İCMALLAR- ОБЗОРЫ

ПЕРСОНИФИКАЦИЯ СТРАТЕГИИ АНТИВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ, КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПУТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ С

М.К.Мамедов, А.А.Кадырова, А.Э.Дадашева
Национальный центр онкологии, Национальный НИИ медицинской профилактики им.В.Ахундова, Мемориальная клиника Н.Туси, г.Баку

Açar sözlər: antivirus müalicə, hepatit C
Ключевые слова: антивирусная терапия, гепатит С
Keywords: antiviral therapy, hepatitis C

Тот факт, что эффективность противовирусной терапии (ПВТ) больных хроническим гепатитом С (ХГС) колебалась от пациента к пациенту в достаточно широком диапазоне даже при применение одного и того же противовирусного препарата был замечен еще в период до 1995 г, когда с этой целью применялись еще натуральные и рекомбинантные интерфероны (р-ИФН), в тот период вводимые в режиме монотерапии [1,2].

По мере расширения клинического опыта лечения таких больных и, в том числе, с использованием препаратов р-ИФН в комбинации с рибавирином, эмпирически сформировалось представление о том, что эффективность ПВТ, объективно оцениваемая по частоте регистрации устойчивого вирусологического ответа (УВО), может зависеть как от индивидуальных особенностей организма, в котором развилась ВГС-инфекция, так и от некоторых биологических особенностей вируса, вызвавшего ХГС [2,3].

Дальнейшее развитие этого представления уже в процессе расширения масштабов применения комбинированной ПВТ (по программам р-ИФН + рибавирин) в конце 90-х гг XX в привело к появлению такой категории, как "предикторы курабельности" ХГС. При этом, под такими "предикторами" ХГС стали понимать те конкретные характеристики организма пациента, вместе с определенными параметрами имеющегося у него заболевания, а также те свойства вируса, наличие которых повышает, а отсутствие понижает вероятность достижения УВО у каждого конкретного пациента, после проведения ему соответствующей ПВТ.

Будучи вполне определенной характеристикой пациента или заболевания, каждый из "предикторов" выступает как фактор, наличие которого не предопределяет, а лишь повышает шансы конкретного больного ХГС на достижение "хорошего" терапевтического эффекта ПВТ, а его отсутствие, напротив, снижает эти шансы. Здесь же отметим и то, что эти предикторы отражают не только перспективы эффективной ПВТ, но и выступают в качестве показателей благоприятного прогноза естественно текущей ВГС-инфекции, выражая вероятность развития ее благоприятного исхода.

Представление о важной роли "предикторов курабельности" при ХГС получило подтверждение и в начале "эры пегилированных интерферонов" (ПЭГ-ИФН) и большинство врачей, назначавших ПВТ по программам "ПЭГ-ИФН + рибавирин" при выборе стратегии лечения руководствовались, в первую очередь, данными о наличии и численности этих критериев у каждого пациента [4].

При этом, общей, хотя и недостаточно конкретизированной теоретической подоплекой прогностической роли тех "предикторов", реализация которых связывались с особенностями организма пациента, служила концепция о конституциональных иммуногенетических особенностях организма больного, которая имела определенную созвучность с концепцией Дадли-Блюгера, предложенную 40 лет назад для объяснения разнообразия форм течения и исходов хронического гепатита В [5]. Эти наследственно обусловленные особенности организма больного, детерминирующие разную интенсивность формирования иммунного ответа у разных пациентов, в

конечном итоге, и предопределяли различный исход инфекции как при ее спонтанном течении, так и в условиях, когда пациенту проводилось ПВТ [6].

В то же время, единственным, но весьма важным "предиктором", который прямо связывался с биологическими особенностями ВГС, являлась принадлежность ВГС, вызвавшего ХГС, к генотипам "2" или "3", но не к "1" или "4". Было высказана гипотеза о том, что репродукция вирусов, принадлежащих к этим генотипам, менее подвержена ингибирующему действию интерферона человека и для его усиления надо увеличить продолжительность лечения [7, 8].

Феноменологическое признание важного значения этого предиктора уже в конце 90-х гг XX в выразилось в появлении в международных консенсусных документах (Бетезда, 1997; Париж, 1999) рекомендаций проводить ПВТ у лиц с ХГС, вызванным ВГС 1-го или 4-го генотипов в течение 48 недель, в то время как больным ХГС, вызванным ВГС других генотипов - в течение лишь 24 недель.

Дальнейшие наблюдения показали, что выполняя эти рекомендации действительно удавалось заметно повысить частоту регистрации УВО, которая однако в среднем оставалась ощутимо меньше таковой у больных ХГС, вызванным ВГС 2-го или 3-го генотипов.

Именно в силу последнего обстоятельства к моменту внедрения в практику препаратов ПЭГ-ИФН важнейшим нерешенным вопросом в проблеме лечения ХГС признавалась сложность дальнейшего повышения эффективности лечения заболевания, вызванного вирусом 1-го генотипа.

Заметим, что данные, полученные в ходе наблюдения за больными, которые лечились по программам "ПЭГ-ИФН+ рибавирин", также полностью подтвердили важное значение данного предиктора и больным, ХГС, вызванным ВГС 1-го (и 4-го) генотипов ПВТ проводили на протяжение 48 недель.

Вместе с тем, на протяжение первых лет применения названных программ комбинированной ПВТ были полученны данные о том, что у части имеющих достаточное число других "предикторов курабельности" пациентов с ХГС, вызванным ВГС генотипа "1", при прочих равных условиях с другими пациентами с этиологически таким же ХГС, эффективность ПВТ остается неудовлетворительно низкой [9]. Эти данные наводили на мысль о том, что у этой части больных ХГС имеется еще один важный фактор, выступающий, как "предиктор "плохого" ответа" на лечение. Однако он оставался неизвестным [10].

Тщательный мультифакторый анализ результатов всестороннего обследования пациентов с низкой эффективностью ПВТ, проведенный на больных ХГС из популяции населения США и Канады уже к 2008 г показал, что роль такого фактора может играть наличие аллельного полиморфизма гена, детерминирующего продукцию интерлейкина-28b (ИЛ-28В), цитокина, относящегося к числу, так называемых, лямбда-интерферонов (3-го типа), обладающих высокой противовирусной активностью. Оказалось, что лигандом ИЛ-28b является цитокиновый рецептор II класса, "запускающий" процесс активации ключевых ферментов (олигоаденилатсинтетазы, эндонуклеазы, а также протеинкиназы), обеспечивающих блокирование синтез вирусспецифических белков, инициированное воздействием на клетки интерферона [11].

При исследовании природного разнообразия этого гена наиболее полно был изучен его однонуклеотидный полиморфизм, обозначаемый "rs12979860" с заменой цитозинового нуклеотида (С) на тиминовый нуклеотид (Т). При таком полиморфизме наиболее благоприятным для пациента оказалось наличие у него С/С-варианта этого гена. У таких пациентов частота развития УВО на ПВТ по программе "ПЭГ-ИФН+ рибавирин" достигает 80%. Менее благоприятным оказался аллельный С/Т-вариант указанного гена - у таких пациентов частота УВО после ПВТ составляла около 40%. И наименее благоприятным явилось наличие у пациента Т/Т-варианта этого гена - в этом случае частота развития УВО не превышает 25% [12].

Отметим и то, что указанный выше полиморфизм гена ИЛ-28b предопределяет не только эффективность ПВТ, но и клинико-патогенетический исход ХГС у пациентов, не получающих лечения, выраженный в форме показателя частоты спонтанной элиминации ВГС 1-го генотипа из организма, ведущей к самопроизвольному выздоровлению. Так, у лиц с С/С-вариантом гена частота спонтанной элиминации ВГС достигает 53%, у лиц с С/Т-вариантом - 30%, а у лиц с Т/Т-вариантом - лишь 24% [13].

Надо иметь ввиду, что аналогичное предикторное значение при ХГС имеет другой, хотя и менее изученный, полиморфизм "rs8099917" с заменой Т на гуаниновый нуклеотид (Г). При таком полиморфизме наиболее благоприятным оказался Т/Т-вариант, который ассоциировался как с более высокой частотой УВО, так и с большими шансами на самопроизвольную элиминацию ВГС. Наименее благоприятным оказался Г/Г-вариант, при котором отмечались наименьшие как частота УВО, так и спонтанной элиминации ВГС. Т/Г-вариант по своей прогностической значимости занял промежуточное место между первыми двумя аллельными вариантами [14].

Завершая рассмотрение вопроса о роли полиморфизма названного гена при ХГС, заметим, что прогностическое значение вариантов этого гена наиболее высоко при ХГС, вызванном ВГС 1-го генотипа и несравненно ниже при ХГС, вызванном ВГС других генотипов [15].

Итак, к концу первого десятилетия нашего века было показано, что если важнейшим предиктором курабельности ХГС, характеризующим биологическую особенность ВГС, является наличие ВГС, не относящегося к генотипам "1" и "4", то наиболее значимым и пока самым информативным предиктором, характеризующим одну из особенностей организма пациента, инфицированного ВГС 1-го генотипа, является наличие у него аллельного С/С-варианта гена ИЛ-28b. Все остальные известные сегодня предикторы курабельности ХГС должны считаться менее значимыми [16].

Из этого положения прямо вытекают 3 вывода, относящихся к больным ХГС, вызванным ВГС 1-го (или 4-го) генотипа и касающихся показаний к применению для их лечения стандартных программ "ПЭГ-ИФН + рибавирин" в зависимости от имеющегося у пациента полиморфизма гена ИЛ-28b.

Во-первых, больные, имеющие Т/Т-вариант гена ИЛ-28b, сегодня являются наиболее сложными в отношение возможности получения выраженного эффекта ПВТ, проводимой по программам "ПЭГ-ИФН + рибавирин". Поэтому применение этих программ у таких больных в любых ситуациях не может считаться оправданным.

Во-вторых, больные с С/Т-вариантом гена ИЛ-28b, также имеют пониженные шансы на высокую эффективность ПВТ по программам "ПЭГИФН + рибавирин". Поэтому применение у них таких программ нецелесообразно, но может быть признано оправданным лишь при отсутствии альтернативных возможностей лечения и при условии наличия у пациентов достаточного числа других предикторов курабельности.

В-третьих, больные с С/С-вариантом гена ИЛ-28b могут считаться пациентами, имеющими такие же шансы на высокую эффективность ПВТ, как и пациенты, у которых ХГС вызван вирусом, не относящимся к 1-му генотипу. Поэтому использование программ "ПЭГ-ИФН+ рибавирин" для лечения этих пациентов должно считаться вполне обоснованным.

Первые 2 вывода, декларирующие нецелесообразность применения стандартного и общепринятого подхода к лечению той части больных ХГС, вызванным ВГС генотипа "1", у которых ген ИЛ-28b представлен С/Т- и особенно Т/Т-аллельными вариантаими, значительно ограничили существующие возможности лечения ХГС и поставили перед исследователи весьма непростую в научно-практическом отношении задачу по изысканию принипиально других, более эффективных и, главное, пригодных для лечения тех больных ХГС, вызванным ВГС 1-го генотипа, у которых имелись Т/Т- и даже С/Т-варианты гена ИЛ-28b [17].

И здесь надо подчеркнуть, что решение этой задачи стало возможным благодаря тому, что целенаправленные поиски новых лекарств для лечения ХГС, основанные на детальном исследовании цикла репродукции ВГС, начались за несколько лет до выяснения предикторного значения полиморфизма гена ИЛ-28b [18]. В итоге уже к 2010 г клинические испытания первых препаратов из группы ингибиторов вирусных ферментов (телапревира и боцепревира) уже успешно завершились [17,19]

Именно последнее обстоятельство позволило существенно изменить ранее существовавшие алгоритмы лечения и в еще большей степени персонифицировать стратегию ПВТ больных ХГС. Как показывает опыт, накопленный всего за 3 года реализация этого подхода, расширение масштабов его применения явилось серьезным шагом в направлении последовательного повышения эффективности противовирусного лечения ХГС.

ЛИТЕРАТУРА

1.Koff R. Viral hepatitis. / Diseases of the liver. Eds. L. Shiff, E.Shiff. Philad.: Lippincott Comp., 1997, v.1, p.492-577;

2.Мамедов М.К., Шапиро Б.Я. Лечение трансфузионных вирусных гепатитов рекомбинантным альфа-интерфероном. Под ред. М.В.Невского. Ташкент: Юлдыз, 1999, 100 с.;

3.Мамедов М.К. Принципы индивидуализации тактики этиотропной терапии больных хроническим вирусным гепатитом С // Соврем. достижения азерб. медицины, 2007, №4, с.3-11;

4.Мамедов М.К. Достигнутые успехи, нерешенные проблемы и обозримые перспективы этиотропной терапии больных гепатитом С. // Соврем. достижения азерб. мед., 2011,№4, с.2-11;

5.Мамедов М.К., Саилов М.Д. Вирусные гепатиты. Баку: Билик,1993, 208 с.;

6.Ивашкин В.Т. Иммунная система и повреждения печени при хронических гепатитах В и С. // Росийск. Ж. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, 2009, №6, с.4-10;

7.Мамедов М.К., Кадырова А.А. Интерфероны и их применение в клинической медицине. Под ред. Т.А.Семененко. М.: Кристалл, 2005, 288 с.;

8.Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы: от молекул до лекарств. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005, 356 с.;

9.Manns M., Wedemeyer H., Cornberg M. Treating viral hepatitis C: efficacy, side effects and complications. // Gut, 2006, v.55, p.1350-1359.

10.Chevalie S., Pawloisky J. Interferon-based therapy of hepatitis C. // Adv. Drug Deliv. Rev., 2007, v.59, p.1222-1241;

11.Antiviral cytokins and its effect. Eds. A.Zimmerman. Intern. Symp. Toronto, 2008, 288 p.;

12.Ge D., Fellay J., Thompson A. et al. Genetic variation in IL28B predicts hepatitis C treatment-induced viral clearance. // Nature, 2009, v.41, p.399-401.

13.Thomas D. Genetic variation of IL-28b and spontaneous clearencer of hepatitis C virus. // Nature, 2009, v.461, p.798-801;

14.Thompson A., Fellay J. IL-29b polymorphism improves viral kinetic and stromgest pretreatment predictor sustained virologic response in genotype 1 hepatitis C virus. // Gastroenterology, 2010, v.139, p.120-1291;

15.Sarrazin C., Susser S., Doehring A. et al. Importance of IL28B gene polymorphisms in hepatitis C virus genotype 2 and 3 infected patients. // J.Hepatol., 2011, v.54, p.415-421.

16.Chevaliez S., Asselah T. Mechanism of non-response to antiviral treatment in chronic hepatitis C. // Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol., 2011, v.35, p.31-41.

17.Мамедов М.К. Развитие этиотропной терапии больных хроническим вирусным гепатитом С - успехи, разочарования и надежды. // Соврем. достижения азерб. медицины,2014, N.2, с.3-11;

18.Иванов А.В., Кузякин А.О., Кочетков С.Н. Молекулярная биология вируса гепатита С. // Успехи биологической химии, 2005, т. 45, с.37-86;

19. Мамедов М.К. Вирусный гепатит С. Баку: Элм, 2014, 192 с.

Xülasə

Antivirus müalicə strategiyasının fərdiləşdirilməsi C hepatitli xəstələrim müalicəsinin effektivliyinin artırılmasının perspektiv üsulu kimi

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

Məqalədə xronik C hepatitli xəstələrin müalicəsinə fərdiləşmiş yanaşmanın klinik əhəmiyyytinin zəruriliyi əks olunmuşdur. Alınan nəticələr virusun xüsusiyyətləri və xəstənin orqanizminin xassələri haqqında göstəricilərə əsaslanmışdır. Müəlliflər qeyd edirlər ki, müalicəyə belə yanaşma xronik C hepatitli xəstələrin müalicəsinin effektivliyini artırmağa imkan verir. Belə yana.ma çətinliklə antivirus müalicəsinə cəlb olunan genotip virusları olan xəstələrdə xüsusilə özünü doğruldur.

Summary

Personification of antiviral therapy strategy as a perspective road for increasing of hepatitis C patients treatment

M.Mamedov, A.Kadiyrova, A.Dadasheva

The article reflected important clinical sifnificance of therapeutic approach at chronic hepatitis C (CHC) patients based on detailed information about specific properties as virus as patients organism. The authors noted that application of this approach permit significantly increase effectivity of therapy at patients with disease caused with genotypes of virus which is worse treated with antiviral therapy.

Daxil olub: 02.04.2014

VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞLARIN PROQNOZLAŞDIRILMASI PROBLEMİNƏ MÜASİR BAXIŞ

O.M. Hüseynova, G.R.Sultanova
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: vaxtından əvvəl doğuşlar, proqnozlaşdırma
Ключевые слова: преждевременные роды, прогнозирование
Keywords: premature birth, forecasting

Vaxtından əvvəl doğuşlar problemi öz aktuallığını uzun illər ərzində itirmir. Həmin mamalıq patologiyası əsasən perinatal xəstəlikləri və ölüm amillərini müəyyənləşdirir. Yarımçıq doğulmuş uşaqların payına düşən erkən neonatal ölüm və xəstəliklər perinatal patologiyaların 60-70% təşkil edir. Erkən doğuşlar zamanı ölüdoğulma halları, vaxtında doğuşlar zamanı qeydə alınan göstəricilərdən 8-13 dəfə artıqdır [3,4,12].

Erkən doğuşun başlanması ehtimalını qiymətləndirmək çox çətindir. Qarın nahiyəsinin aşağı hissəsində uzun sürən ağrıların olması pasiyentlərin vaxtından əvvəl doğuşların inkişafı üzrə yüksək risk qrupuna aid edilmələri üçün kifayət deyildir. Ənənəvi olaraq, vaxtından əvvəl doğuşların başvermə təhlükəsinin klinik əlamətləri uşaqlıq boynunun qısalması və açılması ilə müşayiət olunan uşaqlığın mütəmadi halda yığışması və sancıların başlanması ilə hesab edilir. Lakin, bu meyarlar aşağı həssaslığa və spesifikliyə malikdir. Bir sıra müəlliflərin məlumatlarında göstərilir ki, "vaxtından əvvəl doğuş" diaqnozu ilə stasionar müalicəyə qəbul olunan qadınların təxminən 50%-də hamiləlik vaxtı uzadılmış və vaxtında doğuşlarla başa çatmışdır [5,12,15].

Vaxtından əvvəl doğuşların təxminən 20%-i yatrogen olmuşdur (ana və yaxud döl tərəfindən ifadə olunan). 80% vaxtından əvvəl doğuşlar spontan baş verən doğuş fəaliyyəti ilə və yaxud döl kisəsi qişalarının yırtılması ilə başlayır. Vaxtından əvvəl doğuşların səbəbi olan dörd patogenetik mexanizm bunlardır: ananın hipotalamus-hipofizar-böyrəküstü vəzi sisteminin aktivləşməsi, lokal və yaxud sistemli iltihabi proses, cift-döl sistemin çatmazlığı, miometriyanın yığılması [4,11].

Spontan baş verən vaxtından əvvəl doğuşlar üç əsas patogenetik mexanizmlər üzrə başlana bilər: uşaqlıq boynunun qısalması və yumşalması; döl qişalarının yırtılması; uşaqlıq yığılmaları [8]. Bütün bu proseslərdə anadangəlmə immunitet sisteminin komponentləri iştirak edir[12].

Hamiləlik zamanı uşaqlıq boynunda patogenin mikroorqanizmlərin lokal aktivləşməyə meyillidir, bu da öz növbəsində proiltihabi sitokinlərin genlərinin ekspressiyasının güclənməsinə sövq edir. Belə ki, uşaqlıq boynu bioptatlarının immun-histoloji-kimyəvi analizi aparılarkən göstərilmişdir ki, doğuş zamanı İL-4 əsasən leykositlərlə, İL-6-leykositlərlə, vəzili epitelial hüceyrələrlə və səthi epitelial hüceyrələrlə, İL-8-leykositlərlə, vəzili epitelial hüceyrələrlə, səthi epitelial hüceyrələrlə, həmçinin stromal hüceyrələrlə sintez olunur[15,18].

Proiltihabi sitokinlər bir neçə yolla uşaqlıq boynunun yumşalmasına və qısalmasına gətirib çıxara bilər. İL-4 və TNF (tumor nekroz faktoru) ferment ifrazını artırır: matriks metalloprotaz (MMP)- MMP-1, MMP-3 və MMP-9, katepsin-8. Bundan başqa, İL-4 metalloproteaz toxuma ingibitorunun geninin ekspressiyasını aşağı salır. Bu fermentlər uşaqlıq boynunun hüceyrəarası matriksində kollagen və elastin liflərini məhv edir [6,12].

İL-4 hasilatı bəzi siklooksigenaz-2 və prostaqlandin E_2 hüceyrələri ilə stimullaşdırır, onlar da öz növbəsində uşaqlıq boynunun "yetişməsinə" imkan verərək, boynun saya əzələli hüceyrələrinə təsir göstərir. Bundan başqa, prostaqlandin E_2 və proiltihabi sitokinlər leykositlər üçün damarların divarlarının keçiriciliyini artırır. İL-8 neytrofillər üçün hemoattraktantdır, neytrofillər uşaqlıq boynuna miqrasiya olurlar və hüceyrə arası matriksin dağılmasında iştirak edən MMP-8 (neytrofil kollagenaza) və neytrofil elastaz hasil edirlər. Həmçinin, qranulositar koloniya-stimullaşdırıcı faktorun konsentrasiyası neytrofillərin lokal populyasiyasının artmasına imkan verir [6,7,11].

Oxşar proseslər döl qişalarında da baş verir. Doğuş zamanı döl qişalarında İL-4, İL-3, İL-6, İL-8 və TNF konsentrasiyası artır. Həmçinin, MMP-9 miqdarı yüksəlir və metalloproteaz toxuma ingibitorunun fəallığı azalır. Fermentlər membranların elastikliyini və onların təzyiqə davamlılığını azaldır [5]. Eyni zamanda, döl qişalarında artıq miqdarda siklooksigenaza -2 və

prostaqlandin E_2 sintez olunmağa başlayır, onlar təkcə qişalarda fəaliyyət göstərmir, həm də uşaqlıq boynuna və miometriyaya daxil olaraq saya əzələli hüceyrələrin ixtisar olunmasına səbəb olur. Hadisələrin 30%-dən çoxunda infeksion agentlər asanlıqla idenfikasiya olunur. Daha çox hallarda bunlar *Ureaplasma urealyticum, Micoplasma hominis, Streptococcus agalactae* və *Escherichia coli*-dir [8,11,12].

Lakin, ehtimal olunur ki, infeksiya olmadığı halda vaxtından əvvəl doğuşlar oxşar sxem üzrə keçir. Yəqin ki, bu endogen liqandaların aktivləşməsi ilə bağlıdır. Son zamanlar vaxtından əvvəl doğuşların prediktorlarının əhəmiyyətinin müəyyən edilməsi üzrə fəal iş aparılır. Lakin, əldə olunmuş nəticələr hal-hazırda vaxtından əvvəl doğuşların tezliklə başlanacağına dair meyarları dəqiqliklə ayırd etməyə imkan vermir [3,8].

Vaxtından əvvəl doğuşların proqnozlaşdırılmasının əsas meyarlarına nəzər yetirək. Fibronektin – döl yanı mayedə, desidual qişanın və trofoblastın hüceyrələrində böyük miqdarda müəyyən edilmiş. 16-20 həftəlik hamiləlikdə fibronektin servikal kanalın seliyində olması normaldır. Onun, hamiləliyin 20 həftəliyindən sonra meydana gəlməsini bir çoxları gözlənilən vaxtından əvvəl doğuşların əlaməti kimi qiymətləndirirlər [9,19].

Aparılmış tədqiqatların analizi göstərdi ki, servikal selikdə fibronektinin yüksək səviyyəsi vaxtından əvvəl doğuşların sürətli başlanğıcı ilə əlaqəlidir. Bu göstəricinin həssaslığı yaxın 7 və yaxud 14 gündə (müvafiq olaraq, 67% və 71%) baş verəcək vaxtından əvvəl doğuşların inkişafı planında daha yüksəkdir və yaxın 21 gündə (59%) ola biləcək vaxtından əvvəl doğuşlar baxımından daha azdır. 34 və 37 həftəyə qədər (müvafiq olaraq, 53% və 52%)qabaqcadan fərz edilən doğuşlar baxımından isə bu göstəricinin həssaslığı daha da aşağıdır [2,13,14].

Vaxtından əvvəl doğuşların xəbərdaredici əlaməti həmçinin, servikal selikdə insulinə bənzər artım faktorunu birləşdirən, fosforlaşmış protein-1-in(fPs İBAF) əmələ gəlməsi hesab olunur.

Bu zülal desidual qişada sintezləşir və uşaqlığın ixtisarı zamanı servikal kanalda əmələ gəlir. Tədqiqatçılar qrupu stasionara vaxtından əvvəl doğuşun başlanması səbəbi ilə qəbul edilmiş, lakin döl qişası bütöv olan 63 qadının servikal kanalında prospektiv təhlili aparmışlar. Yoxlama məqsədilə, heç bir vaxtından əvvəl doğuş simptomlarına malik olmayan 58 nəfər hamilə qadın müayinə olunmuşdur. 63 qadından 17 nəfərdə (27%) servikal selikdə fPs İBAF 10 mkq/l –dən artıq olmuşdur, bi isə müsbət test hesab edilir. 17 nəfər qadından 7 nəfəri 35-ci həftədə vaxtından əvvəl doğmuşlar, fPs İBAF mənfi testi olan 46 qadından yalnız 3(7%) nəfərdə vaxtından əvvəl doğuş 35-ci həftədən sonra baş vermişdir, Nəzarət qrupundan olan qadınlarda fPs İBAF dair müsbət test 3 nəfərdə əldə edilmişdir, lakin onların hamısı vaxtında doğmuşlar Vaxtından əvvəl doğuş nəzarət qrupunda, mənfi fPs İBAF olan 1 pasiyentdə (2%) baş verdi [13,14].

Hal-hazırda servikal selikdə fPs İBAF-ın ekspress-müəyyənləşdirilməsi üçün test-sistemlər işlənib hazırlanır. Prospektiv tədqiqatda, gestasiyanın 20 və 36 həftələri arasında uşaqlığında mütəmadi ixtsarları olan 36 qadında ekspres-testlər apardıq. 18 nəfər pasiyentdə test müsbət oldu, onlardan 17 nəfəri vaxtından əvvəl doğuş etdilər. Vaxtından əvvəl doğuş, testi mənfi olan 18 qadından yalnız 2 nəfərdə baş verdi.Testin həssaslıq, spesifiklik, mənfi və müsbət proqnozlaşdırma kəmiyyətləri müvafiq olaraq belə qiymətləndirilmişdir – 89,5%; 94,1%; 94,4% və 88,9% [2,7,13].

Aparılan digər bir tədqiqatda doğuşdan qabaq və doğuş zamanı uşaqlıq boynunda kollagenin deqradasiyasına imkan yaradan metalloproteaz sink-asılı fermentlərin mümkün olan proqnozlaşdırma dəyərini qiymətləndirməyə cəhd göstərilmişdir. Göstərilir ki, təcili doğuşlardan bir həftə öncə servikal selikdə metalloproteaz 9-dan yuxarı olmuşdur. Lakin, vaxtından əvvəl doğuşlar zamanı belə asılılığı əldə etmək mümkün olmamışdır. Metalloproteaz 9 sekresiyası vaxtından əvvəl doğuşlar zamanı artmışdır, doğuş fəaliyyətinin inkişafınadək isə onun artması qeydə alınmamışdır [8,9].

Vaxtından əvvəl doğuşların proqnozlaşdırılmasının əsas amillərindən biri kimi qiymətləndirilən uşaqlıq boynunun uzunluğudur. Doğuş fəaliyyətinin induksiyasının effektivliyini qiymətləndirmək məqsədilə, uşaqlıq boynunun vəziyyətində dəyişikliklərə diqqət yetirilməlidir. Həmin dəyişikliklər zamanı vaxtından əvvəl doğuşlar başlayır. Uşaqlıq boynunda baş verən bu cür dəyişiklikləri vaxtından əvvəl doğuşların inkişafının risk faktoru kimi qiymətləndirmək, belə qadınlarda hamiləliyin fəal və dinamik müşahidələr altında aparılmaq təklif edilmişdir. Uşaqlıq boynunun vəziyyətinin daha obyektiv qiymətləndirilməsinə transvaginal ultrasəs müayinələrin tətbiqi imkan yaratmışdır [2,14].

Normal hamiləlik zamanı uşaqlıq boynu, miometriyanın tonusu olmadıqda, sıx və bağlı halda qalır [2]. Uşaqlıq boynu, yalnız uşaqlığın

yığılması nəticəsində, bilavasitə doğuşdan əvvəl yumşalmağa və qısalmağa başlayır [13].

Uşaqlıq boynunun uzunluğu hestasiyanın 16-20 həftəsindən sonrakı müddətdə transvaginal ultrasəs müayinəsi vasitəsilə qiymətləndirilir. Buna qədər uşaqlıq boynunun uzunluğu geniş intervalda dəyişir və uşaqlıq boynunun yuxarı hissəsi ilə uşaqlığın aşağı siqmenti arasındakı sərhəddi müəyyən etmək çox çətin olur [14].

Tədqiqatçılar tərəfindən prospektiv olaraq, nisbətən aşağı riskə malik qadınların arasında vaxtından əvvəl doğuşların proqnozlaşdırılmasında transvaginal ultrasəs müayinənin nəticələri qiymətləndirilmişdir. Adı çəkilən tədqiqat onu göstərir ki, uşaqlıq boynunun uzunluğu vaxtından əvvəl doğuş riski ilə dəqiq korrelyasiya olur. Vaxtından əvvəl doğuşların yüksək riski, uşaqlıq boynu hestasiya müddəti üçün onuncu persentildən qısa olan (26mm) qadınlarda qeydə alınmışdır. Lakin bu üsulun həssaslığı son dərəcə aşağı olmuşdur. Onların məlumatlarına əsasən, uşaqlıq boynu, normaya nisbətən, qısalmış olan qadınlarda hamiləliyin mövcud müddəti üçün daha yüksək vaxtından əvvəl doğuş riskinə malikdirlər, nəinki, uşaqlıq boynunun uzun olan hamilələr. Beləliklə, 24-25 həftəlik hamiləlik müddətində nisbi risk müvafiq olaraq 3,79; 2,35 və 1,98, 28-29 həftəlik hamiləlik müddətdə isə müvafiq olaraq- 5,39; 3,52 və 2,8 təşkil etmişdir [13,14].

Vaxtından əvvəl doğuşların erkən diaqnostikasının maraqlı üsullardan biri də uşaqlıq miometriyasının yığılmasının (fəallığının) monitorinqidir. Uşaqlıq fəallığının tokoqrafiyası doğuş fəaliyyətinin inkişafını, hətta, ağrısız və sancısız qeydə almağa imkan verir [2,8,14].

Tədqiqatlar göstərir ki, uşaqlığın miometriyasının yığılmasının (sancıların) monitorinqinin istifadə olunması vaxtından əvvəl doğuş riskinin yüksək olduğu qadınlarda hamiləliyin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına, hamiləliyin müddətinin uzadılmasıma və normal doğuşa çatmasına imkan verir [14].

Dünya miqyasında bir sıra alimlər hormonal status dəyişkənliyində vaxtından əvvəl doğuşlar probleminə cavab tapmağa cəhd göstərmişlər. Qadınlarda hamiləliyin ikinci yarısı hiperkortisizmin inkişafı ilə xarakterizə olunur. Bu fenomeni plasentar kortikotropin relizinq-hormonun (KTRH) təsiri ilə əlaqələndirirlər. Hamiləliyin 28–30 həftələrində KTRH-in periferik qanda konsentrasiyası hipofizin portal sistemində KTRH–in konsentrasiyasına yaxınlaşır. Bu zaman KTRH-birləşdirici zülalın səviyyəsi isə hamilə olmayan qadınlarda olduğundan yüksək deyil. Hamiləliyin 34–35-ci həftələrində KTRH-in birləşdirici zülalın səviyyəsi başlanğıc səviyyəsindən 73-ə qədər enir, doğuş fəaliyyəti zamanı ümumi və sərbəst KTRH–in qanda konsentrasiyası xeyli artır, doğuşdan bir neçə saat sonra isə müəyyən edilməyən səviyyəyə qədər azalır [1]. KTRH doğuş mexanizmində mühüm rol oynayan E_2 və F2 prostoqlandinlərin hasilatını artırır. KTRH reseptorları miometriyada aşkar edilmişdir, burada KTRH oksitosinlə sinergik təsir edərək, konstriktor effekti göstərir. Yüzlərlə hamilə qadının iştirak etdiyi tədqiqatlar göstərdi ki, hamiləliyin sonunda qanda KTRH–in səviyyəsinə görə doğuş fəaliyyətinin başlanmasının vaxtını proqnozlaşdırmaq mümkündür. Belə ki, vaxtından əvvəl doğuşlarda KTRH-in səviyyəsi praktiki olaraq, eynilə təcili doğuşlarda olduğu kimi yüksəkdir, hamiləlik vaxtından artıq sürdükdə isə o, daha da azalır. Bu göstəricilərin əsasında KTRH-ni doğuş fəaliyyətinin başlanmasının vaxtını müəyyən edən özünəməxsus bioloji saat mexanizmi kimi dəyərləndirmək təklif olunur [1,2,14].

Bir sıra alimlər hamiləliyin 16-20 həftəliyindən başlayaraq, hər ay hamilə qadınların venoz qanında KTRH-in səviyyəsi müəyyən etmişlər. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində, vaxtından əvvəl doğuşların proqnozlaşdırılması üçün hamiləliyin optimal müddəti hestasiyanın 26 həftəlik müddəti təyin olunmuşdur. Bu müddətdə KTRH-in orta göstəricisi, nəticə etibarı ilə vaxtında doğmuş qadınlarda 34,7±27,0% təşkil etmişdir. KTRH-in 90%–dən yuxarı olması 45% həssaslıq və 94% spesifikliklə vaxtından əvvəl doğuşları proqnozlaşdırmışdır. Bu göstəricinin müsbət proqnostik dəyəri 46,7% təşkil etmişdir [1,2,13].

Hamiləliyin 27-37 həftəlik müddətində ümumi KTRH-in, birləşmiş və sərbəst KTRH-in, həmçinin kortizolun səviyyələri vaxtına doğan qadınlardan fərqli olaraq, vaxtından əvvəl doğmuş hamilə qadınlarda dürüst yüksək olmuşdur. KTRH-ni birləşdirici zülalın səviyyəsi isə əksinə, vaxtından əvvəl doğuşlar olan qrupda xeyli aşağı olmuşdur [14].

Doğuşların başlanması ilə estrogenlərin səviyyəsinin dəyişilməsinin əlaqəsi sübuta yetirilmişdir. Estriol, hamiləlik zamanı üstünlük təşkil edən estrogen, dölün böyrəküstü vəzilərdən və qaraciyərdən alınan sələflərdən olan trofoblastla hasil olunur. Servikovaginal sekretdə və plazmada estriolun səviyyəsinin müəyyən edilməsi feto-plasentar kompleksin funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün istifadə

olunur. Üç əsas estrogenin (estron, estradiola, estriola) səviyyəsi bütün hamiləlik boyu tədricən artır. Hamiləliyin 34-cü həftəsindən sonra qanda estronun və estradiolanın konsentrasiyası sabit qalır, estriolun səviyyəsi isə doğuşa 2–4 həftə qalmış xarakterik artım nümayiş etdirir. Həm də induksiya olunmuş doğuşlarda estriolun konsentrasiyası artmır. Bütün bunlar onu göstərir ki, estrogenlər, xüsusilə də estriola, doğuşun başlanmasını bildirən mühüm siqnal ola bilər. Vaxtından əvvəl doğuşların müəyyən edilməsi üçün plazmada estriolun konsentrasiyasını istifadə etmək, invazivliyinə və analizin aparılmasının metodiki mürəkkəbliyinə görə, məqsədəuyğun deyildir. Hormonun səviyyəsini qiymətləndirmək selikdə daha asandır. Konyuqasiya olunmamış estriolaseliyə əsasən selik ifraz edən vəzilərinin asinar hüceyrələri vasitəsilə diffuziya yolu ilə usaqlıq boynuna və usaqlıq yoluna gəlib düşür. Buna görə də hormonun konsentrasiyası vəzilərin funksional fəallığından asılı və onları göstəricilərinin təyin etmək mümkündür [1,8,9,13] .

Tədqiqatlar zamanı, hamiləliyin 22-ci həftəliyindən başlayaraq 542 nəfər qadında selikdə estriolun səviyyəsi prospektiv olaraq qiymətləndirilmişdir. Nəticədə hamiləliyin gedişatı əsasında pasiyentlər 2 qrupa ayrıldılar: vaxtından əvvəl doğanlar və vaxtında doğanlar. Hamiləliyin 22 həftəliyindən başlayaraq, estriolun orta səviyyəsi vaxtndan əvvəl doğuş olan qadınlardan ibarət qrupda dürüst yüksək olmuşdur. Doğuşların vaxtından asılı olmayaraq, estriolun səviyyəsi orta hesabla doğuşa 3 həftə qalmış artmağa başlamışdır.Vaxtından əvvəl doğuş hallarında bu artım orta hesabla 4 həftə qabaq başlayır, səviyyəsinin 2,3 nq/ml artması gözlənilən vaxtından əvvəl doğuş riskinin yüksək olmasını göstərir (həssaslıq 71%, spesifiklik 77%, mənfi proqnoztik dəyər 23%).Tədqiqatlar əsasında, selikdə estriolun miqdarı üzrə test rəsmi olaraq, vaxtından əvvəl doğuşların müəyyənləşdirilməsi üçün marker kimi istifadə oluna bilər [1,9].

Vaxtından əvvəl doğuşların 30%-ə qədəri infeksiyalar ilə şərtləndirilir, hamiləliyin 30 həftəlik müddətinə qədər baş verən doğuş zamanı isə histoloji verifikasiya olunmuş xorioamnionit 80% hallarda qeydə alınmışdır. Bir çox tədqiqatçıılar lokal yoluxmanın əlamətləri ilə vaxtından əvvəl doğuşların inkişafı arasında qarşılıqlı əlaqəni təyin etməyə cəhd göstərmişlər. Başlanan vaxtından əvvəl doğuşların müstəqil risk amili bakterial vaginoz hesab edilir. Bakterial vaginoz – yarımmikrob etiologiyalı, qeyri-iltihabi infeksion prosesdir, vaginal biotopun disbiozu ilə şərtləndirilir, hansı ki, obliqat- və fakultativ- anaerob şərti-patogen mikroorqanizmlərin miqdarının kəskin artması və laktobakteriyaların miqdarının azalması ilə xarakterizə olunur [8,9,15].

Uşaqlıq yolunun mikrobiosenozunun pozulmasına gətirib çıxaran bir sıra amillər mövcuddur. Onlara hormonal dəyişikliklər, sidik-cinsiyyət sisteminin keçirilmiş və müşayiət edən iltihabi xəstəlikləri, antibiotiklərdən uzunmüddətli istifadə edilməsi aiddir. İmmunoloji dəyişikliklərin də rolu əhəmiyyətli təsir göstərir[15,16].

Əldə olunmuş dürüst sübutlar göstərir ki, bakterial vaginoz zamanı zahılıq dövründa endometritin, həmçinin uşaqlıq artımların iltihabi proseslərinin inkişaf riski 3-7 dəfə artır, ginekoloji əməliyyatlardan sonrakı ağırlaşmalar 3 dəfə çox baş verir. Düşüklər, vaxtından əvvəl doğuşlar, dölyanı mayyenin vaxtından əvvəl axması, xorioamnionit kimi mamalıq patologiyalarının bakterial vafinoz zamanı inkişaf riski yüksəklir [4,7,12].

Vaxtından əvvəl doğuşlar fonunda bakterial vaginozun proqnoztik əhəmiyyətiiri həcmli qruplar üzərində tədqiqat aparılımışdır (10397 hamilə qadın). Hamiləliyin 23-26 həftəlik müddətində bakterial vaginoz aşkar edilmiş hamilə qadınlarda vaxtından əvvəl doğuşlar (gestasiyanın 37 həftəsinə qədər), bakterial vaginoz olmayan hamilələrdən fərqli olaraq, daha çox olmuşdur (risklərin nisbəti – 1,4). Bakterial vaginozu (BV) olan hamilələr arasında vaxtından əvvəl doğuşların maksimal ehtimalı, uşaqlıq yolu florasında bakteroidlər və Mycoplasma hominis üstünlük təşkil edən hamilələrdə qeydə alınmışdır (risklərin nisbəti – 2,1) [15,17].

Xəstələrin təxminən 60%-də eyni vaxtda BV və bağırsaq disbakteriozunun mövcud olmasını nəzərə alaraq, ehtimal etmək olar ki, BV sistemli disbiotik prosesin lokal təzahürüdür. Bu tezisdən belə bir qənaət hasil olur ki, yerli terapiya heç də hər zaman pasiyentdə olan BV-u müalicə etməyə qadir deyildir. Bundan başqa, immun dəyişikliklərinin, BV-un vaxtından əvvəl doğuşlar kimi ağırlaşmalarının inkişafında rolu dolayısı ilə, təsdiq edir ki, hamiləlik zamanı bakterial vaginozun klindamisinlə müalicəsi hamiləlik müddətinin 32 gün prolongirlənməsinə (vaxtının uzadılmasına) imkan yaratsa da vaxtından əvvəl doğuşların tezliyini azaltmır [9,10].

Tədqiqatlarda göstərilir ki, bakterial vaginoz zamanı uşaqlıq yolu seliyində TLR2 və TLR4 genlərinin ekspresiyası artır. Servikal kanalda

infeksion agentlərin mövcudluğunu baş verə biləcək vaxtından əvvəl doğuşlarla əlaqələndirmək məqsədi ilə dəfələrlə tədqiqatlar aparılmışdır, lakin inandırıcı məlumatlar əldə etmək mümkün olmamışdır [11,17].

Vaxtından əvvəl doğuşların başlanmasında infeksion agentlərin təstiq edilmiş rolu ilə əlaqədar olaraq müalicədə antibakterial preparatların və hamiləliyin vaxtsız pozulmasına qarşı təyin edilən müalicənin effektivliyinə dair çox sayda tədqiqatlar aparılmışdır. Bu tədqiqat işlərinin nəticələri kiifayət qədər təzadlıdır, bu da ola bilsin ki, müxtəlif meyarların daxil edilməsi, tətbiq olunan preparatlarla və müalicə sxemlərə əlaqədardır [19].

Bir sıra tədqiqatçılar tərəfindən aparılan geniş miqyaslı meta-analizin məqsədi vaxtından əvvəl doğuş diaqnozu ilə yüksək risk qrupuna daxil olan hamilə qadınlarda antibiotiklərin profilaktik təyinin effektivliyinin qiymətləndirilməsindən ibarət idi. Analizə yalnız, başlanmış vaxtından əvvəl doğuş simptomları olmayan qadınlarla aparılanplasebo-nəzarət edilən tədqiqatlar daxil edilmişdi. 17 hamilə qadından 12-sivaxtından əvvəl doğuş risk qrupuna uşaqlıq yolu florasının patologiyasına görə, 3-ü anamnezdə vaxtından əvvəl doğuşların olmasına görə, 2-si fetal fibronektinin müsbət analizinə görə daxil edilmişdi. Nəticədə, risk qrupuna daxil olunma amillərindən, antibakterial preparatlardan və preparatın təyin olunma zamanı gestasiya müddətindən asılı olmayaraq, vaxtından əvvəl doğuşların tezliyinin dürüst azalmasına nail olunmamışdır (nisbi risk- NR1,03, ehtimalı riski – 95%) [9,15,17].

Müxtəlif növ sitokinlərin vaxtından əvvəl doğuş olan qadınların qanında, dölyanı mayyedə və servikal seliyində təyini geniş tətbiq edilmişdir. Sözsüz ki, subklinik amnionitin inkişafı zamanı proiltihabi sitokinlərin miqdarı ilk növbədə amniotik mayedə artır, bu müxtəlif tədqiqat işlərində göstərilmişdir. Amma buna baxmayaraq vaxtından əvvəl doğuşların proqnozlaşdırılması məqsədi ilə amniosentezin aparılması əsaslandırılmış hesab edil bilməz [12,16].

Tədqiqatlar göstərir ki, qarnın aşağı nahiyələrində sancıya bənzər ağrılara malik hamilələrdə qanın plazmasında İL-6 göstəricinin 8 pq/ml –ya qədər və ya daha çox artması zamanı, eyni şikayətləri olan, lakin qanın zərdabında İL-6-ın səviyyəsi aşağı olan pasiyentlərdən hamiləliyin vaxtsız pozulmasıdaha tez olmuşdur[8,9,17].

Hamiləliyin ikinci və üçüncü trimestrlərində xoriamnionitin klinik əlamətləri olmadan hamilələrdə priferik qanın zərdabında sitokinlərin geniş spektrinin tədqiqatı aparılmışdır. Vaxtından əvvəl doğmuş hamilələrdə İL-2 reseptorunun daha yüksək orta səviyyəsi aşkar edilmişdir, tokolizin effektli olduğu hamilələr isə qan zərdabında İL-6 reseptorunun daha aşağı səviyyəsinə malik olmuşlar. İL-6-ın və İL-2 reseptorunun periferik qanda yüksək səviyyəsi tokolizin qeyri-effektivliyini və vaxtından əvvəl doğuşların yaxın 48 saatda və 34 həftəyə qədər baş verəcəyini proqnozlaşdırır [9,14].

Uşaqlıq boynunun seliyi daha proqnoztik dəyər daşıyan materialdır, belə ki, orada sitokinlərin konsentrasiyasının patogen sistemin lokal invaziyasını təsdiqləyə bilər.Əldə edilmiş məlumatlara əsaslanaraq demək olar ki, servikal selikdə proiltihabi sitokinlərin artması tezliklə, vaxtından əvvəl doğuşların inkişaf edəcəyini göstərir [9,13,17].

Əksər tədqiqatçılar servikal selikdə İL-6–ın başlanğıc səviyyəsini 20 pq/ml seçərək, onun səviyyəsinin 100%-lik həssaslıqla və mənfi proqnoztik dəyərlə artması zamanı gestasiyanın 34 həftəsinədək vaxtından əvvəl doğuşları proqnozlaşdırmışlar, spesifiklik 67%, müsbət proqnoztik dəyər 47% təşkil etmişdir. Vaxtından əvvəl doğuşların proqnozlaşdırılması zamanı yaxın 7 sutka ərzində həssaslıq 100%-ə, spesifiklik 57%-ə bərabər olmuşdur [9].

Hamiləlik zamanı immun sistemində baş verən dəyişikliklərin tədqiq edilməsi, hamiləliyin ağırlaşmalarının qarşısının alınmasında və müalicəsində, şübhəsiz ki, təkcə nəzəri cəhətdən deyil, həm də praktik baxımdan əhəmiyyət daşıyır. Bu məlumat bizə, hamiləliyin fizioloji inkişafı, həmçinin onun, bu və ya digər mamalıq patologiyalarına gətirib çıxaran ağırlaşmalarına dair əlavə bilgilər ələ etməyə imkan verə bilər [9,13,18].

Hamiləlik zamanı və erkən doğuşsonrası mərhələdə periferik qanın T-hüceyrələrinin subpopulyasiyasının dəyişiklikləri baş verir. hamiləliyin başlandığı vaxlardan və bütün hamiləlik dövrü boyunca T-hüceyrələrin (CD3+) və onların əsas alttiplərinin (CD4+ və CD8+) mütləq miqdarı azalır. Zahılıq dövrdə qanda T-hüceyrələrin miqdarı artır. Bunun əsasında da hamiləlik zamanı immunosupres-siyya dair rəy meydana gəlmişdir [15].

Hamiləliyə təkcə immunosupressiv deyil, hətta immunodefisit bir hal kimi ənənəvi baxışların mövcud olması hələ də geniş yayılmaqdadır. Lakin, bu fikir hamiləlik zamanı yoluxucu və

iltihabi xəstəliklərin inkişafına meylliliyin qeydə alınmaması kimi bir fikirlə uzlaşmır, əksinə, bir çox xroniki iltihabi proseslər, o cümlədən kiçik çanaq orqanlarında hamiləlik zamanı kəskinləşmə üzə çıxır [11].

Adaptasiya immuniteti hamiləlik zamanı əhəmiyyətli rol oynamır, nəzərə alınmalıdır ki, hətta anamnezdə vaxtından əvvəl doğuşların olması gələcəkdə baş verə biləcək vaxtından əvvəl doğuşlar üçün risk amili hesab olunur. Axı, əgər vaxtından əvvəl doğuşlar transplantatın ayrılması reaksiyası tipi üzrə keçsəydi, bu zaman sonrakı hər bir hamiləliyin müddəti əvvəlkindən az olmazdı, bu isə reallıqda baş vermir [8,9,18].

Beləliklə, vaxtından əvvəl doğuşların proqnozlaşdılırma kriteriyaları praktiki mamalıqda əhəmiyyıtli rola malikdərlar. Bu amilllərin tədbiqi vaxtında əvvəl doğuşların, perinatal xəstəliklərin və ölümün profilaktikasıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. СПб, 2006, 464 с.
2. Акушерство / Под ред. Савельевой Г.М. М: Медицина, 2010, 816 с.
3. Анкирская А.С. Микроэкология влагалища и профилактика акушерской патологии // Инфекции и антимикробная терапия, 2011, №3,с.17-21.
4. Берлев И.В., Кира Е.Ф., Белевитина А.А. Роль дисбиотических нарушений вланалища в развитии инфекционно-воспалительных осложнений новорожденных // Журн. акуш. и женских болезней, 2012, №4, с. 58-61
5. Воропаева Е.А., Афанасьев С.С., Кудрявцева М.В. и др. Микроэкология и показатели гуморального иммунитета влагалища женщины с неспецифическими воспалительными заболеваниями гениталий // Журн. Микробиол., 2005, №3,с. 65-69
6. Глазков Л.А., Башмакова Н.В., Моторнюк Ю.И., Ремизова И.И. Особенности хламидийной инфекции у беременных // ИПП, 2012, №2, с.15-21.
7. Гриноу А., Осборн Д., Сазерленд Ш. Врождённые, перинатальные и неонатальные инфекции. М.: Медицина, 2010, 287с.
8. Долгушин И.И., Телешева Л.Ф., Долгушина В.Ф. Местная противоинфекционная защита репродуктивного тракта женщин различного возраста // Журн. микробиол., 2012, №2, с.86-89.
9. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Акушерство и гинекология, 2005, №1,с.3-6
10. Макаров О.В., Ганковская Л.В., Бахарева И.В., Кузнецов П.А., Карташов Д.Д. Современные методы лечения при преждевременных родах // Российский вестник акушера-гинеколога, 2010, №3,с.21-25.
11. Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.JL Алгоритм обследования беременных с высоким инфекционным риском // РМЖ, 2011, №6,с.28-32.
12. Радзинский В.Е., Бондаренко К.В., Союнов М.А. Противовоспалительные цитокины и их роль в генезе привычного невынашивания беременности // Гинекология, 2012, №6, с.8-12.
13. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. М.: Гэотар-медиа, 2006, 324с.
14. Старостина Т.А., Демидова Е.М., Анкирская А.С. и др. Современные вопросы патогенеза и терапии невынашивания беременности // Акушерство и гинекология, 2012. №5, 59-61.
15. Balu R.B., Savitz D.A., Ananth C.V., Hartmann K.E. Bacterial vaginosis and vaginal fluid defensins during pregnancy // Am. J Obstet Gynecol., 2009, v.187(5), p.1267-1271.
16. Huang N. et al. The human beta-defensins expression in female genital tract and pregnancy-related tissues // J Scein., 2010, v.34(2), p.217-219
17. Kalantaridou S.N., Zoumakis E., Weil S. et al Reproductive corticotropin releasing hormone, implanttation, and fetal immunotolerance // Crit Rev Clin Lab Sci., 2007, v.44(5-6), p.461-81
18. Owen J., Yost N., Berghella V., et al. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth // JAMA, 2009, v.286, p.1340- 1348.
19. Taylor D., Kenyon S. Infection and preterm birth // Br. J. Obstet. Gynecol., 2010, v.104, p.1338-1340.

Резюме

Современные представления о проблеме прогнозирования преждевременных родов

ОМ.Гусейнова, Г.Р.Султанова

Проблема преждевременных родов не теряет свою актуальность долгие годы. Именно, это определят перинатальную смертность и заболеваемость в акушерстве. Критерии прогнозирования преждевременных родов имеет особую роль в акушерстве. Применение этих факторов поможет во время предотвращать перинатальную смертность и заболеваемость.

Summary

Modern views on the problem of predicting preterm birth

O.M.Huseynova, G.R.Sultanova

The problem of premature birth does not lose its relevance for many years. It is determine perinatal mortality and morbidity in obstetrics. Criteria for prediction of preterm birth has a special role in obstetrics. Application of these factors will help in preventing perinatal mortality and morbidity.

Daxil olub: 25.04.2014

REPRODUKTİV YAŞLI QADINLARDA XRONİKİ ÇANAQ AĞRILARI SİNDROMU

E.A.Əkbərbəyov, Ş.T.İbadova

Akademik Mirqasimov adina Respublika Klinik Xəstəxənasinda; Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: xroniki çanaq ağrısı, qadın, diaqnostika

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, женщины, диагностика

Keywords: chronic pelvic pain, women, diagnostics

Xroniki çanaq ağrıları dedikdə insanın çanaq boşluğunda yerləşən orqanları nahiyəsində ən azı 6 ay ərzində çəkdiyi davamlı və ya dövrü təkrar olunan ağrıları nəzərdə tutulur [4,11,12,19].

Xroniki çanaq ağrıları üzrə Beynəlxalq Assosiasiyanın göstəricilərinə uyğun olaraq hazırki xəstəliyə xas olan altı əlamət qeyd edilir: ağrı sindromunun ən azı 6 ay müddətində davam etməsi; terapiyanın effektivliyinin aşağı olması; pasiyentin duyduğu hisslərə görə toxumanın zədələnməsinin ağrı ilə ifadəsində uyğunsuzluq; depressiv pozğunluq əlamətləri; fiziki aktivliyi kəskin məhdudlaşması; davranış pozğunluqları [11].

