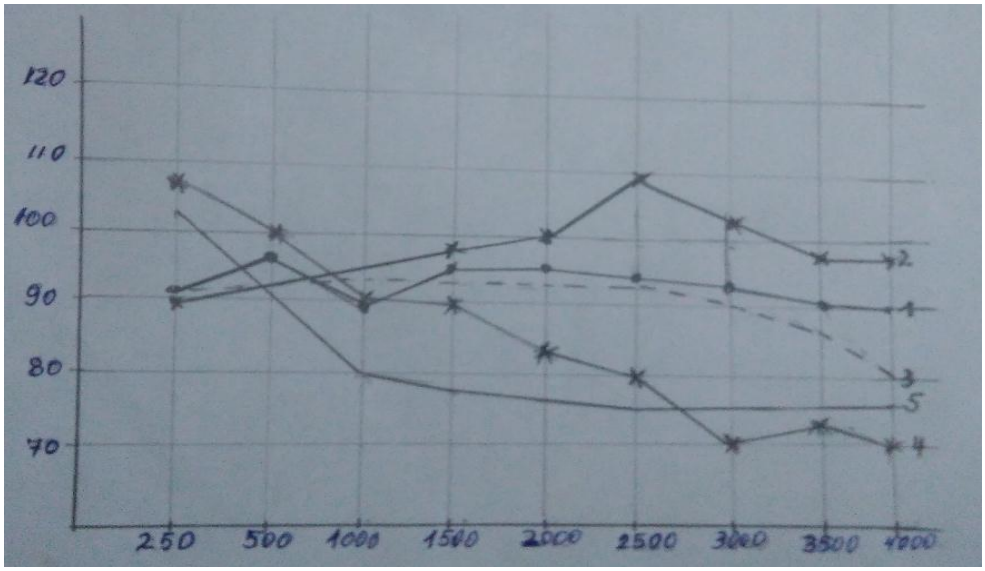


Рис.1 Уровни звукового давления в октавных полосах частот на отдельных рабочих местах в мебельном производстве.

По оси ординат –уровни звукового давления в дБ;

По оси абсцисс-среднегеометрические частоты октавных полос (в Гц);
1-р.м. шлифовальщика;
2-р.м. станочника;
3-р.м. фрезерно-пильного станка;
4-р.м. крупно-пильного станка;
5- строгальщика;
6-нормативный уровень звукового давления.

Как видно из рис.1 на рабочих местах станочников эквивалентные уровни шума составляет 86-100 дБ, что характеризуются не рациональным размещением количества шумящего оборудования в одном помещении. При сборке мебели на руки сборщиков воздействует локальная вибрация со значительным приложением мышечного напряжения при работе с электродрелью, пневмоотвертками.

На рабочих местах станочников в переходный период года отмечался охлаждающий микроклимат в течение 47% рабочей смены и имел отклонение от допустимых регламентированных санитарных норм (8). Уровень освещенности на рабочих местах станочников снижен на 58%. Естественная, искусственная и комбинированная освещенность на рабочих местах в 5-6 раз не соответствовал нормативным уровнем освещенности для высокой точности с различными разрядами зрительных работ согласно СН и П 23-05-95 «Здания и сооружении», «Методы измерения освещенности», что является причиной общего утомления организма и травматизма.

Выполнение производственных операций станочниками в течение смены требует значительных физических напряжений, связанных с подъемом обрабатывающего материала от 5 до 50 кг.

Хронометражные наблюдения показали, что в течение рабочего дня затраченное время на выполнение основных производственных операций составляет 67,2%-82,5%, а остальное время затрачивается на подготовительные заключительные работы и вынужденные простои.

Обращает внимание, что почти все основные профессии в течение рабочего времени выполняют многообразные монотонные ручные операции в вынужденной рабочей позе «стоя с наклоном туловища вперед под углом 27^{o} в полусогнутом положении со сосредоточенным зрительным напряжением, ограниченной подвижностью со статико-динамическими физическими нагрузками». Физический труд связан с поднятием переносом тяжестей и высокими нагрузками на мышцы конечностей.

Профессиональный риск формируется за счет паров высоких концентраций органических растворителей с превышением до 10 раз разнонаправленного действия, высокой концентрации пыли, неустойчивого микроклимата, действия высокого уровня эквивалентного прерывистого шума, физического напряжения.

Вышеизложенное позволяет отметить, что в мебельном производстве в зависимости от специфики и от объема выполняемых трудовых операций с учетом вредности физических, физикохимических, микробиологических и трудовых факторов гигиенические условия труда изучаемых профессий неоднозначны. Согласно руководства Р2.2.2006-05 «Гигиеническая оценка факторов рабочей среды и трудового процесса», «Критерии и классификации условий труда» интегральная оценка профессионально-производственных факторов для разных профессий по условиям труда соответствует 3 классу, которые могут представить потенциальную опасность для здоровья работающих, наряду с указанным определенную долю влияния на состояние здоровья работающих могут оказать возраст, стаж работы, социально-бытовые условия и другие факторы.

При анализе анкетного опроса, определено, что на состояние здоровья работающих оказывают влияние неустойчивый микроклимат на рабочих местах, неприятный запах от химических веществ (лаки, краски и др.), недостаточная освещенность, зрительное нервно-эмоциональное напряжение, неудобная вынужденная рабочая поза, монотонность выполняемых работ. В конце смены работающие отмечали жалобы на головные боли, усталость в области верхних и нижних конечностях, поясницы и спины, нарушения сна, связанные с условиями работы.

ВЫВОДЫ: 1. Мебельное производство характеризуется воздействием на рабочих комплекса неблагоприятных факторов: химических соединений (от 10-23), концентрации которых в отдельности не превышают ПДК за исключением формальдегида, фенола и ацетона с превышением ПДК в 10 и свыше раз шума (превышает ПДУ на 6-14 дБА); отмечаются неустойчивые параметры микроклимата. Наличие химического фактора в воздушной среде рабочих зон работающих связано с использованием в трудовом процессе различных марок красок, лаков и клеев и органических растворителей. Химические вещества, входящие в состав лакокрасочных покрытий для мебели в

основном относятся, к IV классу малоопасных соединений, оказывающие сенсибилизирующее и аллергическое воздействие на организм.

2. На исследуемом объекте выявлены неблагоприятные условия труда по степени вредности и опасности у 91,7% работников мебельного предприятия. В процессе выполнения трудовой деятельности основные профессии подвергаются воздействию вредных химических веществ, также низкой освещенности и тяжести трудового процесса. С учетом комплекса действия производственных факторов определены наиболее неблагоприятные условия труда на рабочем месте станочника, фанерщиков, сортировщиков, что позволило отнести их к 3 классу 1 и 2-ой степени вредности.

3. Анализ социологических исследований (опрос и анкетирование показал, что в исследуемом мебельном предприятии работают мужчины возраста 36-45 лет (62%) и старше (38%). При оценке субъективного состояния во время работы в различных цехах установлено, что 87% опрошенных отмечали наступление утомления во II половине дня и выражались в виде общей слабости, ломота, боли в области мышц верхних и нижних конечностей, суставах.

Вышеизложенные материалы позволяют отметить, что выявленные факторы производственной среды и трудового процесса оказывают негативное влияние на здоровье работающих в мебельном производстве, что позволили предложить для внедрения комплекс профилактических мероприятий по улучшению условий труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева А.Б. Сравнительная оценка показателей при определении степени токсичности и опасности вещест // Гигиена и Санитария 1998,№5, с.54-57.

2. Бедерова А.Б., Кульбовская Н.К. Профессиональный риск // Охрана труда и соц.страхование, 2008,№11,с.15

3. Денисов Э.И. Методические особенности оценки риска в медицине труда. Медицина труда. Введение в профессию/Под. ред. Н.Ф.Измерова, А.А.Каспарова. М.Медицина, 2002, с.127-151

4. Дуева Л.М., Авдеева И.А., Родман Л.С. Гигиенические и иммунологические аспекты воздействия формальдегида и древесной пыли в мебельном производстве // Медицина труда и пром.экология, 1996, №11, с.13-16.

5. Матюхин В.В., Тарасов Л.М., Шардакова Э.Ф. Вероятность нарушения здоровья работающих от воздействия неблагоприятных факторов трудового процесса // Медицина труда и пром. экология, 2001, №6, с.1-7

6. «Методические указания по проведению измерений и гигиенической оценке шумов на рабочих местах». МУ №1844-78 и Гост 12.1.050-86 ССБТ «Методы измерения шума на рабочих местах»

7. Петрецкий В.В., Кунельская В.Я., Петрецкий Н.В. Микробная обсемененность деревообрабатывающего производства // Гигиена труда и проф.заболеваний, 1991, №8, с.20-21

8. Руководство Р.2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда»-144 с.

9. Сан.П и Н 2.2.4.548-96. Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений. М., Госкомсаннадзор России, 1996, 21 с.

10. СН и П 23-05-95. «Естественное и искусственное освещение», ГОСТ 24940-96.Здания и сооружения. «Методы измерения освещенности».

11. Яновская М.Е. Гигиена труда в производстве фанеры. Медицина труда и пром.экология, 1993, №11-12, с.20-22.

12. Black N., Dilwor th M., Summers N. Occupational Exposure to Wood Dust in the British Woodworking Industry in 1999/2000 // Ann Hyg., 2007, v.51, p.249-260

13. Osman E., Pala K. Occupational exposure to wood dust and health effects on the respiratory system in a minor industrial estate in Bursa Turkey // Int j.Occup Med Environ Health, 2009, v.22, N1, p.43-50

14. Poeniak M., Kowalska J., Makhniashvili Y. Exposure to hazardous chemical substances in furniture industry // Med.pr., 2005, v.56, p.461-465

15. Svedberq U., Petrini C., Yohanson Q. Oxygen Depletion and Formation of Toxic Qases Followinq Sea Transportation of lioqs and Wood Chips // Ann Hyg., 2009, v.53, p.779-787

16. Jakobsen Q., Schlunssen V., Schaumburq et al. Lonqitudinal lunq function decline and wood dust exposure in the furniture industry // Eur Respirj-Feb.2008, v.31, №2, p.334-342

Xülasə

Mebel istehsalında əmək şəraitinin qiymətləndirilməsi

R.H.Əliyeva, D.Y.Salihova, S.A.Gürzəliyev, N.E.Nəbiyeva

Mebel istehsalı Şəraitində mövcud olan kompleks qeyri-qənaətbəxş zərərli istehsalat amilləri ilə müşaiyət olunan peşə resurslarının aşkar olunması məqsədilə işçilərin əmək şəraiti öyrənilmişdir. Aşkar olunmuşdur ki, öyrənilən əsas peşə sahiblərinin əmək şəraiti xüsusiyyətlərindən həcmindən və yerinə yetirilmə xarakterindən asılı olaraq iş əməliyyatları fiziki-kimyəvi, mikrobioloji və müxtəlif zərərli peşəsantorlarının təsiri şəraitində yerinə yetirilir. R 2.22006-05 rəhbərliyinə müvafiq olaraq işçi mühitinin və əmək proseslərinin gigiyenik qiymətləndirilməsi "Əmək şəraitinin inteqral qiymətləndirmə meyarları və təsnifatı"na uyğun olaraq əsas peşələr zərərliliyinə görə III sinfin I – II dərəcəsinə uyğun gəlir və işçilərin yaşı, iş stajı, ictimai məişət şəraiti və digər amillər nəzərə alınmaqla onların: mən şəraiti sağlamlıqları üçün potensial təhlükə təşkil edə bilər. Peşə riski- işçi havasında mövcud olan (fenol, formaldehid, üzvi həlledicilər və s.) kimyəvi maddələrin yüksək konsentrasiyası hesabına formalaşır. Müxtəlif formal boyalar, laklar, qətranlı hopdurucular, dəyişkən mikroiqlim şəraiti, yüksək tezlikli fasiləli səs-küy səciyyəsi (86-100dB), müxtəlif monoton əl əməliyyatları, məcburi iş pozasında yerinə yetirilən statık - dinamik gərginlikli işlər şəraitində formalaşır. Əmək şəraititinin yaxşılaşdırılması kompleks profilaktik tədbirlər tətbiq edilir.

Summary

Evaluation of working conditions in furniture production

R.H.Aliyeva, D.Y.Salihova, S.A.Gurzaliyev, N.E, Nabiyeva

The labor conditions of employees were studied to detect occupational resources associated with complex inadequate harmful production factors in the production of furniture. It has been found that, depending on the nature of the labor conditions and the nature of the work conditions of the main occupants, the business operations are carried out under the influence of physical, chemical, microbiological and various harmful agents. According to R 2.2.2006-05, the hygienic assessment of the working environment and labor processes corresponds to the I-II grade III class for major occupational hazards in accordance with the "Integrated Assessment criteria and classification of labor conditions", and the age, occupation, social welfare and other Taking into account the factors: I can potentially endanger health conditions. Occupational risk is formed by the high concentration of chemicals present in the workplace (phenol, formaldehyde, organic solvents, etc.). Different formal dyes, varnishes, saturated rags, variable microclimate conditions, high-frequency intermittent noise (86-100dB), various monotonous hand operations, static-dynamic tension works performed at forced labor. Complex preventive measures are being taken to improve the labor conditions.

Daxil olub: 09.12.2016

RETROXORIAL HEMATOMALI QADINLARDA SOMATIK VƏ GINEKOLOJI ANAMNEZIN XÜSUSIYYƏLƏRI

İ.A.Şamxalova, P.F. Orucova

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: hamilələr, anamnez, somatik, ginekoloji xəstəliklər, retroxorial hematoma, hamiləlik düşüyü təhlükəsi

Ключевые слова: беременные, анамнез, соматические, гинекологические заболевания, ретрохориальная гематома, угроза потери беременности.

Keywords: pregnant, anamnesis, somatic, gynecological diseases, retrochorial hematoma, the threat of loss of pregnancy.

Müasir mamalığın ən aktual problemlərindən biri reproduktiv itgilərin profilaktikasıdır ki, bu da mütəxəssislərin diqqət mərkəzində qalmaqdadır. Lakin çoxsaylı tədqiqatlara, xüsusilə, plasentar çatışmazlığa həsr edilmiş tədqiqatlara baxmayaraq, bu problem öz həllini tapmamışdır. Əsasən hamiləliyin III trimestrində görülən tədbirlər kifayət qədər effektiv olmur. Ona görə də hazırda daha çox erkən hamiləliyiə diqqət ayrılmağa başlanmışdır, çünki I trimestrdə fetoplasentar sistem, ekstraembrional strukturlar formalaşır, hamiləliyin gedişatına təsir göstərir.

Birincili plasentar disfunksiyanım formalaşmasında iştirak edən patoloji hallardan biri retroxorial və ya subxorial hematomadır. Retroxorial hematoma hamiləliyin erkən mərhələsində, əsasən I trimestrdə inkişaf edir. Ədəbiyyat göstəricilərinə əsasən retroxoral hematma hamiləlik düşüyü təhlükəsi nəticəsində baş verir, lakin xorion böyüdükdə uşaqlığın damarlarının divarının xorional liflər ilə dağılması zamanı da baş verə

bilər. Belə məlum olur ki, böyüməkdə olan hematoma hamiləliyin kəsilməsi təhlükəsinin daha da dərinləşdirir, davam edən təhlükə isə hematomanın böyüməsinin stimullaşdırır [5,7,12].

Hamiləliyin I trimestrində hematomaların rastgəlmə tezliyi USM əsasında müəyyən edilir və müayinə edilən xəstələr populyasiyasından asılı olaraq 4-22% arasında təəddüd edir [2,3,6]. Bir sıra müəliflərin göstəricilərinə əsasən ümumi mamalıq populyasiyasında retroxorial hematomaların rastgəlmə tezliyi 1,3-3,1% arasında tərəddüd edir [4,8,14]. Qeyd edilir ki, subxorial hematoma hamiləliyin I trimestrində bütün qanaxmaların 18%-ni əşkil edir [9,11,13].

Retroxorial hematoma olan xəstələrin əksəriyyətində (71%) düşük təhlükəsi simptomları müşahidə edilir, bunlara cinsiyyət yollarından qanaxmalar və ya qanlı yaxma ifrazatlaar, qarnın aşağı nahiyəsində sancıya bənzər ağrılar aiddir. Bununla yanaşı olaraq xəstələrin yarısından çoxunda simptomların yanaşı olması qeydə alınır [1,10]. Ədəbiyyat göstəricilərinə əsasən cinsiyyət yollarından qanaxmalara 11,9% qadında, ağrı simptomları 14,3% qadında qeyd edilir [3,6,11]. Xəstələrin 16%-dən 29%-ə qədəri heç bir şikayət bildirmir [2,12].

Beləliklə, gələcəkdə retoroxorial hematomaların tezliyinin aşağı salınmasına istiqamətlənmiş daha da dərinləşdirilmiş tədqiqatların aparılması tələb olunur.