Hazırki dövrdə qəbul olunmuş tərifə əsasən xroniki çanaq ağrısı sindromu (XÇAS) infeksion xəstəliyin və ya hər hansı verifikativ patologiyanın olmadığı təqdirdə sidik-ifrazat sisteminin aşağı şöbəsinin disfunksiyası, cinsi funksiyanın pozğunluğu, bağırsaq və ya ginekoloji disfunksiya simptomları ilə müşayiət olunan çanaq nahiyəsində davamlı və ya dövrü təkrar olunan epizodik ağrılar nəzərdə tutulur [19].

Bugünkü gündə XÇAS qrupuna daxil edilə biləcək vəziyyətlərin dəqiq təsnifatı hələ də təyin olunmayıb. Bununla belə XÇAS etioloji baxımdan aşağıdakı formada izhar olunur : uroloji səbəblərdən; ginekoloji səbəblərdən; anorektal səbəblərdən; nevroloji səbəblərdən; əzələ sistemindən.

Çanaq ağrıları dayaq-hərəkət aparatının və periferik sinir sisteminin, mədə-bağırsaq traktının və sidik-ifrazat sisteminin müxtəlif patologiyalarının simptomları ola bilər. XÇAS-nun diaqnostikası və müalicəsində həkimlər-ginekoloqlar, uroloqlar, proktoloqlar, onkoloqlar, nevropatoloqlar, endoskopik diaqnostika və vizualizasiya metodlarının tədqiqi sahəsindəki mütəxəssislər iştirak edir [20].

Qarın nahiyəsində qarın əzələlərinin zədələnməsi zamanı ağrılarla və onurğa sütunu xəstəlikləri (16%), qıcıqlanan yoğun bağırsaq sindromu (12%) və sidik yollarının infeksiyaları

ilə yanaşı xroniki ağrıların daha çox rast gəlinən orqanik səbəblərindən biri ginekoloji xəstəliklərdir. İstənilən ginekoloji xəstəlik çanaq ağrıları sindromunun inkişaf riskinin daşıyıcısıdır [3,13]. Bu halda ağrı sindromunun ağırlıq dərəcəsi bir sıra amillərlə müəyyən olunur, məhz bu səbəbdən çanaq ağrıları olan qadınların müayinəsi ginekoloji və ekstagenital xəstəliklərin, psixoloji-emosional pozğunluq dərəcəsinin ağrı simptomatikasının dərinləşməsinə təsir payının qiymətləndirilməsinə yönəldilməlidir. Bütün bunlar çanaq ağrıları olan ginekoloji xəstələrin müalicəsində, iztirabların həqiqi səbəblərinin diaqnostikasında çətinlikləri və bu kontingent xəstələrin müalicəsində tez-tez müşahidə olunan qeyri -qənaətbəxş nəticələri şərtləndirir. XÇAS-lu xəstələr illərlə müayinə və müxtəlif ginekoloji xəstəliklər səbəbindən müalicə olunur. Bununla belə, uzun müddət davam edən, çox zaman əsaslandırılmayan hormonal və antibakterial terapiya xəstələrinin vəziyyətini daha da ağırlaşdıraraq qaraciyər funksiyasının pozulmasına, tromboflebitin və digər fəsadların inkişafına səbəb olur [19,20].

Ginekoloji təcrübədə «xroniki çanaq ağrısı» xəstəliyinin klinik təsvirində ən azı aşağıda sadalanan simptomlardan biri ehtiva olunur: qarının aşağı hissələrində və bel nahiyəsində davamlı xarakter daşıyan bir qayda olaraq sızıldayıcı və ya dartıcı ağrılar hiss olunur; ağrılı menstruasiya – dismenoreya; ağrılı cinsi akt-dispareuniya [13].

Çanaq ağrılarının patogenezini çox zaman ayırd etmək olmur. Müasir elmi ədəbiyyatda kiçik çanaq nahiyəsində durğun təzahürlərin, vegetativ sinir sisteminin simpatik şöbəsinin aktivləşməsi, çanaq dibi və aralığın reflektor əzələ sindromlarının, psixosomatik amillərin çanaq ağrısının qeyri iltihabi xronik çanaq ağrısı sindromunun formalaşmasında məhz xroniki stressin roluna işarə edən məlumatlara rast gəlmək olar [8,11,16].

XÇAS-nun patogenezində çox zaman damarların varikoz genişlənməsi və ya kiçik çanağın iri qan damarlarının trombozuna səbəb olan venoz qan dövranın pozulmalarına mühüm yer ayrılır [6,7,9]. Uşaqlığın venoz axının pisləşməsi tonusunun yüksəlməsinə səbəb olur və nəticədə hemosirkulyasiyanın pozulmasını şiddətləndirir. Toxumaların işemiyası toxumlu algogen maddələrin: serotonin, histaminin, asetilxolinin, bradikinin, kalium ionlarının, prostaqlandinlərin sintezi və ifrazı ilə nəticələnir. Prostaqlandinlərin səviyyəsinin yüksək olması proqesteronun sintez və bioloji effektlərini bloklayır. Məhz bu səbəbdən XÇAS-a uşaqlıq əzələsinin hiperplastik proseslərinə gətirib çıxaran hormonal homeostazın pozulması şəkilində təzahür olunan endokrin pozğunluqları ilə müşayiət olunur [11].

Hal-hazırda xroniki çanaq ağrıları sindromu zamanı müəyyən morfo-funksional xüsusiyyətlərə malik algogen ocağın mövcud olması şübhə doğurmur. Aparılan kompleks müayinələr nəticəsində xəstələrin əksəriyyətində müxtəlif ginekoloji patologiyalar: uşaqlığın mioması, endometrioz, bitişmələr, retension kistalar və yumurtalıq şişləri və s. aşkar edilir. Bu patoloji törəmələr bu və ya digər dərəcədə kiçik çanaq orqanlarının hemodinamikasına və innervasiyasına təsir göstərməklə ağrı sindromunun inkişafına səbəb olur [8].

Endometrioz və ağrı sindromunun korrelyasiyası ilə əlaqədar aparılan çox saylı tədqiqatlar xroniki çanaq ağrılarının yaranmasında onun bəzi formalarının rolunu şübhəsiz sübuta yetirir. Prosesin lokalizasiyasından, formasından və yayılma dərəcəsindən asılı olaraq endometrioz zamanı ağrı hissləri müxtəlif formada təzahür olunur, xüsusən qarının aşağı hissələrində və ya bel-oma nahiyəsində menstruasiya qabağı və menstruasiya dövründə şiddətlənən sızıldayıcı və tutmaşəkilli ağrılar xarakterikdir [1].

Hər üçüncü qadında uşaqlığın mioması ağrı hissi ilə müşayiət olunur. Uşaqlıq əzələsinin gərilməsi və tonusunun yüksəlməsi, mikrosirkulyasiyanın pozulması səbəbindən düyünlərin gözə çarpacaq dərəcədə böyüməsi, o cümlədən düyünlərdə nekrotik və degenativ dəyişikliklər zamanı arası kəsilməyən sızıldayan ağrılar müşahidə olunur [9,13].

Xəstələrin 70% də qeyd olunan və polimorfluqla xarakterizə olunan yumurtalıq şişləri diaqnozu zamanı ağrı sindromu üstünlük təşkil edir. Adətən xəstələr qarının aşağı hissəsində olan ağrılardan şikayət edir, nadir hallarda bel nahiyəsinə və düz bağırsağa irradiasiya qeyd olunur. Çox zaman küt, sızıldayıcı xarakter daşıyan, davamsız, bir qayda olaraq menstruasiya ilə bağlı olmayan ağrılar qeyd olunur [13].

Ağrıların ən geniş yayılmış səbəblərindən biri daxili genitaliya orqanlarının xroniki iltihab prosesidir. Çox zaman iltihab əleyhinə terapiya kurslarından sonra ağrı hissi davamsız, "kəskinləşmə" dövrü ilə müşahidə olunur və sabit yaxşılaşma nəzərə çarpmır. Lakin xroniki iltihab nəticəsində bitişmə prosesinin mövcudluğu və yayılması, digər amillərdən asılı olmayaraq,

xüsusilə bitişmələr olduqda arası kəsilməyən və şiddətli çanaq ağrıları ilə müşayiət olunur.

Bu baxımdan ginekoloji xəstəliklər zamanı xroniki çanaq ağrılarının yaranmasının əsas patofizioloji səbəbləri regionar və daxili orqanların hemodinamikasının, hüceyrə metabolizmi məhsullarının həddən artıq yaranması ilə toxuma tənəffüsünün pozulması, o cümlədən daxili cinsi orqanların periferik sinir aparatında və vegetativ simpatik qanqliyalarda iltihabi, distrofik və funksional dəyişikliklərin olması ilə əlaqədardır.

Çanaq ağrılarına səbəb olan ginekoloji patologiyanın bütün anatomik xüsusiyyətləri nəzərə alınmaqla tam və vaxtında aparılan diaqnostikası bu mürəkkəb tibbi-sosial problemin müvəffəqiyyətli çözümündə zəruri komponent hesab olunur [17]. Çanaq ağrıları olan xəstələr çanaq patologiyası, orqanın və qonşu strukturlar cəlb olunmaqla zədələnmə dərəcəsini yüksək dəqiqliklə müəyyən etməyə və fərdi müalicə taktikasını planlaşdırmağa imkan verən ultrasəs müayinəsi, maqnit-rezonans tomoqrafiyası və kompüter tomoqrafiyası kimi bütün mümkün vizualizasiya üsullarının tətbiqi ilə əsaslı müayinəyə ehtiyac duyur [5,10,15].

Hazırki dövrdə ovarial törəmələrin diaqnostikasında rəngli doppler ilə təchiz olunmuş USM cihazının mühüm əhəmiyyətə malik olduğu sübuta yetirilir və yüksək qiymətləndirilir. Çanaq ağrıları olan pasiyentlər üzərində USM cihazının istifadə edilmə zəruriliyi şübhə doğurmur. Ultrasəs müayinəsi nəticəsində düyünlərin say identifikasiyası, lokalizasiyası, distrofik dəyişikliklərin mövcud olması ilə uşaqlığın mioması dəqiq şəkildə aşkar edilir [10,15,21,23,24].

Çanaq ağrıları olan qadınların müayinəsində skelet, mədə-bağırsaq və sidik-ifrazat sisteminin patologiyasını aşkar etməyə yönələn rentgenkontrast müayinələr öz aktuallığını qoruyub saxlayır [22].

Kompüter tomoqrafiyası və maqnit-rezonans tomoqrafiyası xroniki çanaq ağrıları olan pasiyentlərin müayinəsində geniş imkanlar açır və digər vizualizasiya üsulları ilə müayinə edilməsi mümkün olmayan müxtəlif vəziyyətləri aşkar etməyə imkan verir. Bu sahədə spiral kompüter tomoqrafiyası mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Hazırki üsul bir diaqnostik prosedur gedişində orqanizmin bir sıra orqan və sistemləri haqqında, patoloji proses nəticəsində onların anatomik və topoqrafik münasibətlərindəki dəyişiklikləri barədə bilgiləri əldə etməyə imkan verir. Bu tədqiqat metodunun diaqnostik əhəmiyyəti yayılmış endometrioz, mürəkkəb qüsurlar, ağır bitişmə prosesi, çanaq damarlarının varikoz genişliyi, sidik-ifrazat sistemi orqanlarının xəstəlikləri zamanı xüsusilə yüksəkdir. MRT-nin əhəmiyyətliliyi yumşaq toxumaları, xüsusilə çanaq dibinin əzələ və fassiya strukturunu differensasiya etmək imkanı ilə şərtləndirilir. Xroniki çanaq ağrılarının daha çox rast gəlinən uroloji və koloproktoloji səbəblərini aşkar etməyə imkan verən endoskopik müayinələrin (sistouretroskopiya, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya) aparılması zamanı yoğun bağırsağın aşağı şöbələrinin və sidik ifrazatı yollarının vəziyyəti haqqında mühüm məlumat əldə etmək olar [2,18,25,26].

Çanaq ağrıları olan qadınların müayinəsi prosesində həmçinin laborator müayinə metodlarından istifadə edilir ki, onlar arasında CA-125 onkomarkerin səviyyəsinin müəyyən edilməsi xüsusi diaqnostik əhəmiyyətə malikdir və onun yüksəlməsi (endometrioz, dismenoreya, daxili cinsi orqanların iltihabı, uşaqlığın mioması, şişlərin anatomik ayaqcıqlarının burulması) çanaq ağrıları ilə müşayiət olunan bir sıra hallar üçün xarakterikdir. O cümlədən qalıq yumurtalıq sindromuna şübhə olduqda cinsi və qonadotrop hormonların səviyyəsi; depressiv pozğunluqlarla təzahür olunan orqanın xəstəliyinin aşkar etmək üçün qalxanabənzər vəzi hormonlarının səviyyəsi müəyyənləşdirilir [14].

Hal-hazırda ginekoloji xəstələrin çanaq ağrıları problemi sona qədər hələ də həllini tapmayıb. Çıxış yolu tapılmayan məsələlər arasında klinik- laborator və instrumental tədqiqat metodlarının nəticələrinin informasiya əhəmiyyətliliyi və çanaq ağrıları sindromu zamanı onların proqnostik göstəricilərinin qiymətləndirilməsi xüsusi yer tutur.

ƏDƏBİYYAT

1.Абдуллаева У.А., Ищенко А.И., Озген Д. Актуальные вопросы лечения наружного генитального эндометриоза с хроническими тазовыми болями // Рос. вестник акушера-гинеколога, 2004, № 1, С. 41-45.

2.Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. М.: Видар, 2000, С. 8-40.

3.Багин В.Н., Харламова Е.А. Факторы риска развития синдрома хронических тазовых болей у женщин репродуктивного возраста // М. Вестник Российского университета дружбы народов, Серия: Медицина, 2008, № 1, с. 23-27.

4. Белова А.Н. Хроническая тазовая боль: руководство. М., 2007, 181 с.

5.Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологической практике. М.: Искра Медикал Корпорейшн, 2002.

6.Волков А.Е. Эхосемиотика вен малого таза // Эхография, 2000, Т.1, № 1, с. 55-59.

7.Волков А.Е., Рымашевский А.Ф. Место эхографии в диагностике причин синдрома тазовых болей // Ультразвуковая диагностика в акуш. гин. и педиатр, 2000, № 1, с. 62-66.

8.Волков В.Г., Ростовцева О.О., Давыдов О.С. Современные представления о патогенезе и лечении синдрома хронических тазовых болей у женщин с генитальным эндометриозом // Вестник новых медицинских технологий, 2009, Т.16, № 2, с.108-109.

9.Гаврилов С.Г., Кириенко А.И., Доброхотова Ю.Э. Дифференциальная диагностика хронических тазовых болей у женщин в свете синдрома тазового венозного полнокровия // Российский вестник акушера-гинеколога, 2006, Т. 6, № 4, с. 49-53.

10.Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. М.: Медицина, 1990, 222 с.

11.Извозчиков С.Б., Селицкий Г.В., Камчатнов П.Р. Синдром хронической тазовой боли // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2011, Т. 111, № 5, с.71-74

12. Извозчиков С.Б., Камчатнов П.Р., Селицкий Г.В., Каприн А.Д. Синдром хронической тазовой боли - современный взгляд на проблему // Клиницист,11, № 2, с. 62-67.

13.Корнацкая А.Г., Ревенько О.А., Даниленко Е.Г., Чубей Г.В. Синдром хронической тазовой боли: взгляд гинеколога // Здоровье женщины, 2012, № 6 (72), с. 035.

14.Крячко А.А., Кадыров З.А., Алиев З.О. Современные методы диагностики и лечения воспалительных заболеваний при синдроме хронической тазовой боли // Вопросы урологии и андрологии, 2014, Т. 3, № 1, с.47-55.

15.Проскурякова О.В. Ультразвуковые исследование при расширении вен малого таза у женщин // Эхография, 2000, № 3, с.257-262.

16.Протопопова Н.В., Коган А.С. Современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении хронической тазовой боли у женщин // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, 2005, № 6, с.186-189.

17.Сафиуллина Г.И., Исхакова А.Ш. Медико-социальные аспекты синдрома хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста // Общественное здоровье и здравоохранение, 2014, № 1, с.60-65.

18.Федорова Е.В., Липман А.Д. Применение цветового допплеровского картирования и допплерометрии в гинекологии. М.: Видар, 2002, 104 с.

19.Шелковникова Н.В., Неймарк А.И. Синдром хронической тазовой боли в урогинекологии // TerraMedica, 2013, № 3, с.58.

20.Яроцкая Е.Л. Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии / Материалы VI Российского форума «Мать и Дитя». М., 2004, с. 544-545.

21.Chittacharoen A., Theppisai U., Linasmita V., Manonai J. Sonogysterography in the diagnosis of abnormal uterine bleeding // J. Obstet. Gynaecol, Res. 2009, V. 26 (4), P. 277-281.

22.Cody R.F.J., Ascher S.M. Diagnostic value of radiological tests in chronic pelvic pain // Baillieres BestPract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol., 2009, v.14 (3), p.433-466.

23.Durfee S.M., Frates M.C. Sonographic spectrum of the corpus luteum in early pregnancy: gray-scale, color, and pulsed Doppler appearance // J. Clin. Ultrasound., 2009, v. 27(2), p.55-59.

24.Fleischer A.C., Applebaum M.I., Parsons A.K. Transvaginal sonography of the normal endometrium // Ultrasound and the Endometrium / Ed. by A.C. Fleischer, A. Kurjak, S. Gran-berg. N-York, London: The Parthenon Publishing Group, 2007, p.1-16.

25.Frajndlich R., von Eye Corleta H., Frantz N. Color Doppler sonographic study of the uterine artery in patients using intrauterine contraceptive devices // J. Ultrasound Med., 2010, v.19 (8), p.577-579.

26.Hata T., Hata K., Senoch D. Transvaginal Doppler flow mapping // Gynecol. Obstet. Invest., 1999, v.27, p. 217.

Резюме

Синдром хронической тазовой боли у женщин

Е.А.Акпербеков, Ш.Т.Ибадова

Обзор посвящен изучению вопроса хронической тазовой боли в гинекологической практике. Показано, что тазовые боли могут быть симптомом различной патологии опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, заболеваний желудочно-кишечного тракта и системы мочевыделения. Пациентки с тазовыми болями нуждаются в углубленном обследовании с применением всех доступных методов визуализации, как ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии, позволяющих с высокой степенью точности установить наличие тазовой патологии, степень поражения органа и вовлечения соседних структур, и планировать индивидуальную лечебную тактику. Полная и своевременная диагностика гинекологической патологии, обусловливающей тазовые боли, с учётом всех анатомических особенностей является необходимым компонентом для успешного решения этой сложной медико-социальной проблемы.

Summary

The syndrome of chronic pelvic pain in women of reproductive AGE

E.A.Ekberbeyov, Sh.T.Ibadova

The review is devoted to the study of chronic pelvic pain in gynaecological practice. It is shown that pelvic pain can be a symptom of various diseases of musculoskeletal system and peripheral nervous system, diseases of the gastrointestinal tract and the urinary system. Patients with pelvic pain require in-depth examination with use of all available imaging techniques like ultrasound, magnetic resonance imaging and computed tomography, allowing a high degree of accuracy to determine the presence of pelvic pathology, the degree of organ and involvement of adjacent structures, and to plan individual treatment tactics. Full and timely diagnosis of gynaecological pathology causing pelvic pain, with all the anatomical features is a necessary component for the successful solution of this complex medical and social problems.

Daxil olub: 14.03.2014

YENİYETMƏ-QIZLARDA REPRODUKTİV SAĞLAMLIĞIN FORMALAŞMASINDA ƏSAS RİSK FAKTORLARI

N.M.Kamilova, Ş.M.Xəlilova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: yeniyetmə qızlar, reproduktiv sağlamlıq, pubertat dövr, aybaşı funksiyası

Ключевые слова: девочки-подростки, репродуктивное здоровье, период пубертата, менструальная функция

Keywords: adolescent girls, reproductive health, puberty, menstrual function

Yeniyetmələrin ginekoloji xəstəlikləri struk-turunda birinci yeri aybaşı funksiyasının pozulması tutur. Bu xəstəlik fertil yaşda olan qadınlara nisbətən öz tezliyinə görə daha böyük göstəricilərə malikdir. Pubertat dövründə qızlarda aybaşı funksiyasının bərqərar olması onların reproduktiv sisteminin əsas inteqrasiya olunmuş göstəricisi hesab olunur [1,2,3,4].

Daxili və xarici mühitin müxtəlif patoloji təsirləri yeniyetmə qızların reproduktiv sistemində ayrı-ayrı halqaların fəaliyyətində koordinasiyanın pozulmasına gətirib çıxara bilər. Daha sonralar bu pozuntular aybaşı funksiyasının bərqərar olunmasında başqa pozuntulara, eləcə də anovulyasiya, ginekoloji törəmələr və sonsuzluğa qədər gətirib çıxara bilər [5,6,7].

Hazırda bir çox tədqiqatçılar tərəfindən perinatal dövrdə baş verən patologiyaların reproduktiv funksiyanın bərqərar olmasına mənfi tədir göstərməsi haqqında fikirlər irəli sürülür.

Reproduktiv sistemin halqalarına mənfi təsir göstərə bilən faktorlar arasında patoloji antenatal və prenatal mühit təsirlərinin xüsusi yeri vardır: asfiksiya, bətndaxili infeksiyalar, ana-döl-cift sistemində hormonal pozuntular, anada intoksikasiya. 24-34 həftə ilə məhdudlanan bətndaxili dövr endokrin vəzi funksiyalarının və cinsi sistem halqalarının bərqərar olunmsı baxımından ən böhranlı zaman hesab olunur [8,9].

Bətndaxili dövrdə əlverişsiz şəraitə qarşı ən yüksək həssaslıq (80-90%) adenohipofiz, qalxanvarı vəzi və böyrəküstü vəzi tərəfindən qeydə alınmışdır. Endometriya, yumurtalıqlar, andosalpins bu baxımdan nisbətən az (48-60%) həsslığa malikdir. Daha az həssaslıq (13%) uşaqlıq yolu divarları və xarici cinsiyyət üzvləri tərəfindən qeydə alınmışdır. Uzun müddət davam etməyən gec hestoz, zökəm, hamiləliyin vaxtının keçməsi, ekzogen steroidlərin qəbul olunması orqanların morfoloji və funksional dəyişikliklərinin aktivləşməsinə və ya bu orqanların daha erkən bu sistemə daxil olmasına səbəb olur [10,11,12,13,14].

Xronik bətndaxili infeksiya, uzun müddət davam edən gec hestoz, izoseroloji konflikt, ya orqanların funksiyasının tükənməsi, ya da onların funksional çox gec qoşulmasına səbəb olur. Endokrin vəzilərin natamam olması uşaq dünyaya gəldikdən dərhal sonra özünü göstərə bilər. Reproduktiv sistem çatımazlığı isə yalnız pre- və pubertat dövrlərdə özünün göstərir, bu zamna həmun orqanlar böyük rol oynamağa başlayır [10,15,16].

Anada baş verən patoloji gedişatlı hamiləlik sonralar qızda infantilizm və ya uşaqlığın hipoplaziyasına gətirib çıxara bilər. Infantil uşaqlığın yığılma qadbiliyyəti çox aşağıçolur ki, bu da aybaşının uzun müddət gecikməsinə və ya yuvenil qanaxmaların başlanmasına səbəb ola bilər [17,18,19].

Perinatal dövrdə əlverişsiz faktorların təsiri təkcə yenidoğulmuşun vəziyyətinə təsir göstərmir, həm də ontogenezin sonrakı mərhələlərində onun inkişafına mənfi təsir göstərir. Yeniyetmə-qızlarda reproduktiv sistemin pozulması reproduktiv sistemə perinatal dövrün mənfi təsiri ilə şərtlənməsi özünün sinir və endokrin sistemdəki pozuntular ilə göstərir [20].

Hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sistemində neyrohormonal təsirin formalaşması hələ uşaq doğulmadan baş verir, hamiləliyin patoloji gedişatı fetal hipotalamus və dölün yumurtalıqlarına təsir göstərə, hipotalamusun neyrosekretor nüvələrində sitomorfoloji pozuntuların yaranmasına, böyük sayda neyronların məhv olmasına səbəb ola bilər. Bu da nəticədə mərkəzi halqanın pozulmasına gətirib çıxarır.

Hamiləliyin dayanması üçün təhlükə yaradan xronik fetoplasentar çatışmazlıq, bətndaxili infeksiyalar, hestoz ilə pubertat dövrdə sonralar hipotalamik pozuntlar arasında əlqənin olması haqqında göstəricilər vardır. N.V.Kobzayeva (1988), Y.A.Qurkinanın (1998) göstəricilərinə əsasən anada ağırlaşmış hamiləlik ilə onun qızında endokrin vəzilərin bərqərar olması arasında korrelyativ əlaqənin olmasının qeyd edirdilər [21,22].

İ.V.Kuznesova (1988) göstəricilərinə əsasən dölyanı mayenin vaxtından əvvəl açılması, dölün uzun müddət susuz qalması, zəiflik ilə ağıarlaşan doğuş fəaliyyəti, normal yerləşən ciftin vaxtında əvvəl qopması, dölün kəskin asfiksiyası və başqa vəziyyətlər dölün kəskin və ya xronik hipoksiyasına gətirib çıxarır. Bu da reproduktiv sistemin mərkəzi tənzimlənmə mexanizmlərinin patologiyasının formalaşmasına səbəb olur [23,24].

Anada hamiləliyin gedişatının ağırlaşması hipotalamik strukturun disontogenezinə və endokrin vəzi sistemində pozuntulrın baş verməsinə gətirib çıxara bilər. Qızlarda menaxe vaxtından və ya müntəzəm aybaşının başladığı zamandan bir qədər sonra cinsi inkişafın müxtəlif dövrlərində özünü göstərən dominant simptom perinatal övrdə MSS-in hipoksik-işmeik və hipoksik-travmatik zədələnməsi nəticəsində baş verən aybaşı disfunksiyasıdır.

Hestoz və preeklampsiya olan analardan dünyaya gələn yeniyetmə-qızların sağlamlığınını formalaşması və bərqərar olması dəyişilmiş immunhormonal fonda baş verir ki, bu da aybaşı siklinin pozulmasına gətirib çıxarır. Aybaşı funksiyası pozuntular uşaqğın vaxtından əvvəl doğulması, bətndaxili infeksilaşma və perinatal hipertrofiya nəticəsində baş verir. Hypponen E (2004) göstəricilərinə əsasən dölün bədən çəkisi aşağı olduqda reproduktuv sfrada xəstəliklərin baş verməsi riski iki yüksək olur. Hestoz keçirmiş anadan dünyaya gələn döl və yenidoğulmuş üçün MSS tərəfindən pozuntuların (nevroloji pozuntular) olması, serebral disfunksiya, hipotrofiya və fiziki inkişafdan qalma xarakterikdir [25].

Yanaşı gedən somatik faktorun olması hər zaman aybaşı və reproduktiv funksiya üçün ağırlşadırıcı faktor hesab olunur. Ekstragenital xəstəliklıri olan qızlar reproduktiv pozuntuların inkişafı üzrə yüksək risk qrupuna aid edilirlər.

Bəzi müəlliflər (Гуркин Ю.А. (1992), Кузнецова И.В. (1998), Коколина В.Ф. (2000)) pubertatda qızlarda aybaşı funksiyasının inkişaf öpozutnularının genezinə təsir göstərənb faktorlar spektrini aşkar etmişlər. Onların arasında aparıcı yerlərdən birini kəskin və xronik xəstəliklər, intoksikasiya tutur. Belə qızlarda angina, xronik tonzillit, yuxarı tənəffüs sistemində viruslu infeksiya xəstəlikləri, revmatizm daha çox qeydə alınır. Bu xəstəliklər həm yumurtalqılara, həm də hipotalamusa mənfi təsir göstərir [26].

N.N.Antipovanın (2004) göstəricilərinə əsasən xronik tonzillogen infeksiya baş beynin hipotalamik strukturuna mənfi təsir göstərir, bununla da hipotalamus-tonzillyar sinromun yaranmasına səbəb olur. V.İ.Kulakovanın göstəricilərinə əsaəsn (2005) epidemik parotit və qızılca yumurtalıqların follikulyar aparatını zədələyə bilər, zökəm virusu, hemolitik streptokokk isə təkcə yumurtalıqda deyil, həm də endometrdə qabarıq struktur dəyişikliklərinə gətirib çıxara bilər [27].

E.V.Uvarovanın (2006) işlərində qeyd edilmişdir ki, aybaşı siklinin pozulması reproduktiv sisitemin mərkəzi tənzimləmə sistemində psixosomatik pozuntulara, bəbən çəksinin dəyişməsi və ekstragenital xəstəliklərə cavab olaraq partlayış nəticəsində baş verir.

Bəzi müəlliflər hesab edirlər ki, qalxanvari vəzinin funksiyasının dəyişməsi, xüsusilə tireoid hormonların hipersekresiyası beynin hipotalamik strukturunun aktivləməsinə, damarların qanamasına, miometriyanın yığılma qabiliyyətinin aşağı düşməsinə və yuvenil uşaqlıq qanaxmalarına səbəb olur. Qalxanvari vəzidə azhəcmli zədələnmələrin, xüsusilə subklinik hipotireoazla yanaşı olması pubertat dövrdə ayvaşl funksiyası pozuntuları olan qızlarda reproduktiv sistemin tənzimlənmisinin bütün səviyyələrində ağır pozuntular ilə müşayiət olunur [28].

Xronik ekstragenital patologiya (mədə-bağırsaq, böyrək xəstəlikləri və vegetativ-daar distoniyası) qızlarda aybaşı funksiyasının bərqərar olmasına poztuntulara səbəb olur. Onlarda çox zaman birləşdirici toxuma patologiyalarının baş verməsinə gətirib çıxarır. V.İ.Kulakovun göstəricilərinə əsasən (2005) aybşı funksiyasının bərqərar olmnasında patologiyanın baş verməsində hemoztaz sistemində olan pozuntuların da böyük əhəmiyyəti vardır. Hemoztaz sistemi pozuntuları həm irsi, həm də xronik infeksioan faktorlar nəticəsində baş verə bilər. Bu pozuntular qızların qanın laxtalanma sisteminə mənfi təsir göstərir [29].

D.A.Nauri və Q.F.İonov (1998) tərəfindən aşkar edilmişdir ki, qızlarda cinsi yetkinlik dövründə bədən çəkisi defisiti honadotropin, prolaktin, estradiol və progesteronun səviyyəsinin azalmasına gətirib çıxarır. Nəticədə hipotalamus-hipofiz-ovarial sistemin mərkəzi tənzimlənmə mexanizminə mənfi təsir gödtərilir. Artıq bədən çəkisi əksinə olaraq reproduktiv sistemi tənzimləyən qabıqaltı strukturların sürətlə yetişməsinə səbəb olur. Nəticədə erkən menarxe baş verir.

Yuvenil qanaxmalardan əziyyət çəkən yeniyetmə-qızların somatik və reproduktiv sağlamlığı ontogenetik inkişaf mərhələsində bir-birini qraşılıqlı şərtlənən bir sıra xüsusyyətlərə malik olur və genital və ekstragenital xəstəliklərin tezliyinin yüksək olması, fiziki və cinsi inkişafda pozuntuların olması və hormonal statusda disbalansın olması ilə xarakterizə olunur [30,31,32].

Qadın orqanizmində endokrin və immun sistemlər arasında sıx əlaqənin olması sübut olunmuşdur ki, bu da qadın orqanizminin ahəngdar şəkildə fəaliyyət göstərməsinə səbəb olur. Sonrakı nəsillərdə patoloji dominantların toplanması qızlarda reproduktiv sistem pozuntularına gətirib çıxarır. Bu da həm genetik, həm də anada hormonal və immunoloji pozuntulara cavab olaraq qazanılmış antenatal zədələnmələr ilə şərtlənir [33,34].

Qızlarda pubertat dövründə aybaşı funksiyasının bərqərar olmasında somatik və reproduktiv sağlamlığın rolu iki sitqamətdə özünü göstərir: 1.somatik və reproduktiv poblemlərin genetik olaraq ötürülməsi; 2.anada somatik xəstəliklər fonunda və ya xarici mühit təsirləri nəticəsində plasentar çatışmazlığın formalaşması, nəticədə qızda pubertat dövründə neyrohumoral və immun mexanizmlərin tükənməsi fonunda daxili sekresiya vəzilərinin erkən fəaliyyətinə və partlayışmsına səbəb olaraq hipotalamus-hipofiz-ovarial disfunksiyaya gətirib çıxarır [35].

Ontogenezin bütün mərhələlərində ananın sağlamlığı ilə antenatal dövrün gedişatı və uşaqların səhhətinin vəziyyəti arasında dürüst qarşılıqlı əlaqə müşahidə olunur. Sağlam valideynlərin uşaqların səhhətində daha az pozuntular olur. Həzm sistemi patologiyası və ya lor orqanlarda xronik infeksiyaları olan anaların uşaqlarında pozuntuların rastgəlmə tezliyi çox yüksək olur, lakin urogenital xəstəlikləri olan analarına qızlarında daha çox xəstəliklərə rast

gəlinir. Bu da tədqiqatlarda alınan göstəricilər üst-üstə düşür [36].

Ümumi şəkildə qəbul olunmuşdur ki, yuvenil uşaqlıq qanaxmaları tipi üzrə aybaşı pozuntuları hemostazın genetik qüsurları ilə assosiasiya olunur və genetik materialın nəsildən-nəslə ötürülməsi ilə bağlı olaraq ailəvi genetik meyilliliyə malik olur. Müxtəlif reproduktiv pozuntulara ailəvi genetik meyilliliyin yüksək tezliyi qızların ailələrində patoloji effektə malik genlərin yüksək konsentrasiyası ilə bağlı olur. Bu fonda da aybaşı sikli pozuntuları özünü göstərir.

Hormonal və reproduktiv sistemdə piozuntuları olan qızların analarında digərlərinə nisbətən 3 dəfə çox ağırlaşmış mamalıq-ginekoloji enemnez qeydə alınır Ağırlaşmış hamiləlik nəticəsində dünyaya gələn qızlarda hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sistemi, böyrəküstü vəzi və qalxanvarı vəzinin funksional vəziyyəti fizioloji gedişata malik hamiləlik zamanı doğulan qızlara nisbətən fərqli olur.

Velideynlərdə, nənə və babalarda immun və homeostatik sistemin sağlam olmamasına genetik meyillilik onların nəsillərində vaxtından əvvəl qocalma kimi hallara gətirib çıxarır. Yeniyetmə-qızların üçüncü nəslində aybaşı funksiyası pozuntularında özünü göstərir [37,38].

Qadının somatik və reproduktiv sistemin qocalmasının akselerasiyası onların qızlarında aybaşı pozuntularına, energetik, adaptasiya və reproduktiv homeostazın vəziyyətinin pozulduöunu göstərir. Ananın xəstəlikləri sonrakı nəslin reprduktiv sisteminə mənfi təsir göstərir. Puberta dövrdə patologiyaları olan qızların ana və atalarının anamnestik göstəriciləri öyrənildikdə məlum olmuşdur ki, onların anaları 31,4% halda, ataları 21,5% halda xronik xəstəliklərdən əziyyət çəkir. Bunlar əsas etibarilə ürək-damar sistemi və mədə- bağırsaq traktı xəstəlikləridir. Yuvenil uşqlıq qanaxmaları olan qızların valideynləri bir qayda olaraq fizioloji pubertat olan qızların valideynlərindən böyük olmuşdur [39].

Qarşıya qoyulan məslənin həllində valideynlərdən alınan genetik faktorlar böyük əhəmiyyət kəsb edir. Anada ekstragenital xəstəliklər təkcə dölün vaxtında doğulması üçün deyil, həm də onda aybaşı funksiyasının pozulmasına səbəb olur. Erkən manifestasiya isə qadın orqanizminin ümumi adaptasiya imkanlarının nəzərəçarpacaq dərəcədə aşağı düşməsinə gətirib çıxarır. Hamiləlik zamanı anada ekstragenital xəstəliklərin olması qızın reproduktiv funksiyasına mənfi təsir göstərir. Reproduktiv yaşda erkən klinik manifestasiya neyroendoekrin tənzimləmı sisteminin zəif olduğunu və orqanizmin adaptasiya imkanlarının aşağı olduğunu göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Баклаенко, Н.Г. Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков / Н.Г. Баклаенко, JI.В. Гаврилова // Здравоохранение, 2000, №7, с.26-33.
2. Абдул-заде И.Э. Состояние репродуктивного статуса у девочек-подростков при целиакии и хроническом гастродуодените: автореф. дис. . канд. мед. наук. СПб, 2009, 24 с.
3. Абдурахманова Ф.М. Экология и репродуктивное здоровье девушек // Рос. Вестн. акушера-гинеколога, 2002, Т. 2, №3, с. 42-44.
4. Сарбашева М.М. Особенности становления репродуктивной системы у девочек балкарской национальности: Автореф. дис. . канд. мед. Наук. М., 2006, 26 с
5. Беременность и гинекологическое здоровье у подростков / Под ред. Т.С. Быстрицкой, С.С. Целуйко. Ростов-на-Дону: Феникс, 2006, 256 с.
6. Чечулина О.В. Репродуктивный потенциал девочек-подростков // Казанский медицинский журнал, 2007, № 2, с.141-143
7. Kilin H.E., Muller J. The biological aspects of puberty // Pedi-atr.rev., 1996, v.17(3), p.75-86
8. Болова А.А. Прогнозирование особенностей полового развития девочек на основании оценки вегетативной регуляции: автореф. дис. . канд. мед. Наук. М., 2008, 22 с.
9. Борисенко Л.В., Штаркова Н.А. Иммунологические аспекты влияния табакокурения на организм женщины // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина. Акушерство и гинекология, 2002, № 1, с.268-273.
10. Доскин В.А. Келлер Х. М., Мураенко Н.М., Тонкова-Ямпольская Р.В. Морфофункциональные константы детского организма. М.:Медицина, 1997, 228 с.
11. Буралкина, Н.А. Роль социального статуса в репродуктивном здоровье подростков // Проблемы репродукции. Специальный выпуск., 2009, с.12.
12. Дмитриева Т.Б. Игонин А.JI., Клименко Т.В. и др. Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением опиоидами, каннабиноидами, седативными и снотворными препаратами // Наркология, 2003, № 1, с. 35-38

13.Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Тузикова Т.Б. Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным поведением / // Наркология, 2005, № 5, с.43-47

14.Довганенко Р.С. Плаксина Н.Д., Семятов С.М. Особенности физического и полового развития девочек в условиях г. Новый Уренгой // Научный вестник Ханты-Мансийского государственного медицинского института, 2006, № 1, с. 81-82

15. Довганенко Р.С. Региональные особенности репродуктивного здоровья девушек-подростков Приполярья (на примере г. Новый Уренгой): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007, 18 с.

16.Додонов А.Н., Гайсина М.В. Результаты прерывания беременности ранних сроков медикаментозным абортом // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология», 2009, № 7, с.170-174.

17.Егорова Г.Н. О роли санитарно-просветительской работы с подростками по профилактике абортов / Молодежь в новом веке: проблемы здоровья и воспитания: материалы X междунар. науч.-практ. конф. Хабаровск, 2002, с.70-72.

18.Ильин А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения: Автореф. дис. . д-ра. мед. Наук. М., 2005, 54 с.

19.Лещенко О.Я., Сутурина Л.В. Условия жизни и репродуктивные установки девочек-подростков современного села // Репродукт. здоровье детей и подростков, 2009, №1, с. 24-27.

20.Искра И.П. Особенности полового созревания у девушек-подростков различных соматотипов и его зависимость от медико-социальных факторов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Барнаул, 2006, 22 с.

21. Казакова Ю.А. Особенности формирования репродуктивного здоровья девушек с пролапсом митрального клапана / Матер. IV съезда акуш.-гинек. России. М., 2008, с.369-370.

22. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Современные лечебно-диагностические технологии в детской гинекологии // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2005, № 1, с.11-15

23.Хамадьянов У.Р., Муслимова А.Р. Гинекологическая заболеваемость девочек и девушек-подростков в условиях крупного промышленного города // Журнал акушерства и женских болезней, 2001, Т.50 , №4, с.46-51

24.Sotomayor K., Garcia A., Butte K., Cid F. Menstrual disorders in adolescents / 14th World Congress on Pediatric and Adolescent Gynecology: Final Programme & Book of Abstracts. Greece, 2004, p. 124

25.Лукина Н.А., Лукин А.Ю., Ушакова Г.А., Черняева В.И. Организационная система охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков в Кемеровской области / Мать и Дитя: материалы V Рос. форума. М., 2003, с.382-383.

26.Окраинская О.А., Брюхина Е.В. Опыт взаимодействия центра по охране репродуктивного здоровья подростков- с образовательными учреждениями // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2008, № 5, с.11-13.

27.Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Семятов С.М. и др Профилактика осложненного течения беременности ранних сроков. М.: Изд-во РУДН, 2005, 57 с.

28.Hollingsworth D., Kotchen T., Felice M. Impact of gynecologic age of outcome of adolescent pregnancy // Premature adolescent pregnancy and parenthood. N.Y, 1983, p.43-45.

29.Островская Е.А., Гуркин Ю.А. Медико-социальный прогноз последствий беременности материнства в подростковом возрасте // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2009,№ 4, с.15-22

30.Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Абдуллаева Р.Г., Лебедева М.Г. Гормональная контрацепция лечение и профилактика репродуктивных нарушений у девушек-подростков // Доктор. Ру, 2008, № 6, с.4-14.

31. Серов В.Н., Кожин А.А. Эколого-генеративный диссонанс и патофизиологические аспекты нарушений генеративной функции центрального генеза // Акушерство и гинекология, 1988, №8, с.12-14.

32.Faraci M., Haupt R., Dallorso S. et al. Long term ovarian function after total body irradiation in girl / 14th World Congress on Pediatric and Adolescent Gynecology: Final Programme & Book of Abstracts. Greece, 200, p.49

33.Серов В.Н. Профилактика осложнений беременности и родов // Русский медицинский журнал, 2003, Т. 11, № 16, с.889-892

34.Ткаченко Л.В. Алгоритм выявления факторов риска для формирования репродуктивной функции женщин / Мать и дитя: материалы VI Рос. Форума. М., 2004, с.505.

35.Кругликовская Т.Н., Шилова О.Ю. Оптимизация комплекса мер по сохранению репродуктивного здоровья подростков // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии, 2000, Вып. 7, с.364-367.

36.Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Несвяченая Л.А. Оптимизация репродуктивного поведения подростков- резерв снижения материнскойсмертности юных женщин // Русский медицинский журнал, 2007, №22, с.3-7

37.Ходжаева А.С., Джураева Д. Факторы риска развития репродуктивных нарушений в популяции современных девочек-подростков Узбекистана // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2009, № 4, с.56-61

38.Karama E., Kyprid K., Salamoun M. Alcohol use among college students: an international perspective: conclusions // Curr Opin Psychiatry, 2007, v. 20, № 3, p. 213-221

39.Grambach M.M., Conte F.A. Disorders of sex differentiation. Williams Textbook of Endocrinology / Eds J.D. Wilson, D.W. Foster. Philadelphia: Saunders, 1992, p.924

Резюме

Основные факторы риска формирования репродуктивного здоровья девушек-подростков

Н.М.Камилова, Ш.М.Халилова

Первое место в структуре гинекологической заболеваемости подростков занимают нарушения менструальной функции, значительно превышая частоту таковых у женщин фертильного возраста. Становление менструальной функции девочек в период пубертата является интегрированным показателем состояния их системы репродукции. Разнообразные патологические воздействия внешней и внутренней среды могут приводить к дискоординации деятельности отдельных звеньев репродуктивной системы девочки, а в дальнейшем к нарушениям становления менструальной функции, ановуляции, гинекологическим новообразованиям и бесплодию. Наличие экстрагенитальных заболеваний матери в период вынашивания беременности оказывает негативное влияние на состояние репродуктивного здоровья дочери. Ранняя клиническая манифестация нарушений соматического здоровья в репродуктивном возрасте является отображением несостоятельности нейроэндокринной регуляции и снижения общих адаптационных возможностей в организма женщины.

Summary

The main risk factors of reproductive health of adolescent girls

N.M. Kamilova, Sh.M.Xalilova

First place in the structure of gynecological morbidity teenagers occupy menstrual disorders, far exceeding the frequency of those in women of childbearing age. Becoming menstrual girls during puberty is an integrated indicator of their reproductive system. A variety of pathological effects of internal and external environment can lead to incoordination of the activities of individual units of the reproductive system girls, and later to the establishment of the menstrual function disorders, anovulation, infertility and gynecological neoplasms. The presence of extragenital diseases of the mother during gestation pregnancy has a negative impact on the reproductive health of his daughter. Early clinical manifestation of physical problems in the reproductive age is a reflection of the insolvency of neuroendocrine regulation and reduce the overall adaptation possibilities in the female organism.

Daxil olub: 24.06.2014

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ÜZ NAHİYƏSİNİN BAZAL HÜCEYRƏ XƏRÇƏNGİ ÜÇÜN VAHİD METODLU MÜALİCƏ KİMİ AYAQCIQLI ALIN FLEPİNİN (DƏRİ PARÇASININ) TƏTBİQİ

Ə.C.Əliyev
Milli Onkologiya Mərkəzi;
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

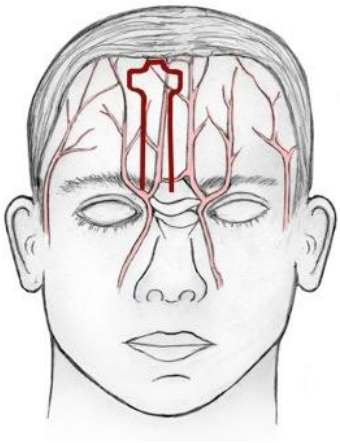
Açar sözlər: üz nahiyəsi, bazal hüceyrələr, xərçəng, ayaqcıqlı flep, dəri parçası
Ключевые слова: область лица, базальные клетки, рак, флеп с ножками, лоскут кожи
Keywords: face area, basal cell carcinoma, with legs flip, flap of skin

Bazal hüceyrə karsinoması (BHK) bütün dünyada ən geniş yayılmış xərçəng hesab edilir [1]. Adətən Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı onu histoloji nöqteyi nəzərdən ləng yayılan və demək olar ki, heç vaxt metastaz verməyən lokal invaziv dəri şişi kimi müəyyən edir. O, epidermis və ya tük follikullarından və epidermisin bazal hüceyrələrini stimulyasiya edən periferik hüceyrələrdən inkişaf edir [2]. O, adətən qeyri melanoma xərçənglərinin 75 %-ni təşkil edir. Adətən bu, həyatı boyu tez-tez günəş və ultrabənövşəyi şüalanmaya məruz qalan yaşlı xəstələrdə baş verir. Adətən, bazal hüceyrə karsinoması burun, alın, yanaqlar və s. kimi örtülməyən nahiyələrdə müşahidə olunur. Ən çox rast gəlinən nahiyələr göz qapaqları və burundur. Bu, daha çox kişilərdə və yaşlılarda müşahidə olunur, lakin daha gənc xəstələrdə də rast gəlinə bilər. Adətən şiş qeyri-aqressiv olur və müxtəlif metodlar vasitəsilə müalicə oluna bilər: cərrahiyyə, krioterapiya, radioterapiya və qaşıyıb təmizləmə [3]. Digər daha az tətbiq olunan müalicə metodları 5-futorarasil məlhəmi, lazer müalicəsi və sistemli kimyəvi terapiyadır [4]. Müalicənin seçilməsində, şişin histoloji tipi, anatomik lokalizasiyası, yayılma riski və dəri flepi metodikasının məhdudiyyətləri nəzərə alınmalıdır. Yaranmış defektin aradan qaldırılması, əməliyyatdan öncə planlaş-dırılmalıdır, çünki bütün nahiyə şişdən təmizləndikdən sonra rekonstruksiya həyata keçirilməlidir. Alın flepi supraorbital/sup-ratrochlear arteriaylarla qidalanan aksial flepdir. Bu, burnun rekonstruksiyasında geniş istifadə olunur [5].

Hazırki tədqiqat işinin **məqsədi** 2 addımlı müdaxilə kimi üz nahiyəsinin bazal hüceyrə karsinomasının kəsilib götürülməsi və alın flepi ilə rekonstruksiyasının nəticələrinin təhlilindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Xəstə 60 yaşındadır və onun burnunun ətrafında 2 sm ölçüsündə bazal hüceyrə karsinoması vardır. Xəstədə bazal hüceyrə karsinomasının cərrahi yolla kəsilməsi və defektin alın flepindən istifadə edilərək rekonstruksiyası əməliyyatı həyata keçirilmişdir. Cəmi bir xəstə olmuşdur. Cərrahi müdaxilədən əvvəl BHK diaqnozu insizional biopsiya ilə təsdiq olunmuşdur. Bir il müddətində xəstədə heç bir lokal və yaxud distant metastaz qeydə alınmamışdır. Həmçinin residiv baş verməmişdir. Müşahidənin müddəti bu dövrə qədər bir ildir.

Cərrahiyə proseduru. Alın flepi adətən 2 addımlı prosedur ilə həyata keçirilir və ən yaxşı estetik



nəticələr əldə oluna bilər. Cərrahiyyə əməliyyatından əvvəl, xəstələr nəticənin necə olacağı və hansı növ ağırlaşmaların baş verəcəyi barədə mütəxəssisin məsləhətini nəzərdən keçirməlidir. Şişin sahəsindən və ölçüsündən asılı olaraq əməliyyatqabağı planlaşdırma hərtərəfli şəkildə həyata keçirilməli və flepin forması nəzərdən keçirilməlidir. Yaraya qulluq təlimatları

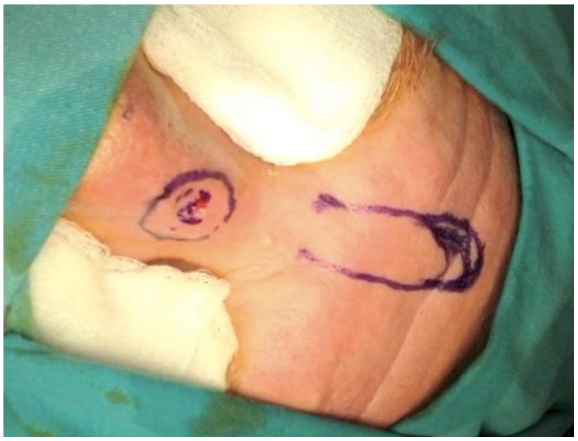
müzakirə olunmalıdır. Kənarları ilə şişin sahəsi qeyd olunmalı və həmçinin flepin ölçüləri nişanlanmalıdır.

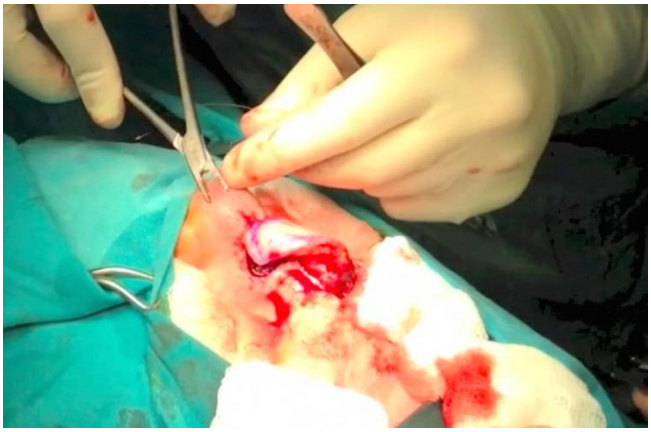
Paramedial alın flepinin tətbiqi ilə burnun rekonstruksiyası burunun qüsurlarının müxtəlif növlərini rekonstruksiya etmək üçün cərrahiyə üsuludur. Bu zaman, biz qaşın yuxarısında alının dərisindən istifadə edirik və çatışmayan burun toxumasını əvəz etmək üçün onu şaquli istiqamətdə fırladırıq. Çox illər müddətində, bu üsula bir çox müxtəlif cərrah tərəfindən dəyişiklik olunub və tənzimləmə aparılıb və bu, burun qüsurlarının aradan qaldırılmasının məşhur yolu olması üçün inkişaf etdirilmişdir.

Alın flepi adətən burundakı qüsur 1.5 sm-dən çox olduğu halda tələb olunur. Bizim halımızda bu 2 sm-dir. Əgər qüsur kiçik olarsa və səthi olarsa, defekt, dəri qrefti ilə və ya kiçik flep ilə bərpa oluna bilər.

Burun qüsurları əsasən bazal hüceyrə karsinoması və ya epidermoid hüceyrə karsinoması kimi bədxassəli dəri şişlərinin kəsilməsindən irəli gəlir. Adətən, burunda qüsur dəri xərçəngini aradan qaldırmaq üçün Mohs cərrahiyyə əməliyyatından sonra yaranır. Əksər hallarda Mohs əməliyyatından əvvəl həkimlər qüsuru bərpa etmək üçün alın flepinin lazım olacağını proqnozlaşdırır və xəstəyə nə gözləyəcini əvvəlcədən söyləyə bilir. Alın flepi öz ölçüsü, üstün qan damarlarının olması, dəri rəngi, toxumalar və qalınlığına görə burundakı qüsurları təmir etmək üçün ən yaxşı donor sahə hesab olunur. Ayrıca olaraq, alın dərisinin rəngi və toxuması dəqiq olaraq burunun dərisinə uyğun gəlir, odur ki, alın flepi burunun rekonstruksiyası üçün belə çox istifadə olunur.

Cərrahi rekonstruksiya. Biz alın flepini iki mərhələdə həyata keçirmişik: Birinci mərhələ. Prosedurun bu hissəsi ümumi anasteziya altında həyata keçirilir. Kağız parçasından istifadə edərək şablon hazırlanır və burunun dəqiq simmetrik rekonstruksiyasını hazırlamaq üçün burunun zədələnməmiş hissəsindən planlaşdırılır. Qüsuru xatırladan şablon tüklərin başladığı naihyənin altında yerləşdirilir və dəri körpüsü aşağıya doğru qaşa qədər dartılır. Dəri şablona uyğun olaraq kəsilir və qapaq yuxarıdan aşağıya çevrilir və burunun qüsur sahəsinə yerləşdirilir. Bu zaman çox xırda tikişlərdən istifadə olunur. Bizim xəstədə dayaq və buruna düzgün forma vermək üçün əlavə qığırdaq hissələrinə ehtiyac olmamışdır. Flep götürülmüş nahiydə yaranmış "Donor" qüsuru kiçik ölçülü olmuşdur. Qüsur T-formalı tikişlə qapadılmışdır. Birləşən toxumalar şaquli və üfüqi istiqamətdə birlikdə tikilmişdir. Alın flepi iki həftədə bölünmüşdür.





Şək. 1. İlkin nişanlamalar daxil olmaqla bazal hüceyrə karsinomasının əməliyyat qabağı təsviri

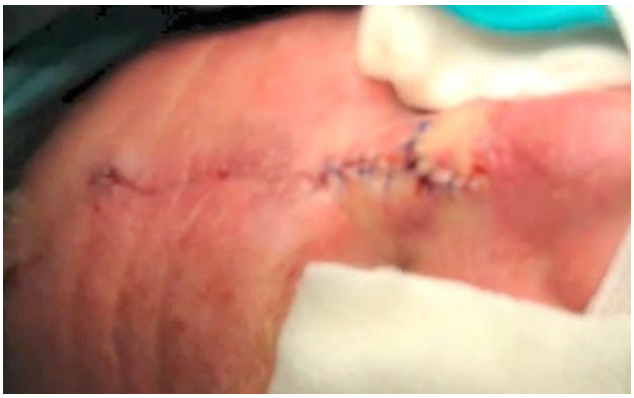
Şək. 2. Flep köçürülməsi

Xəstələr evə növbəti gün buraxılırlar. 7-10 gün ərzində ağrıkəsici preparat kimi Ibuprofen 600 mq verilir və əməliyyat yarasının gündə 3-4 dəfə tikiş xəttinin ətrafı boyunca xlorheksidinlə işlənməsi və antibiotik məlhəmin tətbiq olunması tövsiyə edilir. İkinci mərhələ iki həftə sonra həyata keçirilir, bu zamana qədər dəri parçası (flepi) resipient nahiyədə sağalmış olur. Bu mərhələdə dəri parçası ayaqcıqdan ayrılır və alının aşağı hissəsi təkrar açılır. Daha yaxşı estetik nəticə əldə etmək üçün resipiyent sahəyə dəyişiklik edilir.

Xəstə həmin günü evə buraxılmışdır və tikişlər 10 gün ərzində sökülmüşdür.




Şək. 3. Flep və alnın tikilməsi

Şək. 4. Flepin ayrılması və yaranın tikilməsi




Şək.5. Üç həftədən sonra xəstənin görünüşü

Şək. 6. Beş aydan sonra yekun nəticə

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Xəstə heç bir infeksiya və ya anesteziyadan sonrakı ağırlaşma olmadan cərrahiyyə proseduruna çox yaxşı davam gətirdi. Dəri parçasında nekroz müşahidə olunmadıç dəri tamlığı tam bərpa olundu. Bir il ərzində xəstə müşahidə altında saxlandı və şişin residivi müşahidə olunmadı. Kosmetik baxımdan demək olar ki, bir az rəng uyğunsuzluğu var, lakin ümumi estetik nəticə qəbul olunan səviyyədədir. Xəstə flepin kiçildilməsindəm imtina etmişdir, çünki, estetik olaraq, nəticə xəstə üçün qəbul

olunan olmuşdur və xəstə flepin funksional və estetik nəticələrindən çox razı qalmışdır.

Bazal hüceyrə karsinoması yavaş –yavaş böyüyür və ağrısızdır. Asanlıqla qanayan və ya uzun müddət sağalmayan yara bazal hüceyrə karsinoması üçün şübhəli ola bilər. Bu xərçənglərin əksəriyyəti üzün mərkəzi hissəsində olduğu kimi müntəzəm olaraq gün işığı və ya digər ultra bənövşəyi radiasiyaya məruz qalan dəri sahələrində baş verir [6]. Onlar həmçinin baş dərisində də baş verə bilər. Əksər hallarda xəstələrin anamnezində ictimai hobbi (yay aylarında uzunmüddətli üzgüçülük) və iş fəaliyyəti (fermerlər) səbəbindən uzunmüddətli günəş şüalarının təsiri qeyd olunur. Bütün hallarda lezionlar üzün mərkəzi hissəsində meşahidə olunur ki, bu nahiyənin günəşə məruz qalması daha intensivdir.

Bazal hüceyrəli dəri xərçəngi 40 yaşından yuxarı insanlarda daha çox rast gəlinir[7]. Bizim xəstə (100 %) 60 yaşındadır, çünki dəridə bədxassəli dəyişiklikləri təsdiq etmək etmək üçün uzun müddət və təkrari günəş şüalarının təsiri vacib amil hesab olunur.

Bazal hüceyrəli dəri xərçəngləri demək olar ki heç vaxt yayılmır, lakin metastazların müşahidə olunması barədə bəzi məlumatlar var. Əgər müalicə olunmazsa o, ətraf sahələrə də yayıla bilər və yaxınlıqda olan toxumalar və sümüyü zədələyə bilər [8,9]. Bizim müşahidə etdiyimiz xəstələrdə metastaz qeydə alınmamışdır. Bəzən üz nahiyəsində çoxsaylı yaralar qeyd olunur və yeni yaralar müxtəlif müşahidə illərində baş verə bilər, çünki, meyltörədən amillər dərinin müxtəlif nahiyələrində geniş və diffuz dəyişikliklərə yol açır [10]. Bizim xəstələrdə, ilkin təqdimat zamanl heç bir xəstədə üz nahiyəsində çoxsaylı yaralar olmamışdır. Residivin dərəcəsinin 6 və 10 % arasında olması barədə məlumatlar var [11]. Bizim xəstəmizdə 1-illik müşahidə müddətində heç bir residiv qeydə alınmamışdır. Supratrochlear arteriya və ya səthi gicgah arteriyasının frontal şaxəsi ilə qidalanan ayaqcıqlı dəri parçası ilə 1-mərhələli əməliyyatlar barədə ədəbiyyatda məlumatlar var, ancaq, iki mərhələli rekonstruksiya ilə (xüsusilə daha yaşlı xəstələrdə) daha yaxşı nəticələr əldə olunur.

Cərrahi müalicə üçün meyarlar yaraların ölçüsü, dərinliyi və yerləşdiyi yerdən asılı olaraq dəyişir. Məqsəd şişin radikal şəkildə 5 mm sərbəst kənarlarla kəsilməsi və rezeksiya zamanı dəri büküşlərinin nəzərə alınması, eləcə də çox cüzi kosmetik deformasiya ilə rekonstruksiyanın aparılması olmuşdur. Odur ki, biz, xəstəmizin müalicəsi üçün 2 mərhələli alın flepi ilə rekonstruksiya əməliiaytı seçmişik.

Bizim göz qapağını rekonstruksiya etmədiyimizə baxmayaraq, bu flep göz qapağını rekonstruksiya etmək üçün də istifadə oluna bilər. Dərinin bədxassəli şişlərinin kəsilməsindən sonra periokulyar rekonstruksiyaya sabit göz qapağı kənarının təmin edilməsi, müvafiq simmetriyanın təmin edilməsi, ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün göz qapağının müvafiq şəkildə bağlanmasının təmin edilməsi, maksimum funksiya üçün göz qapağının üfüqi və şaquli ölçülərinin təmin edilməsi daxildir [13,14]. Göz qapağı qüsurlarının rekonstruksiyası üçün müxtəlif lokal fleplərdəm istifadə olunmasına baxmayaraq [15, 16], biz alın flepini bu qüsurlar üçün ən çox uyğun gələn hesab edirik. Faktiki olaraq, biz inanırıq ki, bu periokulyar rekonstruksiya prinsiplərinə cavab verdiyi üçün əsasən böyük qüsurlarda seçim kimi nəzərdən keçirilməlidir. Dəri parçasının yaxınlığı və onun hərəkətliliyi sabit göz qapağının kənarını təmin etməyi asanlaşdırır. Dəri parçası zəngin qan təchizatı ilə aksial növlüdür və odur ki, o, gərginlik və ya şaquli göz qapağı çatışmazlığı olmadan böyük qüsurların müvafiq rekonstruksiyasını təmin etmək üçün qənaətbəxş ölçüdə ola bilər. Flepin distal kənarının qan təhcizatının yaxşı olması göz qapağı qüsurlarında və konyunktivanın rekonstruksiyasında da bu metodun üstünlüyünü təsdiq edir.

Bizim xəstədə həyata keçirilən burnun rekonstruksiyası üçün, orta xətli alın dəri parçası kiçik və böyük burun qüsurları daxil olmaqla istənilən burun rekonstruksiyası üçün örtük kimi istifadə oluna bilər. Bu flepdən istifadə edərək, estetik və funksional cəhətdən üz ilə yaxşı uyğunlaşan burun formalaşdırıla bilər. Qağayı formalı dəri parçası trochlear arteriyanın şəxələrindən biri ilə qidalanır. Onun şaquli oxu alının orta xətti üzərində yerləşir və qanadlar əks tərəflərdə olan dəri büküşləri nahiyəsində olur. Alın flepi yeni burunu əhatə etmək üçün qaldırılır və 180^0 çevrilir [17].

Bütün bu üstünlüklərə baxmayaraq, bu metodun çatışmayan cəhətləri də göstərilməlidir. Bunlara prosedurun iki mərhələli olması, rəng uyğunsuzluğu, flepin bütövlüyü və donor sahənin çapığı daxildir.

Həmçinin nadir ağırlaşmalar da vardır, məsələn, sepsis və nekroz, hansı ki, dəri parçasına zərif şəkildə qayğı göstərilməsi, antibiotiklər, çoxlu maye qəbulu, ayaqciğın artıq dərəcəli burulmasından qaçılması kimi tədbirlərlə aradan qaldırıla bilər [18].

Üz nahiyəsi dəri xərçənginin ən çox rast gəlinən nahiyələrindən biridir və tez-tez şişin cərrahi yolla kəsilməsindən sonra rekonstruksiya üçün cidd çətinliklər müşahidə olunur. Xərçəngin götürülməsi ilə yaranan qüsurların rekonstruksiyası dəri xərçənginin müalicəsində ikincili məqsəd hesab olunur. Şişin tam götürülməsi isə birincili məqsəddir. Şişin residivi müşahidə olunarsa olan üz nahiyəsində ən yaxşı rekonstruktiv müdaxlə belə adətən uğursuz olur. Alın flepi geniş üz qüsurlarının bərpası üçün üçün ən yaxşı metodlardan biridir. Bu metodla çox uğurlu funksional və kosmetik nəticələr əldə oluna bilər. Müdaxilənin düzgün icrası üçün əhəmiyyətli texniki bacarıq və təcrübə tələb olunur. Əməliyyat qabağı məsləhətləşmə həyati vacibdir. Həmçinin, anatomiya və estetikanın ətraflı başa düşülməsi tələb olunur.

ƏDƏBİYYAT

1. Lin H.Y., Cheng C.-Y., Hsu W.-M. et al. Incidence of eyelid cancers in Taiwan. A 21-year review // Ophthalmology, 2006, v.113, N11, p. 2101-2107
2. Jacobs G.H., Rippey J.J., Altini M. Prediction of aggressive behavior in basal cell carcinoma // Cancer, 1982, v. 49, N3, p. 533–537
3. Lalloo M.T., Sood S. Head and neck basal cell carcinoma: treatment using a 2-mm clinical excision margin // Clinical Otolaryngology and Allied Sciences, 2000, v.25, N5, p.370-373
4. Tiftikcioğlu Y.Ö., Karaaslan Ö., Aksoy H.M. et al Basal cell carcinoma in Turkey // Journal of Dermatology, 2006, v.33, N2, p.91-95
5. Paddack A.C., Frank R.W., Spencer H.J. Outcomes of paramedian forehead and nasolabial interpolation flaps in nasal reconstruction // Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2012, v.138, N4, p.367-371
6. American Academy of Pediatrics, "Policy statement-ultraviolet radiation: a hazard to children and adolescents // Pediatrics, 2011, v.127, N3, p. 588-597
7. American Cancer Society, Facts & Figures. American Cancer Society, Atlanta, Ga, USA, 2011.
8. Akinci M., Aslan S., Markoç F. et al. Metastatic basal cell carcinoma // Acta Chirurgica Belgica, 2008, v.108, N2, p.269-272
9. Vu A., Laub D. Metastatic basal cell carcinoma: a case report and review of the literature // Eplasty, 2011, v.11.
10. Mohanty P., Mohanty L., Devi B.P. Multiple cutaneous malignancies in xeroderma pigmentosum // Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology, 2001, v.67, N2, p.96-97
11. Mc Loone N.M., Tolland J., Walsh M., Dolan O.M. Follow-up of basal cell carcinomas: an audit of current practice // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2006, v.20, N6, p. 698-701
12. Xiang X.F., Cheng B., Tang J.B. et al. The scalping forehead flap for 1-stage reconstruction of large facial defects after tumor resection // The J of Craniofacial Surgery, 2013, v.24, N4, p.346-347
13. Hayano S.M., Whipple K.M., Korn B.S. et al Principles of periocular reconstruction following excision of cutaneous malignancy /\ Journal of Skin Cancer, 2012, v.2012, p.6
14. Czyz C.N., Cahill K.V., Foster J.A. et al. Reconstructive options for the medial canthus and eyelids following tumor excision // Saudi Journal of Ophthalmology, 2011, v.25, N1, p.67-74
15. Ng S.G.J., Inkster C.F., Leatherbarrow B. The rhomboid flap in medial canthal reconstruction // British Journal of Ophthalmology, 2001, v.85, N5, p.556-559
16. Yan J., Liu L., Qian J. Reconstruction of upper eyelid and medial canthus following basal cell carcinoma resection: a successful one-stage repair with three local flaps // International Journal of Dermatology, 2013, v.52, N5, p. 611-613
17. Millard D.R. "Midline forehead skin flap," in Grabb's Encyclopedia of Flaps / Ed., S. Berish, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa, USA, 2009. v.1, p. 99-100,
18. Hoffman H.T., Baker S.R. Nasal reconstruction with the rapidly expanded forehead flap // Laryngoscope, 1989, v.99, N10 I, p.1096-1098

Резюме

Применение лоскута лба (флепа на ножке) как единственного метода лечения базально-клеточного рака центральной части лица

А.Дж.Алиев

Базально-клеточная карцинома (БКК) является наиболее распространенной формой рака во всем мире. Обычно она локально-инвазивна и не метастазирует. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, БКК- это "локально инвазивная, медленно

распространяющаяся опухоль, которая редко метастазирует и возникает в эпидермисе или в волосяных фолликулах, где периферийные клетки обычно стимулируют базальные клетки эпидермиса." В статье представлен материал по изучению БКК и ее хирургическому иссечению и реконструкции лоскутом лба.

Summary

Surgical excision with forehead flap as single modality treatment for basal cell cancer of central face

A.J.Aliyev

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common cancer worldwide. Usually it is locally invasive and does not metastasize. WHO (World Health Organization) defined as “locally invasive, slow spreading tumor, which rarely metastasize, arising in the epidermis or hair follicle where the peripheral cells usually stimulate the basal cells of epidermis.” In this article, we will discuss the management of BCC of central face-nose with surgical excision and reconstruction with forehead flap as a single modality treatment.

Daxil olub: 17.04.2014

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕХ ПРОГРАММ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Н.М.Нагиева, М.К.Мамедов

Азербайджанский медицинский университет,
Национальный центр онкологии, г.Баку

Açar sözlər: xronik B hepatiti virusu, virusəleyhinə müalicə, effektilik
Ключевые слова: хронический вирусный гепатит В, противовирусная терапия, эффективность
Key words: chronic viral hepatitis B, antiviral therapy, the effectiveness

Как известно, в основу хронологически первого эффективного метода этиотропного лечения больных хроническим гепатитом В (ХГВ) было положено продолжительное введение препаратов человеческого интерферона (ИФН), в качестве которых первоначально использовались препараты натурального и рекомбинантного ИФН (р-ИФН), на смену которым в конце 90-х гг XX в пришли препараты пегилированного ИФН (ПЭГ-ИФН) [1, 2].

Ранее мы опубликовали результаты проведенного нами сравнения эффективности препаратов р-ИФН и ПЭГ-ИФН, использованных нами для лечения ХГВ, мы отметили, что использование повышенных доз р-ИФН обеспечило почти такую же конечную эффективность противовирусной терапии (ПВТ), как и применение препаратов ПЭГ-ИФН [3]. В указанном наблюдении, как и в целом ряде других аналогичных наблюдениях, эффективность монотерапии при лечении больных ХГВ препаратами р-ИФН оставалась недостаточно высокой, а частота регистрации устойчивого вирусологического ответа (УВО), как правило, едва достигала 50% [4, 5].

Именно последнее обстоятельство стимулировало интенсивный поиск путей повышения действенности ПВТ, в результате которого были разработаны принципы комбинированной ПВТ больных ХГВ и примерно в одно время внедрены в практику 2 программы такой терапии.

Первая программа была основана на применении препарата р-ИФН в комбинации с пероральным приемом противовирусного препарата "ламивудин"- одного из структурных аналогов зидовудина, изначально использованного для лечения больных с ВИЧ-инфекцией [6]. Судя по сообщениям, опубликованным в то время, применение такой комбинированной ПВТ позволяло повысить частоту регистрации УВО [7].

Вторая программа предполагала применение одного из препаратов р-ИФН в комбинации с тимозином-альфа1, обладавшим выраженной иммунотропной и противовирусной активностью и нашедшим применение в лечения больных ХГВ [8].

Вместе с тем, обе рассмотреные программы предусматривали применение препаратов р-ИФН, а после внедрения в практику препаратов ПЭГ-ИФН их применение практически прекратилось. Между тем, возможность дальнейшего повышения эффективности ПВТ за счет применения ПЭГ-ИФН с ламивудином и тимозином-альфа1 и сравнительная оценка эффективности таких комбинаций специально не исследовалась. Приняв это во внимание мы решили провести такое исследование на сравнительно небольшой группе больных ХГВ.

В настоящем сообщении приведены данные, отражающие основные результаты наших собственных клинических наблюдений, проведенных в Центральной больнице нефтяников и Мемориальной клинике Н.Туси в г.Баку за период с 2009 г до середины 2014 г и посвященных оценке эффективности ПВТ, проведенной по трем разным программам.

Материалы и методы исследования. В наблюдение было вовлечено 115 больных ХГВ обоего пола и в возрасте от 18 до 40 лет. Все больные были первичными (т.е. ранее не получали какую-либо ПВТ).

Из числа этих больных у 74 пациентов заболевание было вызвано HBeAg-позитивным вирусом, а у 41 больного ХГВ был вызван HBeAg-негативным вирусом. Все больные имели не менее 4-х предикторов курабельности ХГВ и не имели каких-либо прямых противопоказаний к назначению тех лекарстеных проепаратов, которые использовали для их лечения.

Лечение этих больных ХГВ проводили по одной из 3 программ.

1-я программа ПВТ представляла собой монотерапию препаратом ПЭГ-ИФН, а именно только пегасис, парентерально (подкожно) вводимый в дозе 180 мг раз в неделю в течение 24 недель. Эту программу мы рассматривали как стандартную.

2-я программа ПВТ включала парентеральное введение пегасиса в дозе 180 мг раз в неделю в течение 24 недель и одновременный ежедневный пероральный прием таблеток ламивудиа в форме препарата "зеффикс" (ЗЕФ) в дозе 100 мг в также течение 24 недель.

3-я программа ПВТ включала парентеральное введение пегасиса в дозе 180 мг раз в неделю в течение 24 недель и одновременное подкожное введение тимозина-альфа1 в форме раствора препарата задаксин (ЗАД) в разовой дозе 1,6 мг в режиме 2 инъекции в неделю в течение 24 недель.

Число больных ХГВ, получивших противовирусное лечение по перечисленным трем программам приведено ниже в таблице. Все больные помимо указанных препаратов на протяжение всего курса лечения ежедневно принимали урсодезхоксихолевую кислоте в суточной дозе от 500 до 750 мг.

Для своевременного выявления лабораторных признаков развития токсических побочных эффектов ПВТ кровь больных регулярно исследовалась для определения гематологических показателей и функционального состояния почек.

Развитие терапевтического эффекта на протяжение всего лечения динамически мониторировалось путем определения уровня билирубина, активности "печеночных" ферментов, а также ДНК ВГВ в крови. Основным показателем финальной эффективности ПВТ и стабильности достигнутого терапевтического эффекта служила частота регистрации УВО; ее определяли по отсутствию в крови пациентов вирусной ДНК через 6 месяцев после завершения лечения.

Терапевтический эффект оценивали отдельно в группе больных ХГВ, вызванным HBeAg-позитивным ВГВ и в группе больных ХГВ, вызванным HBeAg-негативным ВГВ.

Результаты и обсуждение. В приведенную ниже таблицу сведены результаты 6-ти месячного наблюдения за больными ХГВ, которые получили лечение по трем указанным программам.

В первую очередь отметим, что во всех группах больных ХГВ, получивших ПВТ, частота регистрации УВО у пациентов с HBeAg-негативным вариантом заболевания оказалась ниже таковой у пациентов с HBeAg-позитивным гепатитом.

Проведя несложный расчет, мы установили среднюю частоту регистрации УВО, отмеченную в общих группах больных HBeAg-позитивным и HBeAg-негативным ХГВ. Очевидно, что если у первых этот показатель равнялся 51,4±5,8%, то у последних он составлял лишь 31,7±7,3%.

Учитывая, что при сравнении этих показателей величина t оказалась равной 2,1, можно полагать, что различие между ними носит статистически устойчивый характер в интервале $p<0,05$.

Таблица

Результаты лечения больных HBeAg-позитивным ХГВ и HBeAg-негативным ХГВ с использованием 3 различных программ ПВТ с использованием зеффикса и задаксина в течение 24 недель

Группы больных	Профиль инфекции	Программа лечения	Число больных	Частота регистрации УВО
1-я	HBeAg+	ПЕГ	30	14 / 46,7±9,1%
	HBeAg-	ПЕГ	12	3 / 25,0±12,6%
2-я	HBeAg+	ПЕГ + ЗЕФ	32	16 / 50,0±8,8%
	HBeAg-	ПЕГ + ЗЕФ	15	4 / 26,7±11,4%
3-я	HBeAg+	ПЕГ + ЗАД	12	8 / 66,7±13,6%
	HBeAg-	ПЕГ + ЗАД	14	6 / 42,9±13,2%
СОКРАЩЕНИЯ: УВО - устойчивый вирусологический ответ; ПЕГ - пегасис ЗЕФ - зеффикс; ЗАД - задаксин				

Из таблицы следует, что применение 1-й программы ПВТ, т.е. монотерапии пегасисом у больных HBeAg-позитивным ХГВ обеспечило развитие УВО у 46,7% пациентов. Эта величина оказалась близкой к величине УВО, которая была получена в результате проведенного нами ретроспективного анализа данных о больных ХГВ, ранее получивших монотерапию пегасисом на протяжение 10 предшествующих лет [3].

В то же время, у больных HBeAg-негативным ХГВ частота регистрации УВО оказалась в 1,8 раз ниже таковой у больных HBeAg-позитивным ХГВ. И хотя разница между этими величинами УВО не носила статистически устойчивого характера, можно было полагать, что ХГВ, вызванный HBeAg-негативным вирусом, хуже поддается ПВТ, проведенной по 1-й программе.

Применение 2-й прогаммы, т.е. введение пегасиса в сочетании с пероральным приемом зеффикса не привело к какому-либо существенному повышение величин УВО у больных как HBeAg-позитивным, так и HBeAg-негативным ХГВ. Это позволило полагать, что данная двухкомпонентная программа ПВТ не имела существенных преимуществ по эффективности перед стандартной.

У больных, получивших лечение по 3-й программе, было отмечено заметное увеличение частоты регистрации УВО у обеих категорий больных ХГВ - у больных HBeAg-позитивным ХГВ она возросла почти в 1,4 раза, а у больных HBeAg-негативным ХГВ она увеличилась в 1,7 раз по сравнению с соответствующими группами больных ХГВ, которые получили лечение по 1-й программе. И хотя различие между названными парами показателей частоты УВО не было статистически устойчивым, мы пришли к заключению о том, что 3-я программа ПВТ характеризовалась наиболее высокой терепевтической эффективностью.

И, наконец, наблюдение за больными ХГВ на протяжение всего периода лечения показало, что спектр, частота регистрации и выраженность основных клинических и лабораторных проявлений побочного действия ПВТ в пределах каждой из трех групп оказались неотличимыми друг от друга. При этом, отмечавшиеся у отдельных пациентов умеренно выраженные признаки токсичности лечения были, в основном, обусловлены побочным действием пегасиса и ни в одном случае не потребовали специальной терапевтической коррекции.

Таким образом, на основе приведенных выше результатов мы сочли возможным представить рекомендации, согласно которым для проведения ПВТ больным HBeAg-позитивным ХГВ могут использоваться все три рассмотренные выше программы, которые у таких больных обеспечивают примерно равную частоту регистрации УВО. В то же время, для проведения ПВТ больным HBeAg-негативным ХГВ лучше использовать 3-ю программу, которая у данной категории больных ХГВ обеспечивает более высокую частоту регистрации УВО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нагиева Н.М. Препараты рекомбинантных альфа-интерферонов и опыт их применения в лечении больных вирусным гепатитом В в Азербайджана // Здоровье, 2011, N.4, с.197-201;
2. Нагиева Н.М. Препараты пегилированных альфа-интерферонов и опыт их применения в лечении больных трансфузионными гепатитами в Азербайджане // Здоровье,2012,N3,с.162-167;
3. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Сафарова С.М. и др. Оценка эффективности рекомбинантных и пегилированных интерферонов, использованных в режиме монотерапии при лечении больных хроническим гепатитом В // Биомедицина, 2014, N.3, с.13-15;
4. Мамедов М.К., Шапиро Б.Я. Лечение трансфузионных вирусных гепатитов рекомбинантным альфа-интерфероном. Под ред.М.В.Невского. Ташкент: Юлдыз, 1999, 100 с.
5. Tillman H. Antiviral therapy and resistence with hepatitis B virus infection. // World J. Gastroenterol., 2007, v,13, p. 125-140;
6. Мамедов М.К., Кадырова А.А., Дадашева А.Э. Вирус иммунодефицита человека и вызываемая им инфекция. Н.Новгород: НГМА, 2009, 278 с.;
7. Мамедов М.К., Керимов А.А. Современные подходы к этиопатогенетическому лечению трансфузионных вирусных гепатитов. // Азербайджанский медицинский Ж, 2002, N.2, с.95-98;
8. Мамедов М.К., Миришли Н.М., Эйвазов Т.Г. и др. Применение задаксина в этиотропной терапии больных трансфузионными вирусными гепатитами. Методические рекомендации. Баку, 2007

Xülasə

Xronik viruslu B hepatitli xəstələrin virusəleyhinə üç müalicə proqramının effektivliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsi

N.M.Nağıyeva, M.Q.Məmmədov

Müəlliflər xronik viruslu B hepatitli xəstələrin üç müxtəlif proqram üzrə aparılan virusəlyhinə müalicəsi zamanı klinik müşahidələrdən alınan əsas nəticələri təqdim etmişlər. Göstərilmişdir ki, HbeAg-müsbət xronik viruslu B hepatitli xəstələrin müalicəsində bütün proqramlar eyni effektivlik nümayiş etdirmişdir, HbeAg-mənfi xronik viruslu B hepatitli xəstələrin müalicəsində isə zadaksinin daxil edildiyi müalicə proqramı effektiv olmuşdur.

Summary

Comparative estimation of effectivity of three programmes of antiviral therapy of patients with chronic viral hepatitis B

N.Nagiyeva, M.Mamedov

The authors presented main results obtained during antiviral therapy of patients with chronic viral hepatitis B (CHB) performed according three different programmes. It was demonstrated that at patients with HBeAg-positive CHB all programmes express equal effectivity but at patients with HBeAg-negative CHB most effectivity expressed programme which included zadaxin.

Daxil olub: 01.05.2014

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ИММУННОЙ ОТВЕТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С.М. Касумова, Г.М. Гасанкулиева, Р.Г. Рзаева, И.А.Алиева, А.Б.Меджидова
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: dəmir defisiti, dəmir defisitli anemiya, immun status
Ключевые слова: дефицит железа, железодефицитное анемия, иммунный статус
Keywords: iron deficiency, iron deficiency anemia, immune status

В настоящее время продолжаются дискуссии о роли железа в состоянии иммунного статуса человека и влиянии дефицита железа (ДЖ) на инфекционную заболеваемость [2,3,8,10,11,21[. Сложность оценки роли железа заключается в том, что ДЖ наиболее распространен у детей, живущих в семьях с низким социально-экономическим уровнем, неправильным питанием и имеющих одновременно дефицит многих других микроэлементов и витаминов [4,7,4,12,14,20[. Поэтому среди всех факторов риска повышенной заболеваемости бывает трудно выделить роль ДЖ. Тем не менее в экспериментальных, а затем и в клинических исследованиях было изучено влияние железа на иммунной статус. Известно что железо является эссенциальным фактором клеточной дифференциации и роста и кроме того, кофактором ферментов, необходимых для функционирования иммунных клеток [15,17,18].

В ряде исследований было установлено достоверное влияние ДЖ на функцию иммунокомпетентных клеток [13,8,9]. Отмечено снижение бактерицидной активности макрофагов, активности миело- пероксидизы нейтрофилов, продуцирующий активный кислород для внутриклеточного уничтожения патогенов [3,8,17,19,21]. Выявлено снижение общего количества Т-лимфоцитов, снижение продукции IL2 активированными лимфоцитами. По-видимому, ДЖ в меньшей степени влияет на гуморальный иммунитет, что доказывает наличие адекватной продукции в ответ на вакцинацию [9,10,11,13,14].

Одним из наиболее широко распространенных в мире алиментарно зависимых состояний является дефицит железа (ДЖ) [1,6,8,7,19]. Наиболее часто ДЖ развивается у детей первых 2 лет жизни из за высоких потребностей и относительно низкого содержания железа в рационе. Рациональное вскармливание ребенка первого года жизни является одним из ключевых факторов, обеспечивающих его полноценный рост и физическое развитие [2,3,7,18].

Проведенный анализ данных ВОЗ, продемонстрировал, что половина детей в развивающихся странах и около 7-12% в других странах имеют ДЖ. В структуре железодефицитной анемии (ЖДА) в последние годы растет удельный все средне тяжелой и тяжелой степеней.

Железодефицитная анемия (ЖДА) составляет 80% всех анемий детей. По компететным метературным источникам в силу влияния социально-экономических проблем доля ЖДА продолжает расти, составляя среди школьников 17,5%, среди детей раннего возраста 30-60%. В Азербайджане, находящеюся в состояние войны с Арменией из-за Нагорно-Карабахского конфликта, проблема ЖДА особо значимая. Имея миллионы вынужденных переселенцев и беженцев Азербайджан вместе другими проблемами, остается перед фактом изменения состояния здоровья детей, в частности с наличием ЖДА у них [16].

ЖДА может быть установлена только при наличии биохимических исследований, подтверждающих ДЖ в организме. Однако на практике выявление сниженного уровня Нв у детей первых 2 лет жизни может быть использовано в качестве скринингового обследования, поскольку снижение Нв чаще всего является следствием ДЖ.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния дефицита железа на иммунный ответ у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. В работе представлены данные обследования 60 детей в возрасте 3 месяцев 3 лет в поликлиническом отделе НИИ педиатрии им.К.Я.Фараджевой, а также контингент беженцев из палаточных городов. Материалом для исследования были дети беженцы и вынужденные переселенцы из следующих районов Азербайджана: Биласувар, Саатлы, Сабирабад, Имишли, Агджебеди, а также дети обратившиеся в поликлиническое отделение НИИ Педиатрии имени К.Я.Фараджевой. В зависимости от тяжести пациенты распределились по следующим группам:

I легкая степень ЖДА
I средне тяжелая ЖДА
III тяжелая степень ЖДА

По рекомендации ВОЗ тяжесть ЖДА основывалась на следующих показателях Нв [1]:

I легкая степень- уровень гемоглобин, 110-90 г\л
I средне тяжелая- уровень гемоглобин, 90-70 г\л
III тяжелая степень- уровень гемиглобина 70 г/л и ниже.

Для диагностики ЖДА основными лабораторными показателями являются: абсолютное количество эритроцитов, уровень гемоглобина, среднее число Нв в эритроците и его концентрация (МСН и МСНС), морфология эритроцита изучалась в бинокулярном люминесцентном микроскопе. Содержание железа (Fe) в сыворотке крови изучалось на атом-абсорбционом сректо-фотометре

Диагноз ставили на основании жалоб, объективного осмотра, лабораторных методов исследования. Основные показатели иммунной системы $СД_3$, $СД_4$,$СД_8$, $СД_{16}$, $СД2_0$, $СД_{25}$, $СД_{38}$, $СД_{95}$-лимфоцитов оценивали с помощью моноклональных антител. Количество сывороточных иммуноглобулинов определяли методом, радиальной иммунодиффузии по Mancini. Концентрация железа в сыворотке крови определялась на атом-абсорбционном спектро-фотометре.

Обработку материала выполняли с использованием t-критерия Стьюдента. Проведен также корреляционный анализ между уровнем Fe и показателями иммунного статуса. Результат считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. У всех детей уровень $СД_{16}$ и $СД_{20}$-клеток был повышен в 2-2,5 раза в сравнении с контролем ($p<0,05$), тогда как у детей группы сравнения уровень $СД_{20}$-клеток превышал контрольные значения в 3,9 раз ($p<0,05$) (Таблица 1).

Таблица 1

Показатели иммунограммы детей с ЖДА в зависимости от сопутствующего синдрома

Показатели	Контрольная группа (условно здоровые) n=10	I		II		III	
		До лечения (n=28)	После лечения (n=16)	До лечения (n=16)	После лечения (n=6)	До лечения (n=6)	После лечения (n=5)
CD3,%	54,4±0,78	21,11±2,2	54,62±2,75	46,0±1,69*	51,83±3,75	51,33±6,1	54,0±3,7
CD4,%	36,18±0,52	31,6±2,5*	30,81±2,9	26,8±1,8*	26,5±0,71	28,8±4,43*	28,6±4,1
CD8,%	19,12±0,29	28,25±1,7	24,81±1,32	27,0±1,68	20,33±1,33	25,5±3,49	21,2±3,6
CD16,%	12,41±0,31	27,8±2,5**	23,94±2,54	22,4±1,9*	22,5±2,3	20,5±1,66*	26±4,0
CD20,%	10,31±0,52	23,1±2,1**	31,94±2,93	19,1±1,7**	28,33±4,4	23,3±4,9**	28,6±3,1
CD25,%	19,1±4,1	26,81±2,9	25,2±2,1**	21,5±3,13	24,17±1,6	21,4±5,9*	21,0±4,2
CD38,%	15,1±3,0	31,7±2,2**	21,19±2,25	21,67±4,24	19,83±3,0	29,4±6,4**	28,6±6,4
CD95,%	14,2±3,42	35,4±4,3**	31,38±2,01	32,83±7,9	28,5±2,0	23,8±4,39	25,8±1,2
İgA,г/л	1,24±0,04	0,78±0,06	0,66±0,08	0,59±0,08	0,77±0,07	0,76±0,10	0,63±0,18
İgM,г/л	1,39±0,17	1,02±0,07	1,09±0,07	0,96±0,03	1,03±0,13	1,08±0,17	1,13±0,23
İgG,г/л	8,82±0,26	7,5±0,38	9,05±0,47	8,49±0,40	9,63±0,80	8,6±0,90	8,71±0,49

Примечание: Здесь и табл.2 и 3 достоверность различия показателей при сравнении с контрольной группой:$p<0,05$, **$p<0,001$

I Эпитемальный синдром; II Астено-вегетативный синдром; III Мышечный синдром

Изучение состояния маркеров активации также выявило повышение показателей у всех обследованных детей, но особенно эти изменения были у детей с ЖД при мышечном синдроме (III) ($p<0,05$). Изучение показателей иммунитета в зависимости от степени ЖД, выявило что у детей с I степенью отличается резкое снижение показателей $СД_3$ – лимфоцитов по сравнению с детьми со II и III степенью ЖД ($p<0,05$) и контролем ($p<0,001$). Наиболее высокие показатели отмечены у детей со II степенью ЖД (Таблица 2).

После проведенной терапии препаратом Totema у детей с I степенью ЖД отмечается восстановлении показателей иммунитета по сравнению с детьми, имеющими II и IIIстепень ЖД ($p<0,05$). У детей исследование гуморального звена иммунной системы установило снижение уровня IgA и IgM, особо выраженное у детей с астеновегетативным синдромом на фоне ЖД, а у детей с синдромом I и III отмечено также

снижение уровня İgY в сравнение с контролем (p<0,05).

Таблица 2

Изменении состава иммунограммы в зависимости от степени тяжести ЖДА

Показатели	I степень (n=14)		II степень (n=30		III степень (n=6)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
CD3,%	42,43±1,8**	55,78±4,2	52,47±2,0*	53,53±2,1	51,33±4,7*	50,0±5,6
CD4,%	26,29±1,9	31,11±3,47	31,97±2,4	28,67±2,5	28,8±3,2	28,33±5,6
CD8,%	24,57±2,6	23,56±2,3	28,6±1,3	23,67±1,3	29,0±2,9	19,33±0,88
CD16,%	22,36±3,1	23,89±2,2	26,9±2,1	24,47±2,7	23,17±2,1	22,0±3,5
CD20,%	20,29±2,4	33,11±3,7	22,73±2,0	28,93±2,8	21,17±3,5	30,67±3,5
CD25,%	28,22±3,5*	21,0±1,6	23,47±3,0*	26,53±2,3	19,67±6,1	22,0±3,0
CD38,%	30,11±2,6*	23,78±3,2	30,13±2,8*	20,67±2,6	20,67±9,5	25,67±6,3
CD95,%	31,44±5,9*	30,0±1,5	33,93±4,6*	30,2±2,2	30,33±5,1*	26,3±1,7
İgA,г/л	0,83±0,09	0,78±0,08	0,68±0,06	0,57±0,09	0,63±0,11	0,93±0,08
İgM,г/л	1,08±0,11	1,2±0,12	0,97±0,03	1,01±0,6	1,05±0,19	1,15±0,35
İgG,г/л	8,58±0,65	9,3±0,71	7,93±0,3	8,87±0,42	6,78±0,67	9,64±0,92

Таблица 3

Изменении состава лимфоцитов и иммуноглобулинов крови

Показатели	Контрольная группа (условно здоровые) (n=10)	Дети с ДЖ до лечения (n=50)	Дети с ЖД после лечения (n=27)	Дети с ЖД до лечения (n=10)	Дети с ЖД до лечения (n=10)
CD3,%	54,4±0,78	49,52±1,53*	53,89±1,9	58,62±4,8*	53,62±4,4
CD4,%	36,18±0,52	29,76±1,61*	29,44±1,8	33,75±2,4*	36,5±5,1
CD8,%	19,12±0,29	27,52±1,16*	23,15±1,1	32,88±4,6**	32,38±3,7
CD16,%	12,41±0,31	25,2±1,59**	24,0±1,7	32,0±4,1**	32,62±4,4
CD20,%	10,31±0,52	21,86±1,43*	30,52±2,0	4,88±2,4**	27,38±2,4
CD25,%	19,1±4,1	34,38±3,15**	24,19±1,4	31,88±4,4**	37,38±5,8
CD38,%	15,1±3,0	38,5±2,53**	22,26±1,9	29,38±3,6*	25,0±2,2
CD95,%	14,2±3,42	32,12±2,62**	29,7±1,3	32,12±2,6**	29,38±3,5
İgA,г/л	1,24±0,04	0,72±0,04	0,68±0,06	0,68±0,04	1,57±0,23
İgM,г/л	1,39±0,17	1,01±0,04	1,08±0,06	1,01±0,05	1,37±0,12
İgG,г/л	8,82±0,26	7,97±0,27	9,12±0,34	7,42±0,85	10,88±0,45

Изучение корреляционных связей между уровнем Fe и показателями иммунного статуса, выявило, что сила корреляционных взаимосвязей зависит от нозологического синдрома. Следует отметить что в разных группах состав корреляционных взаимосвязей отмечены у детей с ЖД при III синдроме, а наименее устойчевые связи-при I синдроме.

После проведенного лечения у детей с ЖД отмечено изменение направленности корреляционных взаимосвязей в сторону увеличения сильных положительных корре- ляций. Это дает основание предположить, что у детей ЖД на фоне свое временной этиопатогенетической терапии можно достичь устойчивости в иммунном статусе.

Таким образом, у детей с ЖД изменение показателей иммунной системы может рассматриваться как одних из факторов патогенетического механизма тяжести течения ЖДА.

Целенаправленное исследование иммунного статуса у детей с ЖД дает возможность выявлять ранние отклонения системы адаптации организма, что позволит своевременно проводить им патогенетически обоснованную коррекцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO/NHD. Iron Deficiency Anaemia. Assessment, Prevention and Control: A guide for programme managers, 2001.

2. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Железодефицитные анемии у детей. М., 1999.

3. Малова Н.Е. Клинико-патогенетические основы дифференцированной терапии и профилактики железодефицитной анемии у детей раннего возраста: Автореф. дисс….канд.мед.наук. М., 2003, 25.

4. Тарасова И.С., Фернов В.М. Распространенность и причины рафвития дефицита железа у подростков / Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции «Диагностика и лечение анемий в XXI веке». Рязань, 2013, с.16-21.

5. Элиот В., Элиот Д. Биохимия молекулярная биология. М.: Издательство НИИ биомедицинсой химии РАМН, 2000, с.311-321.

6. Семенова Е.Н., Стуклов Н.И. Современные представления о механизмах всасывания всасывания и утилизации железа в организме. Роль купроэнзимов и марганец – зависимых белков // Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции «Диагностика и лечение анемий в XXI веке». Рязань, 2013, с.26-30.

7. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение / Под ред. А.Г. Румянцева и Ю.Н.Токарева. 1-е изд.доп и перераб. М.: МАКС Пресс, 2004, 216с.

8. Ботвиньева В.В., Гордеева О.Б., Намазова-Баранова Л.С. Перспективы диагностики и лечения различных видов анемии у детей // Педиатрическая фармакология, 2012, №5, с.35-40

9. Румянцев А.Г., Коровина Н.А., Захарова И.Н., Чернов В.М. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей. М., 2004, 48.

10.Громова О.А., Торшин И.Ю., Хаджидис А.К. Анализ молекулярных механизмов воздействия железа (II) меди, марганца в патогенезе фармаэкономика // Клиническая фармакология и фармакоэкономика, 2010, №1, с.1-9

11.Казюкова Т.В., Калашникова Г.В., Фаллух А.Новые возможности ферротерапии железодефицитных анемий . клиническая фармакология и терапия, 2000, 2 (9): 88-92.

12.Стуклов Н.И., Семенова Е.Н., Лечение железодефицитной анемии. Что важнее, эффективность или переносимость? Существует ли оптимальное решение? // Журнал международной медицины, 2013, №2 (1), с.47-55.

13.Захарова И.Н., Горяйнова А.Н., Мачнева Е.Б. и др. Дефицит железа у детей раннего возраста и способы его коррекции // Вопросы современной педиатрии, 2013, №12 (2), с.52-58.

14.Захарова М.Н., Коровина Н.А., Заплатников А.Л. Коррекция дефицита железа у детей // Лечащий врач, 2008, №7, с.34-38.

15.Erichsen K., Ulvik R.J., Grimstad T. et al. Effects of ferrous sulphate and non-ionic ironpolymaltose complex on markers of oxidative tissue damage in patients with inflammatory bowel disease // Aliment. Pharmacol. Ther., 2005, v.22, p.831-838.

16. Quliyev N.C., Əliyeva Ü.A. Uşaqlarda dəmir defisitli anemiya // Sağlamlıq 2010, №6, s.192-196.

17.Kulnigg S., Stoinov S., Simanenkov V.A. novel intravenous iron formulation for treatment of anemia in inflammatory bowel disease: The ferric carboxymaltose (Ferinject) randomized controlled trial // Am J Gastroenterol., 2007, v.102, p.1-11

18.Ожегов Е.А., Тарасова И.С., Ожегов А.М. и др. Сравнительная эффективность двух терапевтических планов лечения железодефицитной анемии у детей и подростков // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии, 2005, №4 (1), с.21-3.

19.Журина О.Н., Демихова Е.В., Самохина Т.А. и др. Сравнительный анализ эффективности и безопасности различных препаратов железа для лечения ЖДА у детей / Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции «Диагностика и лечение анемий в XXI веке». Рязань, 2013, с.36-40.

20.Tobili J.E. Brignoli R. Iron (III)- hydroxide Polymaltose Complex in Iron Deficiency Anemia. // Drug Research, 2007, v.57 (6a), p.431-438.

21.Geisser P. Safety and Efficacy of Iron (III) hydroxide Polymaltose Complex. A review of over 25 years experience // Drug Research, 2007, v.57 (6a), p.439-452.

22.Andrade J.V.D., Rodrigues P.P.B., Fontoura IB et al. Tratment of iron-dificiency anemia with iron-hydroxide polymaltose complex // Arq bras Med (Suppl), 1992, v.66, p.253-258.

Xülasə

Erkən yaşlı uşaqlarda dəmir defisitinin immun reaksiyaya təsiri

S.M.Qasımova, G.M.Həsənquliyeva, R.Q.Rzayeva, İ.A. a, A.B.Məcidova

Tədqiqatın məqsədi dəmir defisitinin (DD) erkən yaşlı uşaqların immun sisteminə təsirinin öyrənilməsi olmuşdur. 3 ay-3 yaş 60 qaçqın cə köçkün uşaqlarının dəmir defisitli anemiyaları öyrənilmişdir. Təyin edilmişdir ki, dəmir defisitli anemiya zamanı immun sistemi göstəriciləri xstəliyin bağırsaq dərəcəsinin patogenetik mexanizminin bir faktoru kimi götürülə bilər. Immun sisteminin məqsədyönlü öyrənilməsi kateqoriya xəstələrin patogenetik əsaslandırılmış korreksiyasının aparmağa imkan verir.

Summary

Effect of iron deficiency immune response in infants

S.M. Gasimova, G.M. Hasankuliyeva, R.G. Rzayeva, I.A. Aliyeva, A.B. Mejidova

The aim of the study was to study the effect of iron deficiency (J) on the immune response in young children. The study included 60 children aged 3 months and IDPs. Revealed that children with HDD change indicators of the immune system can be considered as one of the factors the pathogenetic mechanism of the severity of the IDA. Targeted study of the immune status of children with the railway will enable to detect early abnormalities of the adaptation of the organism to allow them time to carry out the correction pathogenetically substantiated.

Daxil olub: 13.05.2014

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С, У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Национальный центр онкологии, г.Баку

Açar sözlər: süd vəzisi xərçəngi, viruslu C hepatiti, infeksiya

Ключевые слова: рак молочных желез, вирусный гепатит С, инфекция

Keywords: breast cancer, hepatitis C virus infection

Ранее нами были представлены результаты серологического обследования больных раком молочной железы (РМЖ), находившихся в отделениях Национального центра онкологии в г.Баку (НЦО), которые продемонстрировали тот факт, что хотя интенсивность циркуляции вируса гепатита В (ВГВ) среди указанных больных за минувшие 20 лет заметно снизилась [1], интенсивность циркуляции вируса гепатита С (ВГС) среди этих же больных за эти годы изменилась лишь незначительно [2].

Вместе с тем, отметим, что если ряд патогенетических особенностей развития и клинико-патогенетических особенностей течения инфекции, вызванной ВГВ у больных РМЖ, был установлен нами еще в начале 90-х гг прошлого века [3], то аналогичные особенности развития инфекции, вызванной ВГС у больных РМЖ до сих пор систематически не исследовались и все еще остаются неизвестными.

С учетом этого обстоятельства, мы поставили перед собой **цель** определить, в первую очередь: важнейшие патогенетические особенности развития ВГС-инфекции и гепатита С (ГС) у группы больных РМЖ, находившихся на лечении в НЦО и выявленных нами в процессе серологического обследования данного контингента онкологических больных.

Материалы и методы исследования. В проведенное нами наблюдение были включены 217 женщин, у которых имелся РМЖ в одной из 4-х различных клинических стадий (КС). Эти больные были выявлены по результатам исследования крови 2682 больных РМЖ на наличие в ней антител к ВГС (anti-HCV). Среди них, были 20 женщин с РМЖ I КС, 64 женщин с РМЖ II КС, 80

женщин с РМЖ III КС и 53 женщин с РМЖ IV КС [2].

Сыворотки крови этих больных были повторно исследованы с помощью молекулярно-генетического метода (полимеразной цепной реакции) для выявления в них РНК ВГС, а также с помощью твердофазного иммуноферментного метода для выявления в них anti-HCV, относящихся к классу иммуноглобулина М (IgM-anti-HCV).

Полученные результаты математически обрабатывали, используя известные методы вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Результаты повторного молекулярно-генетического и серологического исследования указанных выше сывороток крови больных РМЖ приведены в таблице 1.

Таблица 1

Частота выявления РНК ВГС и IgM-anti-HCV в содержащих anti-HCV сыворотках больных различными стадиями РМЖ

Диагноз и стадия	Сыворотки, содержащие anti-HCV	Сыворотки, содержащие РНК ВГС	Сыворотки, содержащие IgM-anti-HCV
РМЖ I	20	17/ 85%	1 / 5,0%
РМЖ II	64	57/ 89,0%	7 /10,9%
РМЖ III	80	78/ 97,5%	12 /15,0%
РМЖ IV	53	53/100%	10 /18,9%
всего	217	205/94,5%	30 / 13,8%

Как следует из цифровых показателей, представленных в этой таблице, из 217 серопозитивных в отношении ВГС сывороток, вирусная РНК была выявлена лишь в 205 (94,5%) случаях.

Очевидно, что 205 сывороток, в которых выявилась РНК ВГС, принадлежали тем больным РМЖ, в организме которых происходила репродукция ВГС, за счет которой у них имелась и виремия. В то же время, мы полагали, что 12 (5,5±1,5%) сывороток, в которых имелись anti-HCV, но отсутствовала РНК ВГС принадлежали реконвалесцентам острого ГС, которые перенесли ВГС-инфекцию в прошлом и у которых вирус к моменту взятия крови для серологического исследования уже элиминировался из крови.

Однако, средняя частота спонтанной элиминации ВГС у инфицированных им лиц в среднем считается равной 30% [4]. Действительно, в проведенном нами еще в 2012 г комплексном исследовании крови группы инфицированных ВГС здоровых жителей г.Баку, доля сывороток, содержащих и anti-HCV, и вирусную РНК, достигала 77,0%, в то время как доля сывороток, содержащих anti-HCV, но не содержащих вирусную РНК, составила лишь 23,0±5,4% [5]. Последняя цифра хорошо согласовывалась с представлением о том, что доля реципиентов острого ГС среди инфицированных ВГС здоровых лиц составляет порядка 25-30% [4].

Иными словами, частота спонтанной элиминации ВГС среди инфицированых им больных РМЖ оказалась более, чем в 4 раза ниже, нежели частота элиминации этого же вируса среди группы инфицированых им здоровых лиц, причем разница между этими показателями носила статистически устойчивый характер в интервале $p<0,01$.

Этот факт позволил считать, что среди инфицированных ВГС больных РМЖ частота спонтанного выздоровления с полной элиминацией ВГС из крови была меньшей, чем у инфицированных внешне здоровых лиц из общей популяции населения. Это косвенно указывало на то, что у большинства больных РМЖ имелся хронический ГС, сформировавшийся у них до момента их обследования.

Мы предположили, что причина формирования подобной ситуации могла быть связана с наличием у большинства больных РМЖ иммунодепрессии, препятствующей формированию полноценного иммунного ответа, способного обеспечить освобождение организма от вируса и предотвратить хронизацию острой инфекции.

На реальность такой возможности косвенно указывало и то, что частота спонтанной элиминации вируса уменьшалась по мере увеличения КС РМЖ, что могло быть

обусловлено нарастанием иммунодепрессии по мере увеличения степени распространенности неопластического процесса.

Заметим, что аналогичную особенность развития ВГС-инфекции ранее мы отмечали и у лиц из нескольких различных групп с высоким риском парентерального инфицирования и, в том числе, у больных гемобластозами [5,6]. Данное обстоятельство также опосредованно указывало на то, что больные РМЖ, как и больные другими солидными злокачественными опухолями и больные гемобластозами, также должны рассматриваться как одна из таких групп [7].

И, наконец, рассматривая результаты, полученные при повторном серологическом исследования на наличие IgM-anti-HCV всех 217 серопозитивных сывороток больных РМЖ, в первую очередь, отметим, что такие антитела не были выявлены ни в одной из 12 сывороток, в которых отсутствовала вирусная РНК. Очевидно, что эти сыворотки, также принадлежали реконвалесцентам острого ГС.

При этом, специфические IgM-антитела выявились в 30 (13,9%) сыворотках больных РМЖ, что практически в 3 раза превышало частоту выявления этих же антител, ранее выявленных в контрольной группе инфицированных ВГС здоровых лиц.

Последнее обстоятельство могло бы рассматриваться как признак более частого "свежего" инфицирования больных РМЖ. Однако, учитывая то, что IgM-антитела являются серологическим маркером активной репродукции ВГС, наше заключение мы свели к тезису о том, что среди больных РМЖ, инфицированных ВГС, инфекция примерно в 3 раза чаще, чем среди инфицированных ВГС здоровых лиц из контрольной группы, протекала в репродуктивной форме. В то же время, в 175 (80,6%) сыворотках IgM-anti-HCV не выявились, что указывало на персистентный характер течения ВГС-инфекции.