Tədqiqatın məqsədi retroxorial hematomalı hamiləlik düşüyü təhlükəsi olan hamilələrdə somatik və ginekoloji anamnezin göstəricilərin müqayisəli qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

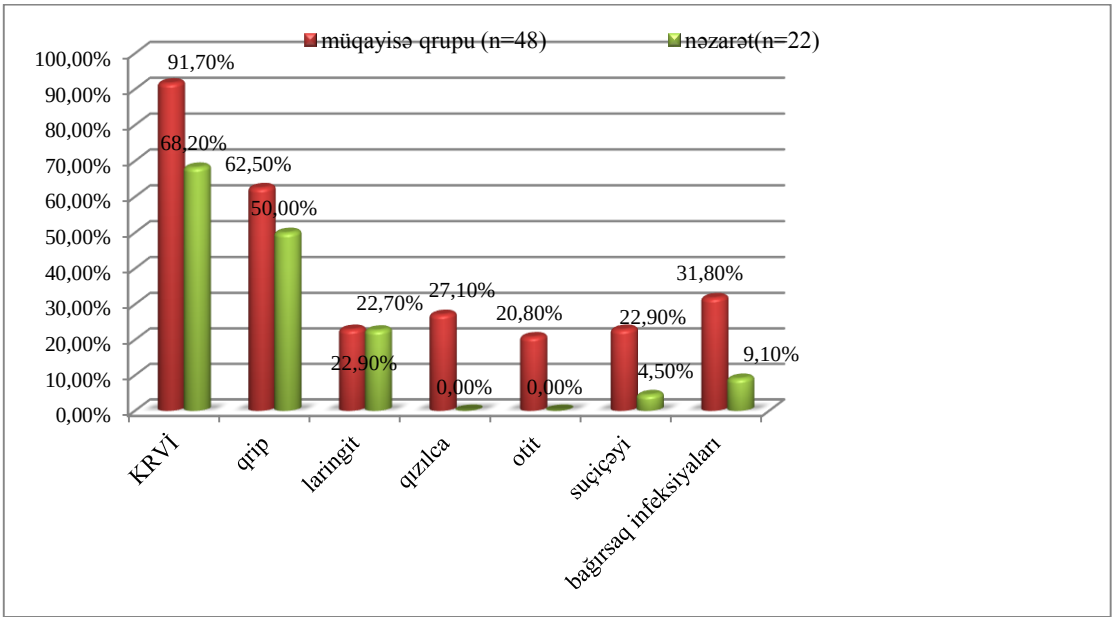
Tədqiqatın material və metodları. Hamiləliyin 7-13-cü həftələrində hamiləlik düşük təhlükəsi olan 115 qadının göstəricilərinin müqayisəli müayinəsi aparılmışdır. Qadınların orta yaş həddi 27,6±1,48 (20 yaşdan 36 yaşa qədər) təşkil etmişdir. Qadınların 50,5%-i işləyən qadınlar, 38,8% - evdar qadınlar, 10,7% - təhsil alanlar olmuşdur. Xəstələr 2 qrupa ayrılmışlar: I qrup (əsas)- retroxorial hematoma olan 65 qadın, II qrup (müqayisə qrupu)- retroxorial hematoma olmayan 48 qadın. Nəzarət qrupuna 22 hamilə qadın daxil edilmişdir ki, onlarda hamiləlik düşüyü təhlükəsi qeydə alınmamışdır, onların orta yaş həddi 28,2±1,0 təşkil etmişdir.

Ümumi qəbul edilmiş müayinə metodları tətbiq edilmişdir. Anamnez göstəriciləri öyrənilmiş, hamiləlik zamanı və hamiləlikdən kənarda ektragenital xəstəliklərin olub-olmaması müəyyən edilmişdir. Bədən kütlə indeksi Ketle formulu üzrə təyin edilmişdir.

Alınan göstəricilərin statistik işlənməsi üçün Windows üçün MS Excel statsitik proqramı və «Statistica 6.0» proqramından istifadə edilmişdir. $p<0,05$ (hədlərin 95%-li səviyyəsi) və $p<0,01$ (hədlərin 99%-li səviyyəsi) olduqda fərqlər statistik dürüst hesab olunur.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Bədən çəki indeksi (BÇİ) hamiləlik düşüyü təhlükəsi olan qadınlarda retroxorial hematoma fonunda başqa qadınlara nisbətən aşağı olmuşdur. Orta hesabla BÇİ I (əsas) qrupda 22,82±1,06 kq/m^2, II qrupda - 26,22±0,77 kq/m^2, nəzarət qrupunda - 26,40±0,9 kq/m^2.

Anamnez göstəricilərinə əsasən müayinə edilən qadınlarda uşaqlıqda tez-tez xəstələnmişlər (Şək.1).

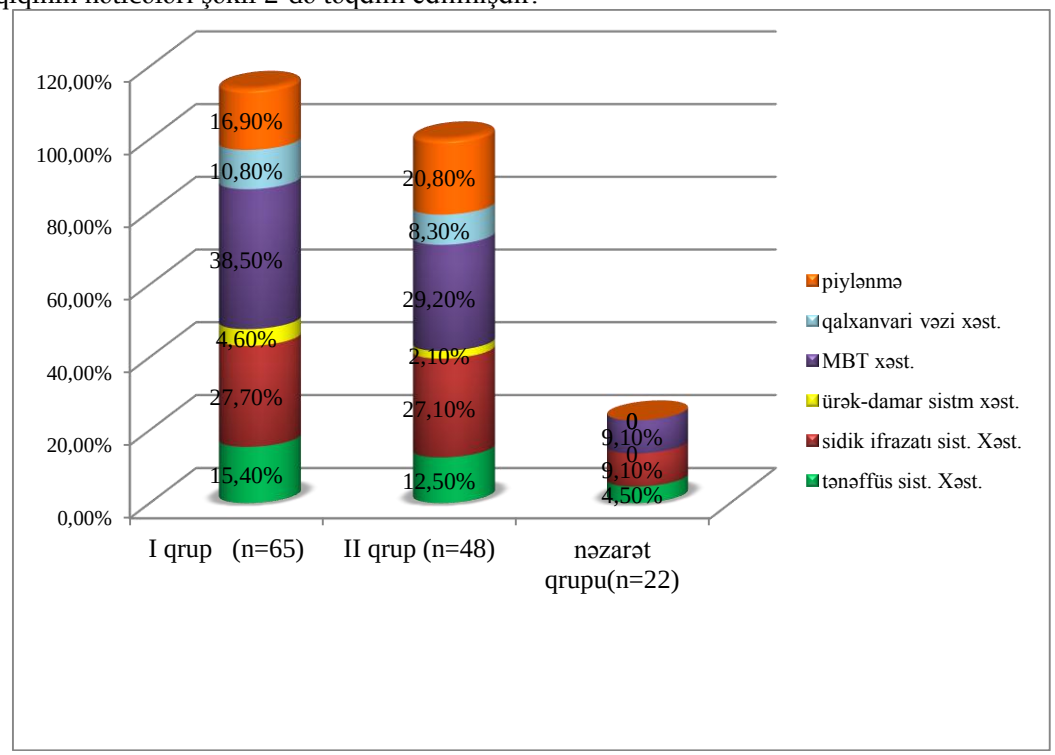


Şək. 1. Müayinə edilən qadınların uşaqlıqda keçirdikləri xəstəliklərin tezliyi

Göründüyü kimi hamiləlik düşüyü olan qadınlar arasında qrup və KRVİ keçirmiş qadınların orta çəkisi yüksək olmuşdur. I və II qruplarda KRVİ keçirmiş qadınların sayı nəzarət qrupuna nisbətən 39,9% ($p<0,05$)

və 34,4% (p<0,05) yüksək olmuşdur. Hamiləlik düşüyü təhlükəsi və retroxorial hematoma olan qadınlar hamiləlik düşüyü olan, lakin retroxorial hematoma olmayan qadınlara nisbətən dürüst olaraq daha çox qripə tutulmuşlar və müvafiq olaraq 30,4% (p<0,05) və 63,0% (p<0,05) təşkil etmişdir. Retroxorial hematoma və hamiləlik düşüyü olan qadınlarda retroxorial hematoma olmayan qadınlara nisbətən 1,9 dəfə çox otitə tutulmuşlar (p<0,05).

Hazırki tədqiqatda hamiləlik dövründə hamiləlik düşüyü olan qadınlarda somatik xəstəliklərin rastgəlmə tezliyinin tədqiqinin nəticələri şəkil 2-də təqdim edilmişdir.



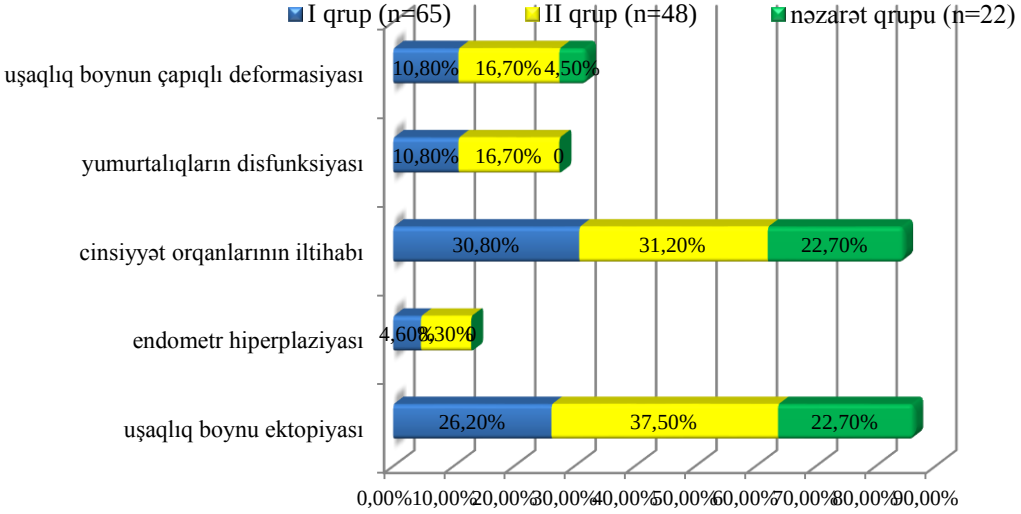
Şək.2. Hazırki tədqiqatda hamiləlik dövründə xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi

Şəkil 2-dən göründüyü kimi bütün müayinə qruplarınakı hamilələr daha çox mədə-bağırsaq traktı və sidik ifrazatı sistemi xəstəliklərindən əziyyə çəkmişlər. Daha az ürək-damar sistemi və qalxanvari vəzi xəstəlikləri olmuşdur. Bununla yanaşı olaraq hamiləlik düşüyü təhlükəsi və retroxorial hematoma olan xəstələrdə 9 (13,8%) nəfərdə yanaşı gedən 2 xəstəlik olmuşdur. Nəzarət qrupunda 17 (77,3%) nəfərdə somatik xəstəlik olmamışdır. Sidik ifrazatı sistemi xəstəliklərinin tezliyinə görə I və nəzarət qruplar arasında dürüst fərqlər aşkar edilmişdir, həmçinin II və nəzarət qrupları arasında da fərqlər qeydə alınmışdır (uyğun olaraq 3,0 dəfə, p<0,01). Sidik ifrazatı sistemləri arasında I qrupda remissiya mərhələsində- 8 (12,3%), sidik daşı xəstəliklər - 6 (9,2%) və davamlı remissiya mərhələsində xronik pielonefrit 4 (6,2%) nəfərdə qeydə alınmışdır. II qrupda xronik sistit və xronik pielonefrit müvafiq olaraq 6 (12,5%), sidik daşı xəstəliyi- 1 (2,1%) nəfərdə olmuşdur. Nəzarət qrupunda 2 (9,1%) nəfərdə xronik sistit olmuşdur. Mədə-bağırsaq traktı xəstəlikləri arasında I qrupda 24,6% (n=16) halda xronik qastrit, 7,7% (n=5) –mədə xorası xəstəliyi, 3,1% (n=2) halda uyğun olaraq kolit və sidik yollarının diskenziyası qeydə alınmışdır. II qrupda xronik qastrit 18,8% (n=9), xora xəstəliyi - 8,3% (n=4) və 2,1% (n=1) halda kolit olmuşdur. Nəzarət qrupunda 9,1% halda (n=2) halda yalnız qastrit qeydə alınmışdır. mədə-bağırsaq xəstəliklərinin tezliyi əsas qrupda nəzarət qrupunda nisbətən 1,3 və 4,2 dəfə yüksək olmuşdur (p<0,01). II qrup hamilə qadınlarda nəzarət qrupunda nisbətən mədə-barğısaq xəsrəlikləri 3,2 dəfə çox olmuşdur (p<0,01). I qrupda (əsas) tezliyinə görə növbəti xəstəlik piylənmə olmuşdur. I qrupda 11 (16,9%), II qrupda 10 (20,8%) qadında müşahidə edilmişdir. qruplar arasında dürüst fərqlər olmamışdır. Normal hamiləlik gedişatı olan qadınlarda lipidlər mübadiləsi pozuntusu qeydə alınmamışdır. Tənəffüs sistemi xəstəlikləri arasında əsas qrupda remissiya mərhələsində daha çox xronik bronxit olmuş və 7 (10,8%) nəfərdə qeydə alınmışdır. Həmin qrupdan 3 (4,6%) xəstədə xronik bronxit 3(6,2%) nəfərdə, bronxial astma 1(2,1%) nəfərdə olmuşdur, daha 2(4,2%) xronik tonzilliti aşkar edilmişdir. nəzarət qrupunda yalnız 1(4,5%) qadında xronik tonzillitin olduğu qeydə alınmışdır. Göründüyü kimi nəzarət qrupu ilə müqayisədə hamiləlik düşüyü təhlükəsi olan qadınlarda tənəffüs sistemi xəstəliklərinə I qrupda 3,4 dəfə çox (p<0,01), müqayisə qrupunda isə 2,8 dəfə (p<0,05çox rast gəlinmişdir. Qalxanvari vəzinin hormonal pozulması olmadan diffuz böyüməsi əsas qrupda 7(10,8%), müqayisə qrupunda isə

4(8,3%) qadında qeydə adlınmışdır. Nəzarət qrupunda bu patologiyaya rast gəlinməmişdir. Ürək-damar sistemi xəstəlikləri arasında arterial hipertenziyaya dürüst çox I qrup hamilələrdə rast gəlinmişdir ki, bu da II qrup ilə müqayisədə 2,2 dəfə çox olmuşdur ($p<0,05$). Nəzarət qrupunda həmin patologiya qeydə alınmamışdır.

İstisna etmək olmaz ki, ekstragenital xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi hamiləliyin gedişatını ağırlaşdıra bilər.

Məlumdur ki, hamiləliyin gedişatına ginekoloji xəstəliklər təsir göstərə bilir. Biz anamnezdə uşaqlıq boynu ektopiyası, iltihabi xəstəliklər, endometr polipi və s. kimi xəstəliklərin göstəricilərini öyrəndik (Şək. 3).



Şək.3. Müayinə qruplarında ginekoloji xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi

I qrupda müayinə edilən 17(26,6%) hamilədə uşaqlıq boynu ektopiyasına rast gəlinmişdir. Nəzarət qrupu hamilələr arasında uşaqlıq boynu ektopiyasına 22,7% (n=5) halda rast gəlinmişdir. Həmin göstərici üzrə dürüst fərqlər II və nəzarət qrupları arasında aşkar edilmişdir ki, uşaqlıq boynu ektopiyasının tezliyinin 1,6 dəfə tezliklə rast gəlinməsində özünü göstəmişdir ($p<0,05$). Həmçinin müayinə edilən qadınlar qrupunda kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri aşkar edilmişdir. Bu xəstəliklər arasında xronik servisit I qrupda 5(7,7%) halda, II qrupda 7(14,%%), nəzarət qrupunda 2(9,1%) nəfərdə aşkar edilmişdir. Xronik salpinqooforitin anamnezdə olduğu I qrupda 15 (23,1%), II qrupda 8 (16,7%) və nəzarət qrupunda 3 (13,6%) nəfərdə müəyyən edilmişdir. Bütün müayinə edilənlərdə müayinə anında xronik salpinqooforit remissiya mərhələsində olmuşdur. Qruplar arasında statistik dürüst fərqlər qeydə alınmamışdır. Uşaqlıq boynun çapıqlı deformsiyası və yumurtalıq disfunksiyası hamiləlik düşüyü təhlükəsi olan I və II qruplarda eyni tezlikdə aşkar edilmişdir. Bu göstəricilər üzrə qruplar eyni olmuşdur. Hamiləliyi ağırlaşmamış qadınlarda yumurtalıq disfunksiyası qeydə alınmamıdşır, uşaqlıq boynun çapıqlı deformasiyası 1(4,5%) xəstədə olmuşdur. Müvafiq olaraq, hamiləlik düşüyü təhlükəsi olan qadınlarda fizioloji gedişatlı hamiləliyi olan qadınlara nisbətən uşaqlıq boynun çapıqlı deformasiyasına 2,4 dəfə çox və 3,7 dəfə çox olmaqla uyğun olaraq I və II qruplarda qeydə alınmışdır.

Endometrdə hiperplastik proseslər I qrupda 4,6% halda (n=3), II qrupda 8,3% (n=4) aşkar edilmişdir ki, bu da I qrupa nisbətən 1,8dəfə çox olmuşdur. nəzarət qrupunda hiperplaziya və ya poliplərə rast gəlinməmişdir

Məlumdur ki, hamiləliyin gedişatına uşaqlıq yolu mkrobiosenozu nəzərəçarpan təsir göstərir. Bakterial vaginoz anamnezdə I qrupda 22(33,8%), II qrupda 20(41,7%), nəzaerət qrupunda 4(18,2%) nəfərdə təyin edilmişdir. I və II qruplarda anamnezdə kandidoz uyğun olaraq 19 (29,2%) və 11 (22,9%), sadə herpes virusu - 13 (20,0%) və 10 (20,8%), ureaplazma - 7 (10,8%) və 3 (6,2%), insan papilloma virusu - 4 (6,1%) və 4 (8,3%) qadında olmuşdur. Nəzarət qrupu qadınlarda anamnezdə kandidoz (4,5%) və ureaplazmoz (4,5%) qeydə alınmışdır.