Таким образом, на основе приведенных выше данных, можно было считать, что протекающая среди больных РМЖ ВГС-инфекция характеризовалась тенденцией к хронизации, проявляющейся в том, что частота спонтанной элиминации ВГС в группе таких больных была заметно ниже таковой в группе здоровых лиц, инфицированных указанным вирусом. Кроме того, мы считали важным и то, что группа серопозитивных в отношении ВГС больных РМЖ оказалась гетерогенной по составу и включала 3 категории лиц: 1) лица с репродуктивной инфекцией, протекавшей с виремией (13,9%); 2) лица с персистетной инфекцией, также протекавшей с виремией (80,6%) и 3) реконвалесценты острого ГС, составившие 5,5% всех серопозитивных больных РМЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов М.К., Рагимов А.А., Мамедова Т.Н. и др. Тенденция к снижению интенсивности циркуляции вируса гепатита В среди онкологических больных и здоровых жителей Азеробайджан. // Современные достижения азербайджанской мед., 2014, №3, с.39-42;

2. Рагимзаде С.Э., Рагимов А.А., Мамедова Т.Н., Джавадзаде С.Н. Серологические маркеры инфицирования вирусом гепатита С среди женщин, больных раком молочной железы, живущих в Азербайджане. // Биомедицина, 2014, №3, с.16-18;

3. Мамедов М.К., Алиев Д.А., Гудратов Н.О. и др. Клиникопатогенетические формы гепатитной В инфекции у больных раком молочной железы. / Проблемы онкологии и медицинской радиологии. Баку, 1992, т.2, с.42-45;

4. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Под ред. Н.Д.Ющука и Ю.А.Венгеров. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009, с.616-664;

5. Дадашева А.Э. Соотношение результатов определения серологического и молекулярного маркеров инфекции, вызванной вирусом гепатита С у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования // Современные достижения азербайджанской медицины, 2012, N.1, с.33-35;

6. Мамедов М.К., Рагимов А.А., Таги-заде Р.К., Дадашева А.Э. Распространение и патогенетические особенности инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у больных гемобластозами, находившихся в онкогематологических клиниках Азербайджана. // Сибирский онкологический Ж., 2012, N.6, с.66-69;

7. Мамедов М.К., Рагимов А.А., Зейналов Р.С. и др. Больные солидными злокачественными опухолями, как одна из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С. // Современные достижения азербайдж. медицины, 2011, N.4, с.43-46;

Xülasə

Viruslu C hepatitinin törətdiyi süd vəzi xərçəngi olan xəstələrdə infeksiyanın inkişafının patogenetik xüsusiyyətləri

T.N.Məmmədova, S.E.Rəhimova, M.Q.Məmmədov

Müəlliflər viruslu C hepatitinin törətdiyi süd vəzi xərçəngi olan 217 qadının qan zərdabının seroloji və molekulyar-genetik müayinələrinin nəticələrini təqdim etmişlər. Tədqiqatlar süd vəzi xərçəngi olan xəstələrdə bu infeksiyanın zəruri patogenetik xüsusiyyətlərinin təyin edilməsi üçün aparılmışdır. Təyin edilmişdir ki, süd vəzi xərçəngi olan xəstələrdə viruslu C hepatininin daha aşağı tezlikli spontan eliminasiyası və onun reproduktiv formalarda qeydə alınmasının daha yüksək tezliyi ilə xarakterizə olunur

Summary

Pathogenetical peculiarities of development of infection caused with hepatitis C virus at women with breast cancer

T.Mamedova, S.Rahimzadeh, M.Mamedov

The authors carried out serological and molecular genetic testing of blood serum of 217 women with breast cancer (BC) and infected with hepatitis C virus (HCV). Investigation was done for determination main pathogenic peculiarities of HCV-infection development at patients with BC. It was demonstrated that the infection among BC patients characterized with decreased frequency of HCV spontaneously elimination and increased frequency of HCV-infection reproductive form development.

Daxil olub: 14.04.2014

QADIN İDMANÇILAR ARASINDA MÜXTƏLİF STOMATOLOJİ MÜALİCƏ TƏDBİRLƏRİNİN TƏHLİLİ

Ş.Ə. Məmmədova. Ə.N.Niyazov

Azərbaycan Tibb Universiteti, terapevtik və ortopedik stomatologiya kafedraları, Bakı

Açar sözlər: qadın idmançılar, stomatoloji müalicə, təhlil

Ключевые слова: женщины спортсмены, стоматологическое лечение, анализ

Keywords: women athletes, dental treatment, analysis

İdmançılar məşqlər və yarışlar zamanı müxtəlif fiziki və emosional gərginliklərə məruz qalırlar ki, bu da onların orqanizmində müxtəlif xarakterli morfoloji və funksional dəyişikliklərin baş verməsinə gətirib çıxarır. Morfoloji dəyişikliklər dedikdə əzələ kütləsi, dayaq- istinad, ürək- qan- damar və s. sistemlər səviyyəsində baş verir. Funksional dəyişikliklər isə oynaqlarda, urəyin ritminin xarakterində və s. formalarda təzahür olunur. İnsanlar adi halda gündəlik həyatda yüngül idman hərəkətləri etdikdə onların orqanizmi güclənir, immunitet yüksəlir, ürək- qan- damar sisteminin fəaliyyəti bərpa olunur, mədə, qaraciyər, mədəaltı vəzinin fəaliyyətinin, nazik bağırsaq, xususilə onun 12 barmaq hissəsində həzmin yaxşılaşması, yoğun bağırsaqlarda nəcis kütlələrinin vaxtında orqanizmi tərk etməsi və s. kimi müsbət dəyişikliklərə səbəb olurlar [1,2,3,4]. Müşahidələrə görə gün ərzində 5-7 km arasında velosiped sürən kişilərdə yaşlandıqdan sonra ürək- qan- damar sistemində və prostat vəzininin fəaliyyətində digər adi həyat tərzi keçirən kişilərə nisbətən daha az problemlərə rast gəlinir. Bu qadınlara da aiddir, onlar da gün ərzində müxtəlif yüngül əzələ hərəkətləri etdikdə digər qadınlara nisbətən daha az depressiyaya məruz qalırlar, doğum prosesi rahat gedir, keysəriyyə əməliyyatlarına daha az rast gəlinir, öz gənc görünüşlərini daha uzun müddət mühafizə edə bilirlər, doğulan uşaqlarında daha az hallarda beyin təzyiqi müşahidə olunur. Bütün bunları nəzərə alaraq, qeyd etmək lazımdır ki, insanlar gün ərzində mütləq yüngül idman hərəkətləri etməlidirlər və bu onların sağlamlıqları üçün vacibdir. Ancaq bütün bu qeyd edilənlərlə yanaşı

onu da qeyd etmək lazımdır ki, idmanı həyat tərzinə çevirən, intensiv məşq və yarışlarda iştirak edən şəxslərdə idmançılarda tibbi yanaşma bir qədər fərqlidir, çünki intensiv məşq və yarışlar zamanı idmançılar şiddətli fiziki və emosional gərginliyə məruz qalırlar ki, bu da orqanizmin bir müddət sonra zəifləməsinə, proseslərin özünün tənzim etmələrinin pozulmasına, gənclərdə hormonal proseslərin qeyri proporsional olmasına səbəb ola bilər [8,9].

Qadın və kişi cəmiyyətdə bərabər hüqüqlara malik olsalar da, qadınlar və kişilərin orqanizmləri arasında bir sıra fizioloji fərqlər vardır ki, bu fərqlər onların müxtəlif mühit amillərinə qarşı müxtəlif reaksiya vermələrinə səbəb ola bilər. Qadın orqanizminin kişilərdən əsas fərqli xüsusiyyətlərindən biri də onların cinsiyyət hormonlarıdır. Onların cinsiyyət hormaonları onların bədənin formasının kişilərdən fərqli olmasına gətirib çıxarır. Kişilərin cinsi hormonları onların əzələlərinin intensiv inkişafına səbəb olsa da qadınlarda bu proses dərialtı piy təbəqələrinin inkişafı ilə müşayiət olunur. Qadın idmançıların kişilərdən daha çox funksional və morfoloji dəyişikliklərə məruz qalmalarının bir səbəbi də onların hormonal statuslarıdır. Qadın idmançıların yeniyetmələk dövrləri daha çox problemlərlə müşayiət oluna bilər [5,6,7].

İdmançılar arasında bir sıra digər problemlər kimi, stomatoloji problemlərə də rast gəlinə bilər, çünki ağız boşluğu orqanları ümumi orqanizmin müdafiə sistemləri ilə əlaqədar fəaliyyət göstərirlər və vəhdətdədirlər. Ona görə də idmançıların sağlamlığı daim diqqət mərkəzində olmalı, onlara peşəkar tibbi yardım göstərilməli və onların ölkəmizi təmsil edən yarışlara hazır olmaları təmin olunmalıdır. İdmançılarda icra edilmiş stomatoloji müalicə növlərinin araşdırılması onların sağlamlıq vəziyyəti haqqında icra edilən tədqiqatlara başlamaq üçün vacib mərhələ təşkil edir.

Tədqiqatın məqsədi Müxtəlif yaş qrupuna aid qadın idmançılar arasında icra edilmiş müxtəlif stomatoloji müalicə tədbirlərinin müqayisəli araşdırılmasından ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tərəfimizdən 200 nəfər 15-21 yaşlı yeniyetmə qadın idmanıçılar, eyni sayda yaşı 22-28 yaş arası bir qədər yetkin qadın idmanılar və nəzarət qrupunu təşkil edən 200 nəfər adı həyat tərzi keçirən 15-28 yaş arası qadınlar olmaqla, ümumilkdə 600 nəfər müayinələrə cəlb olunmuşdur. Sonra hər qrup üzrə qadınlarda müxtəlif stomatoloji müalicə tədbirlərinə ehtiyac dərəcəsi tədqiq olunmuşdur. Stomatoloji tədbirlərə dişlərin çəkilməsi, körpüyəbənzər cıxmayan protezlər, plomblama əməliyyatları, taca yerləşdirilmiş taxmalar, təkrari endodontik proseduralar, bir dəfəyə icra edilmiş endodontik proseduralar, parodontitlərin müalicə olunması, gigiyenik profilaktik tədbirlər, tək qapaq, müvəqqəti çıxan protezlər aid edilmişdir. Qeyd edək ki, qadın idmançılar əsasən peşəkar yüngül atletika idman növləri ilə məşğul olan şəxslər olmuşlar. Alınmış ədədi verilənlər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi komputer proqramı ilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Tədqiqat nəticəsində yaşı 15-21 arası olan 200 nəfər qadın idmançılar qrupunda müayinələr zamanı 141 nəfərdə dişlərin çəkilməsinə ehtiyac olmuşdur ki, bu da qrupun 70,5±3,22% -ni təşkil etmişdir. Dişlərin çəkilməsinin əsas səbəbi karies və onun ağırlaşmaları olmuşdur.Dişlərin çəkilməsi sonradan ortodontik problemlərin və çənələrin ikincili deformasiyalarının meydana gəlməsinə səbəb ola bilər. Bu qrupda körpüyəbənzər protezlərin tətbiqinə ehtiyac isə 149 nəfərdə olmaqla, 74,5±3,08% -ni əhatə etmişdir. Dişlərin plomblanması halları isə qrupun 30,0±3,24% -ni təşkil etməklə 60 nəfərdə rast gəlinmişdir. Körpüyəbənzər protezlərin tətbiqinə əsas səbəb yenə də dişlərin erkən itirilməsi olmuşdur. Plomblama əməliyyatlarının əsas səbəbi isə karioz proseslərlə əlaqədardır. Bu qrupda diş tacına taxmaların tətbiqinə ehtiyac əsasən karieslə əlaqədar olmaqla, 36 nəfərdə aşkar edilmişdir ki, 18,0±2,72% əhatə etmişdir. Yeniyetmə idmançı qadınlarda təkrari endodontik müalicə tədbirlərinə ehtiyac 103 nəfərdə müşahidə olunmuşdur ki, bu qrupun 51,5±3,53%-ni təşkil etmişdir. 91 nəfərdə isə ilkin endodontik müalicə tərəfimizdən icra olmuşdur ki, bu da idmançı yeniyetmələrin 45,5±3,52% -ni əhatə etmişdir. İdmançı yemiyetmə xanımların 25,0±3,06% -ində marginal parodontitə rast gəlinmişdir ki, bu da 50 nəfərdir. 127 nəfər yeniyetmə idmançıda isə peşəkar gigiyena tədbirləri icra edilmişdir ki, bu da qrup üzrə 63,5±3,40% təşkil etmişdir. Bu qrupda 61,5±3,44% şəxslərdə rast gəlinmişdir ki, bu 123 idmançını əhatə edir. Təkrari endodontik

problemlərin əksəriyyəti əsasən ilkin endodontik proseduraların uğursuzluğu ilə əlaqədardır, bu halda idmançılara bir sıra hallarda yaxşı stomatoloji müalicələrin icra edilmədiyi qənaətinə gəlinir. İlkin endodontik müalicələrə tələb isə əsasən kariesin ağırlaşmaları ilə əlaqədar olmuşdur. Parodontitlərin yaranmasının əsas səbəblərinə isə gingivitlərin ağırlaşması və diş çöküntülərinin həddindən artıq toplanması aiddirlər. Müvəqqəti çıxan protezlərin tətbiqi isə bu qrupda 53 nəfərdə rastlanmışdır ki, bu qrupun 26,5±3,12% -ini əhatə etmişdir.

Cədvəl

Müxtəlif yaş qrupuna aid qadın idmançılar müxtəlif stomatoloji müalicə tədbirlərinə ehtiyac dərəcəsi

Stomatoloji patologiya	Yaşı 15-21 arası olan yeniyetmə qadın idmançılar (n=200)		Adi həyat tərzi keçirənqadınlar (n=200)		Yaşı 22-28 arası olan qadın idmançılar (n=200)	
	sayla	%-lə	sayla	%-lə	sayla	%-lə
Dişlərin çəkilməsi	141	70,5±3,22	105	52,5±3,53	114	57,0±3,50
Körpüyəbənzər protez	149	74,5±3,08	115	57,5±3,50	90	45,0±3,52
Plomblama	60	30,0±3,24	37	18,5±2,75	34	17,0±2,66
Taxmalar	36	18,0±2,72	35	17,5±2,69	19	9,5±2,07
İkincili endodontik müalicə	103	51,5±3,53	125	62,5±3,42	86	43,0±3,50
İlkin endodontik müalicə	91	45,5±3,52	82	41,0±3,48	38	19,0±2,77
Parodontitlərin müalicəsi	50	25,0±3,06	56	28,0±3,17	23	11,5±2,26
Peşəkar gigiyena	127	63,5±3,40	91	45,5±3,52	120	60,0±3,46
Tək qapaq	123	61,5±3,44	101	50,5±3,54	82	41,0±3,48
Kariyes	53	26,5±3,12	24	12,0±2,30	85	42,5±3,50

200 nəfərdən ibarət adi həyat tərzi keçirən yaşı 15 -28 arası olan qadınlar qrupunda isə 105 nəfərdə dişlərin çəkilməsi əmliyyatı icra edilmişdir ki, bu da qrupun 52,5±3,53% -ni əhatə etmişdir. Bu qadınlar da körpüyəbənzər protezlərin rast gəlinməsi 57,5±3,50% olmuşdur ki, bu da 115 nəfərdir. Dişlərin çəkilməsi əməliyyatının və körpüyəbənzər protezin tətbiqinin əsas səbəbi bu qrupda da kariesin ağırlaşmaları ilə əlaqədar olmuşdur. Plomblanmış dişlər isə 37 nəfərdə müşahidə olunmuşdur ki, bu da qrup üzrə 18,5±2,75% olmuşdur. Diş taclarında taxmaların rast gəlinməsi isə 35 nəfərdə aşkarlanmışdır ki, bu da qrupun 17,5±2,69% -ini əhatə etmişdir. 125 nəfərdə isə ikincili endodontik müalicə icra edilmişdir ki, bu da qrup üzrə 62,5±3,42% olmuşdur. İlkin endodntik müalicə tədbirləri isə 82 nəfərdə tətbiq olunmuşdur ki, 41,0±3,48% qadınları əhatə etmişdir. Parodontitlərin müalicəsi isə 56 nəfərdə müşahidə olunmuşdur ki, bu da qrupun 28,0±3,17% -ni əhatələmişdir. Peşəkar gigiyena tədbirləri isə 91 nəfərdə tətbiq edilmişdir ki, bu da adi həyat tərzi keçirən qadınların 45,5±3,52% -ni təşkil etmişdir. Tək qapaqların rast gəlinməsi isə 101 nəfərdə olmuşdur ki, bu qrupda 50,5±3,54% -də əhatələnmişdir. Qrupda 24 nəfərdə müvəqqəti çıxan protez olmuşdur ki, bu qrup üzrə 12,0±2,30% olmuşdur. Burada da qeyd olunan stomatoloji problemlərin əsas səbəbi yeniyetmə idmançılar qupundakı səbəblərlə eyniyyət təşkil etmişdir.

Yaşı 22-28 arasında olan 200 nəfər qadın idmançılar qrupunda isə 114 nəfərdə dişlərin çəkilməsi hadisəsinə rast gəlinmişdir ki, bu da qrup üzrə 57,0±3,50% təşkil etmişdir. Körpüyəbənzər protezlər isə bu idmançı qadınların 90 nəfərində olmuşdur ki, bu qrup üzrə 45,0±3,52% olmuşdur. Bu qrupda 34 nəfərdə isə plomblanmış dişlərə rast gəlinmişdir ki, bu da qrupun 17,0±2,66% -i təşkil etmişdir. Bu qrupda da dişlərin çəkilməsinə əsas səbəb kimi onların əvvəlcə karieslə zədələnməsi sonradan isə "irinləyib-şişməsi" nəticəsi kimi göstərilmişdir. Qeyd olunan qrupda diş tacı taxmalarının mövcudluğu 19 nəfərdə rast gəlinərək, qrup üzrə 9,5±2,07% xəstələri əhatə etmişdir. Taxmaların tətbiq olunması əsasən diş tacının karieslə destruksiyası ilə əlaqədar olmuşdur. Əsəsən ilkin endodontik müalicə tədbirlərinin uğursuzluğu səbəbindən irəli gələn ikincili endodontik müalicə tədbirləri isə 86 nəfər yetkin qadın idmançılarda rast gəlinərək, qrupun 43,0±3,50 % -ni əhatə etmişdir. Birincili endodontik müalicə tədbirlərinə ehtiyac isə qrupun19,0±2,77 % -ni əhatə etməklə 38 nəfərdə müşahidə edilmişdir.

Yaşı 22-28 arasında olan idmançı qadınlar qrupunda parodontitlərin müalicə edilməsinə ehtiyac isə 23 nəfərdə müşahidə olunmuşdur ki, bu da qrupun 11,5±2,26 % -i olmuşdur. Bundan

başqa qrup üzrə peşəkar profilaktika tədbirlərinə ehtiyac dərəcəsi isə 120 nəfərdə qeyd edilməklə ümumi qrupun 60,0±3,46 % -ini əhatə etmişdir. Qrup üzrə 82 nəfərdə diş tacının əksər hissəsinin dağılmasıyla əlaqədar olaraq, tək ortopedik qapaqların tətbiq olunmasına ehtiyac olmuşdur ki, bu da qrupun 41,0±3,48 % -i hesablanmışdır. Qrupda 85 nəfərdə çıxan protezə ehtiyac yaranmışdır ki, bu da əsasən diş sıralarının hüdudlanmayan qüsurlarının meydana gəlməsi ilə əlaqədar olmuşdur. Belə idmançılar qrupun 42,5±3,50% -ni təşkil etmişdir.

Alınmış rəqəmlər 15-21 yaş arasındakı yüngül atletika ilə məşğul olan qadınlar qrupunda dişlərinin daha çox hallarda dağılmış vəziyyətdə və çəkilməsinə ehtiyacın olduğunu göstərir ki, bu da digər 2 qrupdan əhəmiyyətli dərəcədə, 1,5 dəfədən artıq çoxdur. Kürpüyəbənzər protezlərin tətbiqinə ehtiyac da bu qrupda ən yüksək olmuşdur. Dişlərin plomblanmasına ehtiyac da bu qrupda digər 2 qrupun göstəricilərindən 2 dəfədən artıqdır. Diş tacı taxmalarının tətbiqinə ehtiyac isə bu qrupda adi həyat tərzi keçirən qadınlar qrupununu göstəricilərinə yaxın olsa da, 22 -28 yaş arası idmançı qadınlar qrupundan isə 2 dəfəyə qədər artıq olmuşdur. İkincili endodontik müalicə tədbirlərinə ehtiyac isə ən çox adi həyat tərzi keçirən, yəni idmançı olmayan qrupun nüamyənədərində müşahidə olunmuşdur. İlkin endodontik müalicə tədbirlərinə ehtiyac isə ən az 22 -28 yaş arası şəxslər qrupunda, ən çox isə yəni qeyd olunan qrupdan 2 dəfə çox olmaqla, 15-21 yaş arasındakı qrupda müşahidə olunmuşdur. Peşəkar profilaktik tədbirlərə ehtiyac isə daha çox hər iki idmançı qadınlar qrupunda adi həyat tərzi keçirən qadınlardan çox olmuşdur. Tək qapağın tətbiq olunmasına ehtiyac isə yenə də 15-21 yaşarası qrupda daha çox olmuşdur, bu qrupu isə adi həyat tərzi keçirən qadınlar, daha sonra isə yaşı 22-28 arasında olan idmançı qadınlar izləmişlər. Çıxan protezlərin tətbiq olunması isə ən çox 85 nəfər olmaqla yaşı 22-28 yaş arasında olan qadın idmançılar qrupunda müşahidə olunmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Янышева Н.П. и др. Связь стоматологической патологии с перенапряжением у спортсменов // Физиология, бальнеология и реабилитация, 2003, №5, с.34
2. Карпман В.Л. Спортивная медицина. Учебник для институтов физической культуры. М., 2006, с.140-142
3. Меерсон Ф.З., Капелько В.И. Современные представления о механизмах сокращения и расслабления сердечной мышцы // Успехи физиологических наук, 2006, №2, с.21-41
4. Муравов И.В. Физкультура в среднем и пожилом возрасте / Журавлев А.И., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура. М.: Медицина, 1993
5. Попов С.Н. Особенности врачебного контроля за лицами среднего и пожилого возраста / Спортивная медицина, лечебная физкультура и массаж. М.: ФиС, 1986
6. Соколова Н.И., Люгайло С.С. Миогимнастические упражнения в комплексной системе превентивной реабилитации спортсменов / Спортивная медицина, лечебная физкультура и валеология. Материалы 12 научно-практической конференции. Одесса, 2006, с.224-229.
7. Дембо А.Г., Пинчук В.М., Левина Л.И. Гиперфункция сердца и гипертрофия миокарда у спортсменов / Дилятация сердца и гипертрофия миокарда у спортсменов. М., 2003, с.42-67
8. Бутченко Л.А., Кушаковский М.С., Журавлева Н.Б. Дистрофия миокарда у спортсменов. – М.: Медицина, 2004, 224с.
9. Leach R. What price glory? // American Journal of Sports Medicine, 1998, v.26, p.157.

Резюме

Анализ стоматологических манипуляций, проведенных у профессиональных спортсменок

Ш.Е. Мамедова, А.Н.Ниязов

Спортсмены, подвергающиеся физическому и эмоциональному напряжению во время тренировок и соревнований, подвергаются разного рода морфологическим и функциональным изменениям в организме. Морфологические изменения выявляются в мышечной, а функциональные в суставах и сердечно-сосудистой системе. В связи с вышеизложенным были проведены обследования профессиональных спортсменок в количестве 600 человек. Цифры получены, участвующие в легкой атлетике между зубами должны быть вытащил во многих случаях разрушенных, полученные данные показали, что число разрушенных и удаленных зубов значительно во 2 группе, более чем в 1,5 раза. Именно представители в этой группе имеют самую высокую потребность в протезировании.

Summary

Analysis of dental treatment among female athletes

S.A. Mamedova, A.N.Niyazov

Athletes during training and competition that are subject to physical and emotional strain on the morphological and functional changes in the body leads to a different character. Morphological changes in muscle mass occurs at the level of systems. Functional changes in the joints, heart rhythm and character are forms of changes. In this regard women including 600 people in general involved in were studies. Figures obtained involved in athletics between the teeth need to be pulled in many cases destroyed, and show that it significantly in the other 2 groups, more than 1.5 times. Bridgelike crowns in this group has the highest need for prostheses. In this group than in the other 2 groups plombing teeth need more than 2 times.

Daxil olub: 25.04.2014

QARIN BOŞLUĞU ABSESLƏRİNİN MÜALİCƏ METODLARININ MÜQAYİSƏLİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

E.Y.Bababəyli

Ak.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi (Azərbaycan),
Naxçıvan Muxtar Respublika Xəstəxanası (Naxçıvan),
Kocaeli Universitetinin Tibb Fakültəsi (Türkiyə)

Açar sözlər: dəriarası biopsiya, KT, USM nəzarəti altında dəriarası biopsiya, punksiya-aspirasiya, drenajlanma və kateterizasiya

Ключевые слова: Чрескожная биопсия, чрескожная биопсия-аспирация, дренирование и катетеризация под контролем КТ и УЗИ

Keywords: Through skin biopsy, through skin biopsy-aspiration, drainage and catheterization under checking KT and Ultrasonic Study

Qarın boşluğunun absesləri olan xəstələrin müalicəsi abdominal cərrahlığın aktual problemi olaraq qalır [1,5,6,7]. Hal-hazırda abseslərinin müalicəsində antibakterial terapiya, Laparotomiya açıq drenajlanma və azinvaziv cərrahi üsullardan istifadə edilir. Son vaxtlar Endoskopik, Laparaskopik və Perkutan (KT, USM nəzarəti altında) üsullarla qarın boşluğu abseslərinin ləğv edilməsini müvəffəqiyyətlə yerinə yetirmişik [2,3,5,8]. Ədəbiyyat və təcrübü araşdırmalardan məlumdur ki, bütün intraabdominal abseslərinin, böyük bir qismi, məhz bağırsaq möhtəviyyatının periton boşluğuna sızması, peritonitlərin inkişafından və portal venanın piyemiyası nəticəsində əmələ gəlir[1,4,5,6,9]. Qarın boşluğu üzvülərinin hərf hansi iltihabı prosesləri də abseslərinin yaranmasında mühüm rol oynayırlar. Qarın boşluğunun absesləri uzunmüddətli və texniki çətinliyi olan cərrahi əməliyyatlardan sonra və ya deşib keçən (penetrasiyalı) yaralardan yaxud qonşu üzvülərin və orqanizmin müxtəlif iltihabi ocaqlarindan inkişaf edir. Əsasən hematogen bəzəndə limfagen yolla infeksiyanın yayılması hesabına formalaşırlar [3,4,5,8]. Qarın boşluğunun abseslərinin müalicəsində azinvaziv cərrahi üsulların tətbiqindən sonra ağırlaşmalar 5-10%-dək, letallıq 0,8–9,3%-dək aşağı düşmüşdür, residiv 0,5-1 dəfə azalmışdır. Son vaxtlar qarın boşluğunun abseslərinin əməliyyatları müvəffəqiyyətlə yerinə yetirilsədə, hansı üsulun xəstə üçün sərfəli və sadə, asan daha effektli olması cərrahiyyənin aktual mübahisəli məsələ olaraq qalmaqdadır [,2,4,6,8,9]. Diametri 5 sm-dən kiçik olan tək abseslərin iynə aspirasiyası məqsədə uyğundur. Diametri 5 sm-dən böyük olan tək abseslərin perkutan yolla drenajın abses boşluğuna katater yerləşdirilməsi məsləhətdir. [1,3,4,7,9]. İntervension radioloqiya sahəsinin müasir dövrdəki nailiyyətləri dəriarası müdaxilələrin cərrahi müdaxilələrlə əvəz edilməsinə imkan verir. Buna baxmayaraq, bəzi hallarda müasir üsullar effekt vermədikdə açıq cərrahi drenajlama tələb olunur. Ultrasəs, KT nəzarəti altında və laparaskopik üsullar absesin açıq drenajlamaya sağlam həyat üçün alternativı ola bilər [2,3,5 ,6,7,9].

Tədqiqatın məqsədi Qarın boşluğunun abseslərininin azinvaziv cərrahi effektivliyin yüksədilməsi, müasir texnologiyaların təkmilləşdirilməsi və müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasıdır.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işində T.C. Koceli Univer-sitetinin Tibb Fakultəsinin Radioloji Anabilim Başqanlığı; Akad; M.A Topçubaşov adına ECMvə Naxçıxan MRX-ın Cərrahiyyə Şöbəsində 2004-2013 cü illərdə qarin boşluğunun irinli absesinə görə müxtəlif növ cərrahi müalicə alan 306 xəstənin nəticələri araşdırılmışdır. Xəstələrin 184(60,1%) qadın, 122(39,9%) kişi olmuşdur. Orta yaş 52,2±16,7 təşkil etmişdir. Xəstələr əsas və nəzarət qruplarına ayrılmışdır. Əsas qrupda 168(54,9), nəzarət qrupunda 138(45,1%) xəstə açıq üsulla əməliyyat olunmuşdur. Nəzarət qrupunda əməliyyatlar açıq (Laparatom), əsas qrupda isə müxtəlif növ azinvaziv usullardan istifadə olunmuşdur.

Müdaxilənin texnikası: Qarin boşluğunun irinli absesləri açıq (laparatom) və çox saylı azinvaziv usullarla ləğv edilmişdir. Abses boşluqlarının evakuasiyası 18-20 və 22 kalibrli birdəfəlik troakar iynəsinin köməyi ilə həyata keçirilmişdir. Müdaxilə maksimum 2 dəfədən artıq yerinə yetirildikdə effekt vermirsə, üçüncü cəhddə müalicədən imtina edilməli və fasiləsiz drenaj üçün kateter daxil edilməlidir. Troakar metodla 8-fransız markalı yan əyri gövdəsi olan Boston Scientific kateteri abses boşluğuna yeridilir. Hər bir xəstədən alınan irinli möhtəviyyatın antibiotiklərə həssaslığı testlərin nəticələrinə görə təyin edilmişdir.

Cədvəl 1
Qarin boşluğunda abseslərin yerləşməsi

Lokalizasiyası	Qruplar üzrə			
	Nəzarət(n=138)		Əsas(n=168)	
Qaraciyər daxili	43	31,5	45	26,8
Qaraciyəraltı	24	17,3	29	17,2
Diafraqmaaltı	23	16,9	32	19,1
Dalaq	6	4,3	9	5,3
Öd kisəsi və öd yolları	4	2,9	7	4,1
Mədəaltı vəz	3	2,2	6	3,6
Bağırsaqlararası	9	6,2	12	7,1
Çanaq	26	18,7	28	16,8
Cəmi	138	100	168	100

Tədqiqatdan göründüyü kimi qaraciyər və diafraqmaaltı absesləri nəzarət qrupunda 90 (65,2%), əsas qrupda 106 (63,1%) xəstədə qeydə alınmışdır, yəni bütün qarın boşluğu abseslərinin yarıdan çoxunu təşkil edir. İkinci yerdə çanaq absesləri tutur: nəzarət qrupunda 26(18,7%), əsas qrupda 28(16,7%) müşahidə olunmuşdur. Dicər abseslər nəzarət qrupunda 26(18,7%), əsas qrupda 32(19,1%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Qarın boşluğunda müxtəlif abseslərin formalaşmasına səbəb olan faktorlar aşağıdakı cədvəldə öz əksini tapmışdır. Cədvəldən göründüyü kimi qarın boşluğunda müxtəlif abseslərin formalaşmasına daha çox səbəb olan əməliyyatönü, əməliyyatdövrü və əməliyyatdan sonrakı və qarının kütvarı zədələnmələridir. Hər iki qrupda müqayisə apardıqda nəzarət qrupunda 119 (86,2%), əsas qrupda 113(86,3%) daha yüksək faiz müşahidə olunmuşdur.

Qarın boşluğunun irinli abseslərinin müalicəsində azinvaziv müalicə üsullarının yerinə yetirilməsinə göstəriş patoloji prosesin xarakterindən, yerləşməsindən və həcmindən asılıdır. Qarın boşluğunun irinli abseslərinin müalicəsində son illər azinvaziv metodlardan geniş istifadə olunur. Absesin yuxarıda qeyd etdiyimiz xüsusiyyətlərindən asılı olaraq əsas qrupda aşağıdakı azinvaziv cərrahi müdaxilə üsulları aparılmışdır.

Qarın boşluğunun abseslərinin müalicəsində müxtəlif növ azinvaziv üsullardan istifadə olunmuşdur. Biz daha çox Seldinger metodundan 168 xəstədən 124(73,8%) istifadə etmişik və yüksək effekt əldə etmişik. Xolangiogen abseslərdə əksərən endoskopik metodla nazobiliar drenajlama (NBD), çanaq abseslərinin ləğv edilməsində əsasən laparaskopik üsuldan, irinli, pielofilebitik (qaraciyərin qapı venası hesabına formalaşmış), digər abseslərdə isə KT və USM-in nəzarəti altında drenajlanması yaxud kataterizasiyası məsləhətdir. Digər

azinvaziv üsullarla 44 (26,2%) xəstədə müvafiq cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilmişdir.

Cədvəl 2

Qarın boşluğu abseslərin formalaşmasına səbəb olan faktorlar

Faktorlar	Qruplar			
	Əsas (n=168)		Nəzarət (n=138)	
	n	%	n	%
Əməliyyata önü və dövrü ağırlaşmalar	26	15,5	19	13,8
Əməliyyatdansonrakı ağırlaşmalar	87	51,8	74	53,6
Qarının küt zədələnmələri	32	19,0	26	18,8
Qarin boşluğuna möhtəviyyat sızma	8	4,8	8	5,8
Yad cisimlər	2	1,2	4	2,9
İrinləmiş exinokokk sistləri	9	5,3	5	3,6
Səbəbi məlum olmayan	4	2,4	2	1,5
Ümumi	168	100	138	100

Cədvəl 3

Əsas qrupda aparılan müdaxilələrin növləri

Müdaxilənin növləri	Sayı	
	n	%
Stilet kateterlə drenajlanma	11	6,5
Seldinqer metodu ilə drenajlanma	124	73,8
Trokarın köməyi ilə drenajlanma	8	4,8
Yenidən drenajlanma (drenajın yerinin dəyişdirilməsi)	4	2,4
Laparaskopik müdaxilə və s.	18	10,7
Nazobiliar drenajlanma (NBD)	3	1,8
Cəmi:	168	100

Nəticələrin müzakirəsi. Nəzarət qrupunda 138 xəstədə açıq üsulla (laparatomiya) əməliyyatlar aparılmışdır, abses boşluğu ləğv edilərək müvafiq prosedurlardan sonra drenajlanmışdır. Nəzarət qrupunda 12 xəstədə əməliyyatdan sonra abses boşluğundan irin axma (fistula), 6 öd axma, 8 peritonit, 4 daxili qanaxma, 3 pnevmoniya, 2 sağ tərəfli, 1 sol tərəfli, 3 xəstədə sağtərəfli, 1 isə hər iki tərəfli plevrit, 8 drenajın yerdəyişməsi, 2 drenajın çıxması, residiv 8 (6,9%) və 5 (1,1%) xəstədə ölüm müşahidə edilmişdir. Xəstənin stasionarda yatma müddəti 16,5±2,6 çarpayı günü olmuşdur. Əsas qrupda 168 xəstə müxtəlif növ azinvaziv üsullarla müdaxilələr aparılmışdır. Əsas qrupda 8 xəstədə abses boşluğundan irin axma (fistula), 4 xəstədə peritonit, 5 xəstədə öd axma, 6 xəstədə daxili qanaxma, 2 xəstədə pnevmoniya, 3 xəstədə sağ tərəfli 1 xəstədə sol tərəfli plevrit, 5- drenajın yerdəyişməsi, 2- drenajın çıxması, 3- residiv, 2 xəstədə ölüm müşahidə olunmuşdur. Nəzarət qrupunda 138 xəstədən 45-də (32,6%) müxtəlif növ ağırlaşmalar, 3 (2,2%) nəfərdə residiv və 5 (3,6%) nəfərdə letallıq olmuşdur. Əsas qrupda 168 xəstədən, 35-də (20,8%) müxtəlif növ ağırlaşmalar, residiv 3 (1,8%) və 2(1,2%) letallıq müşahidə edilmişdir. Xəstənin stasionarda yatma müddəti 7,2±0,8 çarpayı günü olmuşdur. Nəzarət qrupunda açıq laparatomiyadan sonra abses boşluğu ləğv edilərək drenajlanmışdır. Əsas qrupda qarın boşluğunun abseslərinin müalicəsində müxtəlif növ azinvaziv üsullardan istifadə olunmuşdur. Aspirasion biopsiya nəticəsində 62 (36,9%) xəstədə diametrli 5 sm və ya ondan kiçik, 106 (63,1%) xəstədə 5 sm-dən böyük abses rast gəlinmişdir. Diametri 5 sm və ya daha kiçik olan abseslər dəriarası iynə ilə punksiya aparılaraq drenajlanma və kateterizasiya proseduru birinci dəfədən (n=47), ikinci dəfədən (n=12) və ya üçüncü dəfədən (n=3) həyata keçirilmişdir. Diametrli 50 mm-dən böyük absesləri xəstədə birinci dəfədən (n=97), ikinci dəfədən (n=8) və üçüncü dəfədən (n=1) müvəffəqiyyətlə aparılmışdır. Müdaxilə maksimum 2 dəfədən artıq yerinə yetirildikdə effektiv olmadıqda, üçüncü cəhddə müalicədən imtina edilməli və fasiləsiz drenaj üçün kateter daxil edilməlidir. Müasir diaqnostika imkan verir ki, qarın boşluğunda müxtəlif növ abseslərin və törəmələrinin vaxtında aşkar edilməsinə, yerləşməsinə, absesin həcminə, qonşu üzvülərə münasibətinə, patalogiyanın xarekterinə uyğun əməliyyatönü dəqiq məlumatlar alınsın ki, düzgün cərrahi taktika və texnika seçilsin. Bu

prinsiplər əməliyyatdan sonrakı fəsadları minimuma endirməklə sağalma tezliyinin yüksəlməsinə səbəb olar. Əsas və nəzarət qrupunda aparılan əməliyyatlardan sonra müşahidə olunan müxtəlif növ ağırlaşmaların müqayisəli nəticələri cədvəl 4-də göstərilmişdir.

Cədvəl 4

Fəsadların müqayisəli nəticələri

Fəsadlar	Qruplar üzrə			
	Nəzarət(n=138)		Əsas(n=168)	
	Sayı	%	Sayı	%
İrin axması(fistula)	12	21,1	8	20,3
Peritonit	8	14,0	4	10,3
Öd sızması	6	10,5	3	7,5
Pnevmaniya	3	5,2	2	5,1
Plevrit	4	7,1	4	10,3
Qanaxma	4	7,1	6	16,2
Drenajın yerdəyişməsi	8	14,0	5	12,6
Drenajın çıxması	2	3,5	2	5,1
Residiv	8	14,0	3	7,5
Letallıq	5	3,6	2	5,1
Cəmii:	60	43,5	39	23,2

Cədvəl 5

Xəstəliyin davametmə müddəti

Xəstəliyin əvvəl/sonrakı davametmə müddətinin müqasiyəli xüsiyyətləri	Qruplar			
	Əsas (n=168)		Nəzarət (n=138)	
	n	%	n	%
10 günə qədər.	86	51,2	34	24,6
11-20 günə.	58	34,5	59	42,8
21-30 günə.	12	7,1	23	16,7
31-40 günə.	8	4,8	12	8,7
41-50 günə.	3	1,8	7	5,1
51-60 günə.	1	0,6	2	1,4
60 gündən artıq	0		1	0,7
Ümumi:	168	100	138	100

Fəsadların ümumu sayı əsas qrupda 39 (23,2%), nəzarət qrupunda isə 60 (43,5%) təşkil etmişdir. Hər iki qrupda müqayisə aparıldıqda azinvaziv üsullarda fəsadlar 2 dəfə azalmış sağalma tezliyi 1,6 dəfə artmışdır. Aparılan tədqiqatlardan sonra biz beləqənaətə gəldik ki, dəriarası aspirasion biopsiyada üçüncü cəhddən sonra effekt alınmırsa (biopsiya və punksiya), növbəti müdaxilələrdən imtina etmək lazımdır. Əsas və nəzarət qruplarında xəstəliyin davametmə müddətinin müqayisəli göstəriciləri cədvəl 5-də öz əksini tapmışdır.

Cədvəldən göründüyü kimi, qarın boşluğunun abseslərı cərrahi əməliyyatdan 1-3 həftə sonra sağalmışdır. Əsas qrupda 168 xəstədən 86 (51,2%), nəzarət qrupunda isə 138 xəstədən 34 (24,6%) nəfər 10 gün müddətinə sağalaraq evə yazılmışdır. Qruplar üzrə 3 həftə boyunca müqayisə etdikdə sağalma tezliyi 85,7-67,4% təşkil etmişdir. Beləliklə qarın boşluğunun abseslərinin cərrahi əməliyyatdan 1-3 həftə sonra sağalma ehtimalı daha yüksəkdir. Hər iki qrupda alınan nəticələr elmi cəhətdən araşdırılmışdır. Aparılan müalicənin effektivliyinin göstəriciləri, klinik, laborator, anamnestik, KT, USM rentgenoloji müayinələrin və xəstəlik tarixinin təhlili ilə müəyyən edilmişdir. Uğurlu müalicə üçün meyarlar ocaqlı törəmənin çapıqlaşması, KT və ultrasəslə görüntülənməsi, abses boşluğunun itməsi və yaxud xeyli miqdar azalması olmuşdur. Aparılan elmi-təcrübi tədqiqatın yaxın və uzaq nəticələri aşağıdakı cədvəl 6-da öz əksini tapmışdır. Cədvəldən göründüyü kimi, əsas qrupda 129-da (76,8%) nəfərdə abses boşluğu tam sovrulmuş, nəzarət qrupda 78 (56,5%) nəfərdə müalicə uğurla bitmişdir, nəticələr yaxşıdır.

Əsas qrupda 34 (20,2%), nəzarət qrupunda 47(34,1%) xəstədə abses boşluğu 60-70%-dən yuxarı kiçilmiş, nəticə kafi olmuşdur.

Cədvəl 6

Müalicənin yaxın və uzaq nəticələri

Nəticələr	Qruplar üzrə				Qiymətlər
	Nəzarət (n=138)		Əsas(n=168)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sağalma	78	56,5	129	76,8	Yaxşı
Ağırlaşma	47	34,1	34	20,2	Kafi
Residiv	8	5,8	3	1,8	Qeyri kafi
Ölüm	5	3,6	2	1,2	Pis

Əsas qrupda 3(1,8%), nəzarət qrupda 8(5,8%) xəstədə abses boşluğu 50%-dən az kiçilərək qısalmışdır, yəni residiv əmələ gəlmişdir, nəticə qeyri-kafidir. Əsas qrupda 2(1,2%), nəzarət qrupunda isə 5(3,6%) xəstədə ölüm müşahidə edilmişdir, nəticə pis qiymətləndirilmişdir.

Beləliklə tədqiqat apardığımız 306 xəstənin əsas və nəzarət qruplarında müalicənin müqayisəli qiymətləndirilməsi aşağıdakı nəticələri vermişdir. Əsas qrupda sağalma 1,6 dəfə yüksəlmiş, ağırlaşmalar 1,4 dəfə, residiv 2,7 dəfə, letallıq 2,5 dəfə azalmışdır. Qarın boşluğunun irinli abseslərinin azinvaziv üsulu, açıq drenajlanma metoduna nisbətən olduqca sadə, xəstələr üçün sərfəli, kiçik ölçülü, kosmetik kəsiklər cüzi olmuş, sağalma tezliyi yüksək, çarpayı günü qısa, maliyyə cəhətdən ucuz və daha çox effektlidir

ƏDƏBİYYAT

1. Евдокимов Е.Ю. Лечебно диогностические вмешательства под контролем ультразвука у больных с послеоперационными гнойными осложнениями: Автореф. дис. … канд.мед.наук. Красноярск, 2003, 298 с.
2. Бабабейли Э.Ю. Опыт применения малоинвазивных хирургических вмешательства при лечении абсцессов печени // Хирургия, 2013, №1, с.83-89.
3. Тан Ю.М., Чанг А.Ю., Чау Р.К. и др. Оценка хирургического и чрескожное дренирование для гнойных абсцессов печени размером более 5 см // Enn Surg, 2005, v.241, p.485-490.
4. Bababeyli E.Y., Mustafayeva I.R., Ciftci E., Bababeyli N.E. Comparative characteristics of interrupted and uninterrupted drainage methods of hepatic abscesses under ultrasound control / Abstracts of XII International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Bakı, 2013. s: 92
5. Chung Y.F.A., Tan Y.M., Lui H.F. et al. Management of pyogenic liver abscesses percutaneous or open drainage? // Singapore Med J Pictorial Essay, 2007, v. 48, №12, p. 1158-1165.
6. Turner S.R., Nelson R.C., Paulson E.K. et al. Postprocedure sepsis in imaging-guided percutaneous hepatic abscess drainage: how often does it occur? // AJR, 2006, v.186, p. 1419-1422
7. Zerem E., Hadzic A. Sonographically guided percutaneous catheter drainage versus needle aspiration in the management of pyogenic liver abscess // AJR, 2007, v.189, p 138-142
8. Биопсия печени. Учебно-методическое пособие / Под редакцией проф. И.В. Маева. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2002, 28 с.
9. Вайнер Ю.С., Егоров А.Б., Вардосанидзе В.К. Лечение абсцессов брюшной полости с использовнием малоинвазивных методик под ультразвуковым контролем / Сборник тезисов научно-практической конференции по чрескожным и внутрипросветным эндоскопическим в хирургии. М., 2010, с.48-49
10. Bababəyli E.Y. Qarın boşluğunun əməliyyatdan sonrakı abseslərі zamanı azinvaziv müdaxilələr // Az.T.M, 2014. N1, s.126-130

Резюме

Сравнительные характеристики методов лечения брюшных абсцессов

Э.Ю.Бабабейли

Нами проведено исследование у 306 больных с гнойными абсцессами брюшной полости за период с 2004-2013 гг. Из них 184 (60,1%) женщины, 122 (39,9%) мужчины. Выделены основные и контрольные группы. В результате проведенных исследований пришли к выводу, что метод чрескожной инъекционной аспирации, дренирования и катетеризации по сравнению с методом открытого дренирования является более простым, несложным для больных, с коротким койко-днями, с финансовой точки зрения дешевым и эффективным методом.

Summary

Comparative features of the methods of the treatment abdominal abcess.

E.Y.Bababeyli

Us are organized study beside 306 sick with festering cavity abscess liver for period with 2004-2013 yy. Of them 184 (60,1%) of the women, 122 (39,9%) men.. Sick are chosen on the main and checking group. As a result of studies came to conclusion about that that method through skin injections aspiration, drainage and catheterization in contrast with method open drainage is more simple, uncomplicated for sick, with short berth-days, with financial standpoint cheap and efficient method.

Daxil olub: 04.04.2014

HAMİLƏLİK ZAMANI BƏDƏN KÜTLƏSİ İLƏ ABDOMİNAL DOĞUŞ EHTİMALININ ƏLAQƏSİ

L.M. Rzaquliyeva, N.A.Qurbanova

Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,
mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: artıq bədən kütləsi və piylənmə, hamiləlik və abdominal doğuşlar
Ключевые слова: избыточная масса тела и ожирение, беременность и абдоминальные роды
Keywords: excess body weight and obesity, pregnancy and abdominal childbirth

Keysəriyyə əməliyyatı ciddi göstərişlər əsasında həyata keçirilən doğuşa yardım növü kimi müasir mamalıq-ginekologiya təcrübəsində geniş tətbiq olunur. Kanada alimləri göstərirlər ki, 1995-1996-ci illərlə müqayisədə 2010-2011-ci illərdə bu əməliyyatın tətbiqi 1,6 dəfə (18 %-dən 28%-ə qədər) çox almışdır [2,3]. Bunun səbəbləri arasında hamilə qadının izafi bədən kütləsi xüsusi yer tutur [1]. Azərbaycan Respublikasında keysəriyyə əməliyyatının tətbiqi sovet dövrü ilə müqayisədə dəfələrlə çoxalmış və bunun təmzimlənməsi qanunvericilik səviyyəsində təsir mexanizminin yaranması zərurətini yaratmışdır. Bunu nəzərə alaraq müasir dövrün aktual problemi olan izafi bədən kütləsi fenomeninin keysəriyyə əməliyyatının ehtimalına təsirini öyrənməyi qarşımıza məqsəd qoymuşuq.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat 2011-ci ildə prospektiv ucdan tutma müşahidə yolu ilə həyata keçirilmişdir. Müraciət edən hamilə qadınlar qeydiyyata götürülmüş və dövlət standartlarında nəzərdə tutulan müayinə proqramı, o cümlədən antropometriya (boy, bədən kütləsi və s.) tətbiq edilmişdir. Qadınlar hamiləliyin ilk trimestrində yaşa (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35 və yuxarı yaşlar) və bədən kütləsi indeksinə görə (BKİ) görə (bədən kütləsinin kq-la ifadəsi boyun metrlə ifadəsinin kvadratına nisbəti – kq/m^2) 5 qrupa bölünmüşdür (<18,5; 18,5-24,9; 25,0-29,9; 30-34,9; 35 və çox). Müşahidəyə götürülmüş qadınların doğuş zamanı bədən kütləsi müəyyən edilmiş və hamiləlik müddətində bədən kütləsinin artımı (ilkin və son müşahidənin nəticələrinin fərqi) hesablanmışdır. Bu göstəriciyə görə ayırd etdiyimiz bütün qruplar iki yarımqrupa bölünmüşdür (hamiləlik müddətində bədən kütləsinin artımı 10 kq-a qədər və 10 kq-dan çox olanlar). Bütün qrup və yarımqruplarda vaginal və abdominal (keysəriyyə əməliyyatı ilə) doğuşların sayı hesablanmışdır. Statistik hesablamalarda abdominal doğuşların bütün doğuşlara nisbətən payı, standart xətası və etibarlıq intervalı (95%, t=1,96 olmaq şərti ilə) müəyyən edilmişdir [4]. Qruplar və yarımqruplar arasında fərqin dürüstlüyü z (qoşa qrup və yarımqruplarda standart normal bölgünün şərtəri təmin edildikdə) və χ^2 (bir neçə qrup və yarımqruplarda bölgünün normallığı nəzərə alınmadan) meyarları ilə qiymətləndirilmişdir. Fərqin dürüstlüyü sübut olunduqda nisbi riskin səviyyəsi (ehtimalların nisbəti kimi), izafi bədən kütləsinin prediktor kimi həssaslığı, spesifikliyi və proqnostik əhəmiyyəti müəyyən edilmişdir [4].

Alınmış nəticələr. Alınmış nəticələrin kəmiyyət səciyyələri cədvəllərdə (1-3) verilmişdir. Hamiləliyin ilk trimestrində bədən kütləsinin defisiti (BKİ<18,5 kq/m^2) 0,7±0,1% qadında qeydə alınmışdır. Əksər qadınların bədən kütləsi normal (BKİ:18,5-29,9kq/m^2) səviyyədə olmuşdur (81,5%). İzafi bədən kütəsi (BKİ=30-34, 9 kq/m^2) və piylənmə (BKİ≥35 kq/m^2) müvafiq olaraq 11,1±0,5 və 6,7±0,4% hamilə qadında müşahidə edilmişdir. Qadınların ayrı-ayrı yaş qruplarında bədən kütləsinin indeksinə görə bölgüsü bir-birindən statistik dürüst fərqli olunmuşdur (Cədvəl 1). Belə ki, izafi bədən kütləsi və piylənmə 15-19 yaş qrupunda (müvafiq olaraq: 8,4±1,4 və 3,2±0,9%) 35 və yuxarı yaşlı qrupla müqayisədə (müvafiq olaraq: 18,2±1,9 və 9,2±1,4%) statistik dürüst (<0,01) 2,2±2,9 dəfə az qeydə alınmışdır. Belə fərq digər yaş qrupları üzrə müqayisə aparanda da aşkar edilir (Cədvəl 1). Ümumən qadınların yaşı ilə onların bədən kütləsinin indeksi düz münasibdir və onların korrelyasiyası güclüdür (r=0,89). Hamiləlik müddətində qadınların 46,2%-nin bədən kütləsi 10 kq-a qədər, 53,8%-nin isə 10 kq-dan çox artmışdır. Hamiləliyin birinci trimestrində bədən kütləsinin indeksi və qadının yaşına görə ayırd olunmuş qruplarda hamiləliklə bağlı bədən kütləsinin artımına görə bölgü (cədvəl 2) bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir. Ümumi səciyyə odur ki, hamiləliklə bağlı qadınların yarısından çoxunun (53,8±0,8%) bədən kütləsi 10 kq-dan çox artmışdır.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının standartlarında hamiləlikdən əvvəl bədən kütləsi indeksi ≤18,5, 18,5-24,9, 25-29,9, 30 və çox olan qadınlarda hamiləlik ərzində bədən kütləsi artımı müvafiq olaraq 12,5-18,0; 11,5-16,0; 7,0-11,5 və 5,0-9,0 kq olması tövsiyə edilir. Bu göstəricilərdən yüksək səviyyədə bədən kütləsinin artımı 15,1±0,6% hamilə qadında qeyda alınmışdır.