Bizim tədqiqatda ginekoloji xəstəliklər strukturunda I trimestrdə hamiləlik düşüyü təhlükəsi olan ginekoloji patologiyalar strukturunda cinsi orqanlarda iltihabi xəstəliklər və uşaqlıq ektopiyası üstünlük təşkil etmişdir. Əldə edilən göstəricilər başqa tədqiqatçıların göstəriciləri ilə üst-üstə düşür [1,5,12].

Beləliklə, ekstragenital patologiya hamilə qadının orqanizminin adaptasiya imkanlarının vəziyyət markeri kimi, həm də hamiləlik ağırlaşmalarının inkişaf etdiyi əlverişsiz fon kimi nəzərdən keçirilməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., Бобоходжаева Н.В. Особенности анамнеза беременных женщин с репродуктивными потерями // Молодой ученый, 2016, №5, с. 203-205.

2. Кирющенков П.А., Белоусов Д.М., Александрина О.С. и др. Клинико-лабораторная и ультразвуковая оценка, тактика ведения беременности при различных формах патологии хориона в I триместре // Акушерство и гинекология, 2010, №1, с. 19-23.

3. Николаева А.Е., Кутуева Ф.Р., Кайка И.А. и др. Клиническое значение ретрохориальной гематомы у беременных, имеющих факторы риска по возникновению репродуктивных потерь. Опыт ведения в условиях женской консультации // Акушерство и гинекология, 2011, №5, с.94-98.

4. Рзакулиева Л.М. Самопроизвольное прерывание беременности в ранние сроки: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Омск, 1991, 19 с.

5. Соловова Л.Д. Комплексный подход к терапии угрозы невынашивания беременности с ретрохориальными гематомами // Аспирантский вестник Поволжья, 2014, №1-2, с.135-138.

6. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Доронин Г.Л., Рон М.Г. Беременность малого срока и ретрохориальная гематома: диагностика, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства // Молодой ученый, 2013, №4, с. 659-662.

7. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Доронин Г.Л., Рон М.Г. Место ретрохориальной гематомы и влияние на исход беременности при привычном невынашивании // Молодой ученый, 2013, №11, с. 228-232.

8. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Доронин Г.Л. и др. Проблема потери беременности - диагностика, ведение беременности, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства // Лечащий врач, 2013, №9, с. 85-91.

9. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Доронин Г.Л. и др. Возможности комплексной сохраняющей терапии при ретрохориальной гематоме в первом триместре у беременных с привычным невынашиванием / Материалы VIII международного конгресса по репродуктивной медицине. М., 2014, с. 181-183.

10. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Доронин Г.Л. и др. Влияние ретрохориальной гематомы на исход беременности при привычном невынашивании // Проблемы репродукции, 2014, №5, с.82-86.

11. Kutluer G., Çiçek N.M., Moraloğlu Ö. et al. Low VEGF expression in conceptus material and maternal serum AFP and β-hCG levels as indicators of defective angiogenesis in first-trimester miscarriages // J Turk Ger Gynecol Assoc., 2012, vol,13, p.111-117.

12. Özkaya E., Altay M., Gelişen O. Significance of subchorionic haemorrhage and pregnancy outcome in threatened miscarriage to predict miscarriage, pre-term labour and intrauterine growth restriction // J Obstet Gynaecol., 2011, v.31, p. 210-212.

13. Saraswat L., Bhattacharya S., Maheshwari A., Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester // BJOG, 2010, v.117, p.245-257.

14. Tuuli M.G., Norman S.M., Odibo A.O. et al. Perinatal outcomes in women with subchorionic hematoma // Obstet Gynecol., 2011, v.117, p.1205-1212

Резюме

Особенности соматического и гинекологического анамнеза у беременных женщин с ретрохориальной гематомой

И.А.Шамхалова, П.Ф.Оруджева

Цель исследования - сравнительная оценка данных соматического и акушерско-гинекологического анамнеза беременных женщин с угрозой прерывания беременности с ретрохориальной гематомой и без нее. Обследовано 113 беременных с угрозой прерывания беременности в сроке 7-13 недель. Пациентки были разделены на 2 группы: I группа (основная) - 65 беременных с ретрохориальной гематомой, II группа (группа сравнения) - 48 беременных без ретрохориальной гематомы. Экстрагенитальная патология может рассматриваться как маркер состояния адаптационных возможностей организма беременной и как неблагоприятный фон, на котором с более высокой вероятностью развиваются осложнения беременности.

Summary

The somatic and gynecological history in pregnant women with retrochorial hematoma

İ.A.Shamxalova, P.F. Orucova

The purpose of research - a comparative evaluation of these somatic and obstetric and gynecological history of pregnant women with threatened miscarriage retrochorial with and without hematoma. A total of 113 pregnant women with threatened abortion in term of 7-13 weeks. Patients were divided into 2 groups: I group (basic) - 65 pregnant women with retrochorial hematoma, II group (control group) - 48 pregnant women without retrochorial hematoma. Extragenital pathology can be considered as a marker of the state of adaptation of the organism as a pregnant woman and an unfavorable background, on which a higher probability of developing complications of pregnancy.

Daxil olub: 25.01.2017

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС ПРИ СОЧЕТАНИЕ ГЕНОТИПОВ ГЕНА PAI-1 (SERPINE1) И APOE У ПАЦИЕНТОВ С ИБС АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Дж.Б.Зульфугарова

Научно-исследовательский институт кардиологии, г.Баку

Açar sözlər: genotip, PAI-1 geni, ApoE geni, lipid mübadiləsi, ÜİX, letal sonluq
Ключевые слова: генотип, ген PAI-1, ген ApoE, липидный обмен, ИБС, фатальный исход (ФИ).
Key words: genotype, PAI-1 gene, ApoE gene, lipid metabolism, IHD, fatal outcome (FO).

Еще в XX веке ряд исследователей пришли к мнению важное значение в развитии атеросклероза могут играть генетические факторы. Было обращено внимание на молекулярную генетику процесса атеросклероза и тромбообразования, с целью улучшить понимание патобиологии артериальных тромбозов и определить диапазон специфических генов, способных быть факторами риска для них [1,2,3,4,5,6]. В литературе есть исследования, показавшие, что развитию коронарной болезни сердца в значительной степени способствуют наследуемые факторы [7], которые являются дополнительными факторами риска [10]. В настоящее время развитие геномных технологий позволяет проводить исследование генетических полиморфизмов и определить их возможную роль в развитии ИБС [8]. Изучение различных однонуклеотидных полиморфизмов позволит создать шкалу генетической оценки риска, что может способствовать более действенной профилактике кардиоваскулярных заболеваний [9].

Целью настоящей работы явилось исследование особенностей течения ИБС у пациентов при сочетании у них прогностически опасных генотипов генов PAI-1 и Apoe

Материалы и методы исследования. С целью исследования особенностей течения ИБС у пациентов при сочетании генотипов генов PAI-1 и Apoe, обследовано 45 пациентов с ИБС, из которых 23 мужчин и 22 женщин. Возраст больных варьировал от 39 до 65 лет (средний возраст 54,7+4,3 года). Набор материала для диссертационный работы проводился в период с 2015 по 2017 годы и включал в себя исследование липидного спектра, параметров углеводного обмена и белка PAI-1. Все обследованные пациенты были азербайджанцы и проживали в Баку. Работа выполнена на базе НИИ КАРДИОЛОГИИ г. Баку. Диагноз ИБС базировался на данных анамнеза в сочетании с результатами инструментальных исследований: ЭКГ покоя в 12 отведениях, тредмил-теста, холтеровского мониторирования, эхо-кардиографии и анамнеза больных. Исследование липидного спектра: кровь для исследования получали из локтевой вены утром, между 8 и 10 часами, натощак, после 12-часового голодания. Определение общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), ХС ЛПВП, ХС ЛПНП проводилось в сыворотке (плазме) крови энзиматическим, иммуноферментным методом на роботизированном биохимическом анализаторе BS 200 E (Китай-США) с использованием стандартных диагностических наборов (Mindray).

Определение в плазме крови уровня PAI производили методом иммуноферментного анализа с использованием наборов “Tecynozim PAI-1 actibind ELISA” (Vienna, Austria) и автоматического анализатора «Konelab» (Thermo Fisher Electronic Corp., Финляндия).

Генотипирование полиморфных маркеров проводилось с помощью полимеразной цепной реакции с последующим анализом длин рестрикционных фрагментов. Выделение ДНК из крови осуществлялось путем фенол-хлороформной экстракции.

Амплификация проводилась на термоциклере Терцик (ДНК-технология) в 50 мкл амплификационной смеси, содержащей 67 мМ Трис-HCl (pH 8.8), 1 мМ хлорида магния, 16.6 mM сульфата аммония, 0.1% твин-20, 0.2 mM каждого dNTP, 5 pmol каждого праймера, 100 нг геномной ДНК и 2.5 единицы Tag-полимеразы. Проводилось 35 циклов ПЦР по следующей схеме: 94^0C- 30 с, 64^0C- 30 с, 72^0C- 20 с.

Статистическая обработка результатов проводилась в системе статистического анализа STATISTICA 10 (программный пакет STATISTICA США, версия 10 для Windows 8). Во всех выборках определен характер распределения на нормальность по критериям Шапиро – Уилки и Левена. Для сравнительного анализа использованы параметрический критерий Стьюдента.

Результаты исследования. Частота встречаемости сочетания генотипов e4/e4+4G/4G у пациентов с ИБС с СН выявлена у 37,5 % лиц, что статистически значимо выше по сравнению с пациентами с ИБС без СН, для которых данное сочетание генотипов генов PAI-1 и ApoE отмечено всего у 7,69% лиц, χ^2=3,44, p=0,047, ОШ=7,5 (ДИ=1,22-44,7), (таблица 1). Для генотипа 4G/4G без сочетания с e4/e4 генотипом не установлено достоверной разницы с частотой встречаемости с СН и без СН при ИБС, χ^2=0,84, p =0,36. Не установлено связи сочетания генотипов e2/e3 и 4G/4G с СН у пациентов с ИБС. Частота сочетания генотипов e2/e3+4G/4G при наличии СН у пациентов с ИБС установлена равной 31,25% , а у пациентов без СН данное сочетание генотипов равна 30,8%, χ^2=0,1, p=0,75.

Исследование частоты сочетания генотипов e4/e4 и 4G/4G, (e4/e4+4G/4G) у пациентов с ИБС не выявило достоверной ассоциации с НТГ/СД2. Из 19 пациентов с НТГ/СД2 всего у одного выявлено присутствие указанного сочетания генотипов, (5,2%). У пациентов с ИБС без НТГ/СД2 сочетание генотипов e4/e4 и 4G/4G зафиксировано в 26,9% случаях, χ^2=2,2, p =0,14. Не установлено достоверной ассоциации с НТГ/СД2 и для сочетания генотипов e2/e3+4G/4G. Данное сочетания присутствовал при ИБС с НТГ/СД2 у 30,8% пациентов, без НТГ/СД2 наличие такого сочетания установлено у 34,6 % лиц, χ^2=0,43, p=0,5.

Как было показано выше, у пациентов с ИБС сочетанный с АГ установлено статистически значимое снижение частоты встречаемости генотипа 4G/4G, 18,2 % в сравнении с его частотой у аналогичных пациентов без АГ (69,2%), χ^2 = 6,19, p =0,013, ОШ=0,1, (ДИ 0,016-0,59). Однако, не было установлено значимой разницы в частоте присутствия сочетания генотипов e4/e4+4G/4G при наличии АГ у обследованных пациентов (9,1 %). В отсутствии АГ данное сочетание встречалось у 26,9 % лиц, χ^2=0,59, p=0,44. Не замечено также достоверной связи для сочетания генотипов e2/e3+4G/4G с АГ при ИБС. Сочетание генотипов e2/e3+4G/4G встречалось у 9,1 % лиц с АГ и 46,1 % лиц без АГ, χ^2 =3,17, p=0,07, (таблица 1).

Итак, исследование частоты сочетания потенциально опасных для ИБС генотипов 4G/4G, e4/e4 и e2/e3 первый из которых способствует увеличению в крови PAI-1, провоцирующий повышенное свертывание и тромбообразование, а две другие генотипы кодируют повышение уровня атерогенных липидов, показало статистически значимую связь сочетания генотипов 4G/4G и e4/e4 с наличием СН у пациентов с ИБС. В то же время, не установлено достоверной ассоциации генотипов 4G/4G и e4/e4 с НТГ/СД2 и АГ, а сочетания генотипов e2/e3+4G/4G - с НТГ/СД2, СН и АГ.

Проведено исследование липидного спектра плазмы и некоторых параметров углеводного обмена при сочетании генотипов e4/e4 и 4G/4G, (таблица 2). У пациентов с ИБС при сочетании генотипов e4/e4 и 4G/4G отмечено достоверное повышение уровня ХСЛПНП, (4,36±0,55 ммоль/л) по сравнению с лицами с генотипом 4G/4G (3,3±0,48 ммоль/л), p<0,05. Не установлено достоверных изменений для ХСЛВП и триглицеридов. Интересным представляется нарушение углеводного обмена у лиц при сочетании генотипов. Так у пациентов с ИБС с набором генотипов e4/e4 и 4G/4G наблюдается статистически значимое повышение уровня тощаковой глюкозы и НТГ-6,9±1,4 ммоль/л и 9,0±2,2 ммоль/л, по сравнению с аналогичными показателями для пациентов с генотипом 4G/4G сочетанным с другим генотипом гена ApoE (не e4/e4), соответственно, 6,1±0,7 ммоль/л и 7,8±0,7 ммоль/л, p<0,05. Не отмечено достоверной разницы между исследуемыми генотипами в уровне PAI-1.

Таблица 1
Частота сочетания генотипов гена PAI-1 (4G/4G**) с генотипами** e4/e4 и **e2/e3 гена ApoE у пациентов с ИБС с СН, СД2 и АГ**

Генотипы	ИБС**(**СН-**)** Генотип (n=26)		ИБС **(**СН+**)** Генотип (n=16)		χ^2	P	OR	95% C.I.
	абс.	%	абс.	%				
4G/4G	18	69,2	8	50	0,84	0,36	0,44	-
e4/e4+4G/4G	2	7,69	6	37,5	3,44	0,047	7,5	1,22-44,7
e2/e3+4G/4G	8	30,8	5	31,25	0,1	0,75	1,03	-
Генотипы	ИБС (НТГ/СД2-)Генотип (n=26)		ИБС (НТГ/СД2+) Генотип (n =19)		χ^2	P	OR	-
	абс.	%	абс.	%				
4G/4G	18	69,2	9	47,4	1,37	0,24	0,4	-
e4/e4+4G/4G	7	26,9	1	5,2	2,2	0,14	0,15	-
e2/e3+4G/4G	9	34,6	4	30,8	0,43	0,5	0,53	-
Генотипы	ИБС (АГ-) Генотип (n=26)		ИБС (АГ +) Генотип (n=11)		χ^2	P	OR	-
	абс.	%	абс.	%				
4G/4G	18	69,2	2	18,2	6,19	0,013	0,1	0,016-0,59
e4/e4+4G/4G	7	26,9	1	9,1	0,59	0,44	0,27	-
e2/e3+4G/4G	12	46,1	1	9,1	3,17	0,07	0,12	-

Таблица 2
Особенности липидного спектра у пациентов с ИБС при сочетании генотипов гена PAI-1-4G/4G **с генотипам гена ApoE-** e4/e4 **среди азербайджанцев**

Биохимические параметры	Генотипы гена PAI-1	
	e4/e4+4G/4G (n=8)	4G/4G (n=19)
ОХС (ммоль/л)	6,46 ± 1,7	5,3 (0,62)
ХС-ЛПВП (ммоль/л)	0,9±0,18	1,48 (0,41)
ХС-ЛПНП (ммоль/л)	4,36±0,55*	3,3 ± 0,48
ТГ (ммоль/л)	3,6±0,1	3,0 (0,7)
Глюкоза тощаковая	6,9±1,4 *	6,1 ± 0,7
ПГТТ(ммоль/л)	9,0±2,2 *	7,8 ± 0,7
PAI-1 U/ml	15,36±,73	15,7 ± 2,6

Примечание: *p- уровень статистической значимости относительно генотипа 4G/4G

В таблице 3 представлены данные о влиянии сочетания генотипов гена PAI-1 и ApoE на прогноз ИБС. Исследовались сочетания генотипов 4G/4G и e4/e4. Выбор указанных генотипов объясняется тем, что 4G/4G генотип достоверно чаще присутствует у пациентов с ИБС по сравнению с пациентами без ИБС, а у пациентов с сочетанием генотипов 4G/4G и e4/e4 установлено достоверное повышение уровня ХСЛНП и повышение тощаковой глюкозы и показатель перорального глюкозо - толерантного теста (ПГТТ) по сравнению с пациентами с генотипом 4G/4G без генотипа e4/e4.

Результаты исследований выявили у пациентов с ИБС с ФИ сочетание генотипов e4/e4+4G/4G в 37,5 % случаях, а при ИБС без ФИ данное сочетание наблюдалось у 19,2 % пациентов. Проведенные вычисления не показали достоверной разницы полученных результатов, χ^2= 0,35, p = 0,56, ОШ=2,6 (таблица 3). Несмотря на наличие прогностически неблагоприятного для ИБС генотипа 4G/4G гена PAI-1, а также неблагоприятный в отношении липидного профиля генотипов e4/e4 гена ApoE, сочетание указанных генотипов не влияют на прогноз ИБС в плане развития ФИ.

Таблица 3
Сравнительный анализ распределения частот сочетания генотипов полиморфных маркеров генов APOE и PAI-1 при фатальных исходах у пациентов с ИБС

Генотипы	ИБС(ФИ-) Генотип n=26		ИБС(ФИ+) Генотип n=8		χ^2	P	OR
	абс.	%	абс.	%			
4G/4G	18	69,2	5	62,5	0,01	0,94	0,74
e4/e4	6	23,1	4	50,0	1,04	0,31	3,3
e4/e4+4G/4G	5	19,2	3	37,5	0,35	0,56	2,6

Выводы:

1. У пациентов азербайджанской национальности с ИБС с сочетанием генотипа 4G/4G гена PAI-1 и генотипа e4/e4 гена ApoE выявлено статистически значимое повышение частоты встречаемости СН по сравнению с пациентами с ИБС без СН.
2. У пациентов азербайджанской национальности с ИБС с сочетанием генотипа 4G/4G гена PAI-1 и генотипа e4/e4 гена ApoE установлено достоверное повышение уровня ХС ЛПНП, тощаковой глюкозы и ПГТТ по сравнению с пациентами с ИБС с генотипом 4G/4G сочетанный с другими генотипами гена ApoE.
3. У пациентов азербайджанской национальности с ИБС с сочетанием генотипа 4G/4G гена PAI-1 и генотипа e4/e4 гена ApoE не выявлено достоверной разницы в уровне белка PAI-1 по сравнению с пациентами с ИБС с генотипом 4G/4G сочетанный с другими генотипами гена ApoE.
4. У пациентов азербайджанской национальности с ИБС с сочетанием генотипа 4G/4G гена PAI-1 и генотипа e4/e4 гена ApoE не выявлено достоверной разницы в частоте встречаемости СД2, АГ и ФИ по сравнению с пациентами с ИБС с генотипом 4G/4G сочетанный с другими генотипами гена ApoE.

ЛИТЕРАТУРА

1. Emiroglu O., Durdu S., Egin Y. et al. Thrombotic gene polymorphisms and postoperative outcome after coronary artery bypass graft surgery // J. Cardiothorac Surg, 2011, v.6, p. 120.
2. Juo S.H. Genetics of carotid atherosclerosis / S.H. Juo // Front Biosci,2009, v.14, p.4525-4534.
3. Kim R.J., Becker R.C. Association between factor V Leiden, prothrombin G20210A, and methylenetetrahydrofolate reductase C677T mutations and events of the arterial circulatory system: a meta-analysis of published studies // Am. Heart. J, 2003, v.146, № 6, p.948-957.
4. Marian, A.J. The Enigma of Genetics Etiology of Atherosclerosis in the Post-GWAS Era // Curr. Atheroscler Rep., 2012, v.22.
5. Malarstig A., Hamsten A. Genetics of atherothrombosis and thrombophilia //Curr. Atheroscler. Rep., 2010, v.12, №3, p.159-166.
6. Lotta L.A. Genome-wide association studies in atherothrombosis // Eur. J. Intern. Med., 2010, v.21, № 2, p.74-78.
7. Marenberg M.E., Risch N., Berkm L.F. et al. Genetic susceptibility to death from coronary heart disease in a study of twins // N. Engl. J. Med.,1994, v.330, p.1041-1046.
8. McCarthy J., Parker A., Salem R. et al. Large scale association analysis for identification of genes underlying premature coronary heart disease: cumulative perspective from analysis of 111 candidate genes // J. Med. Genet,2004, v.41, p.321-323.
9. Morrison A.C., Bare L.A., Chambless L.E. et al. Prediction of Coronary Heart Disease Risk using a Genetic Risk Score: The Atherosclerosis Risk in Communities Study // Am J Epidemiol., 2007, v.166, p.28-35.
10. Stephens J., Humphries S. The molecular genetics of cardiovascular disease: clinical implications / J. Stephens, // J. Intern. Med., 2003, v. 253, p.120-127.

Xülasə

Azərbaycan milliyətindən olan ÜİX olan xəstələrdə PAI-1 (SERPINE1) və APOE genləri olduqda ÜİX-in gedişat xüsusiyyətləri

C.B.Zülfüqarova

Tədqiqatın aparılmasında məqsəd ÜİX olan xəstələrdə proqnostik cəhətdən təhlükəli olan PAI-1 (SERPINE1) və APOE genləri olduqda ÜİX-in gedişat xüsisyyətlərinin öyrənilməsindən ibarətdir. ÜİX olan 45 xəstə müayinə edilmişdir: 23 kişi və 22 qadın. Xəstələrin yaşı 39-65 arasında olmuşdur.

Azərbaycanlılarda PAI-1 genin 4G/4G və ApoE genin e4/e4 genotipləri olduqda ÜİX ilə yanaşı ürək açtışmazlığı statitiks olaraq çox qeydə alınır.

Summary

Features of the course of IHD in the combination of genotypes of the gene PAI-1 (SERPINE1) and ApoE in patients with ischemic heart disease of Azerbaijanis

J.B.Zulfugarova

The purpose of this study was to injvestigate the features of the course of IHD in patients with a combination of prognostically dangerous genotypes of the PAI-1 and Apo-E genes. 45 patients with ischemic heart disease were examined, 23 of which men and 22 women. The age of the patients ranged from 39 to 65 years. The 4G / 4G gene PAI-1 genotype and the genotype e4 / e4 gene AoE revealed a statistically significant increase in the frequency with which the patients were treated with SN.

Daxil olub: 27.01.2017

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ

Е.А.Аббасова

Национальный институт спортивной медицины и реабилитации

Açar sözlər: yorulmuş idmançılar, fiziki gərginlik, vegetativ sinir sistemi (VSS), klino-ortostatik sınaq (KOS).

Ключевые слова: переутомленные спортсмены, физическая нагрузка, вегетативная нервная система (ВНС), клино-ортостатическая проба (КОП)

Key wards: overworked athletes, physical activity, the autonomic nervous system (ANS), the Clino-orthostatic test (COT)- Tilt test (TT)

В связи с большими нагрузками выносимыми спортсменами во время интенсивных тренировок и соревнований актуальным является надежный контроль ведущих систем организма, играющих основную роль в процессе адаптации спортсменов к новым условиям. В процессе адаптации к новым условиям различных органов и систем координирующую роль играет вегетативная нервная система (ВНС).

Вегетативная нервная система осуществляет регуляцию деятельности всех висцеральных систем организма, участвует в гомеостатических реакциях, выполняет адаптационно-трофическую функцию и т.д.

Поэтому, проблемы вегетативных нарушений у спортсменов привлекают к себе пристальное внимание специалистов [6,7,10], что обусловлено универсальным адаптационно-трофическим участием вегетативной нервной системы в регуляции физиологических процессов.

Изучение наиболее информативных признаков физического состояния спортсменов и уровня адаптационных процессов представляется необходимым, так как является главным условием определения характера и степени тренировочной нагрузки и оптимизации структуры тренировочного процесса. Отсюда, необходим комплекс медико-биологических исследований, который позволит управлять подготовительным процессом [1,2,3,4,5,8,9,11].

Целью настоящей работы является исследование характера нарушений ВНС у спортсменов с различным физическим состоянием (активных и переутомленных)

Материалы и методы исследования. Обследовано 123 человек, являющиеся спортсменами высокого класса мужского пола в возрасте от 18 до 28 лет. По квалификации спортсмены являются мастерами спорта, кандидатами в мастера спорта (стаж тренировок 5-8 лет) и перворазрядниками (стаж тренировок- 3-5 лет).

Все спортсмены распределены 2 две группы: в 1-ю группу вошли неутомленные спортсмены (активные) - 76 человек, из которых 41 человек имели спортивный стаж от 3 лет до 5 лет и 35 человек имели стаж спортивной деятельности 5-8 лет.

2-ю группу составили переутомленные спортсмены- 47 человек. Среди спортсменов 2-й группы 15 человек имели спортивный стаж 3-5 лет и у 32 спортсменов спортивный стаж был 5-8 лет.

Контрольную группу составили практически молодые лица в возрасте от 18 до 26 лет, без вредных привычек, не занимающиеся профессиональным спортом (студенты физкультурного института, других институтов и другие лица, добровольно согласившиеся на обследование), всего 32 человек. Для выявления скрытых изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и механизмов ее регуляции использовали клиноортостатическую пробу (КОП). Она заключается в регистрации сердечного ритма и артериального давления при переходе человека из положения лежа в положение стоя.

Переход из положения "лёжа" в положение "стоя" сам по себе не представляет заметной нагрузки для практически здорового человека, а стояние в течение нескольких минут при отсутствии функциональных нарушений также не причиняет существенных неудобств. Однако если регуляторные механизмы не обладают необходимым функциональным резервом или имеется скрытая недостаточность системы кровообращения, то ортостаз оказывается для организма стрессорным. Анализ кардиоинтервалограммы при проведении КОП (исходных данных и сразу после перехода в вертикальное положение) позволяет оценить вегетативную реактивность.

Согласно используемым сейчас стандартам измерения, физиологической интерпретации и клинического использования, предложенным “Рабочей группой Европейского Кардиологического Общества и Северо-Американского Общества Стимуляции и Электрофизиологии”, частотный спектр разбит на три диапазона: очень низкочастотный (VLF) с границами от 0,003 до 0,04 Гц, низкочастотный (LF) - с границами от 0,04 до 0,15 Гц и высокочастотный (HF) - с границами от 0,15 до 0,4 Гц (Heart Rate Variability..., 1996).

HF - высокочастотные колебанияр характеризуют высокочастотные спектральные мощности о (High Frequency), (0,15-0,4 Гц)- высокочастотные колебания - характеризуют уровень активности парасимпатического звена регуляции.

LF (Low Frequency) (0,04-0,15 Гц)- низкочастотные колебания - характеризуют относительный уровень активности вазомоторного центра и является маркером симпатической модуляции.

Ультранизкочастотный (Very Low Frequency, VLF), очень низкочастотные колебания- характеризуют уровень активности надсегментарных структур центрального звена регуляции. TP- тотальная мощность спектра- количественно отражает суммарную активность вегетативного воздействия на сердечный ритм.

Соотношение (индекс) LF/HF- отношение мощностей низких частот к мощности высоких, значение которого свидетельствует о балансе симпатических и парасимпатических влияний. При преобладании парасимпатической активности этот индекс уменьшается, при увеличении симпатических влияний наблюдаются противоположные сдвиги.

Статистическая обработка результатов проводилась в системе статистического анализа STATISTICA 10 (программный пакет STATISTICA США, версия 10 для Windows 8).

Результаты исследования. Изучение ВСР у спортсменов 2-й группы в клиноположении выявило (Таблица 1), достоверное понижение мощности волн высокой частоты- HF (856,5±25,7), то есть снижение активности парасимпатического кардиоингибиторного центра. Установлено также понижение активности волн низкой частоты- LF (1470,2±65,3), характеризующий активность симпатической нервной системы и очень низкой частоты, (VLF) (469,8±33,5), отражающий активность центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции сердечного ритма, относительно соответствующих показателей первой группы, $p < 0,01$, относительно аналогичных показателей 1-й группы, соответственно. Снижение мощности этих волн привело к снижению общей мощности спектра- TP отражающий суммарный эффект воздействия на сердечный ритм всех уровней регуляции, (2783±150,2), $p<0,01$, относительно 1-й группы и повышению индекса централизации-ИЦ, который показывает отношение активности центрального контура регуляции к автономному, 2,67±0,11, $p<0,01$, (по сравнению с первой группой).

Сравнение исследуемых групп спортсменов в ортостазе также выявил понижение мощности волн HF, LF и VLF во второй группе, соответственно, 285,4±13,9 мс^2, 1332,2±38,9мс^2 и 544,4±32,5 мс^2, по сравнению с группой активных спортсменов, соответственно 336,0±16,5 мс^2, 1712,1±105,5 мс^2 и 767,2±53,6 мс^2, $p<0,01$. Это привело к понижению показателя TP- тотальной мощности спектра во группе переутомленных спортсменов, 2173,8±163,9 относительно 2801±128,5 в 1-й группе, $p<0,01$.

Сравнение КОП спортсменов 1-й группы с контрольной группой показало, в клиноположении повышение HF (1052,4±53,5 мс^2), TP (3311±445,1 мс^2) и понижение LF (1626,9±59,4 мс^2), VLF (568,5±

40,5 мс^2) и ИЦ (2,1±0,11 у.е.), p<0,01 у спортсменов 1-й группы. Значительная разница в параметрах КОП между сравниваемыми группами наблюдается и для состояния ортостаза: в 1-й группе повышены HF, LF и VLF (336,0±16,5 мс^2, 1712,1±105,5 мс^2 и 767,2±53,6 мс^2, соответственно) p<0,01 и относительно контрольной группы. Повышенными оказались также ТР и ИЦ (2801±128,5 мс^2 и 7,3±0,4 у.е.), p<0,01, (относительно контрольной группы).

Анализ межгрупповой разницы параметров КОП между представителями 2-й и контрольной групп показал, для 2-й группы в клиноположении повышение HF (856,5±25,7 мс2) и понижение LF, (1470,2±65,3 мс2) VLF (469,8±33,5 мс2), ТР (2783±150,2 мс^2) и ИЦ (2,67±0,11 у.е.), p<0,01.

В ортостазе для участников 2-й группы установлено понижение HF (285,4±13,9 мс2) и повышение LF (1332,2±38,6 мс^2), VLF (544,4±32,5 мс^2), ТР (2173,8±163,9 мс^2) и ИЦ (6,5±0,3 у.е), p<0,01, относительно контрольной группы.

Таблица 1

Спектральный анализ сердечного ритма спортсменов различных групп в подготовительный период

	HF (мс2)	LF (мс2)	VLF (мс2)	ТР (мс2)	ИЦ (у.е.)
1 группа					
Клиноположение	1052,4±53,5^^**	1626,9±59,4 **	568,5±40,5 **	3311±445,1 **	2,1±0,11 **
Ортостаз	336,0±16,5 ^^** ′′	1712,1±105,5 ** ′′	767,2±53,6^^ ** ′′	2801± 128,5 ** ′′	7,3±0,4 **′′
2 группа					
Клиноположение	856,5±25,7 **	1470,2± 65,3 ** ^^	469,8±33,5 **^^	2783±150,2 ** ^^	2,67±0,11 ** ^^
Ортостаз	285,4±13,9 **′′^^	1332,2±38,6** ′′ ^^	544,4±32,5 ′′** ^^	2173,8±163,9 ** ′′ ^^	6,5±0,3 ** ′′ ^^
3 группа					
Клиноположение	682,3±39,3	1734,1± 64,1	662,4±35,7	3078,8±107,6	3,5±0,2
Ортостаз	313,7±15,9 ′′	1294,2±35,6 ′′	445,4±32,1 ′′	1993,4±333,9 ′′	5,6±0,6 ′′

Примечание: * -p<0,05; ** - p<0,001 (сравнение с группой контроля); ^ - p<0,05 - ^^p<0,001 (сравнение с группой I); ′ ′′- p<0,05-0,001 (сравнение с аналогичной группой в клиноположении)

Сравнительный анализ вышеперечисленных параметров ВСР между спортсменами второй и контрольной группы установил для лиц второй группы, понижение ТР (2783±150,2 мс^{2,} p<0,01) и ИЦ (2,67±0,11 у.е., p<0,01) в клиноположении. Отмечено также повышение мощности HF волн и снижение LF и волн VLF, p<0,05. Как видно из описанного выше у спортсменов 2-й группы повышена активность парасимпатического отдела ВНС и снижена активность симпатического отдела. Высокие значения VLF свидетельствуют об активизация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у спортсменов второй группы.

При проведении клино-ортостатической пробы (КОП) с целью выявления реакции организма на переход из горизонтального в вертикальное положение внутри исследуемых групп отмечаются разнонаправленные изменения.

В группе активных спортсменов наблюдается значительное понижение мощностей высокочастотных волн- HF (с 1052,4±53,5 мс^2 в клиностазе до 336,0±16,5 мс^2 в ортостазе, p<0,01) и повышением мощностей волн низкой0 LF (с 1626,9±59,4 см^2 в клиностазе до 1721,1±105,5 мс^2 в ортостазе, p<0,01) и очень низкой частот- VLF (с 568,5±40,5 мс^2 до 767,2±53,6 мс^2, p<0,01), сопровождаемые значительным повышением ИЦ (с 2,1±0,11 у.е. в клиностазе до 7,3 ±0,4 у.е. в ортостазе, p<,01). Параметр ТР в процессе КОП снизился (с 3311±445,1мс2 в клиностазе до 2801±128,5 в ортостазе, p<0,01). Исследование результатов КОП во второй группе выявило понижение волн HF, LF, и ТР после перехода из клиноположения в ортоположение и повышение ИЦ, p<0,01, (Таблица 1).

Обсуждение результатов исследования. Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) в настоящее время является наиболее информативным и распространенным методом оценки тонуса вегетативной нервной системы, а также адаптации организма к разнообразным воздействиям изменяющихся условий окружающей среды и выявления степени участия в этой реакции различных

уровней и звеньев регуляторного механизма. Для выявления и оценки периодических составляющих сердечного ритма использован частотный анализ.

При проведении клино-ортостатической пробы (при переходе из горизонтального положения в вертикальное) во всех трех группах лиц наблюдается снижение активности высокочастотных волн HF, TP и повышение ИЦ, что свидетельствует о схожих процессах адаптации организма обследуемых к изменяющимся условиям среды. Однако степень и характер этой адаптации в исследуемых группах отличается. Степень снижения волн HF в группе переутомленных спортсменов наибольшая (примерно, четырехкратное) и сопровождается снижением мощности LF.

У спортсменов 1-й группы степень снижение HF в ортостазе достоверно ниже, чем у спортсменов второй группы и сопровождается повышением LF, которая происходит за счет активизации симпатоадреналовой системы и выброса в кровь катехоламинов, повышением VLF, отражающий активность центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции сердечного ритма и повышением ИЦ, характеризующего активность центрального контура регуляции. Выявленные при проведении КОП изменения в первой группе спортсменов свидетельствует о том, что высокая активность центральных структур управления на фоне высокой активности вагуса у спортсменов свидетельствует о высоких резервных возможностях организма и гармонизации процессов анаболизма и катаболизма.