Cədvəl 1

Qadınların hamiləliyin erkən dövründə bədən kütləsi indeksinə (BRİ) görə bölgüsü n və cəmi görə (%)

BKİ (kq/m^2)	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35 və yuxarı	Hamısı
<18,5	4 (1,0±0,5)	19 (1,2±0,3)	2 (0,2±0,1)	-	-	25 (0,7±0,1)
18,5-24,9	262 (68,8±2,4)	886 (54,9±1,2)	542 (54,5±1,6)	242 (54,8±2,4)	202 (48,4±2,4)	2134 (55,4±0,8)
25-29,9	71 (18,6±±2,0)	443 (27,4±1,1)	271 (27,2±1,4)	120 (27,1±2,1)	101 (27,1±2,1)	1006 (26,1±0,7)
30-34,9	32 (8,4±1,4)	171 (10,6±0,8)	99 (9,9±0,9)	51 (11,5±1,5)	76 (18,2±1,9)	429 (11,1±0,5)
35 və çox	12 (3,2±0,9)	96 (5,9±0,6)	81 (8,2±0,9)	29 (6,6±1,2)	38 (9,2±1,9)	256 (6,7±0,4)
Cəmi	381 (100)	1615 (100)	995 (100)	442 (100)	417 (100)	3850 (100)

Belə qadınların xüsusi çəkisi hamiləliyin birinci trimestrində BKİ 25 kq/m^2-dan az olan toplumda 0,7±0,2%, 25-29,9 kq/m^2 olan qrupda 15,4±1,1% və 30,0-dan çox olan qrupda 59,1±1,9% təşkil etmişdir. Göründüyü kimi, hamiləliklə bağlı bədən kütləsinin izafi artımın BKİ 25 kq/m^2 – dan çox olanda müşahidə olunur. Bu göstərici hamiləliyin ilk trimestrində izafi bədən kütləsinə malik və piylənmə əlamətləri olan qadınlarda daha yüksəkdir. Göstəricinin səviyyəsinin yaşdan asılı çoxalması yalnız bu qrupda müşahidə edilmişdir. Beləliklə, hamiləliyi birinci trimestrində izafi bədən kütləsi və piylənmə əlaməti olan qadınlarda hamiləliklə bağlı bədən kütləsinin tövsiyə olunan səviyyədən çox olması ehtimalı yüksəkdir. Bununla bağlı ehtimal olunan problemlərdən biri doğuş fəaliyyətinin zəiflənməsi və nəticədə abdominal doğuş zərurətinin çoxalmasıdır. Müşahidəmizdə olan toplumda abdominal doğuşların xüsusi çəkisi 3-cü cədvəldə əks olunmuşdur. Bütün toplum üzrə doğuşların 23,9 ±0,7%-i (95% etibarlıq intervalı: 22,5-25,3%) keysəriyyə əməliyyatı ilə başa çatmışdır. Hamiləliyin birinci trimestrində bədən kütləsi indeksi (kq/m^2) 25-dən az, 25-29,9 və 30-dan çox olan qruplarda abdominal doğuşların xüsusi çəkisi (müvafiq olaraq: 19,0±0,8; 27,6±1,4 və 33,6±1,8%) bir-birindən statistik dürüst fərqlənir (p<0,05). Bədən kütləsi indeksi yüksək olan qadınlarda keysəriyyə əməliyyatı daha çox tətbiq edilmişdir.

Bədən kütləsi indeksi 25 kq/m^2-dan az olan qadınlarda hamiləlik zamanı bədən kütləsinin artımı 10 kq-dan az və çox olan hallarda abdominal doğuşların xüsusi çəkisi bir-birindən statistik dürüst fərqlənir (müvafiq olaraq 17,4±0,8 və 20,7±1,3%; p<0,05). Oxşar nəticə bədən kütləsi indeksi 25-29,9, 30 və çox olan qruplarda da izlənilir.

Cədvəl 2

Qadınların hamiləlik zaman bədən kütləsinin artımına görə bölgüsü (qruplar üzrə cəmə görə %)

BKİ kq/m^2	Artım kq/m^2	Yaş					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35+	15+
<25	<10	53,3±3,1	51,0±1,7	51,8±2,1	53,7±3,2	51,0±4,9	51,8±1,1
	≥10	47,0±3,1	49,0±1,7	48,2±2,1	46,3±3,2	49,0±4,9	48,2±1,1
	>16	0,8±0,5	0,4±0,2	0,6±0,3	0,8±0,6	2,0±1,4	0,7±0,2
25-29	<10	47,9±5,9	48,5±2,4	50,1±3,1	69,2±4,2	49,5±5,0	51,5±1,6
	≥10	52,1±5,9	51,5±2,4	49,9±3,1	30,8±4,2	50,5±5,0	48,5±1,6
	>11,5	16,9±4,4	14,4±1,7	15,5±2,2	17,5±2,9	14,9±3,5	15,4±1,1
30+	<10	47,7±7,5	48,3±3,1	47,2±3,7	43,4±5,5	48,2±4,7	47,5±1,9
	≥10	52,3±7,5	51,7±3,1	52,8±3,7	56,6±5,5	51,8±4,7	52,5±1,9
	>9,0	63,6±7,2	56,2±3,0	56,1±3,7	72,5±5,0	59,6±4,6	59,1±1,9

Cədvəl 3

Hamiləlik zamanı bədən kütləsinin artımından asılı abdominal doğuşların xüsusi çəkisi (qrup və yarımqruplar üzrə bütün doğuşlara görə %)

BKİ kq/m^2	Artım kq/m^2	Yaş					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35+	15+
<25	<10	17,7±3,2	16,2±1,7	18,8±2,3	24,6±3,8	9,7±2,9	17,4±0,8
	≥10	22,4±3,7	18,5±1,8	22,5±2,6	28,6±4,3	15,2±3,6	20,7±0,8
	Cəm	19,9±2,5	17,3±1,3	20,6±1,7	26,5±2,8	12,4±2,3	19,0±0,8
25-29	<10	8,8±4,8	19,5±2,7	23,5±3,6	39,8±5,4	24,0±6,0	23,6±1,9
	≥10	19,8±5,1	21,5±2,7	34,1±4,1	44,3±5,3	35,3±6,7	28,9±2,0
	Cəm	9,9±3,5	20,5±1,9	25,5±2,6	42,5±4,5	29,7±4,5	27,6±1,4
30+	<10	14,3±7,6	27,9±3,9	27,1±4,8	34,3±8,0	36,4±6,5	28,9±2,5
	≥10	21,7±8,6	34,8±4,1	34,7±4,9	55,5±7,4	42,4±6,4	37,8±2,6
	Cəm	18,2±5,8	31,5±2,8	31,1±3,5	46,3±5,6	39,5±4,6	33,6±1,8
≥18,5	≤10	13,9±1,9	16,5±1,0	20,6±1,4	34,9±2,5	16,6±2,0	19,3±0,7
	>10	50,0±7,7	47,2±3,4	48,6±4,1	55,6±5,2	52,9±5,4	49,9±2,1
	Cəm	17,8±2,0	20,6±1,0	24,7±1,4	39,1±2,3	24,0±2,1	23,9±0,7
	Nisbi risk	3,6	2,9	2,4	1,6	3,2	2,6

Hamiləlik zamanı bədən kütləsinin artımı tövsiyə olunan (ÜST-nın normalarına görə) səviyyədən çox olanda keysəriyyə əməliyyatının ehtimalı 2,6 dəfə çoxalır. Bununla bağlı abdominal doğuş riski ayrı-ayrı yaş qruplarında daha yüksəkdir: 15-19 yaş qrupunda 3,6; 35 və yuxarı yaşlarında 3,2.

Beləliklə, həm qadınların bədən kütləsi indeksinin səviyyəsi, həm də hamiləlik zamanı bədən kütləsinin artımının tövsiyə olunan normalardan çoxluğu abdominal doğuş riskinin statistik dürüst böyüdür.

Nəticələrin müzakirəsi. Hamiləliyin erkən etapında müşahidəmizdə olan qadınların 11,1±0,5%-də izafi bədən kütləsi və 6,7%-də piylənmə qeydə alınmışdır. Kanandada [1] bu göstəricilər 2 dəfəyə qədər yüksəkdir (20,9 və 13,3%). Hamiləlik zamanı bədən kütləsinin ÜST-nın tövsiyə etdiyi normativlərdən çox artması Kanadada 48,8% təşkil etdiyi halda bizim müşahidəmizdə bu göstərici çox aşağı səviyyədə (15,1±0,6%) olmuşdur. Bu ölkəmizdə gənclər arasında piylənmə riskinin nisbətən az olması və hamilə qadın populyasiyasında gənclərin xüsusi çəkisinin (51,8% 25 yaşa qədər) çoxluğu ilə bağlıdır. Abdominal doğuşların xüsusi çəkisi Kanadada 25,7%, bizim müşahidəmizdə isə 23,9% təşkil etmişdir.

Nəzərə alsaq ki, Kanadada izafi bədən kütləsinə malik hamilə qadınların xüsusi çəkisi ölkəmizlə müqayisədə 2 dəfə çoxdur, onda abdominal doğuşların xüsusi çəkilərinə görə fərqin nisbətən az olması (25,7 və 23,9%) ölkəmizdə keysəriyyə əməliyyatından nisbətən çox istifadə olunmasını göstərir. Ona görə də hesab etmək olar ki, hamilə qadınlarda izafi bədən kütləsi əlamətləri olanda doğuşun planlaşdırılması mama-ginekoloqların konsilium yolu ilə əsaslandırılması vacibdir.

Nəticələr: 1.Hamiləlik zamanı qadının bədən kütləsinin normadan çox artması və hamiləlikdən əvvəl qadında izafi bədən kütləsi və piylənmə əlamətlərinin olması abdominal doğuş üçün risk amili kimi qiymətləndirilməlidir. 2.Qadınların antenatal müşahidəsində onların bədən kütləsinin monitorinqi mütəmadi aparılması və doğuşun planlaşdırılmasında bu amilin rolu nəzərə alınmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Dzakpasu S., Fahey J. et al. Contribution of prepregnancy body mass index and gestational weight gain to caesarean birth in Canada // BMC Pregnancy and Childbirth, 2014, v.14, p.106
2. Public Health Agency of Canada (PHAC): Canadian Perinatal Health Report. 2008 th edition. Ottawa: PHAC, 2008.
3. Public Health Agency of Canada (PHAC): Perinatal Health Indicators for Canada. Ottawa: PHAC; 2013
4. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999, 459 с.

Резюме

Связь массы тела беременных с вероятностью абдоминального родоразрешения

Л.М. Рзакулиева, Н.А.Курбанова

Целью исследований явилось показать роль массы тела женщин до и во время беременности в формирование риска абдоминального родоразрешения. У 3850 беременных установлена масса тела при приеме на учет и перед родоразрешением. Определен индекс массы тела путем соотношения массы тела (кг) и роста (м) в квадрате. По исходам беременностей определена доля случаев абдоминального родоразрешения. Проведено сравнение долии абдоминального родоразрешения в зависимости от индекса массы тела (<18,5; 18,5-24,9; 25-29,9; 30 и более кг/м^2) и прироста массы тела во время беременности. Достоверность различия определена критериями z и χ^2. Установлено, что избыточная масса тела и ожирение относительно меньше распространены среди азербайджанской популяции беременных женщин (2 раза меньше, чем в Канаде). На этом фоне вероятность применения абдоминального родоразрешения относительно высока (23,9%). Ожирение и избыточная масса тела беременных является фактором риска абдоминального родоразрешения. Рекомендуется при наличии этих признаков планированных родов проводить путем консилиума специалистов.

Summary

Communication of body weight of pregnant women with probability of an abdominal delivery

L.M. Rzakuliyeva, N.A.Kurbanova

Research objective: To show a role of body weight of women before and during pregnancy in formation of risk of an abdominal delivery. At 3850 pregnant women body weight is established at reception on the account and before delivery. The body weight index by a way of a ratio of the body weight (kg) and growth (sq.m) is determined. The share of abdominal delivery cases is determined by outcomes of pregnancies. Comparison of an abdominal delivery depending on a body weight index (<18,5;18,5 is carried out; 18,5-24,9; 25-29,9; 30 and more kg/sq.m) and a body weight gain during pregnancy. Reliability of distinction is defined by criteria of z and χ2. It is established that the excess body weight and obesity are rather less widespread among the Azerbaijani population of pregnant women (2 times less, than in Canada). On this background the probability of application of an abdominal delivery is rather high (23,9%). Obesity and excess body weight of pregnant women is risk factor of an abdominal delivery. It is recommended to carry out in the presence of these signs of the planned childbirth by a consultation of experts.

Daxil olub: 01.05.2014

DİŞ ƏTİ ÇƏKİLMƏLƏRİNİN PARODONTOLOJI CƏRRAHİYYƏSİNDƏ ESTETIK NƏTİCƏLƏRİN DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

C.R. Əhmədbəyli, S.R. Yılmaz

Yeditepe Universiteti Stomatologiya Fakültəsi Parodontologiya Kafedrası, İstanbul

Açar sözlər: diş əti çəkilmələri, parodontoloji cərrahiyyə, estetik nəticələr
Ключевые слова: рецессия десны, пародонтальная хирургия, эстетические результаты
Keywords: gum recession, periodontal surgery, esthetic results

Diş əti çəkilmələrinin müalicəsi üçün istifadə olunan müasir parodontolojı plastik cərrahiyyə metodlarının əsl məqsədi yaranan estetik qüsurları və hiperhəssaslığı ortadan qaldıraraq diş kökünün tam örtülməsidir. Lakin yumşaq toxumanın tam inteqrasiyası baxımından estetik nəticənin dəyərələndirilməsi üçün diş kökünün tam örtülməsi kifayət etməyə də bilər [1,2]. Diş əti çəkilmələrinin cərrahi üsulla bərpa olunması zamanı estetik nəticələrin dəyərləndirilməsi mühüm olmasına baxmayaraq, parodontolojı elmi-tətqiqat işlərinin dərc olunduğu ədəbiyyatlarda bu günə qədər sadəcə bir neçə məqalədə bu sahəyə geniş yer verilmişdir [3,4,5].

Bizim tədqiqatın məqsədi də diş əti çəkilmələrinin parodontoloji cərrahiyyəsində estetik nəticələrin dəyərləndirilməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatin materiallari və metodlari. Bu tədqiqat Yeditepe Universiteti stomatologiya fakültəsi parodontologiya kafedrasının klinikasına müraciət edən tibbi baxımdan ümumən sağlam olan, parodont toxumalarının sağlamlığına və ya sağalmasına təsir göstərə bilən dərman istifadə etməyən, hamilə olmayan, kökün cəkilmə səthində çürük və ya restavrasiyaları olmayan, siqaret cəkməyən, yüksəkliyi ≥3 mm və Miller təsnifatına görə I/II sinif diş əti çəkilmələri olan 24 xəstə daxil edildi. Tədqiqatın məqsədi diş əti çəkilmələrinin cərrahi müalicəsinin əməlliyyatdan 12 ay sonrakı estetik nəticələrinin dəyərləndirilməsidir. Tədqiqat aparılan bütün xəstələrdə ilkin parodontolojı mualicədən ən azı 8 həftə sonra ərp (PI) və qanama indeksi (GI) təkrarən qiymətləndirildi və yalnız PI və GI <1 olanlara cərrahiyyə əməlliyyatı təyin edildi [6]. Tədqiqata uyğun 12 xəstədə taca yönəldilmiş dilim metodu (kontrol qrupu), diyər 12 xəstədə isə eyni metoda əlavə olaraq hüceyrəsiz dermal matrisa membranı (AlloDerm® Regenerative Tissue Matrix, BioHorizons, ABŞ) (test qrupu) tətbiq edildi. Tədqiqatın 12-ci ayında əməlliyyatın estetik nəticələri dəyərləndirildi.

Diş Kökü Örtülməsinin Estetikasının Dəyərləndirilməsi Sistemindən (DKÖEDS-dən) cərrahi metodla diş kökü örtülməsinin estetik dəyərləndirilməsi üçün bizə qədərki elmi araşdırmalarda da istifadə olunmuşdur [4]. Diş əti kənarı səviyyəsinin qiymətləndiriliməsi üçün 0, 3 və 6 bal, digər parametrlərin qiymətləndiriliməsi üçün isə 0 və 1 bal verilməsi tətbiq edilmişdir. Mükkəməl nəticə olaraq maksimum dəyər 10 bal həddində müəyyənləşdirilmişdir [7[(Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Parodontolojı cərrahiyyənin estetik nəticələrinin qruplar arasındaki fərqin muqayisəsi

	Parodontolojı cərrahiyyənin estetikası (Bal)	p
Müayinə (test) qrupu	9,08±1,50	0,038
Nəzarət qrupu	7,58±2,02	

Qeyd: Mann Whitney U testi

Xüsusi proqramdan (NCSS 2007 & PASS 2008 Statistical Software, ABŞ) istifadə edilməklə statistik təhlil aparıldı. Tətqiqatın sonunda qruplar daxilindəki dəyişiklik fərqi *Paired Sample t* və *Wilcoxon* testləri, qruplar arasındaki dəyişiklik fərqi isə Student's T və Mann-Whitney U testləri əsasında statistik işləndi. $p<0,05$ olduqda göstəricilər arasında statistik olaraq əhəmiyyətli fərq var idi.

Alınmiş nəticələr və onların müzakirəsi. Meyarlara uyğun orta yaş həddi 29,20±5,03 il olan 24 xəstədə Miller təsnifatına görə yüksəkliyi ≥3 mm olan 48 ədəd I və II sinif diş əti çəkilmələri tətqiqata daxil edildi. Bütün xəstələrdə sağalma uğurlu olduğuna görə heç biri tədqiqat obyektindən çıxarılmadı. Test qrupunda kökün tam örtülməsi xəstələrin 83,33%-də, kontrol qrupunda isə 50,0%-idi. DKÖEDS üzrə qiymətləndirmə test qrupunda 9,08±1,50 bal, kontrol qrupunda isə 7,58±2,02 bal hesablanmışdır. İdeal qəbul olunan 10 bal test qrupunda 12 xəstədən 8-də, kontrol qrupda isə 12 xəstədən 3-də əldə olundu (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

Parodontolojı cərrahiyyədən 12 ay sonra cərrahi əməlliyatının dəyərələndirilməsi

Xəstələrin sayı	Diş əti kənarının səviyyəsi		Diş əti kənarının konturu		Yumuşaq toxumanın teksturası		Mukogingival birləşmə səthinin davamlılığı		Diş ətinin rəngi		Umumi	
	Bal											
	T	K	T	K	T	K	T	K	T	K	T	K
1	6	3	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1
2	6	6	0	1	1	1	1	1	1	1	9	10
3	3	6	0	1	1	1	1	1	1	1	6	10
4	6	3	1	0	1	1	1	1	1	1	10	6
5	6	6	1	0	1	1	1	1	1	1	10	9
6	6	3	1	0	1	1	1	1	1	1	10	6
7	6	6	1	0	1	1	1	1	1	1	10	9
8	3	6	1	0	1	0	1	1	1	1	7	8
9	6	3	1	0	1	1	1	1	1	1	10	6
10	6	3	1	0	0	0	0	0	0	1	7	4
11	6	3	1	0	1	1	1	1	1	1	10	6
12	6	6	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10
											9,08±1,50	7,58±2,02

$^{+}$ Paired Sample t-test, $^{++}$Wilcoxon sign test, $p<0,05$

Tədqiqatın sonundakı qiymətləndirmədən məlum olmuşdur ki, DKÖEDS üzrə qiymətləndirmədə qruplar arasındaki nəticələrdə statistik olaraq əhəmiyyətli fərq aşkar edildi ($p<0.05$). Əldə olunan nəticələr dərc edilmiş əvvəlki ədəbiyyatlarda qöstərilən nəticələrə uyğun idi. Belə ki, ədəbiyyatda taca yönəldilmiş dilim metodu tətbiq olunduqda ortalama DKÖEDS 7,3 bal (8) ilə 8,07 bal (7) arasında, eyni metoda əlavə olaraq hüceyrəsiz dermal matrisa membranı tətbiq edildiyində isə 8,1 bal (9) göstərilmişdir.

Beləlilkə, qeyd olunan fikirləri ümumiləştirərək, Miller təsnifatına görə I və II sinif diş əti çəkilmələrinin parodontolojı plastik cərrahiyyəsində taca yönəldilmiş dilim metoduna əlavə olaraq hüceyrəsiz dermal matrisa membranının istifadəsini estetik nəticə baxımından da etibarlı müalicəvi yanaşmalardan biri olaraq təklif edirik.

ƏDƏBİYYAT

1. Roccuzzo M., Bunino M., Needleman I., Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: A systematic review // J Clin Periodontol, 2002, v.29, p.178-94
2. Cairo F., Pagliaro U., Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures // J Clin Periodontol, 2008, v.35, p.136-62
3. Kerner S., Sarfati A., Katsahian S. et al Qualitative cosmetic evaluation after root-coverage procedures // J Periodontol., 2009, v.80, p.41-47
4. Cairo F., Nieri M., Cattabriga M. et al Root coverage esthetic score after treatment of gingival recession: An interrater agreement multicenter study // J Periodontol., 2010, v.81, p.1752-58
5. Kerner S., Katsahian S., Sarfati A. et al A comparison of methods of aesthetic assessment in root coverage procedures // J Clin Periodontol., 2009, v.36, p.80-87
6. Löe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems // J Periodontol, 1967, v.38: Suppl, p.610-16
7. Cairo F., Rotundo R., Miller P.D. et al Root coverage esthetic score: A system to evaluate the esthetic outcome of the treatment of gingival recession through evaluation of clinical cases // J Periodontol., 2009, v.80, p.705-10
8. Pini Prato G., Cairo F., Nieri M. et al Esthetic evaluation of root coverage outcomes: A case series study // Int J Periodontics Restorative Dent., 2011, v.31, p.603-10
9. Jhaveri H.M., Chavan M.S., Tomar G.B. et al Acellular dermal matrix seeded with autologous gingival fibroblasts for the treatment of gingival recession: A proof-of-concept study // J

Periodontol., 2010, v.81, p.616-25

Резюме

Эстетическая оценка пародонтальной хирургии для закрытия рецессий десны

Д.Р. Ахмедбейли, С.Р. Йылмаз

Целью данного исследования было оценить эстетический результат 2-х хирургических техник при закрытии рецессии десны .Оценка была проведена спустя 12 месяцев после хирургического лечения показателем RES (Root Coverage Esthetic Score - Шкала Эстетики Закрытия Корня) у 24 пациентов с 48 рецессиями десен ≥3 мм I и II класса по Miller. Средний показатель RES при коронально смещенном лоскуте в комбинации с бесклеточным матриксом (тестовая группа) и при коронально смещенном лоскуте (контрольная группа) составил соответственно 9,08±1,50 и 7,58±2,02 баллов ($p<0.05$). Максимальное значение RES-10 баллов было достигнуто у 8 из 10 пациентов в тестовой группе, тогда как при полном закрытии корня только у 3 из 6 пациентов в контрольной группе. Сделан вывод, что лучший эстетический результат был достигнут при комбинации коронально смещенного лоскута с бесклеточным дермальным матриксом.

Summary

Esthetic evaluation of periodontal surgery for the treatment of gingival recessions.

C.R. Ahmedbeyli, S.R. Yilmaz

The objective of this study was to evaluate esthetic outcomes following 2 surgical procedures used for the treatment of gingival recessions. A total of 24 patients with 48 Miller Class I & II recessions ≥3 mm were evaluated using root coverage esthetic score (RES) method 12 months after the surgery. Mean RES score in coronally advanced flap + acellular dermal matrix graft (test) and coronally advanced flap (control) groups were 9,08±1,50 and 7,58±2,02, respectively, with statistically significant difference between the groups ($p<0.05$). Maximal RES score of 10 were achieved only in 8 from 10 patients, whereas in 3 from 6 patients with complete root coverage in test and control group, respectively. Better esthetic results were achieved with coronally advanced flap+acellular dermal matrix graft combination.

Daxil olub: 01.05.2014

HƏRBİ QULLUQÇULAR ARASINDA İNTİHAR DAVRANIŞININ TİBBİ ASPEKTLƏRİ VƏ KONSEPSİYASI

E.S.Mehdiyev

Silahlı Qüvvələrin Baş Klinik Hospitalı, psixiatriya bölməsi, Bakı

Açar sözlər: suisidal cəhdlər, suisidal davranış, hərbi qulluqçularda intihar, profilaktika

Ключевые слова: суицидальные попытки, суицидальные поведения, самоубийства у военнослужащих, профилактика

Keywords: suicide in the military, suicide attempts, suicide behavior, prophylactic

Özlərinə qəsd və intihar hallarının yer üzündə daha çox cavanlar arasında müşahidə səviyyəsinin artması intihar problemini daha da aktual edir. Bir tərəfdən ancaq insana məxsus olan özünə qəsd fenomeni, sosial göstəricidir və cəmiyyətin quruluşuna əsaslanır. Digər tərəfdən - bu konkret fərddən asılı olan şəxsiyyətin çətin vəziyyətə olan fərdi reaksiyasıdır. İntihar hadisəsinə cəmiyyət üzvlərinin münasibətinin böyük əhəmiyyəti vardır: laqeydlik, biganəlik, bu hala yol verir. Müsahibədə iştirak edən əhalinin çox hissəsi hesab edir ki, mübahisəli vəziyyətin bu cür həllinə hər bir insanın "hüququ vardır".

Qısa tarixi məlumat. İntihar halları ilə bağlı problem, hələ keçmiş zamanlardan müxtəlif sahənin tədqiqatçılarının diqqət mərkəzində olub. Əvvəllər intihar "ruhi xəstəlik" kimi qiymətləndirilirdi və hesab edilirdi ki, bu cür hərəkətləri ancaq psixi cəhətdən xəstə olan insanlar edə bilər [1,10,11]. Daha sonralar bir sıra

müəlliflər, o cümlədən də rusiyalı müəlliflər (Корсаков С., Бехтерев В., Гиляровский В. və s.) belə bir nəticəyə gəldilər ki, intihar psixi cəhətdən sağlam olan insanlar tərəfindən də törədilə bilər.

İntihar hallarının sistemli cəhətdən elmi tədqiqatının başlanması keçən əsrin yüz illiyinə aiddir. Rusiyada intihar hallarına həsr olunmuş bir sıra məqalə, hesabat, monoqrafiya çap olundu [5]. Bu mərhələnin nöqsanı o idi ki, 1930-cu ildən 1970-ci ilə qədər Sovet Sosialist Respublikalar İttifaqında (SSRİ) intihar problemi, psixoloji aspekti istisna olmaqla, sistemli şəkildə öyrənilməmişdir. Əhəmiyyətli dərəcədə buraxılan bu nöqsan SSRİ-də, professor А.Г.Амбрумова və onun tələbələri tərəfindən intihar mərkəzinin açılışından sonra bərpa edilmişdir [3].

Silahlı qüvvələrdə hərbi qayda-qanunların möhkəmləndirilməsi və hərbi xidmətin təhlükəsizliyinin təminatı üçün görülən tədbirlərə baxmayaraq, hərbi hissə və birləşmə sıralarında intihar halları və onlara cəhd hallarının baş verməsi hələ də mövcuddur. Hətta hərbi kollektivdə tək-tük intihar halları belə bu kollektivin üzvlərində özünə inam hissini itirir, bədbinlik yaradır, bu da öz növbəsində mənəvi-psixoloji iqlimə və hərbi hissələrin döyüş hazırlıqlarına mənfi təsir göstərir [2,8].

Hər il dünyada 500 mindən çox intihar halları baş verir, özünə qəsd cəhdləri isə bundan 10 dəfə artıqdır [16].

Qısa statistika: Amerika Birləşmiş Ştatlarında (ABŞ) beş il ərzində hərbiçilər arasında intiharların sayı iki dəfə artmışdır. 2005-ci ildən 2009-cu ilədək 1100 amerikan hərbi qulluqçusu intihar etmişdir. Təkcə 2011-ci ildə amerika ordusunun sıralarında 190 intihar qeydə alınmışdır. Yüksək intihar dərəcəsi rus ordusu sıralarında da qalmaqdadır. Insan hüquqları müdafiəçilərinin hesablamalarına görə, 2005-ci ildən 2009-cu ilədək Rusiya Silahlı Qüvvələrində 2,5 min nəfər hərbiçi intihar etmişdir. Türkiyə Cümhüriyyətinin Silahlı Qüvvəllərin Baş Qərargahının 2012-ci ilin sonunda verdiyi məlumata əsasən, son 10 ildə 934 nəfər hərbi qulluqçu intihar edib, 818 nəfər isə şəhid olub [15,16].

İntihar hər dördüncü hərbi qulluqçunun ölüm səbəbidir. İntihar halı zabit heyəti arasında artmışdır. Ümumilikdə qəbul olunmuşdur ki, 25% intihar halları psixi cəhətdən problemi olan insanlar tərəfindən törədilir, qalan hissəsi isə tam sağlam insanların payına düşür. Hərbi qulluqçular arasında intihar edə kütləni (90%) praktiki sağlam insanlar təşkil edir, yəni intihara əl atanadək bu insanların davranışında hər hansı bir psixi patologiyanın əlamətləri qeyd olunmamışdır (yəni, psixiatrın nəzarəti altında olmamışdır). Bununlada belə sağlam insanların intihar fenomeni, qabarıq psixi patologiyası olan insanlarda, hansıki həmişə "ağır" stereotip olaraq münasibət bildirənlərdən fərqli olaraq çətin izah ediləndir. Praktik sağlam insanlarda intihar cəhdinin həyata keçirilməsi üçün amillər kompleksi genişdir və əsasəndə psixologiya sahəsində və sosial sahə üstünlük təşkil edir.

İntihar hallarının problemlərinin həllinin çətinliyi, bu cür halların spesifik xüsusiyyətlərinin mövcud olmamağı ilə bağlıdır. Elə bir insan yoxdur ki, həyatına məhz intiharla son qoysun, elə bir vəziyyət, o cümlədən də psixopatoloji pozuntu yoxdur ki, insanı mütləq intihar vəziyyətinə gətirib çıxartsın. Ona görə də, birinci intihar hadisəsini sonrakı silsilə intihar hadisələrinə xəbərdar edici hal kimi göstərmək kifayət qədər çətin işdir. Mütləq formada özünə qəsd cəhədi edən və ya bu barədə söhbət açan hər bir hərbi qulluqçu həkim-psixiatrın müayinəsinə göndərilməlidir.

İntihar davranışının konsepsiyası. İntiharı hər şeydən əvvəl sosial problem (və ancaq qismən tibbi) hesab edərək, А.Г.Амбрумова (1974) intiharın aşağıdakı konsepsiyasını formalaşdırdı [3].

İntihar- bu mövcud olan mikrososial münaqişə şəraitində, şəxsiyyətin sosial-psixoloji disadaptasiyasıdır. İntihar hallarının bir-biri ilə bağlı olması üç əsas müayinə kateqoriyası ilə təsvir olunmuşdur: ruhi cəhətdən xəstə olan şəxslər, sərhəd ruhi-əsəb pozuntuları olan və sağlam insanlar. Bütün intihar edən şəxslərdə müayinənin xüsusiyyətlərindən asılı olmayaraq, şəxsiyyətin sosial-psixoloji disataptasiyasının obyektiv (davranışında dəyişikliklər) və subyektiv (emosional dəyişkənlik) əlamətləri müşahidə olunur. Bu yolla, intiharla bağlı davranışlar üç əsas tərkibə əsaslanır: şəxsiyyətin inteqral sistemi, sosial-psixoloji adaptasiya və münaqişənin təəssüratları (psixi xəstəldə həmçinin psixopatoloji amillər). Özünə qəsd (bilə-bilə) özünü yaşamaqdan məhrum etməkdir. Həyata keçirilmiş intihar və intihara cəhd növlərinə ayrılır.

İntihar riski- özünə qəsdə potensial hazırlıqdır. İntihar hallarının göstəricilərinin mərhələləri: dünyagörüşlü (intihar haqqında maariflənmiş olmaq); passiv fikirlər (ölümə razı olmaq); aktiv (özümə nə isə edəcəm). İntiharla bağlı fikirlərin yaranmasından onları reallaşdırmağa qədər olan dövr, intihar öncəsi dövr - *presuisidal* adlanır.

İntihar cəhdi - ölümlə nəticələnməyən, məqsədyönlü özünü yaşamaqdan məhrum etmə cəhdi. İntihar halı həqiqi və nümayiş-şantaj xarakterli də ola bilər. İntiharla bağlı hərəkətlər daha çox manipulyar (nümayişkaranə) xarakter daşıyır: insan daha çox ölmək deyil, stressli vəziyyətdən çıxmaq, ətrafdakıların diqqətini özünə cəlb etmək, öz həyatında çətinlikləri həll etmək məqsədi daşıyır ("intihar-kömək üçün çağırışdır").

Hərbi qulluqçuların intiharla bağlı davranışlarının xüsusiyyətləri. Hərbi xidmət şəraitində intihar halları ilə bağlı tendensiyalar az sayda hərbi qulluqçularda formalaşır. Çox zaman, intiharla bağlı fikirlər onlarda hələ xidmətə çağırılana qədər oyanmış olurlar və hərbi xidmətin çətin şəraiti, bu cür fikirlərin daha da formalaşmasına təkan verir. Gənc yaşlarda intihar cəhdinin bir qayda olaraq müşahidə olunması, bilavasitə çətin şəraitə (psixi travma) düşməklə yaranır və növünə görə "qısa qapanma" reaksiyasına bənzəyir. İntihar önü dövr bir saatdan bir sutkaya qədər dövr ərzində davam edir. Özünə qəsdlə bağlı səbəb, çox vaxt real səbəblərə əsaslanır. Çıxılmaz vəziyyət, yaranmış böhran vəziyyətindən çıxış yolu tapa bilməmək, problemin həll olunmamasına əminlik, münaqişə vəziyyətinin subyektiv qiymətləndirilməsi ilə xüsusiyyətlənir və bu da intihar davranışlarına gətirib çıxarır.

Döyüş şəraitində bir sıra hərbi qulluqçularda mövcud olan gündəlik təhlükə, həyat dəyərlərinin qiymətləndirilməsinin aşağı düşməsi və təhlükəni hiss etmə qabiliyyətinin kütləşməsi baş verir. Bununla da özün müdafiə hissləri zəifləyir, bu da intihar hallarına təkan verir, bunun nəticəsində isə, ölümlə nəticələnə bilən özünə qəsd halları baş verir. Müharibə bir qayda olaraq, düşmənə qarşı, ancaq münaqişə zamanı ətrafdakılara da yönəldilə bilən təcavüzkarlıq, şəxsiyyətin qəddarlıq hisslərini formalaşdırır. Müəyyən olunub ki, heteroaqressiv həyəcanlanma (qisas, etiraz, hədələmə) istiqamətini dəyişə bilər və autoaqressiv davranışlara gətirib çıxara bilər.

Hərbi xidmət şəraitində 80% intihar halları çağırış əsasında hərbi xidmət keçən hərbi qulluqçulardır, o cümlədən 2/3-i birinci il xidmətdə olan əsgər və çavuşlar arasında baş verir. Son vaxtlar zabit və gizirlər arasında intihar hallarının artması qeyd olunur. Bu cür intihar halları arasında daha geniş yayılan, odlu silahın köməyi ilə olan intihardır, o cümlədən bunların 3\4-ü bilavasitə döyüş növbəsində baş verir. Daha geniş yayılmış intihar növlərindən, odlu silahla özünə xəsarət yetirmə və özünü asmadır. Spirtli içkilərin intihar halına mənfi təsiri həddindən artıq böyükdür (60% artıq intihar halı sərxoş vəziyyətdə olarkən baş verir). Bir tərəfdən spirtli içki intiharla bağlı fikirlərin yaranmasını azaldır, digər tərəfdən isə sərxoş olan zaman intiharı reallaşdırmağı asanlaşdırır. Intihar edən hərbi qulluqçuların yarısı, içtimai tədbirlərdə iştirak etmirlər. Demək olar ki, onların hamısının davranış xüsusiyyətləri vardır: qapalılıq, həddindən artıq həssaslıq, özünü sevmə hissi, uğursuzluq, cəmiyyətdən təcrid olunma, hörmətin və ətrafdakılar tərəfindən qayğının olmamasıdır. Intiharın həyata keçirilməsinin hər 2\3-i şəxsi heyətlə tərbiyəvi işlərin aparılmamasıdır.

Psixi pozuntusu olan insanlar arasında intihar davranışları. Psixi cəhətdən xəstə olan insanlar arasında intihar hallarına daha çox, depressiya, paranoid və hallüsinator-paranoid vəziyyətində rast gəlinir. Psixi patologiya mövcud olduqda, onların nə dərəcədə qabarıq olmasından asılı olmayaraq intihar hallarının bir başa xəstəlik simptomu ilə əlaqəsi olmur. Intihar hərəkətləri ən çox depressiyanın artması və zəifləməsi (əsasən də stasionardan yazıldıqdan sonra) zamanı müşahidə olunur. Bir qayda olaraq, intihar halları xəstəliyin başlanğıc dövründə müşahidə edilməklə, şəxsiyyətin stereotipinin sınması nəticəsində baş verir və ya remissiya vəziyyətində – şəxsiyyətin nisbətən saxlanması zamanı olur, bu zaman da xarici təsirlərə demək olar ki, sağlam adam kimi münasibətini bildirir. Bu kimi intihar hallarının baş verməsinə daha çox psixopatoloji simptomatika səbəb olur [12].

Sərhəd xəstəlikləri zamanı intihar halları, daha çox psixopatiyalarda, xroniki alkoqolizmdə və reaktiv vəziyyətlərdə rast gəlinir. Bu müdafiənin patoloji forması, özünün ən mürəkkəb mərhələsinə çatmadığı təsbit edilmiş formada olan xəstələrdə rast gəlinir. Bu zaman aparıcı rol şəxsiyyətin xüsusiyyətlərinə aid edilir. İlk növbədə "xroniki intihar cəhdli" şəxslər (ruhi xəstələr, psixopatlar, narkomanlar, sərxoşlar, tənha və qoca insanlar), daha sonra isə "böhran" keçirən şəxslər (gözlənilmədən psixi travma və ya, bu cür travma təhlükəsində olan şəxslər) nəzarətdə olmalıdırlar. Qeyd etmək lazımdır ki, tibbi müalicə intihar riskini azaldır, amma onu tamamilə aradan qaldırmır.

Psixi cəhətdən sağlam insanlar arasında intihar halları. Praktiki olaraq sağlam olan insanlar arasında intihar halları daha çox, aksentuasiya olunmuş şəxslərdə emosional gərginlik halında olanlar arasında mövcud olur. Bu zaman münaqişə vəziyyəti əsas əhəmiyyət kəsb edir. Sağlam insanları intihara sövq edən

dezadaptasiya şərtləri aşağıdakılardır: emosional gərginliyə tolerantlığın zəifləməsi, intellektin özünə məxsusluğu (qətiyyətlik, mülahizələrin səthiliyi, maksimallıq), ünsiyyətçilik sisteminin natamamlığı, şəxsiyyətin özünü qiymətləndirmə imkanlarının qeyri-müvafiqliyi, şəxsi psixoloji müdafiənin zəifliyi, həyatın dəyərinin hiss etmənin zəifləməsi və ya iyirilməsi və s.

İntihar cəhdlərinə həyata keçirməyə mane olan amillər (antisuisidal): yaxınlarına intensiv emosional surətdə bağlılıq; valideynlik öhdəliyi; böyük məsuliyyət və öhdəçilik hissi; öz sağlamlığına həddindən artıq diqqət; cəmiyyətin fikrinə bağlılıq və ətrafdan əhatə edənlərin müzakirəsindən qaçmaq; biabırçılıq təqdimatı, intiharın günah olması, gələcək yaradıcılıq planlarının mövcudluğu; həyatın mümkün vasitələrindən kifayət qədər istifadə etməmək əminliyi. Dezataptasiyanın intihar halına keçməsi iki xüsusiyyətdən asılıdır:

-bu münaqişənin həlli üçün subyektə məlum olan, məhdud sayda və ya sıfra bərabər olması haqqında məlumat;

-qeyri-effektiv və ya istifadəsi mümkün olmayan kimi qiymətləndirilən vəziyyətin məlum həlli, variantların subyektiv qiymətləndirilməsidir.

İntihar fikirləri yaranadək insan, öz çətinlikləri ilə bölüşə biləcəyi və bu zaman rahatlıq tapdığı insanlardan dəstək gözləyir. İntiharın törədilməsi haqqında qərar qəbul edildikdən sonra, təcrid edilmə baş verir. Göstərilən intihar öncəsi dövr intihar haqqında xəbərdarlıq üçün çox vacibdir, amma təəssüf ki, ətrafdan çox az adamlar buna diqqət yetirir. İntihar etmək istəyən şəxslərə kömək iki istiqamətdə edilməlidir: çətin vəziyyətə düşənin psixoloji səbəbini və ona psixoloji köməyin göstərilməsidir.

İntihar davranışının diaqnostikası və profilaktikası. İntihar halının baş verməsi haqqında xəbərdarlıq kifayət qədər çətin məsələdir. Hesab edilir ki, intihar öncəsi olan özünə qəsd haqqında fikirlər daha çox əhəmiyyət kəsb edir. Məlumdur ki, hər dörd şəxsdən biri intihar cəhdini təkrar edir və hər onuncu şəxs isə bunun nəticəsində ölür. İntihar riskin əlaməti kimi anamnestik məlumatları, şəxsi xüsusiyyətləri, münaqişə vəziyyətinin xüsusiyyətlərini, sosial-psixoloji dezadaptasiya əlamətlərini nəzərə almaq məqsədə uyğun hesab edilir [6,9].

Hər əlamət görüşmə tezliyindən asılı olaraq balla qiymətləndirilir, daha sonra isə,ballar hesablanır və intihar niyyətinin yekun qiyməti hesablanır (zəif, orta, yüksək dərəcəli risk).

Ancaq hesab edilir ki, testin nəticələri aydın surətdə kifayət etmir, psixiatr tərəfindən ixtisaslaşdırılmış müayinəyə ehtiyac vardır.

Şəxsi heyətlə işləyən komandir və zabitlər, 18-20 yaşlı insanların psixologiyasını xüsusiyyətlərini nəzərə almalıdırlar: orqanizmin formalaşmasının başa çatmaması, emosional ləbilliyin saxlanılmas, həddindən artıq kövrəklik, İnciklik, hadisələrin müsbət qiymətləndirilməməsi, hərəkətinin impulsivliyi, həyat təcrübəsinin olmamağı, sosial yetişkənliyin olmamağı və çətin vəziyyətdən çıxa bilmək bacarığının olmamağıdır. Ona görə də heyətə yeni gələnləri öyrənərkən, onların tərbiyə aldıqları şəraiti nəzərə almaqla, ailə üzvləri arasında intihar nəticəsində ölüm hallarının olması barədə məlumat toplamaq, hərbi xidmətdən əvvəl onun özünün bu haqda hər hansı bir fikir söyləməsi və ya intihar cəhdi barədə məlumat toplamaq zəruridir. Uyğunlaşma dövrü zamanı psixi və fiziki yükləməni tədricən çoxaltmalı, hərbi xidmətə nizamnamə qaydalarına tədricən uyğunlaşdırılmalı, münaqişəli vəziyyət yarandıqda isə - onu qapalı təşkil olunmuş təşkilatda (hərbi hissədə) həllinin çətinliyini və həmin çətin şəraitdən çıxışının məhdud olmasını nəzərə almaq lazımdır [4,7].

Adətən hərbi qulluqçular arasında intiharın qarşısını alan zaman aşağıdakı çatışmazlıqlar mövcud olur.

- özünə qəsd edənlərin profilaktikasının probleminə kifayət qədər diqqətin ayrılmamağı;
- səlahiyyətli şəxslərin hərbi qulluqçuların hərbi xidmətə çağırıldığı gündən, xidməti başa vurana qədər onlarla bağlı hərəkətlərinin psixoloji cəhətdən razılaşdırılmamağı;
- komandirlərin öz tabeliklərində olanları tanımamaqları, hərbi qulluqçularla fərdi-tərbiyəvi işlərin təşkilində formallıq;
- rişxənd və istehza hallarının vaxtında araşdırılmaması, intihar halları ilə bağlı faktların açılmaması;
- hərbi qulluqçuların psixi sağlamlığının, həmçinin bu sağlamlığın pisləşməsinin səbəbinin qiymətləndirilməməsi;
- sərxoşluqla profilaktika işinin, sağlam həyat tərzi ilə bağlı işlərin aşağı səviyyədə aparılması;
- səlahiyyətli şəxslər tərəfindən, hərbi qulluqçuların ailə şəraiti haqqında kifayət qədər məlumatın əldə edilməməsi və onların tabeliyində olan şəxslərin ailələrində baş verən problemlərinə münasibət bildirməmək.

Ordu da və dəniz donanmasında baş verən intihar hallarının əsas səbəbləri sosial amillər və ordu da aparılan profilaktik işlərin çatış-

mamasıdır. Sosial amillər arasında hərbi xidmətin çətinlikləri (subyektiv və obyektiv) və xüsusiyyətləri, hərbi kollektivdə sağlam mənəvi-psixoloji mühitin olmaması, komandirlərin öz tabeliyində olan əsgərlərə qarşı kifayət qədər qayğının göstərilməməsi, zabit heyətinin mənzil-məişət şəraitinin və onların ailə vəziyyətinin yaxşılaşdırılması üçün kifayət qədər işlərin görülməməsi, çağırış üzrə hərbi qulluqşular arasında nizamnamədənkənar münasibətlərin olması, spirtli içkidən (digər psixoaktiv maddələrdən) həddindən artıq çox istifadə və s. hallardır.

İntihar hallarının qarşısını almaq üçün, təkcə bu halların üzə çıxarılması və artıq intihara qəsd edən şəxslərin qeydiyyata alınması ilə kifayətlənmək lazım deyildir. Bu işdə tibbi xidməti intihar hallarının qarşısını almaq, intihara potensial zəmin yaradan vəziyyətin vaxtında qiymətləndirilməsi və bundan əlavə bu vəziyyətə zəmin yaradan halların ləğvinə xüsusi diqqət yetirməlidir. Bu cür yanaşmaya aşağıdakılar aid ola bilər:

-toplamaq, intihar və özünə qəsd cəhdlərinin hamısı haqqında ətraflı məlumat və hərtərəfli hesabatı, bu məlumatların müxtəlif parametrlər əsasında (şəxsi heyətin növü üzrə, xidməti vəziyyəti, miliyyəti, ailə tərbiyyəsi, təhsili, dini mənsubiyyəti və s.) sistemləşdirilməsi;

-daha çox xüsusi meyllik yönümlü, şərait, intihar və intihara cəhdin yeri, vaxtı və həyata keçirilməsi növü, bu halların hərbi hissə kolektivinə mənəvi-psixoloji mühitinə təsiri

-müxtəlif kateqoriyalı vəzifəli şəxslərin tabeçiliyində olanlarla səmərəli fərdi işlərin aparılmasının təşkilində iştirakının səviyyəsinin təyini, hərbi kollektivdə qarşılıqlı sağlam münasibəti təşkil etmək, hərbi qulluqçularda stress vəziyyətinin aradan qaldırılması qarşı tədbirlərin aparılması;

-alınmış nəticələrin ümumiləşdirilməsi, intiharın qarşısının alınmasında zəif bəndin təyin edilməsi, bu fəaliyyətdə praktik tədbirlərin aktivləşdirilməsi.

Hərbi hissədə intihar hallarının profilaktikası konkret tapşırıq olaraq aşağıdakı kimidir: real intihar təhlükəsi daşıyan halın, vaxtında vəziyyətin qiymətləndirilməsi və aradan qaldırılması; hərbi qulluqçular arasında intihar cəhdinə meylliyin ilkin aşkarlanması (tibbi müayinə dövründə, o cümlədən də tibb müəssisəsindən alınmış məlumata əsasən, valideyn və yaxın qohumlardan); lazımlı müalicə-profilaktik tədbirlər tətbiq etməklə diaqnostik sualların həlli: intiharönü vəziyyətin düzlənməsi, hərbi qulluqçunun göndərişi, intihara cəhd etmiş şəxsin təkrar intihar halının profilaktikası məqsədi ilə, ixtisaslaşdırılmış müayinə və müalicə üçün mütəxəssisə göndərmək [13,14].

İntiharın profilaktikası özündə aşağıdakıları birləşdirir, hərbi qulluqçunun keyfiyyətli tibbi və professional seçimi ilə bağlı, hərbi hissə komandirlərinin (tağım, bölük, tabor) onlara təhkim olunmuş kollektivin sosial-psixoloji mühitin yaxşılaşdırılmasına məsuliyyətinin gücləndirilməsi, intihar şəraitinin birincili profilaktikasında işinin təşkili, hərbi qulluqçular arasında qarşılıqlı münasibətin təhlili və onların maddi təminatı və s. Buna görə də intihar hallarının profilaktikasında kompleks tədbirlər, nəinki tibbi xidməti tərəfindən aparılmalıdır, o cümlədən də sosial (onların maddi-məişət təminatını yaxşılaşdırmaq) və hüquqi müdafiə hesabına gücləndirilməlidir.

Beləliklə, intihar hallarının aradan qaldırılmasında aşağıdakı əsas məsələri aid etmək lazımdır. Birincisi – şəxsin intihar riskinin dərəcəsini təyin etmək. İkincisi – intihar riskinin dərəcəsini dəyişən amilin (fikirlərdən real hərəkətə keçmək) müəyyən edilməsi. Sonuncu, üçüncü – insan nə vaxt intihar edəcəyi vaxtı təxmin etmək. Buna görə də intihar hallarının profilaktikası orduda və donanmada komandanlıqla, psixoloqlarla, tərbiyyəvi strukturlar, tibb xidməti, hərbi ədliyyə orqanları və s. ilə birlikdə komleks şəklində həyata keçirilməlidir. Bu zaman tibb xidməti komandirlə (rəislə) intihar halının həqiqi səbəbini aydınlaşdırmalıdır, hansı ki, bu günədək ordu sıralarında baş verən intihar hallarının səbəbini psixi xəstəliklərdə görürlər. Bundan başqa tibb xidməti hərbi hissədə mənəvi-psixoloji mühitin sağlamlaşdırılmasında iştirak etməlidir, hər bir hərbi qulluqçunun xidmətinin sonunadək fərdi şəxsi xüsusiyyətlərini öyrənməlidir, həkimin dinamik müşahidəsi altında olanlara effektiv müalicə-reabilitasiya yardımının həyata keçirilmək.

ƏDƏBİYYAT

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. М.: Мысль. 1994, 399 с.

2. Литвинцев С.В., Шамрей В.К. Медицинские аспекты суицидального поведения // Военная психиатрия, 2001, с.304-310

3. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия, 1997, №4. с.12-22.

4. Бухтояров П.В. Психологические условия профилактики суицидального поведения личности: на примере военнослужащих:Афтореф.дис....канд. псих. наук.Новосибирск,2006,23 с.
5. Беляев С.А. Самоубийства в войсках. СПб., 1893, с. 45-56.
6. Боенко А.В. Суицидальное поведение военнослужащих. М., 1995, с. 142-190.
7. Говорин Н.В., Морозов Л.Т., Попов В.Г., Козлов Т.Н. Личностные особенности военнослужащих срочной службы с аутоагрессивным поведением / Серийные убийства и социальная агрессия: что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии. Материалы 3-ей Международной научной конференции. Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2001, с. 153-155.
8. Нечипоренко В.В. Особенности суицидального поведения у военнослужащих // Актуальные проблемы психиатрии войн и катастроф. СПб., 1997, с. 29-37.
9. Нурмагамбетова С.А. Клинические формы расстройств адаптации у военнослужащих срочной службы и факторы, влияющие на их возникновение // Социальная и клиническая психиатрия. 2003, № 1, с. 46-50.
10.Султанов А.А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста / Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983, с. 94-96.
11.Фрейд З. Мы и смерть. Танатология (учение о смерти). СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1994, 431 с.
12.Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысль, 2001, 315 с.
13.Agerbo E. Risk of suicide and spouse's psychiatric illness or suicide: nested case-control study // BMJ. 2003, v.327, p.1025-1026.
14.Qin P., Mortensen P.B. The impact of parental status on the risk of completed suicide // Arch. Gen. Psychiatry, 2003, v.60, p.797-802.
15.Nordentoft M., Mortensen P.B., Pedersen C.B. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder // Arch. Gen. Psychiatry, 2011, v.68, p.1058–64.
16. Wasserman et al. // European Psychiatry, 2012, v.27, p.129-141.

Summary

Suicidal behavior among servicemen medical aspects of the concept

E.S.Mehdiyev

Suicide attempts and suicide among young people in the world more important than the problem of suicide is increased levels of surveillance. On the one hand, but the man who owned the phenomenon of suicide, the social structure of the society is based. On the other hand - which is dependent on the individual personality of the individual, the individual's reaction to a difficult situation. Suicide is of great importance in relation to the members of society: indifference, it still gives way. This article is dedicated to the məsələlərə.

Daxil olub: 01.05.2014

QARNIN ÖN DİVARININ BÖYÜK YIRTIQLARININ PLASTİKASINDAN SONRA BAŞ VERƏN TƏNƏFFÜS ÇATIŞMAZLIĞININ KORREKSİYASI ÜÇÜN TƏDBİQ EDİLƏN AĞCİYƏRLƏRIN QEYRİ-İNVAZİV VENTİLYASİYASININ ALQORİTMİ

N.Z.Musayeva
M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: ventral yırtıq, tənəffüs çatmamazlığı, qeyri-invaziv ventilyasiya, alqoritm
Ключевые слова: вентральные грыжи, дыхательная недостаточность, неинвазивная вентиляция легких, алгоритм.
Key words: Ventral hernia, respiratory insufficiency, non-invasive pulmonary ventilation, algorithm

Qarnın ön divarının böyük yırtıqlarının plastikasından sonra baş verən tənəffüs çatmamazlığının əsasında alveolaların hipoventilyasiyasına səbəb olan və alveollarda pCO_2-nin səviyyəsini yüksəltməklə pO_2 -nin səviyyəsini azaltmağa səbəb olan restriktiv mexanizmlər dururlar. Kəskin tənəffüs çatmamazlığı (KTÇ) olan xəstələrdə respirator dəstəyin müasir metodlarından biri ağciyərlərin qeyri-invaziv ventilyasiyasıdır (QİV).

QİV-in əsas müddəaları 2000-ci ildə keçirilən İntensiv Terapiya Üzrə Beynəlxalq Konfransın qərarında təyin edilmişdir. Ağciyərlərin qeyri-invaziv ventilyasiyası dedikdə traxeyanı intubasiya etmədən, hava-oksigen qarışığı vasitəsi ilə tənəffüs yollarında müsbət təzyiq yaratmaqla alveolyar ventilyasiyanın təmin edilməsi başa düşülür [1-3, 18].

Ağciyərlərin ənənəvi süni ventilyasiyasına alternativ olan QİV-in müsbət və mənfi cəhətləri vardır. Müsbət tərəfinə onun xəstə üçün olduqca rahat olması (komfortluluğu), tibbi personalla hər an kontakta girə bilməsi, burun-boğaz tənəffüsünün saxlanılması və süni ventilyasiyanın bir sıra fəsadlarından (ağciyərlərin barotravması, atelektaz, hipoventilyasiya, traxeyanın divarında xoralanma, infeksion ağırlaşmalar və s.) kənar olmasıdır [1,4-6,11,13,18,19].

Digər tərəfdən QİV-də uzunmüddətli terapiyanın aparılmasına ehtiyac qalmadığından hipodinamiki və trofiki ağırlaşmaların sayını ciddi dərəcədə azaltmış olursan.Həmçinin QİV zamanı respirator dəstəyin seanslarla aparılma imkanı da metodun müsbət tərəfinə aiddir [3,14].