У спортсменов второй группы при проведении КОП значимое понижение HF и небольшое понижение LF, которые сопровождается повышением VLF и ЦК указывают на то, что процесс адаптации происходит за счет активации центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов (повышение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы) регуляции сердечного ритма, которая приводит к излишнему перенапряжению организма и усталости спортсменов. Выявленные во 2-й группе при проведении КОП изменения свидетельствуют о значительном понижении активности парасимпатического кардиоингибиторного центра продолговатого мозга, то есть автономного контура регуляции, которая указывает на снижение адаптивных возможностей, а, следовательно, и на уменьшение функционального резерва системы кровообращения

В контрольной группе при переходе в вертикальное положение доминирует роль центрального контура регуляции кровообращения, что выражается в повышении ИЦ (с 3,5±0,2 у.е. в клиностазе до 5,6±0,6 у.е. в ортостазе, $p<0,01$), при сниженных значениях LF и VLF, что указывает на отсутствие активации гуморально-метаболических механизмов и излишнем напряжении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский, Р.М. Принципы прогнозирования состояния организма человека при экстремальных воздействиях с точки зрения адаптации. Новосибирск, 1978, 236 с.

2. Быков, Е.В. Влияние уровня двигательной активности на функциональное состояние здоровых учащихся 12-17 лет и физиологическое обоснование оздоровительных программ // Российский физиологический журнал, 2003, №6, с.130.

3. Дибнер Р.Д., Синельникова Э.М.Направленность тренировочного процесса гемодинамика у спортсменов / Медицинские проблемы физической культуры. Киев: Здоровье, 1980, Вып.7, с.91-97.

4. Исаев А.П., Сашенков С.Л., Рыбаков В.В. Научно-методическое обеспечение в системе подготовки высококвалифицированных дзюдоистов / Научно-методическое обеспечение систем подготовки высококвалифицированных спортсменов и спортивных резервов: Материалы всесоюзной науч,практ. конф. М., 1990, Ч.II, с.308- 309.

5. Корнеева И.Т., Поляков С.Д. Возможности не инвазивного гемодинамического мониторинга у юных спортсменов при ортостатической и велоэргометрической пробах / Клинические и физиологические аспекты ортостатических расстройств: вторая науч,практ.конф. М.,2006, с.23-27.

6. Полотайко Ю.А. Особенность сердечного ритма у спортсменов в годичном цикле подготовки // Вестник ОГУ, 2005, №2, с.138-140.

7. Полуструев А.В. Комплексное использование физических средств восстановления на этапе предсоревновательной подготовки квалифицированных бадминтонистов / Теория и практика физической культуры. Омск: СибГУФК, 2005, с.302-306.

8. Прыткова Е.Г., Давыдов В.Ю., Савва Б.В.Особенности оперативного контроля в процессеподготовки квалифицированных пловцов / Плавание - III. Исследования, тренировка, гидрореабилитация / Под ред. А.В. Петряева. СПб, 2005, с.212-215.

9. Харенков В.С. Текущие изменения функционального состояния центральной и вегетативной нервной систем у высококвалифицированных гребцов на байдарках и каноэ // Физическая культура, спорт- наука и практика, 2008, № 4, с.22-28

10.Щербаков А.В. Бадминтон. Спортивная игра: учебно-методическое пособие. М.: ООО "Гражданский альянс", 2009, 121 с.

11.Machado M., Brown Augusto-Silva L.E., Pereira Is Dexercise-induced muscle damage susceptibility body segment dependent? Evidence for whole body susceptibility // J. Musculoskelet Neuronal Interact., 2013, № 13,p.105-110.

Xülasə

İdmançılarda ürək-damar sisteminin tənzimlənməsində vegetativ sinir sisteminin rolu

Y.A.Abbasova

Müxtəlif fiziki vəziyyətə (fəal və yorğun) malik olan idmançılarda vegetativ sinir sisteminin pozğunluqlarının xarakterinin tədqiq olunması bu tədqiqatın məqsədini təşkil edir. Bütün idmançılar 2 qrupa bölünmüşdür: 1 qrupa yorulmayan idmançılar (fəal)- 76 nəfər daxildir. 2 qrupu yorulmuş idmançılar -47 nəfər təşkil edir. Nəzarət qrupunu praktiki olaraq 32 nəfər- yəni heç bir zərərli vərdişlərə malik olmamış və qeyri-peşəkar idmanla məşğul olmayan 18 yaşından 26 yaşına kimi gənclər təşkil etmişdir. 1 qrupun idmançıları arasında HF ortostazada azalması dərəcəsi 2 qrupun idmançılarından fərqli olaraq daha azdır və tənzimlənmənin mərkəzi konturunun fəallığını xarakterizə edən simpatik adrenalin sisteminin fəallaşması və katexolaminlərin qana xaric olunması, VLF və Sİ artması hesabına baş verən LF çoxalması ilə müşayiət olunur. 2 qrupun idmançıları arasında при проведении KOS həyata keçirilməsi zamanı VLF artması ilə müşayiət olunan HF və LF statistik olaraq əhəmiyyətli şəkildə azalması müşahidə olunur. KOS həyata keçirilməsi zamanı 2 qrupda aşkar olunan dəyişikliklər uzunsov beynin parasimpatik kardio inqibator mərkəzinin fəallığının əhəmiyyətli şəkildə azaldığını təsdiq edir və adaptasiya imkanlarının, eləcə də, qan dövranı sisteminin funksional ehtiyatlarının azalmasına işarə edir.

Summary

The role of autonomic nervous system (ANS) in regulation of cardiovascular system of sportsmen

E.A.Abbasova

The purpose of the study is to investigate the nature of the autonomic nervous system (ANS) disorders in athletes with different physical state (active and overworked). All athletes are distributed into two groups: group 1- included not fatigue athletes (active)- 76 people, group 2- consisted of 47 athletes. The control group included 32 young persons aged from 18 to 26 years old, without bad habits. The degree of reduction of HF during the tilt test in athletes of 1-st group was significantly lower than that of the second group of athletes and is accompanied by an increase of LF wave, which is due to the activation of simpatoadrenalogy system and release of the catecholamines in the blood, increase in VLF and CI, which characterizes the activity of the central contour of regulation . There is significant reduction of HF and LF waves during the tilt test in the second group of athletes, which is accompanied by the increasing of VLF. The changes identified in the 2nd group athletes during the TT show a significant decrease of activity of the parasympathetic cardioinhibitory center of the medulla oblongata, which indicates on a decrease of adaptive capacity and, consequently, to the decrease of the functional reserve of the circulatory system.

Daxil olub: 17.01.2017

ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР ЛЕГКИХ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

А.А. Алекперов, Т.Н. Мирзоева, Ф.Х.Алиев
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

***Açar sözlər*:** alveolyar epitel hüceyrələri, endotel hüceyrələri, yanıq xəstəliyi, ultrastruktur.
Ключевые слова: ожоговая болезнь, альвеолярные эпителия, эндотелиальные клетки, ультраструктурные изменения
Key words: alveolar epithelial cells, capillary endothelium, burn disease, ultrastucture

Легочные осложнение при ожоговой травме являются одной из главных причин неблагоприятного течения ожоговой болезни. Кроме того, легкое как орган, испытывает различное воздействия в связи с изменениями в коже, центральной нервной системы наступающими при ожоговой болезни [1,2]. Поэтому отек легких, ателектазы и пневмонии до сих пор остаются частыми осложнениями при ожоговой болезни. Электронно-микроскопические исследования открывают широкие возможности в изучении морфологических нарушений в кровообращении и проницаемости легких при ожоговой болезни [3,4,5].

Целью настоящего исследования явилось изучение методом электронной микроскопии клеток кровеносных капилляров и альвеолоцитов легких от больных погибших в результате ожоговой болезни.

Материал и методы исследования: Материалом для электронномикроскопического исследования послужили кусочки из легких от 15 больных, умерших в результате ожоговой травмы различной степени (ожоги 3-4 степени, 30-40% поверхности тела, продолжительность болезни от 4 до 42 дней). Вскрытие производили в ранние сроки через 1-5 часов после смерти.

Результаты обследования: При электронно-микроскопическом исследовании кусочков легкого от больной погибшей в результате ожоговой болезни, прежде всего, обращала на себя внимание резко выраженная геморрагическая реакция. Межальвеолярная перегородка отечна, местами лизирована с разъединением образующих ее структур и выраженным капилляростазом. Просветы кровеносных капилляров ссужены и в них находятся изменение эритроциты. Отростки эндотелиальных клеток, выстилающие просвет кровеносного капилляра местами лизированы и потому прерывисты. Базальный слой альвеолярной стенки набухший и разрыхлен. В просвете спавшей альвеолы наблюдаются различные фрагменты разрушенных клеток и мелкозернистых включений. Отростки альвеолярных клеток первого типа местами фрагментированы или находятся в стадии лизиса.

В тех участках легочной ткани, где альвеолярная стенка образована тонкими отростками альвеолоцитов первого типа ($Ав_1$), а стенка кровеносных капилляров (к) покрыта отростками эндотелиальных клеток лежащих на базальном слое (Бс), нередко наблюдались значительные участки деструкции, проявляющиеся растворением и нарушением плазматических мембран.

При этом на базальном слое с той и другой стороны на месте отростков наблюдались мелкие вакуоли и гранулы. Базальный слой между ними имеет вид тонкой неравномерной полоски. Местами набухшей и зернистой.

В альвеолоцитах первого типа ($Ав_1$) в основном отмечены деструктивные изменения необратимого характера. Это проявилось в лизисе плазматических мембран, дегрануляции цитоплазмы и фрагментации канальцев эндоплазматической сети. Таким образом, нарушились внутриклеточные связи и фрагменты цитогранул, вакуолы свободно располагались в просвете альвеол.

Клетки альвеолярного эпителия второго типа ($Ав_2$) набухшие, с увеличенным числом вакуолей с миелиновыми структурами местами с разрушенной плазматической мембраной. Часто можно наблюдать отдельные вакуолизированные фрагменты альвеолоцитов второго типа свободно расположенных в просвете альвеол. Отмечается разрушение микроворсинок на апикальной поверхности альвеолицитов второго типа свободно расположенных в просвете альвеол. Отмечается разрушение микроворсинок на апикальной поверхности альвеолоцитов второго типа.

В зонах деструкции альвеолярной стенки отмечается присутствие значительного количества бактериальных телец (Бкт), которые свободно располагались среди макрофагов, различных гомогенных гранул и фрагментов альвеолоцитов.

Нарушение целостности клеток альвеолярной стенки особенно выражено в тех участках, где находятся бактерии. В таких участках наблюдались не только лизис отростков альвеолярных и эндотелиальных клетки, но и деструкция центральной части этих клеток с явлениями кариолизиса и кариопикноза. Нередко вакуолизация цитоплазмы, фрагментация ядер и разрушение митохондрий приводят к полному распаду и гибели клеток. В таких участках отмечается почти полное разрушение аэрогематического барьера. И на месте альвеолярной стенки можно наблюдать скопление эритроцитов, фрагментированных ядер, вакуолей и пучки лизированных коллагеновых фибрилл (Рис. 3).



Рис.1. Вакуолизация /в/ и разрывы (↑↓) отростков альвеолоцитов первого типа, проникновение эритроцитов /э/ в просвет альвеолы \АП\. Я – Ядро. Х 12000

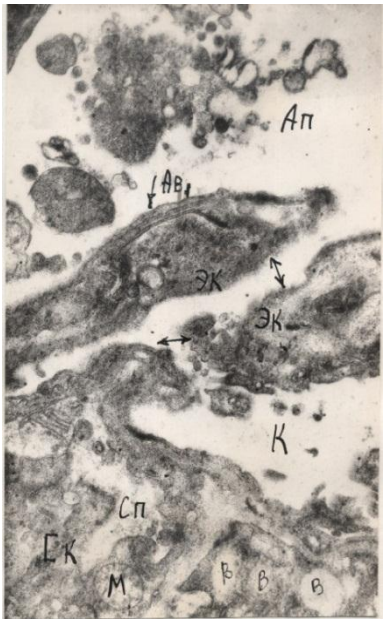


Рис.2. Образование разрывов в участках лизиса альвеолярной стенки /↕/ состоящей из отростков эндотелиальных клеток /ЭК/ и альвеолярных клеток первого типа /Ав$_I$ /. В септальном пространстве /СП/ набухание митохондрий /М/ и вакуолизация /в/ в цитоплазме септальной клетки /СК/. Ап - альвеолярное пространство; К – просвет капилляра х12000

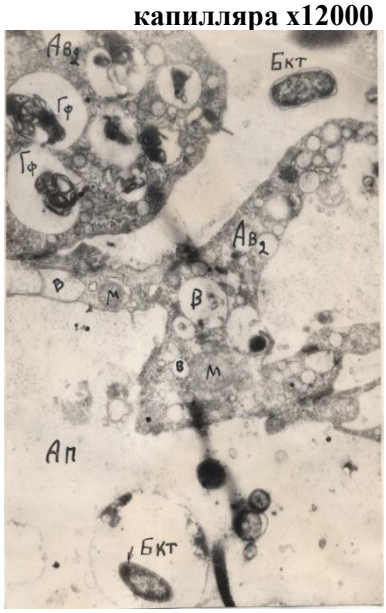


Рис. 3. Вакуолизация /в/ цитоплазмы и лизис гранул в вакуолях /ГФ/ альвеолоцита второго типа /АВ$_2$/ в участках альвеолярной стенки, где свободно локализуются бактерии /БКТ/ АП-альвеолярное пространство, М-митохондрии. х12000.

В зонах деструкции характерно присутствие значительного количества бактериальных телец. Следует, отметит что, бактерии были без каких-либо признаков лизиса и деструкции. В некоторых можно было обнаружить стадии деления. При бактериальном исследовании в основном выявились синегнойная инфекция. Таким образом, сепсис был обусловлен синегнойной палочкой. Бактерии синегнойной палочки четко обнаруживались в гнойных очагах легких.

Анализируя полученные данные, следует, отметит что, характерные для тяжелой ожоговой болезни дистрофические изменения и нарушения проницаемости альвеолярной стенки, угнетение процессов фагоцитоза и лейкоцитарной реакции способствуют развитию синегнойной пневмонии и сепсиса. При этом возникают необратимые изменения в клетках альвеолярного эпителия и эндотелия кровеносных капилляров, наиболее четко проявляющийся в местах локализации бактерий, обуславливающих лизис клеточных мембран, расхождение клеточных контактов и образование отверстий, через которые бактерии проникают в кровеносное русло. В результате электронно-микроскопических исследований было отмечено: что при тяжелых термических поражениях в легких наблюдаются выраженные изменения процессов микроциркуляции во всех элементах гистиона. Они свидетельствуют о быстро наступающем нарушении капиллярной и клеточной проницаемости, повышении диффузии и возникновения отека клеток. Эти изменения ведут к циркуляторной и как следствие этого тканевой гипоксии и дистрофические изменения ультраструктуры клеточных органелл. Проникновение из ожоговой раны в кровеносное русло бактерий приводит к образованию гнойных очажков в легких и к возникновению наиболее тяжелой формы ожоговых осложнений – сепсису.

ЛИТЕРАТУРА

1.Параманов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский. В.Г. Ожоги: руководство для врачей, СПБ Спец., Лит., 2000, с.480

2.Лавров В.А., Виноградов В.А. Клиническая лекция. ВИГП, №2, 2000

3.Втюрин Б.В., Чекмарев И.А., Гордиенко Е.Н и др. Сравнительная характеристика ультраструктурных изменений легких и почек при ожоговом сепсисе // Архив патологии 2008, №5, с.25-29

4.Sheridan R.L., Ryan C.M., Yin.L.M. et al. Death in the burn unit: Sterile multiple orqan failure // Burns, 1998, v.24. p307-311.

5. Herndon D.N., and Spies M .Modern burn care // J Trauma., 2004, v.57, N1, p37-4.

Xülasə

Yanıq xəstəliyi zamanı ağciyərlərin toxuma strukturlarının elektron mikroskopik müayinəsi

A.Ə. Ələkbərov, T.N. Mirzəyeva, F.X.Əliyev

Elektron mikroskopik müayinələrin köməyi ilə yanıq xəstəliyi zamanı ağciyərlərin toxuma strukturlarında gedən ultrastruktur dəyişiklikləri öyrənilmişdir. Elektronmikroskopik müayinələr üçün material yanıq xəstəliyindən ölmüş 15 xəstənin ağciyərlərindən götürülən tikələr olmuşdur. Təşrih ölümdən 1-5 saat sonra aparılmışdır. Tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, yanıq xəstəliyi zamanı alveolyar epitel hüceyrələrində və kapilyarların endotelində geridönməyən dəyişikliklər baş verir. Belə ki, hüceyrə membranları lizisə uğrayır, hüceyrə təmasları dağılır və dəliklər əmələ gəlir. Buradan isə bakteriyalar qan cərəyanına düşür və septiki vəziyyət yaranır.

Summary

Electron microscopic investigation of the pulmonary tissue structures in burn disease

A.A. Alakbarov, T.N. Mirzayeva, F.X.Aliyev

The ultrastructural changes of the pulmonary tissue structures in burn disease have been investigated using the electron microscopy. The materials were taken from the lungs of 15 patients died after burn disease. The autopsy was performed within 1-5 hours after death. The results of investigation showed that the irreversible changes were occurred in the alveolar epithelial cells and capillary endothelium. The cell membranes underwent to lysis, the intercellular junctions were damaged and the pores were form. The bacteria pass through these pores into bloodstream and the septic condition is happen.