QİV-in mənfi tərəfi metodikanın xüsusiyyətindən irəli gəlir: QİV-in aparılması üçün xəstələr arasında ciddi seçim aparılmalıdır; aerofaqiya, sifətin yumşaq toxumalarının trofiki fəsadları, mukosillilyar drenləşmənin pozulması QİV-in mənfi tərəflərindəndir [3,6,11,13,14,19].

QİV-in aparılmasına göstəriş aşağıdakı əlamətlərdən ikisinin birlikdə xəstədə mövcud olmasıdır: PaO_2<50 mm civə sütunu və ya PaO_2/FiO_2<300; $PaCO_2$>45 mm civə sütunu.; pH<7,35; Vt<4 ml/kq; RR>25 dəq. Səviyyəsində olması [1, 6, 15-17].

Bununla belə QİV-in tədbiqi üçün mütləq əks göstərişlər olduqca məhduddur; buraya xəstə ilə kontaktın mümkün olmaması, xəstənin hüşünün aydın olmaması, ensefalopatiya, sifət skeletinin anomaliyası və ya deformasiyası(maska taxmaq imkansızlığı) aiddir [7,20].

QİV-in effektliliyi yüksəkdir; postoperasion dövrdə KTÇ olan xəstələrdə , intubasiya aparılmadan respirator dəstəyin effektliliyi 70-90% təşkil edir [3,5,9,12,17,21].

Qarnın ön divarının böyük yırtıqlarının plastikasından sonra qarındaxili təzyiq yüksələrək diafraqmanın yuxarıya doğru yerdəyişməsinə və ağciyərlərin tutumunun azalmasına səbəb olur. Ona görə də yaxın postoperasion dövrdə patogenetik əsaslandırılmış respirator dəstək verilməsinin metodikasını işləyib hazırlayaraq gündəlik işdə tədbiq etmək belə xəstələrin müalicəsində əsas məsələlərdən biri sayılmalıdır.

Biz qeyd edilən xəstələrdə aparılacaq respirator dəstəyin alqoritmini hazırlamaq məqsədi ilə aşağıdakı kriteriyalardan istifadə etmişik: 1.təyin edilən göstəricilərin dəyişmə dərəcəsi; 2.əldə edilən nəticələrin(müsbət və ya mənfi) davam etmə müddəti.

Ağciyərlərdə qanın oksigenizasiyasının adekvat kriteriyası arterial qanda PaO_2 nin 70-80 mm civə sütunu, venoz qanda Pv02 -nin 35-40 arasında tərəddüd etməsi təyin edilibsə , belə halda xəstədə adekvat respirator dəstək aparılmasına göstərişin olmasını söyləmək mümkündür.

Alqoritmi tərtib etdikdə aşağıdakı tələblərə riayət edilmişdir:

Ağciyərtlərin qeyri invaziv ventilyasiyasına (QİV) aşağıdakı meyarlardan ən azı ikisi olduqda başlayırdıq:

1.PaO_2< 50 mm c.st.
2. $PaCO_2$> 45 мм c.st.
3. pH<7.35
4. VT< 4 ml/kq

5. RR>25MHH"1.

Qeyd olunan parametrlərin korreksiyasından sonra QİV-in aparılması dayandırılmışdır.

VE-nin(Volume expiratory- ventilyasiyanın dəqiqəlik həcmi) tənzimlənməsi:

Ümumi qəbul olunmuşdur ki, VE orqanizmin metabolik tələblərinə mütənasib olmalıdır. Əksər klinisistlər VE –ni tənzim etdikdə çalışırlar ki, ciddi hipo- və ya hiperkapniya törətmədən $PaCO_2$ -ni 30-40 mm civə sütunu səviyyəsində saxlaya bilsinlər. Belə halda QİV zamanı xəstənin sərbəst tənəffüs alması saxlanıldığından ventilyasiya prosesinə instrumental təcavüz etmək olmur və həkim xəstədən daha enerjili tənəffüs növündən istifadə etməsini istəyə bilir.

VT-nin (Tidal Volume- tənəvvüs həcmi) tənzimlənməsi. Aşağı səviyyədə olan VT (<4 ml/кq) əksər halda havasız sahənin artması və ventilyasion- perfuzion uyğunsuzluğun yüksəlməsi səbəbindən tənəffüs sayının artması, hiperkapniya ilə müşaidə olunur. Eyni zamanda VT-nin yüksək səviyyəsindən (10-12 ml/kq) istifadə edilməsi tənəffüs yollarında müsbət təzyiq yaratmaqla alveollarda genişlənmə törətməklə ağciyər parenximasının zədələnməsinə (barotravmalarda olduğu kimi) gətirib çıxara bilər. QİV zamanı bu məsələ daha da aktuallaşır .Ona görə də əksər klinisistlər QİV apardıqda VT-ni 6-8 ml/kq səviyyəsində saxlamağı məsləhət görürlər.

RR-i (respiratory Rate- tənəffüs hərəkətlərinin sayı) seçmək. RR-i dəyişməklə alveollarda dəqiqəlik ventilyasiyaya teraprvtik təsir imkanı dar bir çərçivədə mümkündür; belə ki,tənəffüs siklinin tezliyinin artırılması havasız (lal) sahələrin ventilyasiyasını artırır və beləliklə "auto-PEEP" deyilən fenomen baş verə bilir.Ona görə də tənəffüsün tezliyi mümkün olduqca minimal olmalıdır (PaC02- 30-40 mm.c.süt. səviyyəsində).Amma bir sıra klinisistlər hesab edirlər ki, volyumometrik dəyişikliklər olmasa da RR-in 22 dəqiqədən çox artmasını respirator disstressin tutarlı əlaməti hesab etmək olar. Çünki taxipnoe onun səbəbnini aşkar etməzdən 24-48 saat əvvəlcədən peyda olur. Taxipnoe yüksək həssaslığa malik əlamət olsa da, spesifik deyil və həmişə onun yaranmasına bais olan səbəbin aşkar edilməsinə can atılmalıdır.

Axımın yüksəlməsi vaxtının seçilməsi (time raise). Reanimatoloq time raise-nin səviyyəsini seçəndə belə bir dilemma qarşısında qalır: göstəricini qısa götürəndə tənəffüs yollarında alınan havanın turbolentliyi yüksəlir ki, o da ağciyərlərdə tənəffüs həcmininin paylanmasını poza bilir; göstəricini üzatdıqda isə nəfəs almada rahatlıq yaratsa da, necə deyərlər axın aclığına= (inspirator axımın sürəti ilə xəstənin tələbi arasında uyğunsuzluğa) gətirib çıxara bilir .Bundan əlavə RR-in və nəfəsalma vaxtının dəyişməməsi şəraitində "auto-PEEP" fenomeni yarana bilər.

PEEP (Positive- end Expiratory Pressure- nəfəs vermənin sonunda qeyd edilən müsbət təzyiq)-in optimal səviyyəsinin seçilməsi. PEEP-in optimal səviyyəsini seçən zaman onun səviyyəsini pilləli şəkildə (1-2 sm su sütunu) artırmaq məsləhət görülür. Bu zaman ürək indeksi azalmadan toxumalara oksigenin daşınması maksimum səviyyədə davam edir. Beləliklə hər 5-10 dəqiqədən bir PEEP-in mövcud səviyyəsini minimal göstəricidən (4-5sm su sütunu) başlayaraq artırmaqla hər dəfə arterial və qarışıq venoz qanda oksigenizasiyanın göstəricilərinə, ağciyərlərin biomexaniki xüsusiyyətlərinə, mərkəzi və ağciyər hemodinmaikasına nəzarət etmək lazımdır.

PEEP-in göstəricisini o zaman optimal hesab etmək olar ki,arterial qanda oksigeneasiya maksimum səviyyədə olaraq, mənfi hemodinamiki dəyişikliklər (vurğu həcminin və ürək indeksinin azalması, ürək vurğularının sayının - HR-in yüksəlməsi kimi) baş verməsin.

"Auto-PEEP" fenomeninin rolu. Məlum olduğu kimi, "auto-PEEP" fenomeni nəfəsalma fraksiyasının müddəti uzandıqda ortaya çıxır(bu zaman ağciyərlər tam boşala bilmir və növbəti nəfəs alma əvvəlki tənəffüs vermənin başa çatmaması vaxtına düşür).

Ağciyərlərin süni ventilyasiyasında belə vəziyyət bir o qədər mənfi rol oynamasa da ,QİV-də xəstənin spontan tənəffüsü saxlanıldığından "auto-PEEP", tənəffüs əzələlərinin işini artıracaqdır

"Auto-PEEP" özünəməxsus baryer yaradır ki, onu dəf etmək üçün xəstə tənəffüs yollarında "auto-PEEP"-dən çox mənfi təzyiq yaratmalıdır.

Hava qarışığında oksigenin fraksiyasının seçilməsi (Fi02).

Yaxşı məlumdur ki, hiperoksigenli (Fi02>0,6 ilə) qarışıqla uzun müddət aparılan ventilyasiya traxeobronxial və alveolyar epitelidə, surfaktantın strukturasında və traxeobronxial sistemin mukosiliar təbəqəsində toksiki zədələnməyə səbəb olur; ona görə də təhlükəsiz İVL= konsepsiyasına uyğun olaraq alınan qarışığın daxilində Fi02-nin göstəricisi arterial qanda Pa02 70-80 mm civə sütunu, Sa02 93%-dən artıq olmayan tərzdə saxlamağa imkan verən minimal səviyyədə olmalıdır.

Beləliklə, alınan tənəffüsdə oksigenin fraksiyasının yüksək (0,6 və artıq) səviyyəsindən o zaman istifadə etmək məsləhətdir ki, aparılan tədbirlərə baxmayaraq kritik hipoksemiya göstəriciləri (PaO2<60 mm c.süt., Sa02<93%; Pv02< 30 mm c.süt., Sv02< 55%) davam edir.

Pressure support (inspirator təzyiqin ilkin səviyyəsi) üçün optimal səviyyənin seçilməsi. Halhazırda bu barədə ədəbiyyatda yekdil fikir mövcud deyil. Bununla belə pressure support-in səviyyəsini təyin etmək üçün müvcud formuladan və monitorinq göstəricilərindən istifadə edilir. Formulanın rəqəmlərini əldə etmək üçün ağciyərlərin mexaniki xüsusiyyətlərinə təsir edə bilən parametrləri bilmək lazım gəlir. Qeyd edilən parametrləri nəzərə alan optimal formula Prakash O et al. (1985) tərəfindən təklif olunaraq aşağıdakıları özündə təmsil edir:

IPS=(Rx F)+ VT/C, burada:

PS-in hesablanan səviyyəsi;

R (resistance) –hava yollarının müqaviməti;

F- axımın miqdarı;

VT – tənəffüsün həcmi;

C (compliance)- torakopulmonal elastiklikdir.

Amma belə formula praktiki cəhətdən mürəkkəb olub onun parametrlərini düzgün təyin etmək həmişə mümkün olmur.

İVL-ə aid keçirilən Beynəlxalq Komissiyanın (1993) qərarına görə RR>30 dəqiqədən çox artması və VT <300 ml-dən az olması PS-in səviyyəsinin qeyri-adekvat olmnasına dəlalət edir.Ona görə də İPAP-ın səviyyəsi elə seçilməlidir ki, VT 4ml/kq-dan aşağı enməsin.Bu zaman inspirator təzyiq 35 sm su sütununu aşmamlıdır.

PA (xəstənin tənəffüs ehtiyacı), VA (həcmin saxlanılmasının səviyyəsi), FA (axımın səviyyəsi) -nın optimal səviyyələrinin seçilməsi. Bunun təyini Younes M.,et al. (1992) tərəfindən təklif olunan "run-away" (qaçmaq) üsulu ilə və ya xəstənin indivudual komfortu ilə həyata keçirilir. Qaz-hemodinamiki göstəriciləri sabitləşdirdikdən sonra xəstəni CPAP+5 sm su sütunu və FiO_2 0,5olan rejimə keçirməklə respiratordan ayırmaq lazımdır.

Beləliklə qarının ön divarının böyük yırtıqlarının plastikasından sonra baş verən tənəffüs çatmamazlığının korreksiyası üçün tədbiq edilən ağciyərlərin qeyri-invaziv ventilyasiyasının alqoritmi aşağıdakı tərzdə təqdim etmək olar:

1.Kəskin tənəffüs çatmamazlığı (KTÇ) vəziyyəti.

1.1. Xəstə hava çatmamasından şikayət edir(ekspirator və ya qarışıq tip təngənəfəslik).

1.2.Çarpayıda məcburi vəziyyət (ortopnoe) alır.

1.3.Görünən selikli qişalar sianotikdir.

1.4.Dərisi nəmlidir.

1.5.Ausklutasiyada tənəffüs küyü zəifləyib, bəzi yerlərdə tənəffüs keçirilmlr(lal sahələr).

2.Ağciyərlərin QİV –nə göstərişlər .

2.1.PaOr< 50 mm civə sütunu.

2.2. PaC02> 45 mm civə sütunu.

2.3. pH< 7.35.

2.4.SpO2<90%.

2.5.VİT<4ml/kq.

2.6.RR> bir dəqiqədə 25

3. Ağciyərlərin QİVL-nə əks göstərişlər.

3.1. Apnoe.

3.2. Hemodinamikanın qeyri-stabilliyi.

3.3.Xəstə kontakta girmir.

3.4. Sifətin anomaliyası..

4. QİV üçün maskanın seçilməsi.

4.1."Total Face" və "Full Face" növ maska üçün əks göstərişlər:

4.1.1.Təcili vəziyyət.

4.1.2. Burundan nəfəs ala bilməmək.

4.1.3.Ağız boşluğunun hermetikliyinin təmin olunmaması.

4.1.4. Sifətin qüsurları.

4.1.5. Gözdə qıcıqlanma.

4.1.6. Qorxu, klaustofobiya.

5.PEEP rejimində QİV-in başlaması üçün standartlar.

5.1. PEEP= 5 su sütunu.

5.2. FiC>2=0,5.

6.Ventilyasion dəyişikliklərin qiymətləndirilməsi (varsa 7-ci, yoxdursa 8-ci punktlara keçmək lazımdır)

6.1.VT<4ml/kq.

6.2.RR< bir dəqiqədə 6.

7.Ventilyasion pozuntuların korreksiyasına yönəldilən tədbirlər.

7.1. PEEP rejimi üçün bax 10-cu punkta.

7.2. PSV rtejimi üçün:

7.2.1. Optimizasiya PS (IPAP-ın artırılması). 1-2 su sütunu addımla.

7.2.2. Məcburi RR-i 8 dəqiqədə saxlamaq.

7.2.3.Effekt olmadıqda 15-ci punkta keçmək.

7.3. PAV rejimi üçün.

7.3.1. VA-nın optimallaçdırmaq (1-2 sm su süt. addımla).

7.3.2.FA -nı optimallaçdırmaq (1-2 sm su süt. addımla).

7.3.3. Məcburi RR-i 8 dəqiqədə saxlamaq.

7.3.4. Effekt olmadıqda 15-ci punkta keçmək.

8. Hipoksemiyanın qiymətləndirilməsi (yoxdur-13 cü punkta keçmək).

8.1. Sp02< 93%. Varsa 9-cu punkta keç.

9. Hipoksemiyanın korreksiyası.

9.1.PEEP-in səviyyəsini optimallaşdırmaq (1sm su sütunu addımı ilə).
9.2.Fi0_2-n in səviyyəsini optimallaşdırmaq (0,5sm su sütunu addımı ilə). FiO2>0,6 o zaman istifadə etmək lazımdır ki, ventilyasiyanın parametrləri korreksiya olunduqda belə kritik hipoksemiya saxlanılır.
9.3. Effekt olmadıqda 15-ci punkta keçmək.
10.Ventilyasion pozuntuları varsa 6-cı, QİV-dən narahatlıq olduqda isə 13-cü punktdan istifadə edilməlidir.
10.1.QİV rejimini PSV rejiminə keçirmək (11-ə bax).
10.2.QİV rejimini PAV rejiminə keçirmək (12-yə bax).
10.3.Alternativ respirator müalicəsini seçmək (15-ə bax).
11.PSV frejimində QİV-in aparılması.
Başlanğıc göstəricilər:
11.1. PS=6 sm.su sütunu.
11.2. PEEP = 5 sm su sütunu.
11.3. Fi02= 0,5 (sonra 6-ya keçmək).
12. PAV rejimində QİV-in aparılması.
Başlanğıc göstəricilər:
12.1. FA=2 sm su sütunu.
12.2. VA=5 sm su sütunu.
12.3. PA=100%.
12.4. Fi02= 0,5 (sonra 6-ya keçmək).
13.Vizual-analoq şkalası (VAŞ) əsasında xəstələrin QİV altında özlərini hiss etmələrinin qiymətləndirilməsi.
13.1."Əla" - VAŞ 7,6 dən 10 bal arasındadır (14-ə keç).
13.2."Yaxşı " VAŞ 5,1-dən 7,5 bal arasındadır (14-ə keç).
13.3."Kafi" VAŞ 2,6 dən 5,0 bal arasındadır(14-ə keç).
13.4."Qeyri-kafi" VAŞ 0-2,5 bal təşkil edir (15-ə keç).
14.Xəstəni respiratordan ayırma tədbirləri (ventilyasion göstəriciləri qiymətləndirməklə, ardıcıllıqla aşağıda qeyd edilən etaplara keçməklə).
14.1Fi02-ni addım-addım 0,5-ə qədər azaltmaq (0,05 intervalla);
14.2.Apparatda RR-I 2 dəqiqəlik addımla sıfıra endirmək (PSVvə PAV üçün).
14.3.PS-ni IPAP (PSV rejimində) hesabına azaltmaq (2-5 sm su sütunu addımı ilə).
14.4.PA-nı azaltmaq (PAV- rejimi üçün). Addım 5-10% təşkil etməklə.
14.5. PEEP-i 5 sm su sütununa qədər(1-2 sm addımla) azaltmaq.
14.6. Maskanı xaric etmək.
15. Alternativ respirator terapiyası.
15.1.Venturi maskası vasitəsi ilə oksigen terapiyası.
15.2.Xəstəni intubasiya edərək süni ventilyasiyaya keçmək.

Qeyd edilənləri yekunlaşdıraraq belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, təklif edilən alqoritm qarının ön divarının böyük yırtıqlarının plastikasından sonra baş verən tənəffüs çatışmazlığının korreksiyası üçün ağciyərlərin qeyri-invaziv ventilyasiyasını adekvat səviyyədə aparılmasını təmin edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Авдеев С.Н., Третьяков А.В., Григорьянц Р.А. и др. Исследование применения неинвазивной вентиляции легких при острой дыхательной недостаточности на фоне обострения хронического обструктивного заболевания легких // Анест и реаниматол., 1998, №3, с.45-51.
2. Гал Г.М., Кемельман С.А., Феданов А.В. и др. Неинвазивная вентиляция легких в лечении острой дыхательной недостаточности у иммунокомпрометированных больных // Анест и реаниматол., 2001, №3, с.23-27
3. Еременко А.А., Левиков Д.И., Егоров В.М. и др. Использование неинвазивной масочной вентиляции легких у кардиохирургических больных с острым респираторным дисстресс-синдромом // Анест и реаниматол., 2004, №5, с.14-17.
4. Еременко А.А., Чаус Н.И., Левиков Д.И., Коломиец В.Я. Неинвазивная масочная вентиляция легких в лечении острой дыхательной недостаточности у кардиохирургических пациентов в послеоперационном периоде // Анест и реаниматол., 1997, №5, м.36-38.
5. Лобус Т.В., Марченков Ю.В., Мороз В.В. Неинвазивная респираторная поддержка при тупой травме грудной клетки // Общая реаниматология, 2006, №2, с.16-22.
6. Юревич В.М. Вспомогательная вентиляция легких: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. М., 1997, 37с.
7. Bach J.R., Brougher P., Hess D.R. et al. Consensus statement: noninvasive positive pressure ventilation // Respir Care, 1997, v.42, p.365-369.
8. Bunburaphong T., Imanaka H., Nishimura M. et al. Performance characteristics of bilevel pressure ventilators: a lung model study // Chest,1997, v.111, N4, p.1050-1060.

9. Conti G., Cavaliere F., Costa R. et al. Noninvasive positive-pressure ventilation with different interfaces in patients with respiratory failure after abdominal surgery: a matched-control study // Respir Care, 2007, v.52, N11, p.1463-1471.
10. Drinkwine J., Kacmarek R.M. Noninvasive positive pressure ventilation. Equipment and techniques // Respir Care Clin N Am, 1996, v.2, p.183-194.
11. Girou E., Schortgen F., Delclaux C. et al. Association of noninvasive ventilation with nosocomial infections and survival in critically ill patients // JAMA, 2000, v.284, p.2361-2367.
12. Hill N.S., Brennan J., Garpestad E., Nava S. Noninvasive ventilation in acute respiratory failure // Crit Care Med., 2007, v.35, N10, p.2402-2407.
13. International Consensus Conferences in Intensive Care Medicine: Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Acute Respiratory Failure. Organized Jointly by the American Thoracic Society, the European Respiratory Society, the European Society of Intensive Care Medicine, and the Societe de Reanimation de Langue Francaise, and approved by the ATS Board of Directors, December 2000 // Am J Respir Crit Care Med., 2001, v.163, p.283-291.
14. Kagramanov V., Lyman A., Girou E., Brochard L. Noninvasive Ventilation and Nosocomial Infection // JAMA, 2001, v.285, N.2, p.881.
15. Kramer N., Meyer T.J., Meharg J. et al. Randomized, prospective trial of noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure //Am J Respir Crit Care Med.,1995,v.151,p.1799-1806.
16. Masip J., Roque M., Sanchez B. et al. Noninvasive Ventilation in Acute Cardiogenic Pulmonary Edema. Systematic Review and Meta-analysis // JAMA, 2005, v.28, p.3124-3130.
17. Mehta S., Hill N.S. Noninvasive Ventilation // Am J Resp. Crit Care Med.,2001,v.163,p.540-571.
18. Parsons C.L., Sole M.L., Byers J.F. Noninvasive positive-pressure ventilation: averting intubation on the heart failure patient // Dimens Crit Care Nurs, 2000, v.19, N6, p18-24.
19. Peñuelas O., Frutos-Vivar F., Esteban A. Noninvasive positive-pressure ventilation in acute respiratory failure // CMAJ, 2007, v.177, p.1211-1218.
20. Poponick J.M., Renston J.P., Bennett R.P., Emerman C.L. Use of a ventilatory support system (BiPAP) for acute respiratory failure in the emergency department // Chest, 1999, v.116,N1,p.166-171.
21. Ram F.S. Noninvasive positive pressure ventilation in the management of patients with acute respiratory failure: Minimum standard of care, anywhere // Indian J Med Sci., 2007, v.61, N9, p.491-494

Резюме

Алгоритм применения неинвазивной вентиляции легких при коррекции дыхательной недостаточности у больных после грыжепластики по поводу больших вентральных грыж

Н.З.Мусаева

Разработан алгоритм респираторной поддержки, основанный на использовании неинвазивноj вентиляүии легких(НИВЛ) у больных после хирургического лечения больших и гигантских вентральных грыж с развившейся в раннем послеоперационном периоде острой дыхательной недостаточностью. Основным условием построения алгоритма являлось достижение максимальной степени эффективности респираторной поддержки, продолжительность достигнутых результатов (как положительных, так и отрицательных), так называемый «эффект закрепленности полученного результата», при сопоставимом уровне безопасности больного, определяемом на основании изучения функций внешнего дыхания,механических свойств легких, газообмена и показателей гемодинамики. Применение неинвазивной вентиляции легких позволяет значительно улучшить показатели газообмена и механических свойств легких. Метод эффективнен, достаточно безопасен и является альтернативой интубации трахеи у больных с ОДН в отделениях реанимации многопрофильного хирургического стационара.

Summary

The algorithm of non-invasive pulmonary ventilation use for respiratory insufficiency correction in patients after hernioplasty for large ventral hernia

N.Z. Musayeva

The algorithm of respiratory assist under non-invasive pulmonary ventilation (NIPV) guidance in patients after surgical treatment for large and giant ventral hernia and acute respiratory insufficiency arose in early postoperative period has been proposed. The main condition of algorithm construction is the achievement of maximal efficacy rate of respiratory assist, the duration of the results obtained

(both positive and negative) the so called “the effect of achievement of the result” in comparison with a patient’s safety determined on the basis of the studying of the external respiratory functions, mechanical pulmonary features, pulmonary gas exchange and hemodynamic parameters. Thus, we think that the use of non-invasive pulmonary ventilation allows us to significantly improve the parameters of pulmonary gas exchange and pulmonary mechanical features. This method is a safe, reliable and effective and has been shown to be an alternative to tracheal intubation in patients presenting with acute respiratory insufficiency in resuscitation departments of multicenter surgical clinics.

Daxil olub: 03.06.2014

ANADANGƏLMƏ DODAQ-DAMAQ YARIQLARI OLAN ŞƏXSLƏRDƏ DİŞ CƏRGƏLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

N.A.Pənahov, E.Y. Həsənli
Azərbaycan Tibb Universitet, Bakı

Açar sözlər: dodaq-damaq yarıqları, diş cərgələri, okklüziya, dişləm.
Ключевые слова: расщелина губы и неба, зубной ряд, окклюзия, прикус
Keywords: cleft lip and palate, dentition, occlusion, bite

Anadangəlmə inkişaf qüsurları stomatologiyanın aktual problemlərindən olub, tibbi və sosial əhəmiyyəti- bu qüsurların əhali arasında geniş surətdə yayılması və onların orqanizm üçün ağır nəticələr törətməsi ilə təyin olunur [2, 6].

Yuxarı dodağın və damağın anadangəlmə bitişməməsi hələ çox keçmişdən məlum olan, ağır və ən geniş yayılmış inkişaf qüsurudur. Statistik məlumatlara görə, bu qüsurla doğulan uşaqların sayı, yenidoğulmuşların ümumi sayının 0,06%-0,1%-ni təşkil edir [5]. ÜST məlumatlarına görə, yaxın illər ərzində yuxarı dodağın, yuxarı çənənin, damağın, üz-çənə nahiyəsinin digər sümüklərinin anadangəlmə inkişaf qüsurları ilə doğulan uşaqların sayı heç də azalmamışdır, bu isə, öz növbəsində, xarici mühitin əlverişsiz faktorlarının təsirinin əyani təzahürüdür [7]. Belə patologiyalı uşaqlarda klinik əlamətlər dodağın, burunun, yuxarı çənənin deformasiyası olaraq təkcə zahiri görünüşün deyil, orqanizmin həyati vacib funksiyalarının – tənəffüsün, udmanın, çeynəmənin, eşitmənin, mimikanın və s. pozulması kimi də özünü büruzə verir [1, 3, 4] .

Tədqiqatın **məqsədi** anadangəlmə dodaq-damaq yarığı olan şəxslərdə diş cərgələrinin vəziyyətinin öyrənilməsi olmuşdur.

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

Hər bir xəstədən alginat ölçü materialları ilə ölçü alınmış, supergipsdən istifadə etməklə diaqnostik modellər hazırlanmışdır. Diaqnostik modellər üç qarşılıqlı perpendikulyar istiqamətlərdə – sagital, şaquli, transverzal istiqamətlərdə öyrənilmişdir.

Diş cərgələrinin transverzal ölçülərini təyin etmək üçün Pont metodikasından istifadə olunmuşdur. Diş cərgələrinin sagital ölçüləri Korkhaus metodu ilə öyrənilmişdir. Həmçinin, ortoqnatik dişləmdə daimi kəsici dişlər üçün Tonn indeksi, süd kəsici dişlər üçün Dolqopalova indeksi təyin edilmişdir. Biometrik diaqnostika aparılan zaman Linder, Harth üsulu ilə premolyar və molyar indekslər təyin edilmişdir.

Transverzal istiqamətdə ölçmələr aparmaq üçün süd köpək dişlərin distal nöqtələri arasındakı diş qövsünün eni, həmçinin ikinci süd molyarların distal nöqtələri arasındakı diş qövsünün eni təyin edilmişdir. Sagital istiqamətdə ölçmələr aparmaq üçün ön şöbədə, medial kəsici dişlər arasındakı nöqtədən, süd köpək dişlərin distal səthini birləşdirən xəttə qədər diş qövsünün dərinliyi, yuxarı diş qövsünün medial kəsici dişlər

arasındakı nöqtədən retromolyar xəttin ortasına qədər dərinliyi, medial kəsici dişlər arasındakı nöqtədən ikinci süd molyarların distal səthlərinin ortasına qədər məsafə, medial kəsici dişlər arasındakı nöqtədən köpək dişlərin distal səthlərinin ortasına qədər məsafə, ön-yan seqment, köpək dişin distal səthindən ikinci molyarın distal səthinə qədər məsafə təyin edilmişdir.

Diş cərgəsində yan dişlərin vəziyyət uyğunsuzluğunu sagital və transverzal istiqamətlərdə təyin etmək üçün Fuss metodundan istifadə edilmişdir. Diş cərgələrinin simmetrikliyinin diaqnostikası üçün Şmut tikiş-məməcik xəttindən istifadə edilmişdir.

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

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Diaqnostik modellərin biometrik analizinin nəticələri aşağıdakı kimi olmuşdur. Xəstələrin 18 nəfərində yarıq olan nahiyədə daimi yuxarı yan kəsici dişlərin – 12 və 22-ci dişlərin adentiyası aşkar edilmişdir. 1 nəfər xəstədə yarıq olan tərəfdə mərkəzi kəsici dişin – 11-ci dişin adentiyası müəyyənləşdirilmişdir. 3 xəstədə yuxarı çənənin 15-ci dişinin adentiyası aşkar edilmişdir. 14 nəfər xəstədə yuxarı çənədə 11-ci və 12-ci dişlərin meziodistal ölçülərinin təyin olunması həmin dişlərin mikrodentiyası diaqnozunu qoymağa əsas vermişdir (şəkil 1).



Şək. 1. Dodaq-damaq yarığı olan xəstə B.-nin yuxarı və aşağı çənələrinin modelləri

Qeyd etmək lazımdır ki, yarıq olan tərəfdə yuxarı yan kəsici dişlərin meziodistal ölçüləri bütün xəstələrdə norma ilə müqayisədə kiçik olmuşdur ($p<0,05$). Lakin yarıq olmayan tərəfdə yuxarı yan kəsici dişlərin meziodistal ölçüləri norma ilə müqayisədə dəyişilməmişdir ($p<0,01$).

Aşağı çənənin sol tərəfində 31, 32, 33, 34 və 35, eləcə də sağ tərəfin 41, 42, 43, 44 və 45-ci dişlərinin ölçülərinin orta qiymətini ortoqnanik dişləmdəki dişlərlə müqayisə etdikdə onlar arasında statistik dürüst fərq aşkar edilməmişdir ($p>0,05$).

Yuxarı çənənin 16 və 26-cı dişlərinin meziodistal ölçülərinin norma ilə müqayisəsində 16 nəfərdə ölçülərin statistik dürüst böyüməsi faktı aşkar edildi ($P<0,05$). Bu, həmin dişlərin ektopik çıxmasına, bəzi hallarda mezial rotasiyasına gətirib çıxarır. Aldığımız nəticələr bizə belə deməyə əsas verir ki, dodaq-damaq yarıqları olan xəstələrdə yuxarı çənənin 11, 12, 21, 22, həmçinin 16 və 26-cı dişlərinin meziodistal ölçüləri dəyişilmişdir. Yarıq olan tərəfdə 11, 12, 21 və 22-ci dişlərin köndələn ölçüləri azalmış, eyni zamanda 16 və 26-cı dişlərin köndələn ölçüləri isə artmışdır ($p<0,05$).

Dodaq-damaq yarıqları zamanı yuxarı çənənin kiçik fraqmentinin rotasiyası və onun distal tərəfdə yanaq istiqamətinə yerdəyişməsi, eyni zamanda yuxarı çənənin apikal bazisinin ölçülərinin kiçik olması 16 və 26-cı dişlərin qeyri-düzgün istiqamətdə əyilməsinə, diş cərgəsinin ön hissəsinə tərəf sürüşməsinə və ektopik çıxmasına zəmin yaradır. Bu isə, öz növbəsində, gələcəkdə 14 və 15, eləcə də 24 və 25-ci dişlərin yerləşmə anomaliyasının inkişafını stimulə edir (Şək. 2).



Şək. 2. Dodaq-damaq yarığı olan xəstə C.-nin yuxarı çənəsinin modeli

Qeyd etmək lazımdır ki, yarıq olan tərəfdəki 12 və ya 22-ci diş adətən distopiyalaşmış və damaq istiqamətinə yerini dəyişmiş olmuşdur.

Yarıq olan tərəfdəki 11 yaxud 21-ci diş 3 nəfər xəstədə digər tərəfin eyniadlı dişindən kiçik olmuşdur. Bu zaman onun forma anomaliyası da müşahidə edilmişdir. Xəstələrin 18 nəfərində həmin dişlər öz oxları boyunca fırlanmış olaraq, palatinal vəziyyətdə ağız boşluğuna çıxmışlar.

Eyni zamanda, bu dişlər əngin alveol çıxıntısı yarığından öndə yerləşmişlər. 11 nəfərdə 11, 21, 12, 22-ci dişlərdə hipoplaziya aşkar edilmişdir.

Bütün xəstələrdə yarıq olan tərəfdə 13, 14, 15, 16 və 17, eləcə də 23, 24, 25, 26 və 27-ci dişlərin yerləşmə anomaliyaları aşkar edilmişdir. 18 nəfərdə 11 yaxud 21-ci dişin öz oxu ətrafında fırlanması, o cümlədən 16 nəfərdə palatinal vəziyyəti aşkarlanmışdır.

Yarıq olan tərəfdə 16 nəfər xəstədə 13 və 23-cü dişlərin palatinal vəziyyəti, o cümlədən 14 nəfərdə ön tərəfə sürüşməsi aşkarlanmışdır.

Xəstələrdən 15-də 14 və 15, eləcə də 24 və 25-ci dişlərin ön tərəfə sürüşməsi, o cümlədən 17 nəfərdə palatinal vəziyyəti müəyyən edilmişdir.

Erkən yaşda uranoplastika keçirilmiş xəstələrdə 16 yaxud 26-cı dişlərin ektopiyası xarakterik olmuşdur.

Yarıq olan tərəfin əksi istiqamətində dişlərin anomal vəziyyəti köndələn, şaquli və boylama istiqamətlərdə daha az hallarda müşahidə edilmişdir.

Nəticə. Beləliklə, diş sıralarının qüsurları ilə birlikdə deformasiyaların olması diş-çənə sisteminin anatomiyası və funksiyasına təsir edir, nitq qüsuru yaradır, xəstənin psixikasını zədələyir. Bu baxımdan, yuxarı dodağın və damağın anadangəlmə qüsurları olan uşaqların kompleks müalicəsində cərrahi üsullarla yanaşı, ortodontik və ortopedik metodların tətbiqi çox vacibdir: bunların məqsədi anomaliyaları düzəltmək, deformasiyaların inkişafının qarşısını almaqdır.

ƏDƏBIYYAT

1. Боровая М.Л. Профилактика кариеса у детей дошкольного возраста с врожденной расщелиной верхней губы и неба: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. Минск, 2000, 20 с.
2. Гараев З.И. Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частоте распространения: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М., 2000, с. 39.
3. Косырева Т.Ф., Стрелкова О.Г. Ретенционный период ортодонтического лечения // Новое в стоматологии, 2007, №1. с. 95-99.
4. Мамедов А.А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. М.: Детстомиздат,1998, 309 с.
5. Медведовская Н.М. Реабилитация детей и подростков с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Мир медицины. 2011, №1-2. с. 22-24.
6. Панахов Н.А. Лечение аномалий зубных рядов после ураностафилопластики // Вісник проблем біології і медицины, 2011, вып. 2, т. 3(86), с. 243-245.
7. Abstracts 2nd World Cleft Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation. Munich, 2002. 268 p.
8. Braumann B., Keilig L., Bourauel C, Jarger A. Three-Demensional Analysis of Morphological Changes in the Maxilla of Patients With Cleft Lip and Palate // Cleft Palate Craniofac. J. 2002, v.39, №1, p. 1-11.

Резюме

Особенности зубных рядов у лиц с врожденными расщелинами губы и неба

Н.А.Панахов, Э.Я. Гасанли

Целью исследования явилось изучение особенностей зубных рядов у лиц с врожденными расщелинами губы и неба. Были обследованы 23 больные с врожденными расщелинами губы и неба. Выявлены характерные особенности строения зубных рядов у таких больных, в частности отсутствие центральных или боковых резцов на стороне расщелины, наличие микродентии фронтальных зубов. Полученные данные дают нам основание считать, что у пациентов с врожденными расщелинами губы и неба статистически достоверно изменены мезиодистальные размеры 11, 12, 21, 22, а также 16 и 26 зубов.

Summary

Features of the dentition in patients with cleft lip and palate

N.A.Panahov, E.Y.Hasanli

Aim of this study was to investigate the features of the dentition in patients with cleft lip and palate. Were examined 23 patients with cleft lip and palate. The characteristic features of the structure series of such patients, particularly the lack of central or lateral incisors on the cleft side, the presence of mikrodentia of the front's teeth. The data obtained give us reason to believe, that patients with cleft lip and palate significantly changed mediodistal dimensions 11, 12, 21, 22, and 16, 26 teeth.

Daxil olub: 03.06.2014

HAMİLƏ QADINLARDA KƏSKİN PİELONEFRİT ZAMANI MAQNİT-REZONANS TOMOQRAFİYANIN DİAQNOSTİK İMKANLARI

Ş.H.Qədimova
Azərbaycan Tibb Universitetinin II mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: hamilə qadınlar, kəskin pielonefrit, maqnit-rezonans tomoqrafiya
Ключевые слова: беременные, острый пиелонефрит, магнитно-резонансная томография
Keywords: pregnancy, acute pyelonephritis, magnetic resonance imaging

Son 30 il ərzində hamilə qadınların kəskin pielonefrit ilə xəstəlik hallarının sayının xeyli artması nəzərə çarpır. Müasir dövrdə hamilə qadınlarda ekstragenital xəstəliklər arasında pielonefrit ikinci yerdə durur. Hamilə qadınlarda pielonefritin ağırlaşmış formalarının sayı (cərrahi müdaxilənin aparılmasını tələb edən) müasir dərman vasitələrinin istifadə edilməsinə baxmayaraq azalmır [1,2].

Hamiləlik zamanı kəskin pielonefrit bütün hamilə qadınların orta hesabla 3-4%-də müşahidə edilir [3,4]. Kəskin hestasion pielonefrit hamilə qadınlarda infeksion-iltihabi xəstəliklərin ən ağır forması sayılır. Hamiləliyin 5-6-cı həftələrində urodinamik pozğunluqların inkişaf etməsini nəzərə alaraq, kəskin hestasion pielonefrit sidik yollarının ağırlaşmış infeksiyaları sırasına aid edilir və hamilə qadınlarda orta hesabla 3-4%-də rast gəlir. Hamilə qadınların böyük hissəsi- 78-96%-i uroloji şöbəyə kəskin hestasion pielonefritin klinikası ilə daxil olurlar. Qadınların 4%-dən 20,8%-i kəskin hestasion pielonefritin irinli-destruktiv formaları ilə əlaqədar cərrahi müdaxiləyə məruz qalırlar [5].

Birincili pielonefritin patogenezinin başlıca səbəblərinə urodinamik pozğunluqlar aid edilir ki, onlar hamilə qadınlarda hormonal tarazlığın diskorrelyasiyası nəticəsində baş verir. Böyrəkdə urodinamik, həmçinin hemodinamik pozğunluqlar olduqda hətta şərti-patogen flora kəskin irinli pielonefrit törədə bilər [6].

Kəskin hestasion pielonefritin diaqnostikasına həsr olunmuş ədəbiyyat mənbələrinin təhlili belə qənaətə gəlməyə əsas verir ki, müasir dövrdə hamiləlik zamanı pielonefritin dürüst diaqnostikası üçün bütün imkanlar vardır, bu isə bəzi müasir metodların, məsələn, maqnit-rezonans tomoqrafiya metodunun tətbiq edilməsi sayəsində mümkün olmuşdur [3]. Lakin iltihab prosesinin ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsi hələ indi də müəyən çətinliklərlə üzləşir, belə ki, klinik simptomların və laborator məlumatların (hansı ki, klinik həkimlərin əksəriyyəti tərəfindən istifadə edilir) kompleks qiymətləndirilməsi iltihab prosesinin ağırlıq dərəcəsini təyin edən ayrı-ayrı simptomların diaqnostik dəyərini müəyyən etməyə imkan vermir. Kəskin hestasion pielonefritin ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsi zamanı müxtəlif klinik simptomların diaqnostik dəyərinin təyin edilməsi yollarının axtarılması üzrə tədqiqatlar davam etdirilir.

Tədqiqat işinin məqsədi hamilə qadınlarda kəskin hestasion pielonefrit zamanı maqnit-rezonans tomoqrafiyanın diaqnostik imkanlarının öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqat işinin material və metodları. Ananın böyrək patologiyasının fonunda döl-cift qan dövranının hmodinamikasının xüsusiyyətləri nəzərə alınmaqla dölün vəziyyətinin qiymətləndirilməsi sayəsində mamalıq taktikasının hazırlanması məqsədilə kəskin hestasion pielonefritlə xəstə 18 hamilə qadında prospektiv təhlil aparılmışdır. Bu qrupda hamiləliyin klinik gedişinin xüsusiyyətləri və nəticələri, perinatal nəticələr öyrənilmişdir ki, bu müayinələr 2009-2013-cü illər ərzində ATU-nun II mamalıq-ginekologiya kafedrasının və Ş.Ələsgərova adına 5 saylı doğum evinin bazasında həyata keçirilmişdir. Əsas qrupu (ƏQ) kəskin hestasion pielonefriti olan 18 hamilə qadın təşkil etmişdir. Əlavə olaraq kontrol qrup (KQ) qismində böyrək patologiyası olmayan 10 hamilə qadın tədqiqata cəlb olunmuşdur. Biz döl-cift qan dövranının xüsusiyyətlərinin və dölün periferik hemodinamikasının dinamik müayinəsini aparmışıq. Kəskin pielonefrit diaqnozu klinik simptomların məcmuyuna və əlavə aparılan laborator müayinə metodlarının nəticələrinə əsasən qoyulmuşdur. Klinik (ümumi vəziyyətin, diurezin qyimətləndirilməsi, bel nahiyəsində «döyəcləmə» simptomu) və laborator müayinə (hemoqramma, qanın biokimyəvi müayinəsi, sidiyin ümumi müayinəsi, Zimniçki sınağı, Neçiporenko üzrə sidiyin müayinəsi, sidiyin sterilliyə görə əkilməsi və aşkar edilən floranın antibiotiklərə qarşı həssaslığının təyin edilməsi), sidik-ifrazı orqanlarının ultrasəs müayinəsi, göbək ciyəsi arteriyasında, dölün orta beyin arteriyasında qan dövranının kompleks ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Müayinələr hestasiyanın 36-40-cı həftələrində həyata keçirilmişdir. Ana-cift-döl sisteminin funksional vəziyyətinin

qiymətləndirilməsi ultrasəs, doplerometrik müayinələr və kardiotokoqrafiyadan istifadə etməklə aparılmışdır. Ultrasəs və doplerometrik müayinələr «Aloka SSD-2000» (Yaponiya) firmasının avadanlığında yerinə yetirilmişdir.

9 halda diferensial diaqnostika məqsədilə Siemens Magnetom Symphony (Almaniya) MR-tomoqrafında (MRT) 1,5 Tesla gərginliyə, qradientlərin gücü 20 mTesla/metr olan maqnit sahəsi ilə maqnit-rezonans tomoqrafiyası həyata keçirilmişdir. MRT- müasir dövrdə sidik yollarına invaziv müdaxilə etmədən və şüalandırmadan vizullaşdırmağa imkan verən yeganə metoddur. Kəskin pielonefritin ağırlaşmış gedişi zamanı MRT-nin diaqnostik əhəmiyyəti xeyli artır. Hamilə qadınlarda rast gələn kəskin pielonefrit də məhz bu müayinələr kateqoriyasına aiddir.

Tədqiqat zamanı tətbiq edilən impuls ardıcıllıqları: T1- ölçülü qradient əks-səda, yəni exo (FLASH 2D), aksial səth: kəsiyin qalınlığı 6 mm (kəsikarası ara məsafəsi 1 mm olmaqla), TR (təkrarlama vaxtı) 134 ms, TE (əks-səda, yəni exo vaxtı) 4,8 ms, spinlərin əyilmə bucağı- 60 dərəcə. Skanlama vaxtı – 2 nəfəsalma ərzində 36 saniyə; T2- piy siqnalını zəiflətməklə və onsuz ölçülmüş göstərici (turbo spin-echo T2-TSE və T2-TSE fat- suppressed), aksial səth: kəsiyin qalınlığı 6 mm - kəsikarası ara məsafəsi 1 mm olmaqla, TR (təkrarlama vaxtı) 4000 ms, TE (əks-səda, exo vaxtı) 102 ms, turbo-faktor - 29. Skanlama vaxtı- 2 nəfəsalma ərzində 25 saniyə. HASTE (half- furrier acquisition turbo-spin echo) - köndələn və frontal səthdə. Kəsiyin qalınlığı 4-6 mm, TR 1000, TE 128, turbo-faktor 128, skanlama vaxtı- 2 nəfəsalma ərzində 39 saniyə. RARE (rapid acquisition with relaxation enhancement) TR 4500, TE 755, turbo-faktor 256, kəsiyin qalınlığı frontal səthdə 4-6 sm. True-FISP (stabil presessiya zamanı sürətli vizualizasiyanın həqiqi ardıcıllığı). Frontal səth, kəsiyin qalınlığı 5 mm (kəsikarası məsafəsiz), TR 5,4, TE 2,7.

Cədvəl 1

Aparılan müayinələrin növlərinə görə xəstələrin paylanması (n=18)

Müayinənin növü	Hamilə qadınların kəskin hestasion pielonefriti (n =18)
Fiziki müayinə	18 (100%)
Qanın müayinəsi	18 (100%)
Sidiyin müayinəsi	18 (100%)
Böyrəklərin USM	18 (100%)
Böyrəklərin exodopleroqrafiyası	18 (100%)
Ekskretor uroqrafiya	–
MR-uroqrafiya	9 (50%)
Böyrəklərin MRT	9 (50%)

T1-ölçülü skan böyrəklərin və qarın boşluğunun digər orqanlarının, peritonarxası və çanaq boşluğu orqanlarının anatomik nisbətlərini və strukturunu, həmçinin dölün ölçülərini və quruluş xüsusiyyətlərini qiymətləndirməyə imkan verir. T2W- ölçülü skanlar piy toxumasının siqnalının zəiflədilməsi yolu ilə skanlarda xüsusilə çox yaxşı aşkar edilən sidik-ifrazı yollarının genişlənmələrinin olmasını və ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirməyə, həmçinin böyrəyin parenximasının ödemini və ağırlıq dərəcəsini, sərbəst və ya kisə ilə əhatə olunmuş mayenin olmasını dəqiqləşdirməyə imkan verir. HASTE və RARE skanları- sidik-ifrazı yollarını uzunluğu boyunca qiymətləndirməyə, onların genişlənləmələrini, deformasiyasını, xaricdən edilən kompressiyanı təyin etməyə (onların boşluğuna, yaxud da venadaxilinə kontrast preparatları yeritmədən) imkan verir. HASTE və RARE skanları 2 variantda yerinə yetirilmişdir: qalın kəsiklə - KLS, sidik axarlarının və sidik kisəsinin proyeksion təsvirini əldə etmək məqsədilə, nazik kəsiklə – incə məqamları açıqlamaq üçün. Əldə olunan nəticələrin statistik işlənməsi Microsoft Excel 2007 kompüter proqramının köməyi ilə həyata keçirilmişdir. İki tip göstəriciləri müqayisəli təhlil etdikdə Styudent dürüstlük meyarından istifadə edilmişdir. $p<0,05$ olduqda fərqlər etibarlı hesab edilmişir.

Tədqiqat işinin nəticələri və onların müzakirəsi. Kəskin hestasion pielonefrit ilə xəstələrdə yuxarı sidik-ifrazı yollarının urodinamikasının pozulmasının xarakterindən asılı olaraq aparılan müayinələrin sayını əks etdirən yekun məlumatlar cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

9 halda hamiləliyin II və III trimestrlərində böyrəklərdə, paranefral toxumada baş verən irinli-destruktiv dəyişiklikləri istisna etmək məqsədilə, həmçinin artıq böyrəklərin drenacı

həyata keçirildiyi təqdirdə biz maqnit-rezonans tomoqrafiyasını (MRT) tətbiq etmişik. 3 halda MRT-nin nəticələrinə əsasən irinli-destruktiv proses diaqnozu təsdiq edilmiş və bu zaman qadınlar əməliyyat olunmuşlar. MRT metodu bizə böyrəklərin anatomik-funksional vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan vermişdir ki, bu da orqangötürmə əməliyyatının aparılması ehtimalında böyük əhəmiyyət daşıyır. Digər hallarda MRT bizə aparılmış drenacdan sonra böyrəklərin parenximasının və kasacıq-ləyəncik sisteminin vəziyyətini dəqiq qiymətləndirməyə, irinli-destruktiv zədələnmənin olması ehtimalını istisna etməyə və konservativ müalicənin həyata keçirilməsi istiqamətində seçim aparmağa imkan vermişdir ki, bu müalicə sonda səmərəli olmuşdur. MRT bizə mürəkkəb klinik vəziyyətlərdə (hansı ki, ilk baxışda diaqnoz heç bir şübhə doğurmur) əvvəldə tətbiq edilən ekskretor uroqrafiyadan (o, bir qayda olaraq, artıq cərrahi müalicə seçildiyi hallarda həyata keçirilirdi) fərqli olaraq, böyrəklərdə gedən destruktiv dəyişikliklərin olması ehtimalını istisna etməyə imkan vermişdir. Belə hallarda ekskretor uroqrafiyanın məlumatları ilk öncə kontrlateral böyrəyin funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi baxımından maraq kəsb edirdi. MRT belə vəziyyətlərdə müalicə taktikasını əsaslı şəkildə dəyişdirməyə və hamilə qadınlarda əsaslandırmadan yerinə yetirilən cərrahi müdaxilələrdən yaxa qurtarmağa imkan vermişdir. MRT hamilə qadınlarda irinli-destruktiv pielonefritdən şübhələndikdə seçim metodu, ideal şəraitlərdə isə hamilə qadınların müayinəsi zamanı rutin metod kimi nəzərdən keçirilə bilər- bu zaman böyrəklərin və sidik-ifrazı yollarının anatomik-fuknsional vəziyyəti haqında dürüst məlumatın əldə edilməsi olduqca vacibdir.

MRT-nin məlumatlarına əsasən böyrəklərin absesi əlamətlərinə aiddir: T1-ölçülü təsvirlərdə dəqiq sərhədləri olan zəif intenisvliyə malik qeyri-homogen sahələr və T2-ölçülü təsvirlərdə dəqiq sərhədləri olan yüksək intensivliyə malik siqnal qeyd edilən qeyri-homogen sahələr. Bu zaman siqnalın intensivliyinin yüksəlməsi dərəcəsinin absesin boşluğundakı zülalın, mayenin və hüceyrə detritinin miqdarından asılı olduğu qəbul edilmişdir. MRT vasitəsilə biz irinli prosesin paranefral sahəyə yayılması ehtimalını araşdırmışıq. MRT-nin ən mühüm üstünlüyü odur ki, bu metod çox vaxt böyrək toxumasında irinli proses və onun kistasının irinləməsi arasında diferensial diaqnostikanı aparmağa imkan vermişdir. Bu metod kistanın daxilində olan mayenin xarakterini (seroz, hemorragik, irinli) təyin etməyə imkan verir ki, bu da gələcəkdə müalicə taktikasına təsir göstərir.

Ümumilikdə MRT kəskin pielonefritin infiltrativ və irinli-destruktiv mərhələlərində çox yüksək həssaslığa (100%) və spesifikliyə (100%) malik olmuşdur. Kəskin pielonefritin başlıca MR-əlamətləri bunlardır: böyrəyin böyüməsi (uzununa kəsikdə 12 sm-dən böyük), parenximanın qalınlaşması (böyrəyin orta seqmentində 2 sm-dən böyük), kortiko-medulyar diferensiasiyanın pozulması. T2-ölçülü təsvirlərdə böyrəyin parenximasında nahamar sərhədləri olan MR-siqnalın yüksək intensivlikli və T1-ölçülü təsvirlərdə zəif intensivlikli zonaların əmələ gəlməsi böyrək parenximasında baş verən infiltrativ dəyişikliklər haqqında xəbər verir. Böyrək parenximasında T-2 ölçülü təsvirlərdə nahamar sərhədləri olan MR-siqnalın yüksək intensivlikli zonaları və T-1 ölçülü təsvirlərdə zəif intensivlikli zonaları aşkar edildikdə irinli-destruktiv ocaqların yaranmasını söyləmək olar.

Beləliklə, böyrəklərin MRT-si kəskin irinli-destruktiv hestasion pielonefritin diaqnostikasında böyrəklərin parenximasının vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan verən və hamiləliyin bütün dövrlərində tətbiq edilən səmərəli, yüksək həssas və təhlükəsiz metod hesab edilir. Hamilə qadınlarda seroz və irinli-destruktiv pielonefritin diferensial diaqnostikasının aparılması vacib olduqda maqnit-rezonans tomoqrafiya metodu seçim metodu kimi istifadə edilə bilər. Yüksək informativliyi, dürüstlüyü və spesifikliyi sayəsində bu metod hamilə qadınlar və döl üçün təhlükəsiz olub böyrəklərin funksional vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan verir ki, bu da orqangötürmə əməliyyatlarının yerinə yetirilməsi hallarında böyük əhəmiyyət daşıyır. MRT əvvələr tətbiq edilən rentgenoloji müayinə metodlarından fərqli olaraq böyrəklərdə baş verən irinli-destruktiv dəyişiklikləri istisna etmək imkanını yaradır. İrinli-destruktiv və seroz pielonefritin diferensial diaqnostikası zamanı, həmçinin digər mürəkkəb diaqnostik hallarda MRT-nin işlədilməsi hamilə qadınlarda retgenoloji müayinə metodlarının tətbiqindən imtina etməyə imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1.Лопатин Н.А. Урология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007, 368с.

2.Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилова Е.М., Козловская Л.В. Диагностика и лечение болезней почек. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011, 383с.

3.Шрайер Р.В. Руководство по нефрологии / Пер. с англ. Под ред. Н.А. Мухина. М: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 547с.

4.Arck P.C., Rücke M., Rose M. et al. Early risk factors for miscarriage: a prospective cohort study in pregnant women // Reprod. Biomed. Online., 2008, v.17 (1), p.101-113

5.Briner V.A., Berl T., Schrier R.W. Renal function in pregnancy // In Schrier RW (Ed): Renal and Electrolyte Disorders, 4th edition / Boston, Mass, Little, Brown, 2010, p. 635-680

6. Moulin B., Hertig A., Rondeau E. Kidney and preeclampsia // Ann Fr Anesth Reanim., 2010, № 29(4), p.83-90

Резюме

Диагностические возможности магнитно-резонансной томографии при остром гестационном пиелонефрите беременных

Ш. Г. Кадимова

Магнитно- резонансная томография почек является эффективным, высокочувствительным и безопасным методом, оценивающим состояние паренхимы почек в диагностике острого гнойно-деструктивного гестационного пиелонефрита и применим во все сроки беременности. В тех случаях, когда необходимо проведение дифференциальной диагностики серозного и гнойно-деструктивного пиелонефрита у беременных женщин, метод магнитно-резонансной томографии может служить методом выбора. Обладая высокой информативностью, достоверностью и специфичностью, метод безопасен для беременных женщин и плода; позволяет оценить функциональное состояние почек, что имеет большое значение в случае предполагаемого выполнения органоуносящей операции. МРТ дает возможность в сложных клинических случаях исключить наличие гнойно-деструктивных изменений в почках в отличие от ранее применявшихся рентгенологических методов исследования.

Summary

Diagnostic possibilities magnetic resonance imaging in acute gestational pyelonephritis pregnant

Sh.G. Kadimova

Magnetic resonance imaging (MRİ) of the kidneys is an effective, highly sensitive and safe method of evaluating the state of the renal parenchyma in the diagnosis of acute suppurative destructive gestational pyelonephritis and apply to all stages of pregnancy. In cases where it is necessary to perform differential diagnosis of serous and purulent destructive pyelonephritis in pregnant women, the method of magnetic resonance imaging is the method of choice. With highly informative, reliability and specificity of the method is safe for pregnant women and the fetus; to evaluate renal function, which is important in the case of an alleged execution organounosyaschey operation. MRI allows in difficult clinical cases to exclude the presence of purulent-destructive changes in the kidney, in contrast to the previously used X-ray methods.

Daxil olub: 29.04.2014

ERKƏN ZAHILIQ DÖVRDƏ HİPOTONIK QANAXMALARA GÖRƏ YÜKSƏK RİSK QRUPUNA AİD OLAN QADINLARDA HAMİLƏLİYİN GEDİŞATI XÜSUSİYYƏTLƏRİ

S.S. Həsənova, E.M. Əliyeva, N.Ş.Əliyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, I mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: erkən zahılıq dövrü, hipotonik qanaxmalar, risk faktorları
Ключевые слова: ранний послеродовой период, гипотоническое кровоточение, факторы риска
Keywords: early postpartum period, hypotonic bleeding, risk factors

Hamiləliyi və doğuşu fəsadlandıran problemlərdən biri də mamalıq qanaxmalarıdır. Mamalıq qanaxmaları erkən zahılıq dövrünün yüksək tezliklə rast gələn fəsadlarından biridir və ana ölümünün əsas səbəbidir.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə mamalıq qanaxmalarının rastgəlmə tezliyi 3-8%-dir. Bunlardan 2-4% mamalıq qanaxmalarının səbəbi erkən zahılıq dövrdə uşaqlığın hipotoniyasıdır [3,6,8].

Təyin edilmişdir ki, inkişaf etmış ölkələrdə hər 1000 doğuşa 1 ana ölümünə səbəb olan zahılıq dövrünün qanaxmalarına rast gəlinir. Avropa ölkələrində isə bu göstərici hər 100 000 doğuşa 1 ana ölümü təyin olunur [4,9].

Dünya ədəbiyyatına əsasən mamalıq qanaxmaların tezliyi hər ildə 130 000-ə qədər çatır [10,11].

Erkən zahılıq dövründə ananın ölümü ilə nəticələnən qanaxmaların səbəblərinə uşaqlığın hipotoniyası və yaxud da ciftin patoloji plasentasiyasi ilə, o cümlədən cift gəlişləri ilə, normal yerləşmiş ciftin vaxtından qabaq ayrılması ilə, ciftin həqiqi bitişməsi ilə əlaqədardır [1,7,10,11].

Бреслав И.Ю. [1] tədqiqatlarına əsasən təyin edilmişdir ki, erkən zahılıq dövrünün massiv qanaxmalarının səbəblərinə 56,5%-də uşaqlığın hipotoniyası, 6,6%-də doğuş yollarının travmaları, 24,8%-də cift gəlişlərində olan qanaxmalar, onlardan 37,5%-də ciftin həqiqi bitişməsi aiddir.

Təyin edilmişdir ki, normal yerləşən ciftin vaxtından qabaq ayrılması olan qadınlarda massiv qanaxmaların tezliyi 17,4% olmuşdur. Qan xəstəliklərində isə qanaxmaların tezliyi 1,3% olunmuşdur.

Куликов А.Б. и соавт. [2] qeyd etmişdilər ki, mamalıqda olan qanaxmaların 70% zahılıq dövründə hipotonik qanaxmalara aiddir. 20% qanaxmaların səbəbi ciftin ayrılması, uşaqlığın cırılması, doğuş yollarının yumşaq toxumalarının travması olmuşdur. Ciftin həqiqi bitişməsi 10%, koaqulopatiyanın tezliyi isə 1% təyin edilmişdir [2,5,9,10].

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırki tədqiqatın **məqsədi** təyin edilmişdir. Erkən zahılıq dövrdə hipotonik qanaxmalara (EZDHQ) görə yüksək risq qrupu olan qadınlarda hamiləliyin gedişatının xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Məqsədə uyğun olaraq 85 yüksək risq amilləri olan qadınların hamiləliyinin gedişatı təhlil edilmişdir.

Aparılan tədqiqat nəticəsində qadınlarda hamiləliyin I trimestrində mamalıq fəsadlarının və ekstragenital xəstəliklərinin tezliyi öyrənilmişdir və cədvəl 1-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, hamilələrdə yüksək tezliklə (42,2%) anemiya təyin edilir. Eyni zamanda hamiləliyin I trimestri qadınlarda uşaqlığın mioması (11,6%), piylənmə (11,6%), uşaqlıqda çapıq (28,6%) ilə fəsadlaşıb.

Beləliklə, hamiləliyin I trimestrində müayinə olan 85 hamilədən 62-də (72,9%) anemiya, 42-də (49,4%) uşaqlıqda çapıq, 17-də (20%) uşaqlığın mioması,17- də (20%) piylənmə təyin edilir. Tək-tək hallarda talasemiya (1,2%), Rh(-) qan (2,4%),xroniki hipertenziya (1,2%) və hepatit C (2,4%) müşahidə olunur.

Hamiləliyin II trimestrində rast gələn fəsadların tezliyi cədvəl 2-də təqdim olunur.

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi müayinə olunan hamilələrdə II trimestrdə yüksək tezliklə anemiya (23,2%), uşaqlıqda çapıq (25,6%), qorxulu düşük (12,8%), piylənmə (10,4%),uşaqlığın mioması (10,4%), orta ağır və ağır preeklampsiya (6,7%) təyin edilir.

Beləliklə hamiləliyin II trimestrində 85 erkən zahılıq dövrdə hipotonik qanaxmalara görə yüksək risq qrupuna aid olan hamilə qadınların 21-də (24,7%) qorxulu düşük, 38-də (44,7%) anemiya, 11-də (12,9%) orta ağır və ağır preeklampsiya qeyd olunur. Eyni zamanda hamilələrin 42-də (49,4%) uşaqlıqda çapıq, 17-də (20 %) piylənmə, 17-də (20%) uşaqlığın mioması, 6-da (7 %) xarici cinsiyyət üzvlərinin və aşağı ətraf venalarının varikoz genəlməsi, 4-də (4,7%) normal yerləşmiş ciftin vaxtından qabaq ayrılması, 2-də (2,4%) cift gəlişləri, 2-də (2,4%) çoxdöllü hamiləlik təyin edilir.

Cədvəl 1

EZDHQ –a görə risq qrupuna aid olan qadınların hamiləliyinin I trimestrində rast gələn mamalıq fəsadlarının və ekstragenital xəstəliklərinin tezliyi

Mamalıq fəsadları və ekstragenital patologiya	Müt	%	Mamalıq fəsadları və ekstragenital patologiya	Müt	%
Anemiya	62	42,2	Rh(-)	2	1,4
Uşaqlığın mioması	17	11,6	Talasemiya	1	0,7
Piylənmə	17	11,6	Xroniki hipertenziya	1	0,7
Uşaqlıqda çapıq	42	28,6	Hepatit C	2	1,4
Hamiləliyin erkən toksikozu	3	2,0			

Cədvəl 2

EZDHQ-a görə risq qrupuna aid olan qadınların hamiləliyinin II trimestrində rast gələn mamalıq fəsadlarının və ekstragenital xəstəliklərinin tezliyi

Mamalıq fəsadları və ekstragenital patologiya	Müt	%	Mamalıq fəsadları və ekstragenital patologiya	Müt	%
Qorxulu düşük	21	12,8	Normal yerləşmiş ciftin vaxtından qabaq ayrılması	4	2,4
Uşaqlıqda çapıq	42	25,6	Cift gəlişi	2	1,2
Anemiya	38	23,2	Rh(-) qan	2	1,2
Piylənmə	17	10,4	Çoxdöllü hamiləlik	2	1,2
Uşaqlıq mioması	17	10,4	Talasemiya	1	0,6
Orta ağır və ağır preeklampsiya	11	6,7	Xroniki hipertenziya	1	0,6
Xarici cinsiyyət üzvlərinin və aşağı ətraf venalarının varikoz genəlməsi	6	3,7			

Cədvəl 3

EZDHQ-a görə risq qrupuna aid olan qadınların hamiləliyinin III trimestrində rast gələn mamalıq fəsadlarının və ekstragenital xəstəliklərinin tezliyi

Mamalıq fəsadları və ekstragenital patalogiya	Müt	%	Mamalıq fəsadları və ekstragenital patalogiya	Müt	%
Uşaqlıqda çapıq	42	18,3	Dölün köndələn vəziyyəti	5	2,2
Dölün xroniki hipoksiyası	26	11,4	Xarici cinsiyyət üzvlərinin və aşağı ətraf venalarının varikoz genəlməsi	6	2,6
Vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi	17	7,4	Normal yerləşmiş ciftin vaxtından qabaq ayrılması	4	1,7
Uşaqlığın mioması	17	7,4	İri döl	2	0,9
Piylənmə	17	7,4	Cift gəlişi	2	0,9
Döl qişalarının vaxtından əvvəl yırtılması	18	7,9	Çoxdöllü hamiləlik	2	0,9
Orta ağır və ağır preeklampsiya	11	4,8	Ölü döl	2	0,9
Dölün hipotrofiyası	11	4,8	Rh(-) qan	2	0,9
Anemiya	35	15,3	Talasemiya	1	0,4
Çanaq gəlişi	9	3,9			

Erkən zahılıq dövrdə hipotonik qanaxmalara görə risq qrupuna aid olan qadınların hamiləliyinin III trimestrində rast gələn mamalıq fəsadlarının və ekstragenital patologiyanın tezliyi cədvəl 3- də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 3-dən göründüyü kimi hamiləliyin III trimestrində yüksək tezliklə uşaqlıqda çapıq (18,3%), dölün xroniki hipoksiyası (11,4%), anemiya (15,3%), vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi (7,4%), döl qişalarının vaxtından əvvəl yırtılması (7,9%), piylənmə (7,4%), uşaqlığın mioması (7,4%) təyin edilir. Eyni zamanda orta ağır və ağır preeklampsiya (4,8%), dölün hipotrofiyası (4,8%), çanaq gəlişləri (3,9%) nisbətən az tezliklə müəyyən olunur.

Aparılan tədqiqat nəticəsində təyin edilmişdir ki, hamiləliyin III trimestrində erkən zahılıq dövrdə hipotonik qanaxmalara görə risq qrupuna

aid olan 85 hamilədən 42-də (49,4%) uşaqlıqda çapıq, 35-də (41,2 %) anemiya, 26-da (30,6%) dölün xroniki hipoksiyası, 18-də (21,2%) döl qişalarının vaxtından əvvəl yırtılması, 17-də (20%) vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi, 17-də (20%) uşaqlığın mioması, 17-də (20%) piylənmə, 11-də (12,9%) orta ağır və ağır preeklampsiya, 11-də (12,9%) dölün hipotrofiyası, 9-da (10,6%) çanaq gəlişləri, 6-da (7,1%) xarici cinsiyyət üzvlərinin və aşağı ətraf venalarının varikoz genəlməsi, 5-də (5,9%) dölün köndələn vəziyyəti, 4-də (4,7%) normal yerləşmiş ciftin vaxtından qabaq hissəvi ayrılması olmuşdur. Tək-tək hallarda iri döl (2,4 %), cift gəlişi (2,4%), çoxdöllü hamiləlik (2,4%), ölü döl (2,4%), Rh(-) qan (2,4%), talasemiya (1,2%) təyin edilmişdir.

Beləliklə, erkən zahılıq dövrdə hipotonik qanaxmaların ehtimalın artıram mamalıq fəsadları və ekstragenital patologiyalarından uşaqlıqda çapıq, anemiya, uşaqlığın mioması, piylənmə, döl qişalarının vaxtından əvvəl yırtılması, vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi aiddir. Bu da vaxtında profilaktik tədbirlərin aparılması zəruriyyətini yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Бреслав И.Ю. Перевязка внутренних подвздошных артерий в лечении массивных акушерских кровоьечений: Автореф. дис. … к.м.н. М., 2009, 25 с.
2. Куликов А.В., Мартиросян С.В., Обоскалова Т.А. Протокол неотложеной помощи при кровотечении в акушерстве. Екатеринбург, 2010, 28 с.
3. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н. Кровотечения в послеродовом периоде Методическое письмо. М., 2008, №1820, ВС, 5с.
4. Уваров Ю.М. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Геморрагический шок в акушерстве. Метод.разраб. к практическому занятию по акуш. для клин.ординат и врачей-интернов. Великий Новгород, 2009, 32 с.
5. Чернуха Е.А., Пучко Т.К., Комисарова Л.М., Федорова Т.А. Профилактика и лечение массивных акушерских кровотечений, как фактор снижения материнской смертности / Метериалы IX Всероссийского форума «Мать и дитя», М., 2007, с.294-295.
6. Achanna K.S. Postpartum haemorrhage: A Continuing tragedy in Malasia // Med. J. Malaysia, 2011, v.66, №1.
7. Andersen H., Hopkins M. Pospartum hemorrhage. Global Library of Women's Medicine. 2008, p.1-14.
8. Blomberg M. Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage // Obstet.Gynecol., 2011, v.118, p.561.
9. Chong Y.S., Su L.L., Arulkumaran S. Current strategies for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labour // Curr Opin Obstet.Gynecol., 2004, v.16, №2, p.143-150.
10. El-Refaey H., Rodeck C. Post-partum haemorrhage: definitions, medical and surgical management. A time for chage // British Medical Bulletin., 2011, v.67, №1, p.205-217.
11. FIGO/ICM Global Initiative to Prevent Post-Partum Hemorrhage. International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO) and the International Confederation of Midwives (ICM), 2004.

Резюме

Особенности течения беременности у женщин группы высокого риска развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде

С.С. Гасанова, Э.М. Алиева, Н.Ш.Алиева

Цель настоящего исследования - изучение особенностей течения беременности у женщин с повышенным риском гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде. Обследовано 85 женщин с различной частотой акушерских осложнений и экстрагенитальной патологией. Установлено, что у женщин риск развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периодеувеличивается с увеличением числа беременностей с рубцом на матке, анемией беременных, угрозой преждевременного прерывания беременности, миомой матки, ожирением, преждевременным разрывом плодных оболочек, что предполагает проведение профилактических мероприятий.

Summary

Distinctive features of pregnancy in women high risk of hypotonic bleeding in early postpartum period

S.S.Qasanova, E.M. Aliyeva, N.Sh.Aliyeva

The aim of the present research was study of the distinctive features of pregnancy in women high risk of hypotonic bleeding in early postpartum period.85 women with different frequency of

obstetrical complications and extragenital diseases were investigated. It was shown that the risk hypotonic bleading increases with the number of pregnancies with cesarean section scar, anemia, threatened miscarriaqe, fibroids, obesity, preterm rupture of amniotic membranei which suggest prophylactics.

Daxil olub: 13.05.2014

ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТКИ И ПРИДАТКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Ф.А. Тагиева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: uşaqlıq və uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabi xəstəlikləri, fermentlər, lipidlərin peroksidləşməsi

Ключевые слова: острые воспалительные заболевания матки и придатков, ферменты, перекисное окисление липидов.

Keywords: acute inflammatory diseases of the uterus and appendages, enzymes, lipid peroxidation

В настоящее время имеются существенные достижения в проблеме изучения этиологии, патогенеза, диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний матки и придатков у женщин репродуктивного возраста. Однако эти заболевания продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии [4,5,6].

Анализ клинических ситуаций нередко свидетельствует о поздней диагностике, несвоевременной госпитализации и неадекватном лечении больных острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков [1]. Последнее обусловливает необходимость дальнейшего изучения проблем патогенеза этой патологии, в том числе ферментных систем клеток крови. Клетки крови, в частности, лимфоциты, являются своеобразным ферментным отражением процессов, происходящих в тканях организма, что дает основание говорить о полноценности метаболизма [1, 2].

С **целью** изучения уровня метаболизма клеток крови нами была исследована активность ключевых ферментов окислительно-восстановительного метаболизма лимфоцитов: сукцинатдегидрогеназы (СДГ), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), α-глицерофосфатдегидрогеназы (α-ГФДГ) и кислой фосфатазы (КФ) при остром сальпингоофорите и остром эндометрите.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено клинико-лабораторное обследование 37 женщин в возрасте от 18 до 45 лет с острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков (острый сальпингоофорит и острый эндометрит). Контрольную группу составили 18 практически здоровых женщин того же возраста. При поступлении в стационар все больные прошли комплексное обследование, включающее в себя тщательный сбор анамнеза жизни, заболевания, объективную оценку общеклинического состояния. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, комплексной клинико-инструментальной и лабораторной диагностики.

Материалом для исследования служили клетки крови и сыворотка. Ферментативную активность дегидрогеназ изучали цитохимическим методом с учетом процента положительных клеток. Определение активности кислой фосфатазы проводили цитохимическим методом азосочетаний с учетом числа положительных лимфоцитов. Состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивалось путем определения в сыворотке крови первичных (диеновые конъюгаты) и вторичных (малоновый диальдегид) продуктов, а также по степени окисленности липидов. О состоянии антиоксидантной системы судили по активности

внеклеточного антиоксидантного фермента церулоплазмина.

Для объективности исследования лабораторный скрининг, сроки забора диагностического материала, методы математической обработки полученных данных были стандартизированы. Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики с использованием программ Statistika v.7.0 и Biostat. Математические расчеты выполнены в соответствии с рекомендациями по обработке численных результатов в медицине [3].

Результаты и обсуждение. В ходе проведения настоящего исследования нами была изучена ферментативная активность лимфоцитов у обследованных больных. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели ферментной активности лимфоцитов у больных острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков

Показатели		Здоровые (n=18)	Больные острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков
СДГ	среднее число гранул в 1 лимфоците	16,7±0,37	12,4±0,62*
α - ГФДГ		16,9±0,44	22,1±0,69*
Г6-ФДГ		30,8±0,81	39,4±0,48*
КФ % фосфатазоположительных лимфоцитов		5,46±0,97	78,6±6,74*

Примечание: * - достоверность различий по сравнению с контролем (p<0,001)

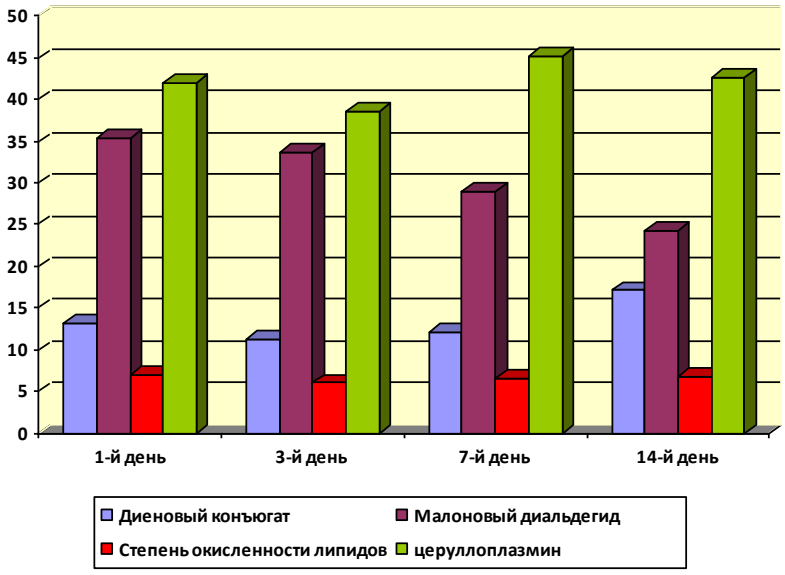


Рис. 1. Показатели ПОЛ и антиоксидантной системы крови у больных острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков

Анализ полученных результатов показал, что у больных острыми неспецифическими воспалительными заболеваниями имеет место падение уровня активности СДГ (12,4±0,62 гранул в 1 лимфоците против 16,7±0,37 гранул в контрольной группе, p<0,01) и соответствующее повышение уровня ферментативной активности α-ГФДГ (22,1±0,69 гранул против 16,9±0,44 в контроле, p<0,01), Г-6-ФДГ (39,4±0,69 гранул против 30,8±0,81 гранул в контроле, p<0,05), КФ (78,6±6,74% против 5,46±8,97% в контроле, p<0,001).

По всей вероятности, метаболические нарушения в лимфоцитах у больных острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков являются следствием токсического воздействия микроорганизмов, что и запускает каскад биохимических реакций.

Известно, что воспаление приводит к активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Перекисное окисление,

протекающее по свободно-радикальному пути, и, будучи в своей основе универсальным неспецифическим механизмом, может обеспечивать вполне определенный спектр проявлений, связанных с наличием нарушений в системе антиоксидантной защиты организма. При этом продукты ПОЛ повреждают клеточные структуры, ткани и органы. В связи с этим нами было изучено состояние ПОЛ и антиоксидантной системы организма у больных острыми воспалительными заболеваниями.

На рисунке 1 приведены показатели продуктов ПОЛ и антиоксидантной системы сыворотки крови обследованных больных.

Как видно из полученных данных у больных острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков содержание диеновых конъюгатов увеличивается в 2,1-1,8-1,9-2,7 раза по срокам исследования по сравнению с контролем. Уровень малонового диальдегида остается повышенным во все сроки исследования. Степень окисленности липидов достоверно увеличивается в 1-е, 7-е и 14-е сутки исследования соответственно в 1,2-1,1-1,15 раза по сравнению с контролем. Концентрация церулоплазмина повышается во все сроки исследования соответственно от 1,3 до 1,5 раза.

Таким образом, у обследованных нами больных с острыми воспалительными заболеваниями установлена активация процессов ПОЛ в ответ на воспаление. Избыток продуктов перекисного окисления ведет к накоплению токсических веществ в клетках, что определяет последующую деструкцию здоровых тканей в очаге воспаления.

ЛИТЕРАТУРА

1.Агарков Н.М., Будник И.В. Информативность клинических симптомов, иммунологических, гематологических показателей и проявлений эндогенной интоксикации при остром неспецифическом сальпингоофорите // Журнал акушерства и женских болезней, 2012. Т № 4, с. 11-15.

2.Правдин Е.В., Волчегорский И.А., Узлова Т.В. Особенности лейкоцитарного состава крови у больных с неосложненным обострением хронических воспалительных заболеваний матки и придатков при сопутствующей депрессии // Уральский медицинский журнал, 2013, № 3 (108), с.96-100.

3.Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. М., 2000

4.Решетникова Н.С. Современные аспекты этиопатогенеза воспалительных заболеваний органов малого таза // Вестник Бурятского государственного университета, 2010,№ 12,с. 260-263.

5.Уткин Е.В. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин: современные особенности клиники, диагностики и терапии // Мать и дитя в Кузбассе, 2009, № 3, с.9-15

6. Хаятова З.Б., Пекарев О.Г. Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста // Медицина и образование в Сибири, 2011, № 4, с.18.

Xülasə

Uşaqlıq və uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabi xəstəlikləri: patogenetik aspektlər

F.A.Tağıyeva

Uşaqlıq və uşaqlıq artımlarının iltihabı xəstəlikləri uzun onilliklər boyunca ginekoloji xəstəliklər arasında birinci yeri tutmuşdur. Tədqiqatın məqsədi uşaqlıq və uşaqlıq artımlarının iltihabı xəstəlikləri olan qadınlarda qan hüceyrələrinin metabolizminin öyrənilməsindən ibarət olmuşdur. Müayinə olunan qadınlarda aparılan müayinələr nəticəsində limfositlərdə müxtəlif metabolik pozuntular, eləcə də iltihaba cavab olaraq lipidlərin peroksidləşməsi prosesinin aktivləşməsi aşkar edilmişdir.

Summary

Acute inflammatory diseases of the uterus and appendages: Modern pathogenetic aspects

F.A. Tagiyeva

Inflammatory diseases of the uterus and appendages for decades occupied and ranks first among gynecological diseases. The aim was to study the metabolism of blood cells in patients with acute inflammatory diseases of the uterus and appendages. Conduct clinical and laboratory studies have examined women revealed various metabolic disorders in lymphocytes, as well as the activation of lipid peroxidation in response to inflammation.

Daxil olub: 21.05.2014

ŞƏKƏRLİ DİABETİ OLAN SABİT STENOKARDİYALI XƏSTƏLƏRDƏ MİOKARDIN AĞRISIZ İŞEMİYASI

T.Q. Sadıqov, A.B.Baxşəliyev
C.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: sabit stenokardiya, EKQ Holter monitorlaşması, şəkərli diabet
Ключевые слова: стабильная стенокардия, ЭКГ Холтер мониторирование, сахарный диабет
Key words: stable angina, ECG Holter monitoring, diabetes mellitus

Tədqiqatlar göstərmişdir ki, ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) olan xəstələrdə miokardın işemiyasının ağrılı formaları ilə yanaşı, ağrısız formaları da çox rast gəlinir. Əsasən şəkərli diabeti olan xəstələrdə miokardın işemiyası çox vaxt ağrısız formada olur. Şəkərli diabet əhali arasında daha çox yayılmasını və ÜİX-nin əsas risk amili olmasını nəzərə alsaq, onda belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, şəkərli diabeti olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə miokardın ağrısız işemiyası hallarına daha çox rast gəlinməlidir [2,4]. Aparılmış tədqiqatlara sağlam insanların 1-5%-də, infarktdan sonrakı kardiosklerozu olanların 30%-də və sabit stenokardiyalı xəstələrin 40-90%-də miokardın ağrısız işemiyası epizodları rast gəlinir [1]. Freminqem tədqiqatının nəticələrinə görə 15% hallarda miokard infarktı simptomsuz keçir [7]. Bunun da əsas səbəbi kimi şəkərli diabeti olan xəstələrdə yaranan insulinrezistentliyin miokardın işemiyaya olan həssaslığını daha çox artırması göstərilir. Tədqiqatlar göstərir ki, ÜİX olmayan II tip şəkərli diabetli xəstələrin 10-20% -də ağrısız işemiya rast gəlinir. Miokardın ağrısız işemiyası olan xəstələrdə şəkərli diabetin rastgəlmə tezliyi 25% olduğu halda, tipik klinik gedişi olan stenokardiyalı xəstələrdə bu göstərici 3,9 % olmuşdur [1,5,9]. Miokardın işemiyasının şəkərli diabeti olan xəstələrdə tipik ağrı simptomu ilə keçməməsini daha çox kardiovaskulyar avtonom neyropatiya ilə əlaqələndirirlər [3,8]. Hazırda alimlərin çoxu miokardın işemiyasının tipik ağrı simptomunun olmamasının səbəbini şəkərli diabeti olan xəstələrdə işemiya nahiyəsində ağrı intensivliyinin az olması, sinir uclarının ağrının qəbulundakı defekti və mərkəzi sinir sistemindəki endogen endorfinlərin səviyyəsindəki dəyişikliklərlə əlaqələndirirlər. Şəkərli diabeti olan xəstələrdə ağrısız işemiyanın aşkar olunmasının diaqnostik əhəmiyyəti ilə yanaşı onun proqnostik əhəmiyyəti də vardır. Belə ki, MİSAD (Milan Study on Atherosclerosis and Diabetes) tədqiqatına əsasən demək olar ki, miokardın ağrısız işemiyası olan xəstələrdə ÜİX-in klinik formalarından birinin yaranması miokardın ağrısız işemiyası olmayanlara nisbətən 3 dəfə daha çox olur [6].

Apardığımız tədqiqat işinin əsas **məqsədi** miokardın revaskulyarizasiya əməliyyatı olacaq şəkərli diabetli II-III fs sabit stenokardiyalı xəstələrdə miokardın ağrılı və ağrısız işemiyasının davam etmə müddətini, tezliyini, ST–seqmentindəki dəyişikliklərin, şəkərli diabeti olmayan xəstələrlə müqayisədə öyrənməkdən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə ÜİX II-III fs sabit stenokardiyası olan 40-65 yaş arasında 100 xəstə müayinə edilmişdir. Anamnezdə miokard infarktı, ürək çatışmazlığı olan xəstələr müayinəyə cəlb edilməmişdir. Bütün xəstələr şəkərli diabeti olan və şəkərli diabeti olmayan sabit stenokardiyalı xəstələr olmaqla 2 qrupa bölünmüşdür. Hər qrupa 50 xəstə daxil edilmişdir. Qanda qlükoza səviyyəsi isə qlükozaoksidaz üsulu ilə ac qarına və 75 q qlükoza qəbulundan 60, 120 dəq sonra təyin olunmuşdur. Elektrokardioqrammanın sutkalıq monitorlaşması "ECQ PRO-Holter "(Amerika) aparatının köməyliyi ilə aparılmışdır. Müayinə nəticəsində ST seqmentinin dəyişməsinin davam etmə müddəti 1 dəqiqədən çox, horizontal şəkildə izoxətdən 1mm –dən çox qalxması və ya aşağı düşməsi olduqda miokardın işemiyası kimi qiymətləndirilmişdir. Həmçinin xəstələrdə ağrılı və ağrısız işemiya epizodlarının sutka ərzində rast gəlmə tezliyi və ümumi işemiya hallarının sayı da təyin edilmişdir. Nəticələrin statistik təhlilini aparmaq üçün "Statistika"-kompyuter paketindən istifadə edilmişdir.

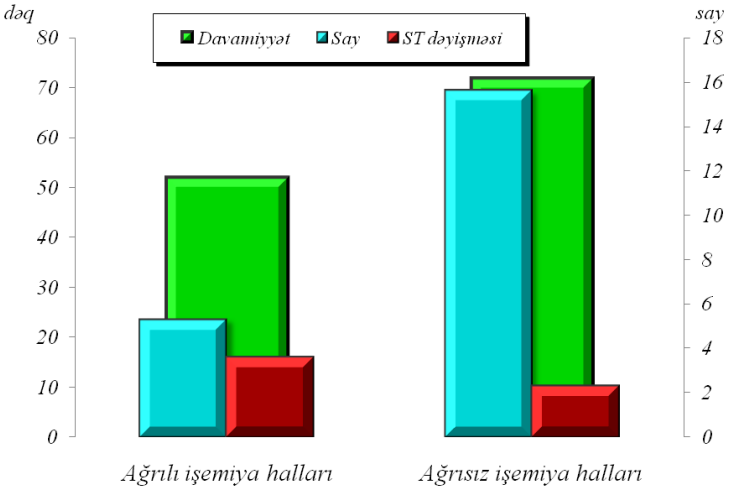
Tədqiqatın nəticələri. Apardığımız tədqiqatın nəticələri göstərdi ki, şəkərli diabeti olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə miokardın işemiya hallarının ümumi sayı, davam müddəti və ağrısız işemiya şəkərli diabeti olmayan xəstələrə nisbətən daha çox rast gəlinir. Cədvəl 1-də müayinə olunan xəstələrdə miokardın işemiya hallarının xarakteristikası göstərilmişdir. Şəkərli diabeti olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə ağrılı işemiya tutmalarının sayı 5,3±0,4, ağrılı işemiyanın ümumi davam müddəti 51,9±6,1 və ST dəyişməsi 3,6±0,31 mm olmuşdur.

Cədvəl 1

Miokardın işemiya hallarının ümumi xarakteristikası

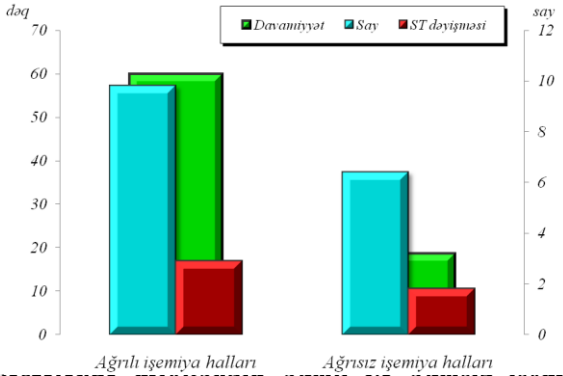
Qruplar	Ağrılı işemiya halları			Ağrısız işemiyahalları			Cəmi işemiya halları	
	Sayı	Davamı, dəq	ST dəyişməsi	Sayı	Davamı	ST dəyişməsi	Sayı	Davamı
ŞD olmayan xəstələr (n=50)	9,8±0,9 (1 – 24)	59,8±4,8 (5 – 165)	2,90±0,15 (1 – 5)	6,4±1,0 (0 – 30) ^	18,6±2,5 (0 – 61) ^^^	1,80±0,15 (0 – 4) ^^^	16,2±1,6 (2 – 54)	78,4±5,6 (13 – 172)
ŞD olan xəstələr (n=50)	5,3±0,4 (1 – 13) *	51,9±6,1 (4 – 190) ***	3,60±0,31 (0 – 7) ***	15,6±1,1 (0 – 34) ^^^	71,8±6,8 (0 – 193) ^ *	2,30±0,14 (0 – 4) ^^^ ***	20,9±1,1 (1 – 38) ***	123,7±9,9 (6 – 356) *

Qeyd: göstəricilər arasında fərqin statistik dürüstlüyü: 1. ağrılı işemiya halları ilə: ^ - p_0< 0,05; ^^^ - p_0< 0,001; 2. ŞD olmayan xəstələr ilə: * - p_1< 0,05; *** - p_1< 0,001

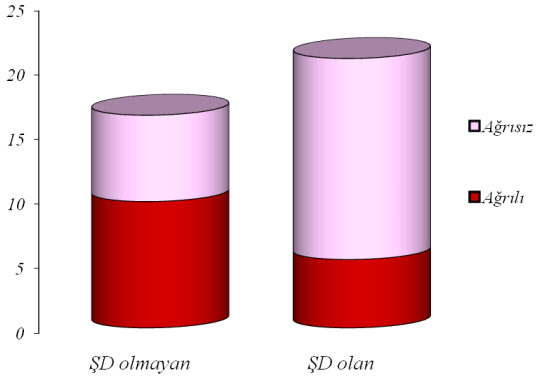


Şək.1 Şəkərli diabeti olan xəstələrdə miokardın ağrılı və ağrısız işemiya hallarının xüsusiyyətləri göstərilmişdir.

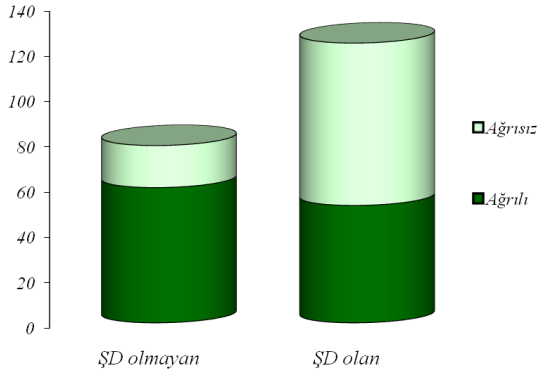
Şəkərli diabeti olmayan sabit stenokardiyalı xəstələrdə isə ağrılı işemiya tutmalarının sayı 9,8±0,9, (p<0,05) ağrılı işemiyanın ümumi davam müddəti 59,8±4,8 və ST dəyişməsi 2,9±0,15 mm (p<0,05) olmuşdur. Şəkərli diabeti olan xəstələrdə ağrısız işemiya hallarının sayı 15,6±1,1, (p<0,001) ağrısız işemiyanın ümumi davam müddəti 71,8±6,8 (p<0,001) və ST dəyişməsi 2,3±0,14 mm (p<0,05) olmuşdur. Şəkərli diabeti olmayan sabit stenokardiyalı xəstələrdə isə ağrısız işemiya hallarının sayı 6,4±1,0, ağrısız işemiyanın ümumi davam müddəti 18,6±2,5 və ST seqmentinin izoxətdə görə dəyişməsi 1,8±0,15 mm olmuşdur.Aşağıdakı şəkil 1və 2-də şəkərli diabeti olan və olmayan xəstələrdə miokardın ağrılı və ağrısız işemiya hallarının xüsusiyyətləri göstərilmişdir.



Şək.2. Şəkərli diabeti olmayan xəstələrdə miokardın ağrılı və ağrısız işemiya hallarının xüsusiyyətləri göstərilmişdir.



Şək.3. İşemiya hallarının ümumi sayı



Şək.4. İşemiya halları

Həmçinin müayinə olan şəkərli diabetli xəstələrdə işemiya hallarının ümumi sayı 20,9±1,1 (p<0,001), işemiya hallarının ümumi davam müddəti 123,7±9,9 (p<0,05) olmuşdur. Şəkərli diabeti olmayan xəstələrdə isə işemiya hallarının ümumi sayı 16,2±1,6, işemiya hallarının ümumi davam müddəti 78,4±5,6 olmuşdur. Aşağıdakı şəkil 3 və 4-də müayinə olunan xəstələrdə işemiya hallarının ümumi sayı və işemiya hallarının ümumi davam müddəti qrafik olaraq göstərilmişdir.

Müzakirə. Alınmış nəticələrə əsasən demək olar ki, şəkərli diabeti olan II-III fs sabit stenokardiyalı xəstələrdə miokardın revaskulyarizasiya əməliyyatından əvvəl işemiya hallarının ümumi sayı, ağrısız işemiya, işemiya hallarının ümumi davam müddəti və ST seqmentinin izoxətdə nəzərən yerdəyişməsi şəkərli diabeti olmayan xəstələrə nisbətən statistik mənalı olaraq daha yüksəkdir. Nəticələrin təhlili göstərdi ki, şəkərli diabeti olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə şəkərli diabeti olmayanlarla müqayisədə, miokardın ağrısız işemiya hallarının sayı 2,4 dəfə (p<0,001), ağrısız işemiyanın davam müddəti 3,7 dəfə (p<0,001) və ST seqmentinin izoxətdə nəzərən yerdəyişməsi 21,7 % (p<0,05) daha çoxdur. Şəkərli diabeti olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə ağrılı işemiya tutmalarının sayı 45,2% (p<0,05), ağrılı işemiyanın ümumi davam müddəti 13,2% daha az olmuşdur. Lakin şəkərli diabeti olan xəstələrdə ST seqmentinin izoxətdə nəzərən yerdəyişməsi dibabet olmayanlarla müqayisədə 19,4% (p<0,05) daha yüksək olmuşdur. Həmçinin müayinə olan şəkərli diabetli xəstələrdə işemiya hallarının ümumi sayı şəkərli diabeti olmayanlara görə 22,5% (p<0,001), işemiya hallarının ümumi davam müddəti isə 36,6% p<0,05) daha yüksək olmuşdur. Bu da bir daha onu göstərir ki, şəkərli diabeti olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə miokardın işemiyası daha dərin, tezliyi və davam etmə müddəti daha çox olur. Bütün bunlar şəkərli diabeti olan xəstələrdə koronar arteriyalarda olan daralmaların daha ciddi olmasını göstərir. Şəkərli diabeti olan xəstələrdə ağrısız işemiya hallarının çox olması işemiya olan sahədə ağrıya olan həssəslığının azalması ilə əlaqələndirmək olar. Şəkərli diabeti olan xəstələrdə ağrı tutmalarının olmaması və ya daha az olması xəstələrdə çox vaxt ürəyin işemik xəstəliyinin müalicəsinin gecikməsinə səbəb olur. Bu da öz növbəsində şəkərli diabeti olan xəstələrdə daha cərrahi revaskulyarizasiya taktikasının seçilməsinə səbəb olur. Həmçinin bu qrup xəstələrdə xəstəliyin

erkən və uzun müddətli müçahidə zamanı rastlanan ağırlaşmaların daha çox olmasına səbəb olur. Belə xəstələrdə ağrısız işemiya hallarının Holter monitorlaşması köməyliyi ilə erkən aşkar olunması, planlanan revaskulyarizasiya taktikasının seçilməsində önəmli yeri olacaqdır.

ƏDƏBİYYAT

1.Верткин А.Л., Мартынов И.В., Гасилин В.С.и др. Безболевая ишемия миокарда. М.: ТОО Тетрафарм, 1995, 85с.

2Дворяшина И.В. Ожирение и метаболический инсулинорезистентный синдром при ишемической болезни сердца. Автореф. дисс. ... докт. мед наук. Архангельск, 2001

3.Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром. М.: Из-во Media Medica, 2004, с.47-49, 100-145

4.Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни (сердечно-сосудистая система). М.: Из-во Бином-пресс, 2007, с.855

5. Killip T. Silent Myocardial Ischemia:Some good news // Circulation, 1997, v.95, p.1992-1993.

6.Fagila E., Favales F., Rocca A. et al Cardiac events in 735 type 2 diaBetic patients who underwent screening for unknown asymptomatic coronary heart disease // DiaBetes Care, 2002, v.25, p.2032-2036.

7.Hubertb H.B., Feinleib M., Mc Namara P.M. et al .obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease:a 26-year follow –up of participants in the. Framingham heart study // Circulation, 1983, v.67, p.968-77.

8.Vinic A., Freeman R., Maser R. et al DiaBetic autonomic neuropathy // DiaBetes Care, 2003, v.26, p.1553-1575

9.Wackers F.J., Young L.H., Barrett E.J. et al Detection of Silent Myocardial Ischemia in Asymptomatic DiaBetic SuBjects (DIAD study) // DiaBetes Care, 2004, v.27, p.1954-1961

Резюме

Т.Г.Садыгов, А.Б.Бахшалиев

Безболевая ишемия миокарда при стабильной стенокардии у больных с сахарным диабетом

Главной целью проделанного исследования является изучение времени продолжения, частоты, изменения ST сегмента и сравнение с больными без сахарного диабета при болевой и безболевой ишемии миокарда у больных с сахарным диабетом, при стабильной стенокардии II-III ф.к., идущих на реваскуляризацию миокарда. С этой целью было проведено обследование среди 100 больных 40-65 возраста со стабильной стенокардией II-III ф.к. Больные со стабильной стенокардии II-III ф.к с сахарным диабетом и без сахарного диабета были разделены на две группы. Результаты исследования показали, что у больных со стабильной стенокардии II-III ф.к с сахарным диабетом в сравнении с больными без сахарного диабета число случаев безболевой ишемии миокарда в 2.4 раза ($p<0,001$), время продолжения безболевой ишемии в 3.7 раза ($p<0,001$), а также положение ST сегмента по отношению к изолинии 21,7 % ($p<0,05$) больше. Важной ролью займет раннее обнаружение безболевой ишемии миокарда, выбор тактики плановой реваскуляризации и хода клинического лечения у больных с сахарным диабетом.

Summary

Silent myocardial ischemia in stable angina in patients with diabetes mellitus

T.G. Sadigov, A.B.Bakhshaliyev

The main aim of the research is done by the time the study continue, the frequency of ST segment and compared with patients without diabetes with painful and silent myocardial ischemia in patients with diabetes mellitus, in stable angina FC II-III going on myocardial revascularization. For this purpose, a survey was conducted among 100 patients aged 40-65 with stable angina FC II-III Patients with stable angina II-III FK diabetic and nondiabetic were divided into two groups. The results showed that in patients with stable angina II-III FK with diabetes compared with patients without diabetes, the incidence of silent myocardial ischemia in 2,4 times ($p<0,001$), while the continuation of silent ischemia in 3,7 times ($p<0,001$) and the position of ST segment relative to the contour 21,7% ($p <0,05$) more. An important role will take the early detection of silent myocardial ischemia, the choice of tactics planned revascularization and stroke clinical treatment of patients with diabetes mellitus.

Daxil olub: 25.04.2014

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Г.Л.Абдиева

Центральная больница каспийского морского пароходства, г.Баку

Açar sözlər: hamilələlər, uşaqlıq boynu xəstəlikləri,yerli imuunitet, sitokin profili

Ключевые слова: беременные, заболевания шейки матки, местный иммунитет, цитокиновый профиль

Keywords: pregnancy, cervical disease, local immunity, cytokine profile

Заболевания шейки матки (ШМ) являются одним из основных объектов для обследования и лечения врача акушера-гинеколога. Изучение распространенности заболеваний ШМ способствует уточнению этиопатогенетических и клинико-диагностических особенностей доброкачественных заболеваний ШМ [1,2,3].

Почти все исследователи отмечают, что возникновение и развитие патологических процессов на ШМ достаточно сложный и малоизученный процесс [4,6]. Между тем во многих странах мира изучению этиологии, патогенеза, диагностики и лечения заболеваний ШМ уделяется значительное внимание. Это связано, прежде всего с тем, что эти заболевания являются фоновыми для предраковых заболеваний и рака ШМ, который в настоящее время является самым часто встречающимся онкологическим заболеванием женских половых органов во многих странах мира [7,8].

У большинства женщин репродуктивного возраста своевременно не выявляются изменения ШМ, в том числе предраковые заболевания по причине отсутствия скринингового обследования, выделения групп риска и лечения женщин в дородовый период [2,8]. Имеется небольшое количество работ по вопросам современной диагностики и лечения изменений ШМ у беременных. В единичных работах представлены схемы комплексного кольпоскопического и цитологического обследования и наблюдения беременных женщин с изменениями на ШМ [5-7]. В связи с необходимостью выбора оптимальных способов выявления заболеваний ШМ у беременных требуется разработка универсальных и достоверных методов диагностики путем оптимизации, усовершенствования и поиска новых путей исследования при данной патологии. Ограниченность и разноречивость сведений об этиологии, патогенезе и морфологических особенностях цервикальных заболеваний во время гестации, а также отсутствие алгоритма ведения беременных при их обнаружении, несомненно, определяют данную проблему как одну из актуальных для практического здравоохранения.

Целью исследования явилось определение особенностей локального иммунитета и цитокинового профиля у беременных с доброкачественными заболеваниями шейки матки.

Материал и методы исследования. Обследовано 170 женщин репродуктивного возраста, разделенных на 3 группы: I (основную) группу составили 120 беременных женщин с доброкачественными заболеваниями шейки матки (ДЗШМ), находившихся под наблюдением с I триместра гестации; II группу- 25 беременных женщин с неизмененной ШМ; III группу- 25 небеременных женщин с измененной ШМ. Обследованные женщины находились в возрасте от 19 до 36 лет, их средний возраст составил в I группе 28,9±3,4, во II группе 29,2±1,9, в III группе 27,1±2,7 лет.

У всех обследованных в цервико-вагинальном смыве определяли концентрацию sIgA, α- и γ-ИФН, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО-α методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью коммерческих наборов реагентов производства ЗАО «Вектор Бест» (г. Новосибирск, Россия).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере Intel Pentium III 600 с применением стандартных пакетов программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v.7.0, Microsoft Excel 2003 и др.). Сравнение средних значений осуществлялось с помощью t-критерия Стьюдента или U-критерия Манна–Уитни.

Результаты и их обсуждение. Все пациентки чаще всего страдали частыми ОРВИ и ангинами, причем 2 и более раз в год. Однако у женщин I группы эти заболевания встречались достоверно чаще ($p<0,05$). Анамнез беременных с патологией ШМ

характеризовался значительным количеством детских инфекций, что в 2,2 раз ($p<0,05$) превышало их количество у женщин II группы. В то же время у женщин с патологией ШМ, но не беременных, детские инфекции в сравнении с беременными без патологии ШМ (II группа) встречались в 1,7 раз чаще ($p<0,05$). Заболевания почек и мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, пиелонефрит, цистит) до наступления беременности встречались чаще (в 2,0 раз, $p<0,05$) у беременных с ДЗШМ (I группа) в сравнении с беременными без ДЗШМ (I группа). Заболевания сердечно-сосудистой системы (нейроциркулярная дистония, пролапс митрального клапана I степени, варикозная болезнь), а также болезни желудочно-кишечного тракта встречались в группах примерно с равной частотой и значимых различий между сравниваемыми группами не выявлено.

Наступление менархе у обследованных женщин в большинстве случаев было своевременным. Возраст менархе колебался от 11 до 14 лет, в среднем составив в I группе – 12,6±0,8, во II группе - 13,0±0,5, в III группе - 12,8±0,4 лет. Наиболее частым нарушением менструального цикла во всех группах были нерегулярные менструации. На олигоменорею чаще указали пациентки III группы, что достоверно было выше показателя I и II группы в 4,7 ($p<0,01$) и в 2,0 раз ($p<0,05$) соответственно. Исходя из анамнеза, дисгормональные маточные кровотечения встречались лишь у 1 женщины I группы.

Подавляющее большинство обследованных отметило на наличие одного полового партнера, лишь 2 женщины отметили 2-х партнеров. При анализе сексуального поведения было отмечено, что возраст начала половой жизни колебался от 19 до 26 лет, в среднем составив 21,3±0,9 лет в I группе, 21,8±0,5 лет во II группе, 22,1±0,4 лет в III группе.

Распределение по социальному статусу показало, что число служащих в I и в III группах было достоверно выше, чем во II группе, соответственно в 2,7 и в 4,0 раз ($p<0,01$).

Структура заболеваний ШМ у беременных состояла из 6 заболеваний, а у небеременных- из 5-ти (рис.1). Сравнительная оценка частоты встречаемости ДЗШМ показала достоверную встречаемость цервицитов у беременных (в 2,8 раз, $p<0,05$). У небеременных чаще отмечались полипы- в 2,9 раз ($p<0,05$), папилломы - в 3,4 раз ($p<0,01$) и кондиломы - в 4,0 раз ($p<0,01$). Различие в частоте эктопии у обследованных I и III групп было несущественным. Разрыв шейки матки выявлен лишь у беременных. Следовательно, у беременных женщин в структуре ДЗШМ преобладали цервициты, эктопия и разрыв ШМ, у небеременных - эктопия, полипы, папиллома и кондилома.

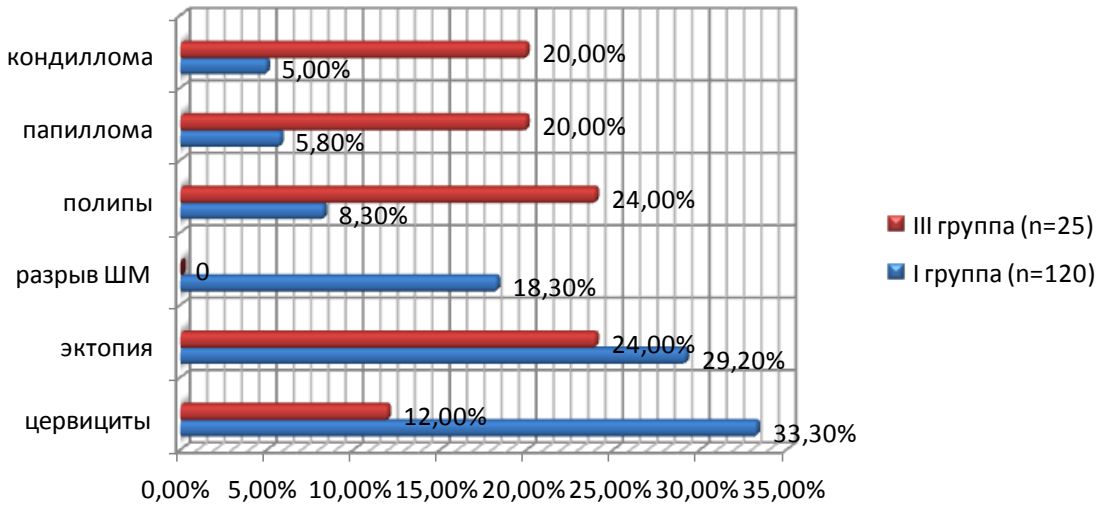


Рис. 1. Структура и частота заболеваний ШМ у обследованных беременных (I группа) и небеременных (III группа) женщин

Таблица 1

Характеристика репродуктивной функции беременных женщин

Показатель	I группа(n=120)	II группа (n=25)
Первобеременные	28 (23,3%)	8 (32,0%)
Повторнобеременные	92 (76,7%)	17 (68,0%)
Первичное бесплодие	22 (18,3%)*	1 (4,0%)
Перинатальные потери	16 (13,3%)	-
Искусственные аборты	15 (12,5%)*	2 (8,0%)
Самопроизвольные выкидыши	47 (39,2%)*	2 (8,0%)
Внематочная беременность	11 (9,2%)	-
Неразвивающиеся беременности	8 (6,7%)	-

Примечание: * различия статистически достоверны по сравнению со II группой (p<0,05-0,001)

Таблица 2

Структура гинекологических заболеваний обследованных групп женщин

Заболевания	I группа (n=120)	II группа (n=25)	III группа (n=25)
ИППП	72 (60,0%)	10 (40,0%)	14 (56,0%)
Хронический сальпингоофорит	81 (67,5%)*	2 (8,0%)	14 (56,0%)
Цервициты	84 (70,0%)*	2 (8,0%)	15 (60,0%)
Полипы цервикального канала	58 (48,3%)	-	12 (48,0%)
Кондиломы	44 (36,7%)*	2 (8,0%)	10 (40,0%)
Эндометрит	23 (19,2%)	-	4 (16,0%)
Свищи	20 (16,7%)	-	5 (20,0%)
Эктопия шейки матки	77 (64,2%)*	3 (12,0%)	16 (64,0%)
Миома	12 (10,0%)**	-	1 (4,0%)
Гинекологические операции	9 (7,5%)	-	1 (4,0%)

Примечание: * различия статистически достоверны между I и II группами; ** - между I и III группами (p<0,05-0,001)

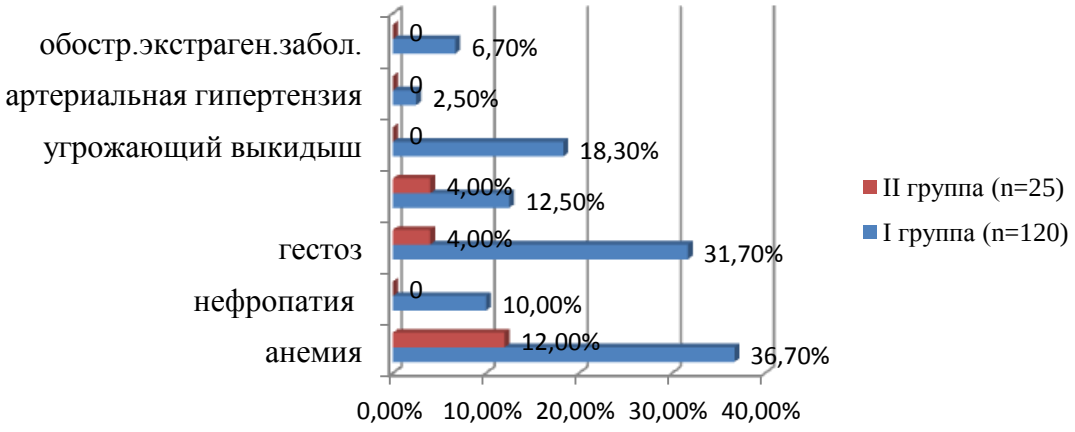


Рис.2. Частота осложнений беременности у беременных женщин с ДЗШМ и без них

При анализе сексуального поведения было отмечено, что ранее начало половой жизни (до 18 лет) наблюдалось в I группе- у 3 (2,5%), во II группе- у 1 (4,0%), в III группе- у 2 (8,0%) пациенток.