Daxil olub: 07.12.2016

HAMİLƏLİK VƏ PİYLƏNMƏ

N.M. Kamilova, A.Z.Safarova
Azərbaycan Tibb Universiteti. Bakı

Açar sözlər: hamiləlik, piylənmə, lipidlər, metabolik pozuntular
Ключевые слова: беременность, ожирение, липиды, метаболические нарушения
Key words: pregnancy, obesity, lipids, metabolic disorders

Piy toxumasının yayılma xarakteri, əsasən, cinsiyyət vəzlərin hormonları və böyrəküstü qabıq ilə müəyyən edilir, belə ki, adipositlərdə androgenlərin estrogenlərə konversiyası mühüm rol oynayır. Piy toxumasına, xüsusilə də visseral, yüksək hormonal-metabolik fəallığa malikdir, çoxlu miqdarda adrenoreseptorlar, kortikosteroid və androgen reseptorlardan ibarətdir, və eləcə də testosteron, androstendion və kortizol kimi müxtəlif steroidləri (onların lipidlərdə həll olunmasına görə) toplaya bilir [1,2]. Cinsi hormonların əsas sintezi yumurtalıqlarda baş verir, estrogenlərin androgenlərdən aromatizasiya və androstendionun və testosteronun estrona konversiyası yolu ilə icra edilən ekstraqonad sintezi aparılan yeridir (adipositlər) və sonra o daha aktiv estrogenə- estradiola çevrilir. Piylənmə zamanı androgenlərin estrogenlərə periferik aromatizasiyası yüksəlir; bunun nəticəsində androgen və estrogenlərin metabolizmi pozulur [3,4]. Piylənmə zamanı estogenlərin metabolizmi estradiolun qeyri-aktiv metabolitlərinin, xüsusilə 2-hidroksiestrogenlərin, əmələ gəlməsinin azalması və estron-sulfat miqdarının çoxalması hesabına dəyişir, nəticədə- aktiv və qeyri-aktiv estrogenlərin nisbəti aktiv estrogenlərin xeyrinə dəyişir və nisbi hiperestrogenemiya (endometrinin hiperplastik proseslərin inkişafına və yumurtalıqların disfunksiyasına gətirə bilər) inkişaf edir [5,6].

Hamiləlik zamanı estrogenlərin nisbəti, xüsusən estriolun məhsulunun çoxalması hesabına dəyişmişdir (estriolun məhsulu aşağı fəallığa malikdir, lakin çox böyük miqdarda ifraz edilir, buna görə də hamiləlik dövründə onun təsiri digər estrogenlərdən daha güclüdür. Hamiləlik zamanı estradiolun və estronun miqdarı 100 dəfə artır, estriolun isə - min dəfə [7,8,9]. Estrogenlərin əksər miqdarı hamiləliyin 5-7 həftəsindən sonra dehidroepiandrosteron-sulfatdan (dölün qanından gələn) ciftin sintitiotrofoblastlarında onların sintezi hesabına əmələ gəlir. Hamiləlik dövründə estrogenlərin əsas funksiyası (prostaqlandinlər sintezinin aktivləşməsi hesabına) uşaqlıqda qan dövranının güclənməsindədir.

Cinsi hormonların piy toxumasına təsirinin əsas mexanizmlərindən biri – estrogenlər tərəfindən lipoproteinlipazanın (triqliseridlərin adiposidlərdə toplanmasını requlya edən və piy toxumasının əksər hallarda bud və sağrı nahiyyəsində yığılmasını şərtləndirən ferment) fəallığının düz stimulyasiyasıdır [10].

Piy toxumasının yığılmasının requlyasiyasında eləcə də proqesteron iştirak edir. Onun miqdarı hamiləlik zamanı artır. Məlumdur ki, proqesteron, qlyukokortikoidlərin piy toxumasına lipolitik təsirinin qarşısını alaraq, qlyukokortikoidlərlə adipositlərdə onların reseptorlarına görə rəqabət aparır [11].

Hipotalamus-hipofiz-böyrəküstü vəzlər sistemin aktivliyinin yüksəlməsi nəticəsində hamiləlik zamanı trop hormonların məhsulu (somatotrop, prolaktin, adrenokortikotrop hormonun (AKTH) yüksəlir. AKTH-nin sürətli əmələ gəlməsinə görə böyrəküstü vəzlərin hormonal aktivliyi yüksəlir, qlyukokortikoidlərin (kortizol) və mineralokortikoidlərin (aldosteron) sintezi sürətlənir, bu isə qadın orqanizminin inkişaf edən dölün ehtiyaclarının həyata keçirməsi üçün lazım olan həyat proseslərinin uyğunlaşması deməkdir. Hamiləlik zamanı AKTH-ın səviyyəsi təxminən iki dəfə artır, hissəvi olaraq ciftli AKTH-ın hesabına (o isə qlyukokortikoidlərlə sıxılmır, lakin normal sirkad ritmi saxlayır. Hamiləlik zamanı AKTH-ın sürətli məhsulunun nəticəsində kortizolun ümumi miqdarı iki-üç dəfə yüksəlir [12,13].

Cift leptini öz strukturu və bioloji xüsusiyyətlərinə görə piy toxumasının leptinindən fərqlənmir və həmin genin ekspressiyasının məhsuludur (obgene).

Qan zərdabında leptinin miqdarı bədən çəkisi, insanın xorionik qonadotropininin səviyyəsi və hamiləliyin müddəti ilə düz korrelyasiya edir [16,19]. Leptinin səviyyəsi 6-8-ci həftədən yüksəlir, hamiləliyin II-III trimestrində maksimuma çatır, və doğuşdan sonra əhəmiyyətli dərəcədə azalır [14]. Eləcə də hamilə qadının qan zərdabında leptinin miqdarı və doğulan uşaqların vəziyyəti arasında əks korrelyasion asılılıq aşkar edilir. Yenidoğulmuşların göbəyindən götürülən qanda cift və dölün piy toxuması tərəfindən ifraz olunan leptinin səviyyəsi yenidoğulmuşun bədən çəkisi və piy toxumasının çəkisinə düz proporsionaldır; ana siqaret çəkirsə, dölün başa çatdırılmaması zamanı, vaxtında doğulmuş uşaqların aşağı antropometrik göstəricilərində bu göstərici azalır, çox böyük doğulmuş uşaqlarda isə - yüksəkdir [15].

Göstərilən tövsiyələrə əsasən, qadının əvvəlki bədən çəkisi nə qədər çoxdursa, o qədər bu göstərici hamiləlik zamanı az yüksələcəkdir. Beləliklə, normal bədən çəkisi ilə hamilələrdə bütün hamiləlik dövründə

bədən çəkisi 16 kq ötməməlidir, piylənmə ilə hamilə qadınlarda isə - bədən çəkisinin artımı 7 kq çox olmamalıdır [16].

Bədən çəkisi dinamikası hamiləliyin müddətindən asılıdır. Hamiləliyin birinci həftələrində adətən bədən çəkisi artmır, bundan əlavə, erkən toksikozun inkişafı zamanı onun enməsi qeyd oluna bilər. Hamiləliyin 16-cı həftəsindən başlayaraq bədən çəkisi cuzi çoxalır; 23-24-ci həftədən – həftədə təxminən 200 q, 29-cu həftədən isə - o 300-400 q-dan artıq olmamalıdır [17].

Hamiləlik zamanı piylənmənin olması ana və döl üçün ciddi ağırlaşmaların inkişafı ilə assosiasiya edir. Piylənmə ilə bağlı ağırlaşmalar abdominal tipli piylənmə ilə (visseral) qadınlara xarakterdir, bu əksər hallarda hormonal və metabolik pozuntular kompleksi ilə birgə olur və kliniki və proqnostik aspektlərdə ən qeyri-qənaətbəxşdir [18].

Piylənmə ilə qadınların 45-85% halında hestasion prosesin ağırlaşmaları qeyd olunur [6]. Normal bədən çəkisi ilə hamilələrlə müqayisədə, artıq bədən çəkisi ilə hamilələrdə piylənmənin müşaiət edən xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi 1,5-2 dəfə yüksəlir, hamiləliyin, doğuşların və doğuşdan sonrakı dövrün patoloji gedişatı riski yüksəlir,anadangəlmə qüsurlarla uşaqların doğulmasının rastgəlmə tezliyi artır, bu isə perinatal xəstələnmənin və ölümün yüksəlməsinə gətirib çıxarır [19].

Hamilə qadınlarda əksər hallarda (17,1-43,5%) ürək-damar xəstəlikləri, orqanizmin immunoloji rezistentliyinin azalması nəticəsində infeksion xəstəlikləri (51,6-59,7%), həzm sistemi orqanlarının xəstəlikləri (3,8-7,9%), sidik ifrazedici sistemin xəstəlikləri (4,8-9,9%), tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri (7,1%) qeyd edilir [6]. Hamiləlik zamanı yanaşı gedən somatik xəstəliklərin gedişi əhəmiyyətli dərəcədə pisləşir.

Piylənmə zamanı müxtəlif mamalıq ağırlaşmaların riski yüksəlir: hamiləliyin başa çatdırılmaması təhlükəsi (32,5%), vaxtından əvvəl (10,8%) və gecikmiş (6,0%) doğuşlar, doğuş fəaliyyətinin anomaliyaları (30,1%), doğuş travmatizmi (45,7%), eləcə də dölün bətndaxili hipoksiyası (60%) ilə fetoplasentar kompleksin funksiyasının pozulmaları və fetoplasentar çatışmazlıq (10,8%), yenidoğulmuşun makrosomiyası (18,1%) [1,9].

Piylənmə olan hamilə qadınlarda ən çox rast gələn mamalıq ağırlaşması hamiləliyin başa çatdırılmamasıdır [9]. Belə ki, hətta artıq bədən çəkisi əhəmiyyətli dərəcədə hamiləliyin hiperandrogeniya və hiperinsulinemiyanın inkişafı ilə əsaslandırılan dayandırılması riskinə gətirir. Piylənmə ilə qadınlarda hamiləliyin başa çatdırılmamasının və özbaşına düşüklərin rastgəlmə tezliyi 25-37% təşkil edir [9]. Piylənmədə eləcə də vaxtından əvvəl doğuşların və hamiləliyin vaxtından artıq müddətinin rastgəlmə tezliyi də artır. Piylənmə ilə qadınların hamiləliyinin sonunda doğuş dominantı tam formalaşmayır, bu hal hamilələrin 10-15%-ndə hamiləliyin vaxtından artıq qalmasına və doğuş fəaliyyətinin zəifləməsinin inkişafına səbəb olur. Doğuş fəaliyyətinin ağırlığı piylənmə dərəcəsinə mütənasib yüksəlir. Nəticədə əksər hallarda cərrahi doğuzdurma istifadə edilir (kesar kəsiyi) [20].

Hamiləliyin və doğuşların çoxsaylı ağırlaşmaları nəinki ananın, hətta dölün səhhətində neqativ əksini tapır. Piylənmə zamanı yenidoğulmuşların asfiksiyasının, dölün anadangəlmə anomaliyalarının, bətndaxili ölümün, dölün inkişafının qüsurlarının, doğuş travmalarının, erkən neonatal ölümün rastgəlmə tezliyi artır.

Artıq bədən çəkisi ilə hamilə qadınlarda ağırlaşmaların inkişaf riskinə baxmayaraq, piylənmə hamiləlik üçün əksgöstəriş sayılmır. Hamiləliyə və doğuşlara hazırlıq görərkən, qadın hərtərəfli müayinə olunmalıdır, nəinki mama-ginekoloq, hətta endokrinoloq, diyetoloqun müşahidəsi; bədən çəkisinin, arterial təzyiqin səviyyəsinin, bütün hamiləlik dövründə karbohidratlar mübadiləsinin daim nəzarəti mütləqdir]21[.

Yuxarıda qeyd edildiyi kimi, hamilə qadınlarda piylənmənin inkişafının səbəblərindən biri qidanın həddindən artıq qəbuludur, bununla bağlı, pəhriz tövsiyələrinə və fiziki yük rejiminə riayət etmək mütləqdir, bu ana və döldə ağırlaşmaların əmələgəlmə riskini əhəmiyyətli dərəcədə azalda bilər.

Göstərilən mexanizmlər qida maddələrinin daha effektiv absorbsiyasını şərtləndirir. Belə ki, hamiləliyə xarakter olan hormonal dəyişikliklər (estrogenlərin, progesteronun, insulinin səviyyəsinin çoxalması) anabolik proseslərin fəallığını stimulə edir.

Hamiləlik zamanı, qadının adi vəziyyəti ilə müqayisədə, qida qəbulundan sonra xolesistokinin miqdarı əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlir, bağırsaqda dəmirin və kalsiumu absorbsiyası artır, azot mübadiləsi daha effektiv olur, bu hal azotun və zülalın qorunmasına səbəb olur [5,8].

Hesablanmışdır ki, hamiləlik dövründə enerjiyə tələbatın yüksəlməsi təxminən 85 000 kkal təşkil edir; onlardan: 41 000 kkal qadında və döldə piy və yağsız kütlə şəklində toplanır, metabolik proseslərə 36 000 kkal xərclənir, daha ağır bədənin hərəkəti və əsas mübadilənin çoxalması kimi belə energetik prosesə yalnız 8 000 kkal işlədilir. Beləliklə, hamiləlik dövrünün 280 gününə hesablanaraq, hamilə qadın üçün energiyada əlavə orta sutkalıq tələbat, orta hesabla, təxminən 300 kkal təşkil edir [22].

Reproduktiv yaşlı qadınlar arasında piylənmənin rastgəlmə tezliyi 31% təşkil edir, onlardan: neyroendokrin forma - 60%, alimentar-konstitusion - 40% [13]. Müxtəlif müəlliflərə görə, hamilə qadınlar arasında piylənmədən əziyyət çəkən qadınların payı 15-dən 38% arasında tərəddüd edir [9,23].

Hamiləlik dövründə xolesterin homeostaz əhəmiyyətli dərəcədə transformasiya edilir, metabolik pozuntuların realizasiyası üçün əsas olan fizioloji hiperlipidemiya əmələ gəlir [14].

Ədəbiyyatda belə məlumatlara rast gəlinir ki, ağırlaşmamış hamiləlikdə qan zərdabında XS səviyyəsi onun böyrəküstü vəzlərində, ciftdə, yumurtalıqlarda utilizasiyasının inkişafına görə (steroid hormonların sintezi üçün) yüksəlir [12]. Qeyd edilir ki, qan zərdabında XS konsentrasiyası və immun sistemi arasında düz əlaqə var [21]. Bir sıra müəlliflərin fikrincə, hamiləlik zamanı XS səviyyəsinin eyni yaşlı hamilə olmayan qadınların fizioloji normaya qədər azalması - hamiləliyin dayandırılması təhlükəsidir.

Dölün energetik substratı əsasən qlyukozadır [Milovanov, Savelyev, 2006]. Lipidlər plastic material kimi istifadə olunur. Lipidlərin sintezi anadan ciftə keçən qlyukozadan və yağlı turşulardan dölün toxuması tərəfindən həyata keçirilir. Ona görə də ananın qan zərdabının lipid, eləcə də yağ-turşu spektrinin dəyişməsi dölün qan zərdabının və toxumalarının lipid spektrinin pozulmasına gətirib çıxarır. Ehtimal var ki, dölün toxumasının lipid tərkibində ən gözə çarpan dəyişikliklər hestasion pielonefritdə baş verir.

Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlərin korreksiyası məsələləri aktual olaraq qalmaqdadır. Hal-hazırda əsas problem - müxtəlif formalı arterial hipertenziya ilə hamilələrə antihipertenziv terapiyanın təyini meyarlarının axtarışı, onun müsbət və mənfi tərəflərin müəyyən olunması, hamilələrə və dölə təsiri [10]. Antihipertenziv preparatlar anaya, dölə və yenidoğulmuşa zərərli təsir edə bilər, belə ki, bəzi təsirlər yenidoğulma dövründən sonra biruzə verir. Dərman preparatları dölə həm dolayı (uşaqlıq-cift qandövranını azaldan) təsir edə bilər, həm də düz (dölün umbilikal və ya kardiovaskulyar sirkulyasiyasına təsir edərək) təsir edə bilər.

Lipid mübadiləsi – insan orqanizminin mürəkkəb mübadilələrindən biridir. Lipid mübadiləsinin pozulmaları digər risk amilləri ilə yanaşı (arterial hipertenziya, siqaret çəkmə və s.) bütün ürək-damar xəstəliklərinin (ÜDX) 75%-dan çox inkişafına gətirir, belə ki, dislipidemiyanın patologiyanın proqressivləşmə prosesində rolu maksimaldır [1].

Aİ=(ÜXS-XS YPLP) / XS YPLP [2].

Xolesterin mübadiləsi XX əsrin ikinci yarısında aktiv öyrənilirdi [9,13,14,18,22,29]. Son illərdə vətən tədqiqatçıları xolesterinin hepatoenteral resirkulyasiyasına, onun biokimyəvi metorlarla təyininə diqqət yetirirdi; xolesterinin sinaptik plastiklik proseslərdə və neyronların deqenerasiyasında rolu müzakirə olunurdu.

Yüksək xüsusi çəki xolesterin mübadiləsinin müayinəsi zamanı oksisterinlərin öyrənilməsini şərtləndirir, steroid hormonların metabolizminə cavabdeh olan fermentlərin spesifik inhibitorlarının intensiv axtarışı aparılır, bakteriya ştamlarının köməyi ilə müxtəlif steroid məhsulların əldə edilməsi hərtərəfli öyrənilir.

Onun pozulmaları ağırlaşmış hestasiya zamanı azdır [16,20].

Əldə edilən ədəbiyyatda herpes-virus, və eləcə də digər infeksiyalarla kəskinləşən hamiləlik dövründə xolesterin mübadiləsinə həsr olunan tədqiqatlar aşkar edilməmişdir.

Lipidlər - kimyəvi quruluşa görə müxtəlif maddələr qrupudur, onlar qeyri-polyar həlledicilərdə həll olunurlar. Onlar orqanizmdə mühüm və çoxmənalı funksiyaları icra edir: enerjinin güclü mənbələridir; "metabolik yanacaq"ın transport formasıdır; sinir impulsun keçirilməsində iştirak edirlər; hüceyrə mambranların komponentidir, burada onlara hüceyrədaxili metabolik çevrilmələrin spesifik requlyatorların xüsusiyyətləri xassdır; hormonların, fermentlərin, vitaminlərin və digər bioloji aktiv maddələrin sintezi üçün lazımdırlar.

Yuxarıda sadalananlara görə, lipid mübadiləsinin vəziyyəti dölün və yenidoğulmuşun həyat fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir [22].

Hamiləlik zamanı lipid mübadiləsi əhəmiyyətli dərəcədə dəyişir, o ananın və dölün fizioloji tələbatına uyğun dəyişir.hamilə qadınlarda qlyukozaya qarşı tolerantlığın dəyişməsi, plazmada insulinin çoxalması, azad yağ turşuların səviyyəsinin çoxalması piy ehtiyatlarının toplanmasına və spontan lipolizin yüksəlməsinə gətirib çıxarır. Qara ciyərdə yağ turşularının sürətli utilizasiyası və hiperinsulinemiya müxtəlif yağların sintezinin yüksəlməsinə səbəb olur. Yağ turşuları, xolesterin, fosfolipidlər və digər lipidlər dölün toxumasının formalaşmasına sərf olunur [10,15,36]. Lipidlərin toplanması ciftdə, böyrəküstü vəzlərdə və süd vəzilərində baş verir. Yağ turşuların və qlyukozanın ciftdən dölə geçməsi yüksəlir. Hamiləliyin son 10 həftəsində dölün orqanizmində piy yığınları proqressiv çoxalır.

Triqliseridlərin konsentrasiyasının yüksəlməsi- yağ turşularının efirlərinin və qliserin spirtinin - hestasiya müddətinin çoxalmasına görə fizioloji səbəblərlə izah olunur. Onların miqdarının çoxalma ehtiyacı mühüm daşıyıcı və enerjinin toplanma forması kimi triqliseridlərin rolu ilə şərtləndirilir. Belə hesab edilir ki,

hipertriliseridemiyanın səbəbi hamiləlik zamanı estrogen səviyyəsinin yüksəlməsidir, bunu isə hipoproteinemiya və funksional xolestaz əsaslandırır.

Cədvəl 1

Hamiləlik dövründə herpes-virus infeksiyanın kəskinliyi ilə qadınların periferik qanında ümumi lipidlərin miqdarı (q/l)

Hamiləliyin müddəti	İnfeksiyanın sadə herpes virusuna qarşı anticisimlərin titri ilə kəskinləşməsi		
	1:3200	1:6400	1:12800
I trimestri	5,01±0,12	5,12±0,09 (p<0,05)	5,31 ±0,12(p<0,12)
II trimestri	5,51±0,01	5,60±0,02	5,78 ±0,03 p<0,01
III trimestri	6,99±0,08	7,10±0,03 p<0,001	7,29 ±0,06 p<0,001

Qeyd: p – nəzarət qrup ilə müqayisədə, əhəmiyyət dərəcəsi

Xolesterinin toxumalara daxil olması xolesterintərkibli lipoproteidlərin tutulması ya xüsusi reseptorlarla (məsələn, APLP), ya da bu proses reseptorların iştirakı olmadan baş verir.

Fizioloji gedişatlı hamiləlikdə aşağı sıxlıqlı lipoproteidlərin konsentrasiyasının cüzi yüksəlməsi qeyd edilir. Həmin tədqiqat aspekti ədəbiyyatdakı nəticələr ilə uyğun gəlir [22]. Hesab edilir ki, o hamiləlik zamanı ana orqanizminin adaptasiyasının tərkiblərindən biridir. Bizim nəticələrə görə, yüksək sıxlıqlı lipoproteidlərin miqdarı hestasiyanın gedişatına görə çoxalırdı.

Qadın orqanizminin hamiləliyə qarşı adaptasiyası bir sıra metabolik proseslərin dəyişməsi ilə müşayət olunur, onların arasında mühüm yeri lipid mübadiləsi tutur. Göstərilir ki, hamiləlik zamanı energetik mübadilə karbohidrat mübadiləsindən lipid mübadiləsinə keçir [1]. Hamiləliyin proqressivləşməsi ilə qanda lipidlərin miqdarı dalğavari çoxalır. Lipidlər ümumi metabolizmin bir hissəsidir və adaptasiya və requlyasiya proseslərin fəal iştirakçısıdır. Lipid mübadiləsinin dəyişməsi bir çox xəstəliklərin patogenezinin aparıcı amili ola bilər.

İş zamanı fiziki fəallığın təhlili göstərir ki, üçüncü və dördüncü qrup qadınların işi statistik daha az hərəkətli idi (93,3% - üçüncü qrupda, 26,7% - birinci qrupda, p_{3-1}=0,01, 20,0% - ikinci qrupda, p_{3-2}=0,004; 70,0% - dördüncü qrupda, 20,0% - ikinci qrupda, p_{4-2}=0,03). Dördüncü qrupun qadınlarının yalnız bir hissəsi öz səhhətini "pis" kimi qiymətləndirirdi (digər qrupların 0,0%-na qarşı 30,0%, $p_{4-1,2,3}$=0,01).

Üçüncü və dördüncü qrupların sorqu aparılan qadınlarının fikrincə, bədən çəkisinin yüksəlməsinə səbəb irsi meyillik (üçüncü qrupda 33,3% və dördüncü qrupda - 53,3%, birinci qrupda- 10,0%, p_{1-3}=0,018, p_{1-4}=0,002), fiziki yükün azalması (13,3% qarşı 66,7%, p_{3-1}=0,01), yüksək kalorili qida (10,0 və 20,0% qarşı 70,0%, p_{4-1}=0,003, p_{4-3}=0,028), artıq qidalanma (üçüncü və dördüncü qruplarda - 33,3%, ikinci qrupda - 3,3%, $p_{2-3,4}$=0,03). Tez-tez həyəcan keçirmə halları ikinci və üçüncü qrup qadınlarının çəkisinə neqativ təsir etdilər, lakin birinci qrupun qadınlarına təsir etmədilər (0,0% qarşı 33,3%, $p_{2,3-1}$=0,009).

Dördüncü qrupun qadınları, üçüncü qrupa nisbətən, daha çox dozalaşmış acqalmanı istifadə edirdilər (0,0% qarşı 23,3%, p_{3-4}=0,03). Dərman preparatları bədən çəkisinin korreksiyası məqsədilə üçüncü qrupun qadınları, birinci və dördüncü qruplara nisbətən, daha çox qəbul edirdi (0,0% qarşı 26,7%, $p_{3-1,4}$=0,02).

II dərəcəli piylənmə ilə qadınlar onların bədən çəkisi yüksələndən sonra statistik tez-tez ətraf şəraiti dəyişmək arzusunu qeyd edirdilər (6,7% digər qruplardakına qarşı 43,3%- dördüncü qrupda, $p_{4-1,2,3}$=0,02). Üçüncü qrupun qadınları, birinci və ikinci qruplar ilə müqayisədə, özlərində yüksək əhval ruhiyə qeyd edirdilər (0,0% qarşı 23,3%, $p_{3-1,2}$=0,03).

Yorğunluq zamanı dördüncü qrupun qadınlarında, birinci qrupa nisbətən, iştahanın artması qeyd edilirdi (6,7% qarşı 43,3%, p_{4-1}=0,02), ikinci və üçüncü qrupların qadınlarında, dördüncü qrupa nisbətən, baş ağrısı dürüst daha tez rast gəlinirdi (16,7% qarşı 56,7 və 73,3%, p_{2-4}=0,05, p_{3-4}=0,011).

Sorğu aparılan qadınların yuxu xarakteristikalarının təhlili zamanı qeyd müəyyən edildi ki, dördüncü qrupun qadınları, ikinci qrupa nisbətən, daha çox fasiləli yuxunu qeyd edirdilər (6,7% qarşı 46,7%, p_{4-2}=0,02). Məlumdur ki [9], yuxusuzluq baş beynin alın payının fəaliyyətinin pozulnmasına gətirib çıxarır (bu isə düzgün qidalanma davranışına cavabdehdir).

Qidalanma xüsusiyyətlərinin təhlili zamanı aşağıdakılar aşkar olunmuşdur. Dördüncü qrupun qadınları karbohidratlı qidaya üstünlük verirdi.

Biz aşkar etdik ki, piylənmə ilə qadınların anamnezində çox vaxt süni abortlar və özbaşına düşüklər, daha çox uşaqlığın mioması və cinsi yolla keçən xəstəliklər, eləcə də hipertonik xəstəlik müşahidə olunurdu.

Piylənmə ilə qadınlar yatmaqdan əvvəl qida qəbulunu vərdiş etmişdilər, çox vaxt rasiona çoxlu miqdarda karbohidratları olan ərzaqlar daxil edirdilər, un məhsullarına, acı ədviyatlarına, şirin qazlı suya üstünlük verirdilər.

Eyni zaman, artıq bədən çəkisi olan qadınları normal bədən çəkisi ilə qadınlardan fərləndirən bəzi xüsusiyyətləri aşkar etdik. Bədənin artıq çəkisi ilə qadınlar onun yüksəlməsini hələ uşaq yaşlarından qeyd edirdi. Onların fikrincə, buna səbəb tez-tez həyəcanın keçirməsi və, yagin ki, yuxunun pozulması.

Beləliklə, artıq bədən çəkisi premorbid vəziyyət sayılır, bu səbəbdən göstərilən qadın kateqoriyasını piylənmənin inkişafı üzrə risk qrupuna ayırd etmək lazımdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Гармонова Н.А. Прогнозирование осложнений течения беременности и родов у женщин с ожирением при различных вариантах распределения жировой ткани: Дис. . канд. мед. наук. М., 2007, 159 с.
2. Аполихина И.А. , Чернуха Г.Е., Ромих В.В. и др. Ожирение как фактор риска недержания мочи у женщин репродуктивного возраста // Гинекология, 2003, №5, с.224-226.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. М.: МИА, 2004, 449 с.
4. Ерченко Е.Н. Патофизиологические особенности углеводного и ли-пидного обменов и состояние новорожденных у беременных с избыточной массой тела и ожирением: Дис. . канд. мед. наук. Сургут, 2009. - 175 с.
5. Жакашева Э.К. Прогноз перинатальных исходов у беременных с ожирением: автореф. дис. . канд. мед. наук. Бишкек, 2009, 22 с.
6. Salihu H.M., Lynch O., Alio A.P. et al. Extreme obesity and risk of placental abruption // Human reproduction, 2009, №24, p.438-444.
7. Кадамалиева М.Д. Течение и исход беременности при ожирении: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Душанбе, 2010, 22 с.
8. Макаренко Л.В. Алиментарно-конституциональное ожирение как фактор риска формирования перинатальной патологии: Автореф.Дисс. . канд. мед. наук. Челябинск, 2007, 136 с.
9. Мальцева Н.А. Особенности первого триместра беременности у женщин с нарушением жирового обмена: Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008,116с.
10. Новаковская Н.А. Клинико-патогенетические особенности метаболического синдрома в женской популяции репродуктивного возраста в условиях крайнего севера: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2009, 21 с.
11. Демидова И.Ю., Рогозин А.К., Арбатская Н.Ю. и др. Новые критерии диагностики гестационного сахарного диабета // Журнал акушерства и женских болезней, 2011, №3, с.122-129
12. Овсянникова Т.В., Соловьева И.Н. Восстановление менструально-репродуктивной функции у пациенток с ожирением // Гинекология, 2004, №5, с.237-241.
13. Kim S.Y., Dietz P.M., England L. et al. Trends in pre-pregnancy obesity in nine states, 1993-2003 // Obesity, 2007, №15, p.986-993
14. Омарова П. М. Особенности течения беременности, состояние плода и новорожденного при сочетании железодефицитной анемии и ожирения: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Махачкала, 2004, 153 с.
15. Панкрушина А.Н., Толстых К.Ю. Лептин: новые перспективы и подходы к коррекции ожирения // Вестник ТвГУ. Серия "Биология и экология". -2008. -вып. 10. С.91-96.
16. Chu S.Y., Kim S.Y., Lau J. et al. Maternal obesity and risk of stillbirth: a metaanalysis / // American journal of obstetrics and gynecology. 2007, v.197, p.223-228.
17. Панова Л.Ю. Особенности течения беременности и родов при ожирении различного генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2004, 25 с.
18. Прохорович Т.И. Особенности профилактики осложнений беременности у женщин с ожирением: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2005,25 с.
19. Чернуха Г.Е. Ожирение как фактор риска нарушений репродуктивной системы у женщин // Consilium medicum Гинекологическая эндокринология, 2007, №6, с.84-86.
20. Шехтман М.М., Расуль-Заде Ю.Г. Поздний гестоз при ожирении беременных // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1997, №1, с.62-64
21. Шибанова Е.И. Клинико-иммунологические аспекты инсулинорези-стентности во время беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009, 25 с
22. Rasmussen S.A., Chu S.Y., Kim S.Y. et al. Maternal obesity and risk of neural tube defects: a metaanalysis // American journal of obstetrics and gynecology. 2008, v.198, p.611-619.

23. Usha Kiran T.S., Hemmadi S., Bethel J. et al Outcome pregnancy in a woman with an increased body mass index // BJOG,2005, v.112, p.768-772.

Резюме

Беременность и ожирение

Н.М. Камилова, А.З.Сафарова

Характер распределения жировой ткани в основном определяется гормонами половых желез и коры надпочечников, причем важную роль играет конверсия андрогенов в эстрогены в адипоцитах. Жировая ткань, преимущественно висцеральная, обладает высокой гормонально-метаболической активностью, содержит большое количество адренорецепторов, кортикостероидных и андрогенных рецепторов, а также способна накапливать различные стероиды, такие как тестостерон, андростендион, кортизол, за счет их растворимости в липидах мы выявили и некоторые особенности, по которым женщины с избыточным весом отличались от женщин с нормальной массой тела. Женщины с избыточной массой тела отмечали её увеличение с детства. По их мнению, к этому привели частые нервные переживания и, возможно, нарушение сна. Таким образом, избыточная масса тела- преморбидноесостояние, поэтому необходимо выделять данную категорию женщин в группу риска по развитию ожирения.

Summary

Pregnancy and obesity

N.M. Kamilova, A.Z.Safarova

The nature of the distribution of fat tissue is mainly determined by the hormones of the gonads and the adrenal cortex, and an important role is played by conversion of androgens to estrogens in adipocytes. Fatty tissue, mainly visceral, has a high hormonal metabolic activity, contains a large number of adrenergic receptors, corticosteroid and androgen receptors, and is also able to accumulate various steroids such as testosterone, androstenedione, cortisol, due to their lipid solubility, we have also revealed some features, On which women with excess weight were different from women with normal body weight. Women with overweight noted its increase since childhood. In their opinion, this led to frequent nervous experiences and, possibly, a violation of sleep. Thus, overweight is a premorbid condition, therefore it is necessary to allocate this category of women to the risk group for the development of obesity.

Daxil olub: 21.12.2016

ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Э.М.Насибова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: propofol, kolonoskopiya, bronxoskopiya

Ключевые слова: пропофол, колоноскопия, бронхоскопия

Key words: propofol, colonoscopy, bronchoscopy

Психоэмоциональное состояние ребенка в отличие от взрослого требует проведения эндоскопических исследований верхних отделов пищеварительного тракта (эзофагогастродуоденоскопии, полипэктомии, склеротерапии варикознорасширенных вен пищевода, бужирование), колоноскопии, бронхоскопии под общей анестезией или седацией. Клиническое обследование, основанное на оценке физического и психоэмоционального статуса ребенка позволяют определить показания к общей анестезии или седации с выключением сознания во время эндоскопических исследований:

1. Характер и степень травматичности и продолжительности исследования;
2. Невозможность контакта с ребенком в момент исследования;
3. Возраст до 10-и лет;
4. Наличие сопутствующих заболеваний.

Существует определенные особенности при осуществлении анестезии при эндоскопических манипуляциях у детей. Относительно короткая продолжительность эндоскопических исследований, зачастую их амбулаторный характер, высокая рефлексогенность – вот неполный перечень проблем, предъявляющих особые требования к анестезиологическому обеспечению при эндоскопических исследованиях [1,2,3,4[. Так как наряду с необходимостью обеспечения адекватной анестезиологической защиты у ребенка от стресса существуют и другие основные задачи, такие как

сохранение адекватного самостоятельного дыхания при эндоскопических исследованиях, функций гладкой мускулатуры, снижение активности перистальтики при ретроградной холангиографии, стабильной гемодинамики с отсутствием ортостатических реакций. Быстрое развитие эндоскопической хирургии в наши дни и сложные эндоскопические исследования и операции на ЖКТ, желчных путях становятся привычными методами при лечении. Иногда они становятся альтернативой полостным вмешательствам [5,6,7]. Поэтому расширяются показания к эндоскопическим операциям, которые являются более органосохраняющими, а следовательно, менее травматичными. В настоящее время отсутствует единое мнение о необходимости, характере и объеме анестезиологического пособия при эндоскопических исследованиях у детей, нет ясности в вопросах выбора препаратов для анестезии и седации. Решение этих проблем представляется актуальным, что и определило цель исследования (8,9).

Целью исследования является разработка методик проведения анестезиологического пособия у детей с учетом вида эндоскопического исследования.

Материал и методы исследования. В хирургической клинике АМУ за период 2014-2017 гг выполнено под общей анестезией или под седацией эзофагогастродуоденоскопий- 15, колоноскопий-12, бронхоскопий- 5 исследований. Возраст маленьких пациентов варьировал от 6 мес. до 15 лет.

Результаты исследования. При эндоскопических исследованиях основной задачей анестезиолога является: подготовка больного к данному исследованию, обеспечение комфортных условий как пациенту, так и врачу-эндоскописту для проведения работы. Учитывая непродолжительность эндоскопических исследований и операций, необходимо решить задачу адекватности, защиты и управляемости анестезией. Подготовка пациента к общей анестезии по нашему мнению должна включать: крем ЭМЛА за 40 мин до постановки периферического катетера для обеспечения местной терминальной анестезии.

В последние годы разработаны и внедрены в клиническую практику наиболее оптимальные и безопасные методики анестезиологического пособия в эндоскопических исследованиях.В нашей клинике, нами создан определенный алгоритм методов анестезии при эндоскопических исследованиях у детей:

1. При бронхоскопических исследованиях применяем 2 методики: 1.Индукцию анестезии проводим в комбинации севорана с кислородом, далее осуществляем пункцию и катетеризацию периферической вены, в/в вводим эсмерон из расчета 0,6 мг/кг и фентанил – 3 мкг/кг. Поддерживание анестезии осуществляем севораном и кислородом. 2.Индукцию анестезии проводим в/в введением пропофола из расчета 3-4 мг/кг, фентанила- 3 мкг/кг, эсмерона- 0,6 мг/кг. Поддержание анестезии проводим постоянной инфузией пропофола из расчета 8 мг/кг/час.
2. При эзофагогастродуоденоскопии проводим в/в анестезию с пропофолом из расчета 3-4 мг/кг.
3. При колоноскопии в/в анестезию проводим в сочетании пропофола 3-4 мг/кг с трамалом из расчета 1-2 мг/кг.

Методика анестезии, основанная на комбинации вышеназванных препаратов является оптимальной для обеспечения эндоскопических исследований у детей ввиду высокой управляемости, минимального влияния на гемодинамические параметры, и отсутствия выраженного угнетения дыхания при гастроскопии и колоноскопии. Применение у детей современных анестетиков позволяет обеспечить адекватную анестезиологическую защиту от операционного стресса, а отсутствие эффектов постмедикации, снизить потребность в постнаркозном наблюдении.

Выводы: 1.Общая анестезия показана при проведении ригидной бронхоскопии, склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода, независимо от возраста ребенка. 2.При проведении колоноскопии эффективно комбинация пропофола и трамала

ЛИТЕРАТУРА

1. Дронов А.Ф. и д. Эндоскопическая хирургия у детей /Под ред. Ю.Ф.Исакова. М., 2002, с.440.
2. Замиралова О.Я. и др. Опыт применения пропофола и мидазолама для амбулаторной анестезии при фиброколоноскопии в поликлинике онкологического стационара / Тез. Докл. IV Всероссийского съезда по эндохирургии. М., 2002, с.201.
3. Мизиков В.М. Современное анестезиологическое обеспечение в эндоскопической хирургии: Автореф. Дисс. … докт. мед. наук. М., 2003, 39с.
4. Carisson U., Grottidge P. Sedation for upper gastrointestinal endoscopy a comparative study of propofol and midazolam // Endoscopy, 1995, v.27, p.240-243.
5. Meyers C.A. Anesthesiological support of fibrocolonoscopy in cancer patient // Oncology, 2000, v.14, №1, p.75-79.

6. Гринберг Б.И. и др. Внутривенная моноанестезия при кратковременных эндоскопических операциях // Вестник интенсивной терапии, 1997, №3, с.49-50.
7. Абрамов А.С. и др. Клиническое применение трамала при обезболивании фиброколоноскопии у детей. //Нижегор. Мед. Журнал, 2001, №1, с.126-128.
8. Йен Смит. Тотальная внутривенная анестезия. М., 2002, с.95-146.
9. Солонович И.Е. Выбор метода анестезиологического обеспечения при амбулаторных операциях: Автореф. дис. … кан. мед. наук. СПб, 2003, 20с.

Xülasə

Uşaqlarda endoskopik müayinələr zamanı anesteziya metodunun seçilməsi

E.M.Nəsibova

Uşaqlarda endoskopik müayinələr zamanı anesteziya metodunun seçimi son illər aktual olaraq qalır. Bu problemin həllində üç əsas faktora istinad etmək lazımdır: müayinənin həcmi və xarakteri, pasiyentin vəziyyəti və endoskopik texnikanın növü. Biz uşaqlarda endoskopik müayinələr zamanı anesteziyoloji yardımı optimallaçdırmaq məqsədilə müəyyən alqoritm tərtib etmişik.

Summury

The choice of anesthesia in endoscopic studies in children

E.M.Nasibova

The choice of the method of anesthesia in endoscopic studies in children is relevant in recent years. In its decision, it is necessary to start from three main components:the nature and volume of the study, the state of the patient and the type of endoscopic technique. We have developed a certain algorithm of anesthesia methods for various endoscopic studies in children.

Daxil olub: 26.01.2017

MÜNDƏRİCAT

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Qalxanabənzər vəzin disfunksiyası fonunda qadınlarda reproduktiv sistemin vəziyyətinin qiymətləndirilməsinin müasir aspektləri
A.E. Hacızadə, L.M.Rzaquliyeva.....3
Koronar kalsinozların diaqnostikasında rəqəmsal rentgenoqrafiya müayinəsinin tətbiqinə müasir baxış
M.C.Sultanova..... 7
Xolesistoxoledoxolitiazın eynimomentli laparoxoledoxolitotomik müalicəsi: müasir vəziyyət, üstünlüklər, qüsurlar, həll olunmayan məsələlər və perspektivlər
K.D. Aslanova, N.Y.Bayramov 14
Aşıq baldır oynağının açıq sınıqlarının ümumi xarakteristikası və posttravmatik infeksion fəsadların inkişafında mikroorqanizmlərin rolu
S.Ə. Ədilova, M.H. Əliyev, S.F. Qurbanova..... 23

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR-ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Некоторые итоги работы комиссии Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики по профилактике, диагностике и лечению вирусных гепатитов В и С
М.К.Мамедов, А.А.Кадырова, А.Э.Дадашева, Ш.М.Рустамова, М.М.Джамалдинов.....28
Ağız cərrahiyyəsi və dental fobiya
Ü.F.Məmmədova, K.M.Yamalık.....32
Darye-uayt xəstəliyi klinik müşahidəmizdə
F.R. Mahmudov, E.A. Əmrahov.....37
Hemofiliyanın profilaktik müalicəsinin effektivliyi
G.Ə.Əlizadə 41
Влияние уровня С-терминального пропептид коллагена I типа на изменение внеклеточного матрикса у пациентов с различными формами фибрилляции предсердий
А.И. Гоженко, Ю.И. Карпенко, Е.М. Левченко, А.В. Горячий, В.В. Горячий, М.А. Кузнецова, М.И. Арапу.....45
Azərbaycanın müxtəlif ərazilərində yaşayan şəkərli diabeti olan uşaqlarda klinik və laborator dəyişikliklərin qiymətləndirilməsi
G.Ə. Əhmədov.....49
Факторы риска и уровень мертворождаемости в Губинском перинатальном центре в сроках гестации после 22 и 28 полных недель
С.Н.Мамедова.....52
Комбинированное противовирусная терапия софосбувир с даклатасвиром как новый выбор для пациентов с хроническими вирусными гепатитами С
Н.М. Худавердиева, М.М.Джамалдинов, Т.Х.Ейвазов, Г.А.Керимова. Л.Б. Джаванширова, Н.О.Мамедова.....56
Состояние функции внешнего дыхания после эзофагопластики по поводу рака
А.А.Гейбулла.....60
Yenidoğulan uşaqlarda kəskin bronx-ağciyər xəstəlikləri zamanı interleykinlərin xarakter xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi
Y.Q. Məstəliyev, Z.Ö. Nadirli, A.Ə. Mehtiyeva, S.Y. Mustafayeva, İ.Ə. Mirzəyeva, H.B. Məcidova, N.T. Kərimova, N.Ə.Tağıyeva.....65
Случай впервые выявленного туберкулеза легких осложненного экссудативным плевритом у женщине с 19 недельной беременностью с поздно выявленной ВИЧ-инфекцией
Э.Н.Мамедбеков, Е.Т. Абдуллаева, И.А.Гасымов, Н.А.Салимова, И.Н.Мамедов.....68
Təşviş-qorxu pozuntuları olan xəstələrin parodont toxumalarının iltihabi xəstəliklərinin müalicəsi zamanı sitoqrammlarin hüceyrə tərkibinin analizi
A.R.Əliyev.....70
Uşaqlarda şəkərli diabet zamani kardiovaskulyar avtonom neyropatiyanın inkişafının müasir aspektləri
L.B.Aliyeva 74
Изучение ассоциации полиморфизма -590 CT гена IL-4 с риском развития острой легочной патологии у детей
С.Г.Магеррамова.....80
Hündürlükdən yıxılma zamanı bədən xəsarətlərinə biomexaniki şəraitin təsiri
M.O.Bünyatov, Ə.B.Mevliyev, S.Ç.Cəfərov.....82
İrəli mərhələdə olan ağız xərçənginin müalicəsində böyük döş əzələsi dəri diliminin istifadəsi
M.M. Davudov, Ç.R.Rəhimov.....85

Диагностика и лечение диффузной мастопатии
А.А.Гаджиева **88**
Биосовместимость материалов- путь к повышению качества стоматологической помощи населению
Л.Б. Акперли, А.М. Сафаров, А.М.Архмамедов **93**
Əməliyyatdan sonrakı ventral yaraların irinləməsinin proqnozlaşdırılması
R.E.Cəfərli, A.V.Fərzəlliyev, Q.C.Əfəndiyev..... **97**
Uğursuz müalicədən sonra fəallaşan ağciyər vərəmi olan xəstələr arasında dərmanlara rezistentlik
R.İ. Bayramov, C.M. İsmayılzadə, R.İ. Həmzəyeva, A.E.İrzayeva **103**
Prostaqlandinlərin tətbiqi fonunda birincili açıqbucaqlı qlaukoması olan pasiyentlərin ön kamera mayesində şişin nekrozu amilinin qatılığı
N.T.İbadova..... **106**
Vicia variabilis və onobrychis petraea bitkilərinin bəzi farmakoqnostik tədqiqi
C.İ. İsayev, T.V. Zairli, G.A.İsmayılova..... **109**
Müalicəvi-kosmetoloji emulsion kremin tərkibinin və texnologiyasının işlənib hazirlanması
S.C. Mehralıyeva, A.H. Mehralıyeva, X.T.Abışıva..... **112**
Lerik rayonunda sidik daşı xəstəliyinin epidemiologiyası
R.A. Ramazanov..... **118**
2-ci tip şəkərli diabetli xəstələrdə beyin və aşağı ətraf qan dövranı pozulmalarının xüsusiyyətləri
S.X.Mehdiyev..... **121**
Müasir dövrdə Azərbaycanda visseral leyşmanioz ocaqlarında hünülərin coğrafi-bioloji xüsusiyyətləri və epidemioloji əhəmiyyəti
V.Ç.Cəlilov, V.N.Vəkilov, A.Z.Fərəməzov..... **126**
Kəskin pankreatit ağırlaşmalarının azinvaziv-endoskopik metodlarla müalicəsi
N.A. Qasımov, C.R.Kazımzadə **130**
О преподавании латинского языка в европейских ВУЗах
Э.М.Гаджиева, И.Р.Джахангирова, З.М.Гусейнова, Н.Т.Байрамов..... **136**
Двойная эпидемия: туберкулез и ВИЧ – инфекция
С.А.Фараджева, А.Е.Ирзаева, У.Б.Нагыева..... **141**
Эффективность лечения осужденных больных туберкулезом легких при стандартном режиме химиотерапии
М.Ю.Сулейманов..... **146**
Düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində total mezorektal eksiziyanin müalicənin nəticələrinə təsiri
E.H.Əzimov **151**
Pnevmonyalı hərbi qulluqçularda iltihab reaksiyasının bioloji markerlərinin qiymətləndirilməsi
N.Fərəcova, P.S.Məmmədov, F.V.Şirinova..... **156**
Kəskin koronar sindromlu xəstələrdə trombolitik terapiya aparılan və aparılmayan hallarda EKQ göstəriciləri və TIMI axınına görə riskin qiymətləndirilməsi
R.I.Cəfərov..... **160**
Параметры холтеровского мониторирования у пациентов с МС в разных возрастных группах
А.Г. Мустафаева..... **166**
Mürəkkəb pararektal fistullara yanaşma
E.A. Əliyev, P.R. Aydınova, X.N.Şirinova **171**
Qadınlarda toksoplazmozun digər infeksiyalarla rastgəlmə tezliyi
M.X.Musayeva..... **178**
Artıq bədən kütləsinin metabolik sindromun əmələ gəlməsində rolu
N.V. Məlikova..... **181**
Abşeron rayonunda enterobioz üzrə epidemioloji vəziyyətin qiymətləndirilməsi
İ.Ə.Ağayev, H.C.Rüstəmova..... **186**
Kraniomaksillofasial odlu silah yaralanmalarında yaralanmanın dərəcəsindən asılı olaraq cərrahi taktikanın seçilməsi xüsusiyyətləri
Ş.Ə.Məmmədov, R.F.Əzizov..... **189**
Внедрение системы менеджмента качества исо 18159 стандарта в национальной референс лаборатории Азербайджана.
Н.А. Салимова..... **195**
Şiş nekrozu amilləri və onların müxtəlif infeksion proseslərin gedişinə təsiri
H.T.Mansurova, Y.A. Baxışova, T.H.Süleymanova..... **199**
Sonsuz qadınlardan götürülmüş endometrial və ovarial bioptatlarda baş verən histoloji və morfoloji dəyişikliklərin xüsusiyyətləri
Н.Н. Ахундова..... 204
Yüngül preeklampsiya olan qadınlarda hamiləliyin gedişatının xüsusiyyətləri
N.V. Abbasova, E.M.Əliyeva **208**

Роль антисептиков в профилактике госпитальных гнойно-септических инфекции мочевыводящих путей
З.Ш. Везирова.....**215**
Qida borusu və mədənin kardial hissəsinin bədxassəli stenozlarının endoskopik stentləşməsinin bəzi klinik aspektləri
H.N.Həsənova, A.A.Rəhimov.....**220**
Kəskin pankreatit zamanı patoloji prosesin gedişinin proqnozlaşdırılması
A.N.Mustafayev, İ.A.Qafarov.....**224**
Xroniki infeksiya ocaqları ilə ağırlaşmış bronxial astmanın kliniki gediş xüsusiyyətlərinin xarakteristikası
T.T. Pənahova.....**232**
Trombositlərlə zəngin plazma preparatlarının antimikrob təsiri
İ.S.Axund-zadə.....**236**
Ürəyin birləşdirici toxumasının displaziyası olan uşaqlarda miokardin de- və repolyarizasiyasının vəziyyəti
İ.İ. İsayev, M.M. Fətəliyeva, A.İ.Mustafayeva.....**241**
Uşaqlıq miomasının kliniki əlamətləri və diaqnostikası
S.Q.Qarayeva.....**244**
Xroniki persistəedici və aqressiv hepatitin klinikası, diaqnozu və müalicəsi
A.A.Rüstəmov.....**248**
Urogenital xlamidioz: onun fəsadları, diaqnostika və müalicə prinsipləri
F.M. Şıxəliyev, S.G. İsmayılov, S.F.Şıxəliyeva.....**251**
Изучение состояния сосудодвигательной функции эндотелия в сопоставлении с нарушениями гомоцистеинового обмена у больных с сахарным диабетом 2
Я.З.Курбанов, М.Р.Аббасова.....**257**
Лечение офтальмогипертензии и первичной открытоугольной глаукомы методом селективной лазерной трабекулопластики
М.Н. Пирметов, Э.М.Касимов.....**263**
Оценка условий труда в мебельном производстве
Р.Х.Алиева, Д.Я.Салихова, С.А.Курзалиев, М.Е. Набиева.....**268**
Retroxorial hematomalı qadınlarda somatik və ginekoloji anamnezin xüsusiyyələri
İ.A.Şamxalova, P.F. Orucova.....**273**
Особенности течения ИБС при сочетание генотипов гена PAI-1 (SERPINE1) и APOE у пациентов с ИБС азербайджанской национальности
Дж.Б.Зульфугарова.....**278**
Роль вегетативной нервной системы в регуляции сердечно-сосудистой системы у спортсменов
Е.А.Аббасова.....**282**
Электронно-микроскопические исследования тканевых структур легких при ожоговой болезни
А.А. Алекперов, Т.Н. Мирзоева, Ф.Х.Алиев.....**287**
Hamiləlik və piylənmə
N.M. Kamilova, A.Z.Safarova.....**290**
Выбор анестезиологического пособия при эндоскопических исследованиях у детей
Э.М.Насибова.....**295**

Çapa imzalanıb: 30.06.2017-ci il
Sayı 300. Həcmi 34 ç.v.
Fornatı 60X84 1/8, Əla növ kağız