При анализе репродуктивной функции было выявлено, что, все группы были тождественны по паритету (табл.1).

При оценке гинекологических заболеваний в анамнезе (табл.2), обращает на себя внимание высокая частота заболеваний, передаваемых половым путем у пациенток всех групп.

Следовательно, у обследованных беременных отмечен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: превалировали вирусные инфекции и

инфекционно-воспалительные заболевания, высокая частота патологии шейки матки, определяющие высокий риск инфекционно-воспалительных осложнений.

Проведенный анализ течения настоящей беременности выявил осложнения в целом у 80 (66,7%) женщин I и у 5 (20,0%) женщин II групп (рис.2).

Таким образом, течение беременности у пациенток I группы в сравнении со II группой характеризовалось значительным количеством осложнений на протяжении всего периода гестации.

Содержание sIgA в цервико-вагинальном смыве у беременных I группы составило- 3,7±0,5 мг/л, II группы- 12,2±0,7 мг/л. При этом в обследованных группах максимальные показатели sIgA выявлены у пациенток с воспалительными заболеваниями. Так, у 80 женщин I группы с цервицитами средняя величина sIgA составила 6,7±1,5 мг/л, у 10 беременных II группы с цервицитами - 18,1±2,0 мг/л. Повышение sIgA также отмечалось у пациенток с эктопией, соответственно в I и II группе средняя концентрация sIgA составила 6,3±0,8 мг/л и 16,1±0,8 мг/л. У беременных с уреаплазменной и микоплазменной инфекцией выявлялись минимальные значения секреторного IgA- 2,8±0,4 мг/л и 9,1±0,6 мг/л. Следовательно, наблюдалось угнетение местного иммунитета.

При физиологической беременности происходит активация иммунной системы в направлении синтеза цитокинов Th2-типа. Цитокины представляют собой группу растворимых факторов межмолекулярного взаимодействия, которые синтезируются Т-хелперами (Th1 и Th2), в которую входят интерфероны (ИФН), интерлейкины, ростовые факторы. ИФН-α относится к важной защитной системе организм- системе ИФН, направленной на распознавание и элиминацию чужеродной генетической информации и отвечает за неспецифический иммунитет, а ИФН-γ - усиливает защитные механизмы на разных уровнях (табл.3). У беременных с ДЗШМ (I группа) содержание ИФН-α и -γ, а также ИЛ-4 в цервико-вагинальном смыве в сравнении с показателями во II группе обследования было снижено. Содержание ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-α было повышено, т.е. у беременных с патологией ШМ на фоне повышения уровня провоспалительных цитокинов в разные сроки гестации происходило снижение уровня противовоспалительных цитокинов.

у беременных с ДЗШМ наблюдалось достоверное снижение ИЛ-4. ИЛ-4 относится к противовоспалительным цитокинам, который продуцируется преимущественно Т-лимфоцитами, ограниченным количеством тучных клеток, базофилов, В-лимфоцитов и стромальных клеток костного мозга, относящимися к субпопуляции Th2. Основная функция этого цитокина – это контроль пролиферации, дифференцировки и функций В-лимфоцитов, т.е. антительного ответа. ИЛ-4 угнетает антителозависимую цитотоксичность и антителозависимый фагоцитоз, а также блокирует и спонтанную, и индуцированную продукцию провоспалительных цитокинов: ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО-а моноцитами и макрофагами.

Напротив, уровень ИЛ-6 в цервико-вагинальном смыве у беременных с патологией ШМ был повышен на 29,9%. ИЛ-6 является мультифункциональным цитокином, участвует в установлении противовирусного и противомикробного иммунитета и может рассматриваться как фактор патогенности. ИЛ-6 продуцируют как лимфоидные, так и нелимфоидные клетки и который регулирует иммунный ответ, острофазный воспалительный ответ и гемопоэз. Одной из основных функций ИЛ-6 является регуляция процессов созревания антителопродуцирующих клеток из В-лимфоцитов и самой продукции иммуноглобулинов. ИЛ-6 участвует также в активации Т-лимфоцитов. У беременных с ДЗШМ отмечалось снижение концентрации ИЛ-8 в среднем на 24,5%. ИЛ-8 обладает выраженными противовоспалительными свойствами, что свидетельствует о его основной роли в опосредовании восполительного ответа. Клетками-продуцентами ИЛ-8 являются макрофаги, лимфоциты, эпителиальные клетки, фибробласты, клетки эпидермиса. Основная функция ИЛ-8- выступать в качестве хемоаттрактанта для нейтрофилов, макрофагов, лимфоцитов, эозинофилов.

Таблица 3

Уровень цитокинов в цервико-вагинальном смыве у беременных женщин

Цитокины, пг/мл	Группы обследования	
	I группа (n=120)	II группа (n=25)
ИФН-α	31,4±8,1 (25,2-40,3)	36,0±8,2 (27,4-42,8)
ИФН-γ	8,9±2,6 (6,8-11,5)	13,0±3,3 (9,4-17,2)
ИЛ-4	2,3±0,9* (2,0-3,7)	6,4±0,9 (3,7-8,4)
ИЛ-6	34,3±6,6 (27,6-41,8)	26,4±9,9 (19,0-36,2)
ИЛ-8	1313,7±204,5 (1188,2-1608,5)	1054,9±192,4 (903,7-1206,9)
ФНО-α	10,1±3,4* (6,8-14,1)	2,5±0,9 (1,1-3,7)

Примечание: * - статистическая достоверность различий (p<0,01)

Помимо этого, биологического действия, ИЛ-8 усиливает адгезивные свойства нейтрофилов, изменяя экспрессию интегринов и других соединений с адгезивными свойствами. Свойства ИЛ-8 вызывать миграцию клеток и способствовать их адгезии определяют его как активного участника острой воспалительной реакции в местах проникновения патогена.

Полученные результаты показали достоверное повышение ФНО-α у беременных с ДЗШМ. ФНО относится к цитокинам, образуется в активированных макрофагах, тучных клетках, клетках нейроглии и в ряде случаев продуцируется активированными Т-лимфоцитами, синтезируется Т-хелперами первого типа (Th1) и относится к противовоспалительным цитокинам, обладает противоопухолевой активностью, которая проявляется в геморрагическом некрозе клеток опухоли без повреждения здоровых клеток.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об иммунопатологическом процессе и мощном воспалении у беременных с ДЗШМ и подтверждают связь между патологией ШМ, дисфункцией местного иммунитета и нарушения цитокинового баланса, что имеет большое значение для подбора адекватной иммунокорригирующей терапии у беременных с ДЗШМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волошина Н.Н., Петрова О.Ю., Кузнецова Т.П. и др. Мониторинг патологии шейки матки у беременных // Поликлиника, 2009, №5, с.74-78.

2. Прилепская В.Н., Голубенко А.Е. Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки // Поликлиническая гинекология. Под ред. В.Н. Прилепской. М., 2004, с. 9-19.

3. Зароченцева Н.В. Заболевание шейки матки при беременности: Автореф. дисс. … докт. мед. наук. М., 2009, 45 с.

4. Краснопольский В.И., Зароченцева Н.В. Особенности патологии шейки матки при беременности // Патология шейки матки. Генитальные инфекции, 2006, №1 (3), с. 35-40.

5. Краснопольский В.И. Патология влагалища и шейки матки. М.: Медицина, 1999, 272 с.

6. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Баринова И.В., Бесова Н.В., Рамазанов М.Р. Особенности патологических состояний шейки матки при беременности // Акушерство и гинекология, 2006, №4, с. 35-40.

7. Timmons B., Akins M., Mahendroo M. Cervical Remodeling during Pregnancy and Parturition // Trends Endocrinol Metab. 2010, v.21, N6, p.353-361.

8. Куликов И.А. Особенности патологии шейки матки во время беременности // Антибиотики и химиотерапия, 2009, Т.54, №3-4, Спецвыпуск, с. 137–138.

Xülasə

Uşaqlıq boynunun xoşxassəli xəstəlikləri olan hamilə qadınlarda yerli immunitet və sitokin profilinin xüsusiyyətləri

G.L.Abdiyeva

Tədqiqatın məqsədi uşaqlıq boynunun xoşxassəli xəstəlikləri olan hamilə qadınlarda yerli immunitet və sitokin profilinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsindən ibarətdir. Tədqiqata reproduktiv yaşda olan 170 qadın cəlb edilmişdir, onlar 3 qrupa ayrılmışlar: I qrup (əsas)- uşaqlıq boynunun xoşxassəli xəstəlikləri olan və hestasiyanın I trimestrində nəzartə altında olan 120 qadın, II qrup

uşaqlıq boynun dəyişiklikləri olmayan 25 hamilə qadın, III qrup- uşaqlıq boynun dəyişiklikləri olmayan 25 hamilə olmayan qadın. Onların orta yaş həddi I qrupda 28,9±3,4, II qrup- 29,2±1,9, III qrup 27,1±2,7 təşki etmişdir. bütün qadınlarda servikal-vaginal yaxmada sIgA, α- və γ-İFN, İL-4, İL-6, İL-8, ŞNF-α immunferment analiz metodu ilə təyin edilmişdir. Bunun üçün "Vektor Best" (Novosibirsk, Rusiya) şirkətinin istehsalı olan reagentlər dəstindən istifadə edilmişdir. Uşaqlıq boynunun xoşxassəli xəstəlikləri olan hamilə qadınlarda II qrup qadınlara nusbətən servikal yaxmada İFN- α və -γ, eləcə də İL-4 aşağı olmuşdur. İl-6 İL-8 və ŞNF- α yüksək olmuşdur. Başqa sözlə, uşaqlıq boynu patologiyası olan qadınlarda hestasiyanın müxtəlif dövrlərində iltihabönü sitokinlərin artması fonunda iltihabəelyhinə sitokinlərin aşağı olması qeydə alınmışdır.

Summary

Features local immunity and cytokine profile in women with benign diseases of the cervix

G.L.Abdiyeva

The purpose of the research - to determine the characteristics of local immunity and cytokine profile in women with benign diseases of the cervix. The study involved 170 women of reproductive age, divided into 3 groups: I (main) group consisted of 120 pregnant women with benign diseases of the cervix under observation with the I trimester of gestation; Group II- 25 pregnant women with intact CMM; Group III- 25 non-pregnant women with altered CMM. The median age was in the group I 28,9±3,4, in group II 29,2±1,9, in group III 27,1±2,7 years. All the patients in the cervico-vaginal washes the concentration of sIgA, α- and γ-IFN, IL-4, IL-6, IL-8, TNF-α by enzyme immunoassay (ELISA) using commercial kits manufactured by JSC "Vector Best" (Novosibirsk, Russia). In pregnant women with benign diseases of the cervix (I group) content of IFN-α and -γ, as well as IL-4 in the cervico-vaginal washes compared with the indicators in Group II examination has been reduced. The content of IL-6, IL-8 and TNF-α was increased, i.e. in pregnant women with abnormal cervical amtki accompanied by increased levels of proinflammatory cytokines in the different stages of gestation occurred reduction of anti-inflammatory cytokines.

Daxil olub: 12.03.2014

SYNTHESIS AND PHYSICOCHEMICAL CHARACTERIZATION OF UNFRACTIONATED HEPARIN NANOPARTICLES FOR DRUG DELIVERY

H.M.Babazada

Department of Drug Delivery Research, Graduate School of Pharmaceutical Sciences, Kyoto University, Japan

Açar sözlər: heparin nanosistemləri, dərmanların məqsədyönlü çatdırılması, D-eritro-sfinqozin

Ключевые слова: наночастицы гепарина, направленный транспорт лекарственного вещества, D-эритро-сфингозин

Key words: heparin nanoparticles**,** drug delivery**,** D-erythro-sphingosine

Polymeric nanoparticles have largely been investigated and designed for targeted drug delivery of various drugs, genes and imaging agents. The micelles are self-assembled colloidal particles consisted of amphiphilic molecules such as block copolymers. Due to heparin's bioavailability and biodegradability, heparin-based nanoparticles are one of the attracting carriers among many that have been developed [1]. Coating of nanoparticles with heparin can inhibit complement- activated opsonization [2, 3], and prolong circulation time in blood [4]. Heparin-based nanoparticles have been investigated as carriers for anti-cancer drugs [5], oxygen [6, 7] and anti-inflammatory metals such as gold and silver [8]. Combination of heparin with pH-sensitive [9, 10] or thermosensitive [11] polymers or with magnetically manageable particles [12] has also been suggested for targeted drug delivery.

Recently, we developed nanoparticles composed of hydrophobically modified glycol-

split non-anticoagulant heparin conjugated which blockade tumor necrosis factor α (TNF-α) production from *E. coli* lipopolysaccharide (LPS)-induced macrophages and dendritic cells [13, 14]. The conjugates formed stable self-assemblies, and thus might be promising candidates for *in vivo* drug delivery and therapeutics. *In vitro* studies showed that glycol-split heparin nanoparticles suppressed the production of TNF-α from LPS-stimulated macrophages and dendritic cells by inhibiting Toll-like receptor 4 (TLR4)-mediated nuclear factor κB (NF-κB) signaling with 50% inhibitory concentration of (IC50) 0.019 mg/mL. This suggests that the heparin nanoparticles can block the activation of TLR4-overexpressing primitive immune cells in acute and chronic pathologies sharing elevated NF-κB signaling such as sepsis and arthritis.

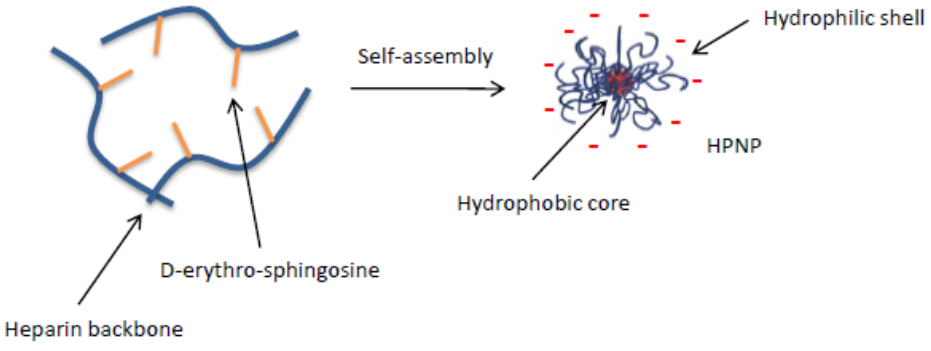
In this study, we developed nanoparticles with unfractionated heparin shell and D-erythro-sphingosine core. We evaluated structural and physicochemical properties of the nanoparticles in aqueous solutions.

Materials and methods. *Synthesis of unfractionated heparin–D-erythro-sphingosine nanoparticles (HPNP)*. 0.1 g Heparin (Nacalai Tesque, Inc., Kyoto, Japan) was dissolved in formamide (5 mL) with 40 mg 1-ethyl-3-(3-dimethylaminopropyl)-carbodiimide (EDC) followed by the addition of 5 mL dimethyl formamide containing 5 mg D-erythro-sphingosine (LKT Laboratories, Inc., St. Paul, MN). The reaction mixture was stirred at room temperature for 24 h under a nitrogen atmosphere. Afterwards, the reaction mixture was precipitated in pure ethanol, centrifuged 14,000 ×*g* for 10 min followed by decantation. This was repeated 3 times to remove any remaining unreacted D-erythro-sphingosine and reaction solutions. Precipitates were then dried in a vacuum and lyophilized as HPNP. Self-assembled nanoparticles of HPNP were prepared by ultrasonication using probe sonicator (UD-201, Tomy Seiko Co. Ltd., Japan) for 1 min at 20 kHz and 50 W/cm^2 in distilled water. ^{1}H-NMR spectra were obtained with JEOL 400 spectrometers at 400 MHz (D_2O:ethanol-D6=2.5:1 v/v).

Particle size and zeta potential measurements. Size distribution and zeta potential values of particles were measured using Zetasizer Nano (Malvern Instruments, Worcestershire, UK).

Electron microscopy studies. Transmission electron microscopy (TEM) analysis was performed using a Hitachi H-7650 microscope (Hitachi Co., Tokyo, Japan) operating at 80 kV accelerating voltage. Samples were prepared by placing a drop of HPNP water solution (0.1 mg/mL) on a 400 mesh copper grid (Nisshin EM Co., Tokyo, Japan). Excess water was allowed to dry in air. Nanoparticles were then negatively stained with 2% w/v uranyl acetate solution. Images were captured using an AMT camera system.

Results and discussion. *Synthesis and characterization of nanoparticles* D-erythro-sphingosine was covalently attached to carboxylic groups of heparin by EDC cross-linking chemistry (**Scheme 1** and **Figure 1**). We introduced primary amine group of D-erythro-sphingosine to EDC activated carboxylic groups of heparin in organic solutions.



Scheme 1. **Schematic representation of the formation process of heparin nanoparticles through the self-assembling in aqueous solutions.**

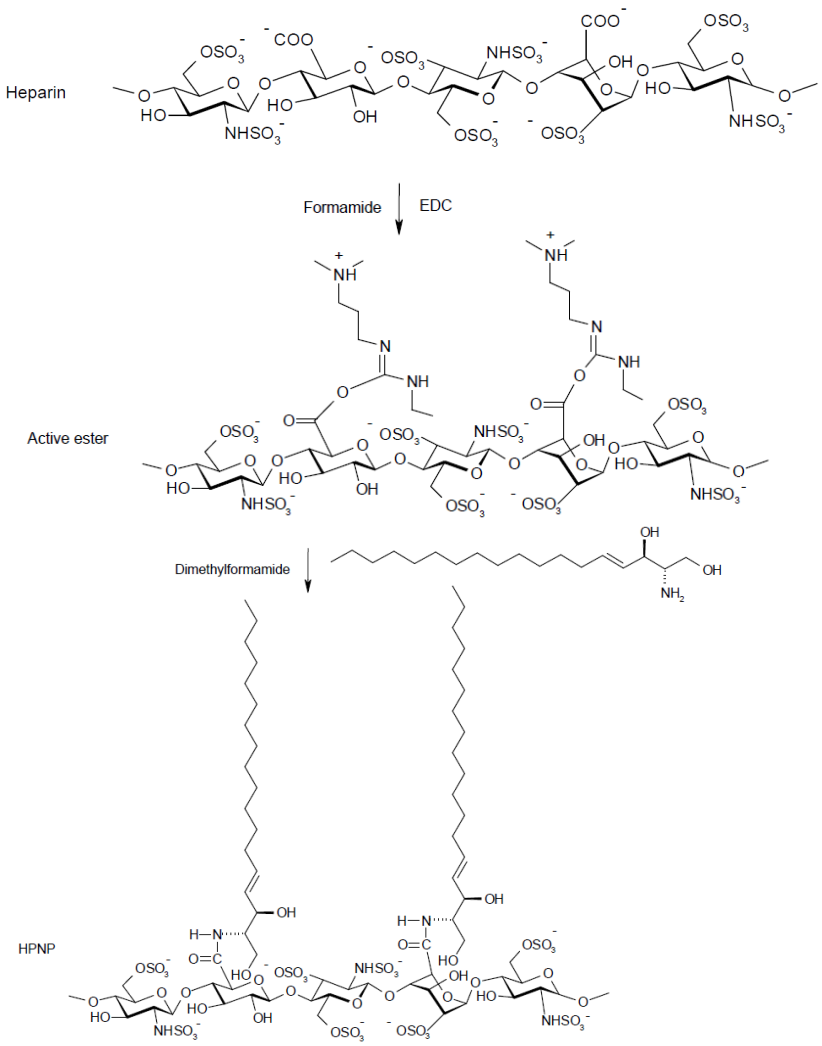


Figure 1. Synthesis of HPNP. D-erythro-sphingosine was introduced to EDC activated carboxylic groups of heparin

Structures of conjugates were confirmed by ^{1}H NMR. Chemical shifts for attached D-erythro-sphingosine were assigned as δ = 1.09 (t, H18, -CH_3), 1.13 (m, H-7-H-17, -CH_2-), 2.90 (s, H-2), 3.61 (s, H-1), 5.53 (s, H-4), 5.78 (s, H-5), 8.04 (s, CO-NH).

The self-assembled nanoparticles of HPNP were produced by a sonication method in water. The mean diameter of particles was reproducible with repeated experiments and was not altered with respect to the sonication time varied from 1 to 10 minutes. The mean diameter of synthesized HPNP was 162.6±2 nm (mean SD, n=3). Moreover, ζ potential of the self-assemblies were very negative, -50.2±0.5 mV (mean SD, n=3), indicating that negatively charged heparin covered the particles (Figure 2). TEM analysis demonstrated nanoparticles were uniformly spherical (Figure 3).

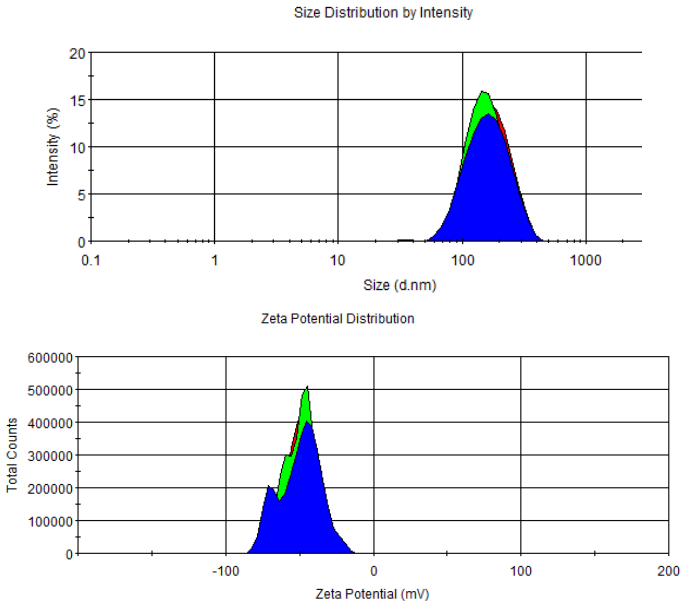


Figure 2. Particle size distribution of HPNP (top) and zeta potential distribution (bottom) in water after 1 min ultrasonication. Each plot represents triplicate experiments.

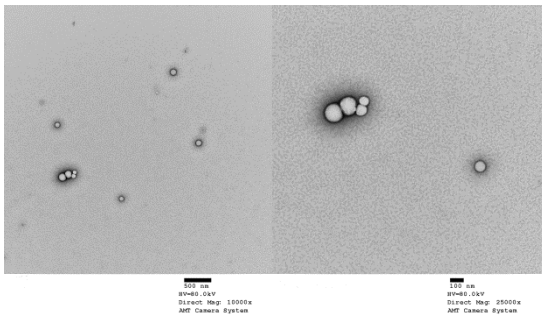


Figure 3. Transmission electron micrograph of nanoparticles. Nanoparticles were stained with uranyl acetate and visualized using transmission electron microscopy

Conclusion. Here we synthesized nanoparticles self-assembled from the amphiphilic conjugates of unfractionated heparin–D-erythro-sphingosine and investigated various physicochemical properties in aqueous solutions. Nanoparticles possess high stability in aqueous solutions aggregating at low cmc of conjugates and have high hydrophobicity of inner core. TEM images of particles showed a spherical shape. Nanoparticles could form stable self-assemblies and could solubilize lipophilic drugs in their microcontainers, thus might be promising candidates for *in vivo* drug delivery and therapeutics.

REFERENCES

1. Kemp M.M., Linhardt R.J. Heparin-based nanoparticles. Wiley Interdiscip // Rev. Nanomed. Nanobiotechnol., 2010, N2, p.77-87

2. Chauvierre C., Labarre D., Couvreur P. et al. Novel polysaccharide-decorated poly(isobutyl cyanoacrylate) nanoparticles // Pharm. Res., 2003, v.20, p.1786–1793

3. Passirani C., Barratt G., Devissaguet J-P. et al. Interactions of nanoparticles bearing heparin or dextran covalently bound to poly(methyl methacrylate) with the complement system // Life Sci., 1998, v.62, p.775-785

4. Passirani C., Barratt G., Devissaguet J-P. et al. Long-circulating nanoparticles bearing heparin or dextran covalently bound to poly(methyl methacrylate) // Pharm. Res., 1998, v.15, p.1046-1050.

5. Park K., Lee G.Y., Kim Y.S., et al. Heparin-deoxycholic acid chemical conjugate as an anticancer drug carrier and its antitumor activity // J. Control. Release, 2006, v.114, p.300-306.

6. Chauvierre C., Marden M.C., Vauthier C. et al. Heparin coated poly(alkylcyanoacrylate) nanoparticles coupled to hemoglobin: a new oxygen carrier // Biomaterials, 2004, v.25, p.3081-3086.

7. Chauvierre C., Vauthier C., Labarre D. et al. A new generation of polymer nanoparticles for drug delivery // Cell. Mol. Biol., 2004, v.50, p.233-239.

8. Kemp M.M., Kumar A., Mousa S. et al. Synthesis of gold and silver nanoparticles stabilized with glycosaminoglycans having distinctive biological activities // Biomacromolecules, 2009, v.10, p.589-595.

9. Liu Z., Jiao Y., Liu F. et al. Heparin/chitosan nanoparticle carriers prepared by polyelectrolyte complexation // J. Biomed. Mater. Res., 2007, v.83A, p.806-812.

10.Lin Y-H., Chang C-H., Wu Y-S. et al. Development of pH-responsive chitosan/heparin nanoparticles for stomach-specific anti-Helicobacter pylori therapy // Biomaterials, 2009, v.30, p.3332-3342.

11.Choi S.H., Lee J-H., Choi S-M. et al. Thermally reversible pluronic/heparin nanocapsules exhibiting 1000-fold volume transition // Langmuir, 2006, v.22, p.1758-1762

12.Khurshid H., Kim S.H., Bonder M.J., et al. Development of heparin-coated magnetic nanoparticles for targeted drug delivery applications // J Appl Phys., 2009, v.105

13.Babazada H., Yamashita F., Yanamoto S. et al. Self-assembling lipid modified glycol-split heparin nanoparticles suppress lipopolysaccharide-induced inflammation through TLR4–NF-κB signaling // J. Control. Release., 2014, v.194, p.332-340.

14.Babazada H., Yamashita F., Hashida M. Suppression of experimental arthritis with self-assembling glycol-split heparin nanoparticles via inhibition of TLR4–NF-κB signaling // J. Control. Release, 2014, v.194, p.295-300.

Резюме

Синтетическая и физико-химическая характеристика наночастиц нефракционированного гепарина для носителей **лекарств** средств

Г.М.Бабазаде

За последнее время, наночастицы на основе гепарина привлекают все большее внимание исследователей в качестве носителей лекарстрвенных средств, генов и агентов для визуализации. В данной работе мы синтезировали новые наночастицы, используя нефракционированный гепарин в качестве гидрофильной оболочки, и D-эритро-сфингозин в роли гидрофобного ядра. Структурные и физико-химические характеристики синтезированных наночастиц анализировались методами ^{1}H ЯМР, трансмиссионной электронной микроскппии (ТЭМ) и измерением зета потенциала. Наночастицы являются следствием самосборки водной среде с средним диаметром около 160 нм, покрытые отрицательно заряженным гепарином с зета потенциалом -50 мВ. Изоброжения, полученные ТЭМ, показали что форма частиц является сферической.

Xülasə

Dərman vasitələri daşıyıcıları üçün fraksiya olunmamış heparin nanohissəciklərinin sintetik və fiziki-kimyəvi xarakteristikası

H.M.Babazadə

Son zamanlar heparin əsaslı nanohissəciklər tədqiqatçılar tərəfindən müxtəlif dərman vasitələri, genlər və görüntüləmə agentlərini məqsədyönlü çatdırmaq üçün diqqəti cəlb etmişdirlər. Bu məqalədə fraksiya olunmamış heparin və D-eritro-sfinqozin əsaslı yeni nanohissəciklərin hazırlanması təqdim olunmuşdur. Onların quruluş və fiziki-kimyəvi xarakteristikası ^{1}H NMR, transmission elektron mikroskopiya (TEM), və zeta potensial ölçülməsi üsulları ilə öyrənilmişdir. Hissəciklər 160 nm diametrli, suda özüqurulan və yüksək mənfi yüklü (-50 mV) heparin zəncirləri ilə əhatə olunmuşdur. TEM şəkillər onlarin kürəcik formasında olduğunu təstiq etmişdir.

Daxil olub: 12.03.2014

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Н.А. Юдина, Т.Ю.Мельникова
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
кафедра общей стоматологии, г.Минск

Açar sözlər: epidemioloji tədqiqatlar, kariyes xəstəliyi, marginal parodont
Ключевые слова: эпидемиологическое исследование, кариозная болезнь, маргинальный периодонтит.
Key words: Epidemiological survey, dental caries,periodontal diasease

Эпидемиология- наука, изучающая взаимосвязь различных факторов, определяющих частоту и распространение болезней в человеческом обществе [1]. Это одна из медицинских наук, которая изучает распространенность заболеваний среди определенной популяции, факторы, ее обуславливающие, определяет применение полученных данных для контроля проблем, связанных с заболеваемостью.

Данные эпидемиологических исследований являются основными для оценки заболеваемости населения, качества стоматологической помощи населению страны. Идентификация факторов, а также групп риска для развития той или иной болезни- одна из целей эпидемиологии. Анализ этих данных позволяет развивать профилактическое направление в медицине и обеспечивает успех коммунальным и индивидуальным программам профилактики, служит для оценки систем стоматологической помощи и выбора приоритетных направлений.

Мониторинг эффективности первичной профилактики и качества стоматологической помощи населению является одним из важнейших составляющих любой системы здравоохранения [2]. В каждой стране определенным образом ведется учет стоматологической заболеваемости детей и взрослых по отчетам стоматологических ЛПУ, по данным описательной эпидемиологии и др., однако критерии для оценки стоматологического здоровья применяются разные, что затрудняет, или делает невозможным.

Основными стоматологическими заболеваниями в мире являются **кариес зубов** и заболевания периодонта, A.Sheiham (1977) назвал их «последней пандемией». Кариес зубов является прогрессивным заболеванием, носит кумулятивный характер и становится более сложным с течением времени [3]. При отсутствии лечения это может повлиять на качество жизни людей, например, возможность принимать пищу и жевать, предпочтения в выборе продуктов питания, их внешний вид и коммуникабельность в обществе. Боль в зубах и полости рта может поставить под угрозу развитие и участие индивида в жизни социума.

На протяжении последних десятилетий наблюдается общее снижение распространенности кариеса в ряде стран с высоким уровнем развития. Согласно данным E. Reich (2001) в большинстве стран Европы процент детей, свободных от кариеса, увеличился до 50% у 5-6 летних, что является достижением цели ВОЗ к 2000 году [4]. Это, скорее всего, является результатом сочетания таких факторов, как улучшение условий жизни, широкого использования фторидов, улучшения гигиены полости рта, а также создания школьных профилактических программ охраны здоровья) [5,6]. Детский кариес в этих странах в настоящее время основном встречается среди малообеспеченных слоев населения. Несмотря на положительную тенденцию динамики кариозной болезни среди детей, в более старших возрастных группах интенсивность и распространенность данной патологии остается на высоком уровне. Быстрые изменения стоматологического статуса (а именно индекса КПУ) невозможны. КПУ у населения в возрасте 35-44 колеблется в пределах от 16,7 до 19,0. Распространенность кариеса корня варьирует от 7 до 20%. В старшей возрастной группе (65-74 года) КПУ варьирует от 22 до 27 [6].

Для стран с низким уровнем дохода была отмечена противоположная тенденция [7,8]. Высокая заболеваемость кариесом во всех возрастных группах в этих странах, несомненно, находится в сложной причинно-следственной связи с уровнем экономического развития и демографической ситуацией, неполноценным питанием, низким уровнем ухода за полостью рта, ограниченным использованием фторидов и отсутствием

стоматологических медицинских услуг. Республика Беларусь не является исключением.

Вторая, но не менее значимая стоматологическая патология – заболевания тканей маргинального периодонта. Перио- донтиты представляют большую медико-социальную проблему, которая по мере снижения интенсивности кариеса зубов, выдвигается в стоматологии на первой место. К сожалению заболевания периодонта, особенно тяжелые «агрессивные» формы не имеют положительной динамики. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что болезни периодонта широко распространенны во всем мире. Тяжелые формы заболеваний периодонта поражают 10-15% взрослого населения индустриализованных стран. Этот процент значительно возрастает в старшей возрастной группе (более 50-60 лет). Начинаясь уже в молодом возрасте, они становятся главной причиной утери зубов у взрослого и пожилого населения. Высокая распространенность и интенсивность болезней периодонта приводит к ранней утере зубов у взрослого населения, что обусловливает высокую нуждаемость в лечении, представляя большую социально-экономическую проблему во всех странах земного шара, в связи с ухудшением качества жизни. Результаты исследований распространенности и интенсивности болезней периодонта среди взрослого населения различных стран достаточно противоречивы. По данным V. Baelum, 1993, тяжелыми формами заболеваний периодонта страдает 30% людей старше 50 лет [9], исследования других авторов указывают, что 60-90% этой возрастной группы имеют устойчивые формы периодонтальной деструкции [10,11,12]. Обследование населения регионов России показало различия в поражении тканей периодонта по индексу CPITN между возрастными группами. Эпидемиологические исследования, проведенные в России, установили, что практически всё население имеет признаки заболеваний периодонта, периодонтальные карманы регистрируются (коды «3» и «4» индекса CPITN) у 25-85% взрослого населения. Первое национальное эпидемиологическое обследование в России прошло в 1996-1998 году в рамках деятельности Сотрудничающего Центра ВОЗ и в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения РФ, было обследовано более 47000 детей и взрослых. Во всех регионах у 92-100% 12- и 15-летних детей отмечены признаки заболеваний периодонта: кровоточивость десен (до 39%), зубной камень (до 82%), периодонтальные карманы (до 4%), соотояние периодонта значительно ухудшается к 35-44 годам и старше [13] (Э.М. Кузьмина, 1999). Результаты изданы в монографии «Стоматологическая заболеваемость населения России» и помещены в глобальный банк данных стоматологической заболеваемости ВОЗ.

Таким образом, фантастическое уменьшение кариозной болезни, достигшее в ряде стран уровня 0,6-0,9 КПУ постоянных зубов у 12-ти летних детей, с одной стороны и высокая заболеваемость кариесом детей групп высокого риска, а также взрослого населения и слабо поддающие контролю заболевания периодонта (особенно среди взрослого населения) с другой стороны, вызывают обеспокоенность у научного мира и стоматологической общественности [14].

С целью унификации данных о распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний Всемирной Организацией Здравоохранения рекомендовано использовать индекс КПУ и CPITN. Ключевыми группами для проведения эпидемиологических исследований расространенности и интенсивности заболеваний периодонта рекомендованы: 15-летние, 35-44 года, 65-74 года. Иногда в эпидемиологическое исследование включается группа 18-летних.

Цель работы: проанализировать данные крупномаштабных эпидемиологических исследований в РБ и оценить их динамику.

Результаты эпидемиологических исследований в РБ

Эпидемиологические исследования стоматологического статуса, основанные на рекомендациях ВОЗ, с использованием индексов КПУ и CPITN в Беларуси начаты в 1996 году по инициативе профессора Петра Андреевича Леуса. Первую группу эпидемиологов калибровали эксперты ВОЗ, в нее вошли Л.Г. Борисенко, Л.А. Казеко, С.В. Агиевцева и Г.Н. Комаров [15].

Всего обследовано 1587 человек, использована системная групповая выборка, включившая четыре ключевые возрастные группы населения согласно рекомендациям ВОЗ (15 лет – 410 человек, 18 лет- 384 человека, 35–44 года- 393 человека, 65-74 года- 400 человек). Получены данные,

свидетельствующие о высокой распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний среди населения.

В группе 15-летних распространенность кариеса составила 91,7%, в группе 18-ти лет - 94.3%. В более старших возрастных группах - 100% (35-44 года и 65-74 года). Среднее значение индекса КПУ: в группе 15 лет составило 4,7 («К»-1,6, «П»-2,9, «У»-0,2); в группе 18-ти летних составило 6,8 («К»-2,3, «П»-4,1, «У»-0,4); 35-44 года – 13,8 («К»-2,1, «П»-5,2, «У»-6,5); у 65-74-летних-22,5 («К»-1,7, «П» -2,6, «У» -18,2).

Заболевания периодонта выявлены у 99,8% населения, здоровый периодонт (CPITN «0») зарегистрирован у 0,2% 15-летних подростков, 100% взрослого населения с признаками патологии тканей периодонта. Среднее количество здоровых секстантов (CPITN «0») варьировало от 0,9 в 15 лет до 0,1 в 35-44 года, в старшей возрастной группе секстанты здорового периодонта зарегистрированы не были. Периодонтальные карманы (CPITN «3-4») обнаружены у 14,6% обследованных в 15 лет при интенсивности 0,2 секстанта,в 18 лет - у 28,2% при интенсивности 0,5 секстанта на человека, в 35-44 года у 75,8 % обследованных, в среднем 2,2 секстанта на человека, в 65-74 года- у 79,8% при интенсивности 1,7 секстанта на человека [16]. Глубокие карманы (более 6мм) обнаружены у 0,2% в 18 лет, у 13,3% в возрасте 35-44 года и у 17% в 65-74 года, при интенсивности 0,003, 0,2 и 0,2 секстанта соответственно. В группе 65-74 года в связи с отсутствием зубов были исключены из расчета 2,9 секстанта [16].

Результаты этого исследования послужили основой для разработки Национальной программы профилактики стоматологических заболеваний, которая была внедрена в 1998 году. Программа первичной профилактики базировалась на использовании следующих трех методов: гигиены рта, фторидов и рационального питания.

В 2008 году ключевые возрастные группы детского населения были обследованы группой стоматологов под руководством профессора Тамары Николаевны Тереховой. Установлена положительная тенденция к снижению кариозной болезни. Индекс КПУ у 12-летних детей снизился с 3,8 до 2,2. Процент детей, свободных от кариеса увеличился с 10% до 20%. Средний КПУ в возрастной группе 15-летних уменьшился с 4,7 до 3,4. Сравнить данные о периодонтальном статусе детей не представилось возможным, т.к в ключевой группе 15-летних получены данные по индексу КПИ.

В 2010 году по приказу Министерства Здравоохранения Республики Беларусь проведено эпидемиологическое обследование взрослого населения, осмотрено 2184 человека. Основной целью исследования была оценка результатов внедрения Национальной программы профилактики стоматологических заболеваний. Поэтому использовались индексы, которые применялись в эпидемиологических исследованиях 1996 года (перед внедрением Национальной программы профилактики). В группу исследователей вошли Юдина Н.А., Юрис О.В., Русак А.С., Бровка Д.К., Шабунько Д.В [17,18].

Распространенность кариеса у молодых людей в возрасте 18 лет составила 95,24%. В среднем около 5% молодых людей имели здоровые зубы. Среднее значения КПУ в возрастной группе 18-летних составило 5,7. Распределение компонентов индекса было следующим: на «К» приходилось 1,7, на «П»-3,7, на «У»- 0,3. В возрастной группе 35-44 года отмечена высокая распространенность кариозной болезни (99%). В группе также определен высокий уровень интенсивности кариозной болезни: КПУ в среднем составил 13,2 («К»-1.7, «П»-8.8, «У»-2.7). Распространенность кариеса в группе 65-74 года составила 100%. Интенсивность кариеса зубов составила 23,4. На показатель «К» приходилось 1,7, на «П» -4.6, на «У» -17,1.

При оценке периодонтального статуса получены следующие данные: среднее количество секстантов здорового периодонта уменьшалось с возрастом обследованых и составило 2,4 для 18-ти летних, и 1,2 для возрастной группы 35-44 года. В возрастной группе 65-74 года секстанты со здоровым периодонтом отсутствовали.

Во всех возрастных группах зарегистрированы высокие показатели распространенности и интенсивности зубного камня (CPITN «2») и определена высокая нуждаемость в мотивации, обучении гигиене ротовой полости и удалении над- и поддесневых зубных отложений. Для возрастной группы 18-летних среднее количество секстантов с зубным камнем составило 2,2. Для возрастной группы 35-44 года определено 2,8 секстанта с зубным камнем на человека. Периодонтальные

карманы глубиной 4-5мм. (CPITN «3») выявлены во всех возрастных группах. Среднее количество секстантов с периодонтальными карманами средней глубины (CPITN «3») варьировало от 0,01 у 18-летних до 0,5 в возрастной группе 65-74 года. Глубокие периодонтальные карманы более 6мм (CPITN «4») были определены в возрастной группе 35 – 44 года (в среднем 0,02 секстанта на человека). Исключенные из обследования секстанты (CPITN «X») составляли 0,3. В возрастной группе старше 65 лет среднее количество секстантов с глубокими периодонтальными карманами составило- 0,04. Количество исключенных секстантов для этой возрастной группы было максимальным -3,5, при этом 84,7% населения имели исключенные из обследования секстанты в связи с удалением зубов (таблица 1, таблица 2).

Таблица 1

Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди взрослого населения Беларуси с использованием индекса КПУ, 1996-2010гг.

Год	Исследователи	Регион. Всего обсл.	Кол-во обследованных	Возрастные группы	К	П	У	КПУ	Распр. %
1996	Леус П.А. КазекоЛ.А. БорисенкоЛ.Г. АгиевцеваС.В. Комаров Г.Н.	РБ 1587	410 384 393 400	15 18 35-44 65-74	1,6 2,3 2,1 1,7	2,9 4,1 5,2 2,6	0,2 0,4 6,5 18,2	4,7 6,8 13,8 22,5	91,7 94,3 100 100
2010	Юдина Н.А. Юрис О.В. Русак А.С. Бровка Д.К. ШабунькоД.В.	РБ 2184	737 794 653	18 35-44 65-74	1,7 1,7 1,7	3,7 8,8 4,6	0,3 2,7 17,1	5,7 13,2 23,4	95,2 99 100

Таблица2

Состояние тканей периодонта у жителей Беларуси по данным эпидемиологических исследований с использованием индекса CPITN, 1996-2010

Год	Исследователи	Регион всего обслед.	Кол-во обследованных	Возрастные группы	Показатели периодонтального статуса CPITN				
					Распр. %	«0»	«3»	«4»	«X»
1996	Леус П.А. КазекоЛ.А. БорисенкоЛ.Г. АгиевцеваС.В. Комаров Г.Н.	РБ 1587	410 384 393 400	15 18 35-44 65-74	99,8	0,9 0,6 0,1 0	0,2 0,5 2,0 1,5	0 0,003 0,2 0,2	0 0 0,2 2,9
2010	Юдина Н.А. Юрис О.В. Русак А.С. Бровка Д.К. ШабунькоД.В.	РБ 2184	737 794 653	18 35-44 65-74	98 100	2,4 1,2 0	0,01 0,3 0,5	0 0,02 0,04	0 0,3 3,5

Примечание:*Данные эпидемиологических исследований 1996 и 2010 гг. внесены в глобальный банк данных ВОЗ. Тенденции основных стоматологических заболеваний населения РБ с 1996 по 2010гг.

В ходе исследований выявлены средний и высокий уровни интенсивности кариеса и высокий уровень распространенности кариозной болезни в различных возрастных группах населения Республики Беларусь. Отмечено увеличение показателей интенсивности кариеса (индекса КПУ) с возрастом обследованных (с 5,7 в 18 лет до 23,4 в возрасте 65-74).

Среднее значение КПУ в возрастной группе 18-летних в 1996 году было 6,8, а в 2010 году – 5,7. Можно говорить о снижении интенсивности кариозной болезни в этой возрастной группе. Целью ВОЗ к 2020 г для 18-летних является отсутствие удаленных зубов по поводу кариеса и болезней периодонта. В результате эпидемиологического обследования 2010 года отмечена положительная динамика важных показателей стоматологического здоровья: среднее количество удаленных зубов (компонент «У» в формуле КПУ) уменьшилось с 0,4 до 0,3, среднее количество кариозных зубов

(компонент «К» в формуле КПУ) снизилось с 2,3 до 1,7.

В целом по Беларуси отмечены положительные изменения в структуре КПУ и для 35-44-летних. Цель ВОЗ к 2020 г для этой возрастной группы: средний КПУ зубов не более 10, не более 4 зубов, удаленных по поводу кариозной болезни. Изучение динамики заболеваемости позволило сделать вывод о наметившейся положительной тенденции стабилизации кариозной болезни. Среднее значение индекса КПУ в возрастной группе 35-44 года в 1996 году составило 13,8, а в 2010 году – 13,2. Среднее количество кариозных зубов уменьшилось с 2,1 до 1,7, количество пломбированных зубов увеличилось с 5,2 до 8,8. По показателю «У» достигнуты цели ВОЗ для этой возрастной группы. У населения возрастной группы 65-74 показатели КПУ остаются на высоком уровне: в 1996 году – 22,5, в 2010 году – 23,4. Цель ВОЗ к 2020 году для возрастной группы 65-74 года: не более 10% беззубых людей. В ходе эпидемиологического обследования установлено, что процент беззубого населения в этой возрастной группе в Беларуси доходит до 19%.

При сравнении результатов исследований 1996 и 2010 гг. для оценки периодонтального статуса были проанализированы основные показатели «периодонтального здоровья» рекомендованные ВОЗ: распространенность заболеваний, количество здоровых секстантов (CPITN «0»), количество секстантов с карманами (CPITN «3/4»). Распространенность патологии продолжала оставаться на высоком уровне: 99,8% в 1996г, 98% в 2010 году.

Произошло некоторое увеличение количества секстантов здорового периодонта. В возрастной группе 35-44 года достигнута цель ВОЗ к 2010 году (не более 0,1 секстанта с глубокими периодонтальными карманами (CPITN «4». Положительная тенденция связана с улучшением уровня гигиены обследованных: среднее количество секстантов с зубным камнем (код «2» в индексе CPITN) снизилось с 4-х до 3-х. Однако необходимо учитывать исключенные из обследования секстанты, среднее количество которых также увеличилось с 0,2 в 1996 до 0,3 в 2010 (CPITN «X»). В старшей возрастной группе количество исключенных секстантов увеличилось с 2,9 в 1996 году до 3,5 секстанта в 2010 г. К тому же обследование 2010 года осуществлялось другой группой специалистов, поэтому на результаты могла повлиять калибровка.

Данные эпидемиологических исследований населения РБ (1996-2010 гг.) свидетельствуют о наметившейся позитивной динамике некоторых показателей, несмотря на это высокой остается нуждаемость в лечении. В Беларуси показатели распространенности и интенсивности кариеса и болезней периодонта значительно превышают среднестатистические показатели Глобального банка для стран Европы.

Последнее эпидемиологическое обследование показало, что кариес зубов по-прежнему является одним из наиболее распространенных заболеваний полости рта у взрослого населения Беларуси. Потеря зубов остаётся высокой в самой старшей возрастной группе.

Несмотря на наметившуюся позитивную динамику показателей периодонтологического здоровья, высокая нуждаемость в лечении определяет актуальность дальнейшего изучения болезней периодонта в разных возрастных группах населения, что будет способствовать наиболее объективному мониторингу уровня заболеваемости и медицинской эффективности периодонто- логической помощи на коммунальном уровне. Эти данные также подчеркивают необхо- димость внедрения в практическое здравоохранение должностей гигиениста и помощника врача- стоматолога, персонала, необходимого для осуществления профессио- нальной гигиены населению.

Детальный анализ результатов исследований может быть использован в целях обоснования проведения профилак- тических мероприятий на популяционном уровне с целью улучшения и сохранения стоматологического здоровья. Необходимо продолжить внедрение коммунальных программ профилактики в Республике Беларусь для достижения глобальных целей ВОЗ к 2020 году.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леус П.А. Коммунальная стоматология / П.А. Леус. Минск, 1997, 242с.
2. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней периодонта / Доклад научной группы ВОЗ. Серия технических докладов. Женева, 1980, 621с.

3. Sheiham A. Is there a scientific basic for six-monthly dental examinations? // The Lancet, 1977, N**2,** p.442-444
4. Reich E. Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe // International Dental Journal, 2001, v.**51**, p.392-398.
5. Marthaler T.M., O'Mullane D.M. The Prevalence of Dental caries in Europe 1990-1995. ORCA 1995 Symposium Report // Caries Research , 1996, vol.**30, p.**237-255.
6. Murray H., Lang, P. et. al. Proceedings of the European Workshop on Mechanical Plaque Control // Periodontology, 2000, v. 16, p.16-33.
7. Petersen P.E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme // Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2003, v.**31, p.** 3-24.
8. Petersen P.E. Sociobehavioural risk factors in dental caries- international perspectives // Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2005, v. 33, p. 274-279.
9. Baelum V. Validity of CPITN's assumptions of hierarchical occurrence of periodontal conditions in a Kenyan population aged 15-65 years // Community Dentistry and Oral Epidemiology, 1993, v.21, p.347-353
10. Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А. Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний среди населения России // Российский стоматологический жур., 2001, №2, с. 4-35.
11. Locker D., Slade G., Murray H. Epidemiology of periodontal diseases among older adults a review // Periodontology, 2000, v.**16,** p.16-33.
12. Pilot T., Miyazaki H. et al. (1991): Profiles of periodontal conditions in adolescents, measured by CPITN // International Dental Journal, 1991, v.41**,** p.67-73.
13. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. М.: Информэлектро, 1999, 228с.
14. Леус П.А., Деньга О.В., Калбаев А.А. и др. Международный пилотный проект по исследованию приемлемости европейских индикаторов // Стоматологический журнал, 2013, №3, с.204-209.
15. Казеко Л.А. и др. Стоматологическое исследование населения Беларуси / Материалы III съезда стоматологов Беларуси. Минск, 1997, с.147-148
16. Леус П.А. Стоматологическое здоровье населения Минск: БГМУ, 2009, 255с.
17. Юдина Н.А., Юрис О.В., Русак А.С. и др. Результаты эпидемиологического обследования населения Республики Беларусь в 2010 году (часть 1- кариозная болезнь) // Стоматологический журнал, 2011, №1, с. 22-26.
18. Юдина Н.А., Юрис О.В., Русак А.С. и др. Эпидемиологическое обследование взрослого населения Беларуси (часть 2- периодонтальный статус) // Стоматологический журнал, 2011, №3, с.198-201

Xülasə

Belorus Respublikasında əsas stomatoloji xəstəliklərin epidemiologiyası

N.A.Yudina, T.Y.Melnikova

Epidemioloji tədqiqatların göstəriciləri əhalinin xəstələnmə dərəcəsini və ölkədə stomatoloji xidmətin keyfiyyətini qiymətləndirməyə əsas verir. Tədqiqatın gedişatında 1996 və 2010-cu illərdə Belorus Respublikasında əhalinin müxtəlif yaş qruplarında kariyes və parodont xəstəliklərinin orta və yüksək intensivlikli yayılma dərəcəsi aşkar edilmişdir. Alınan nəticələrdən məlum olur ki, əhaliyə professional gigiyenanın həyata keçirilməsi baxımından praktik səhiyyəyə gigiyenist və stomatoloq köməkçisi kimi ixtisaslar üzrə ştat vahidlərinin tətbiq edilməsinə böyük tələbat vardır.

Summary

Epidemiology of major dental diseases in Belarus

N.A., Yudina, T.Y. Melnikova

Data of epidemiological researches are the main for an assessment morbidity of the population, quality dental care to the population of the country**.** Studies in 1996 and 2010 identified medium and high levels of intensity and prevalence of dental caries and periodontal disease in various age groups of the population of the Republic of Belarus. The obtained data underline need of introduction in practical health care of posts of the hygienist and the assistant dentist, the personnel necessary for implementation of professional hygiene for the population.

Daxil olub: 09.04.2014

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕЙРОЭНДОКРИННОГО РАКА КОЖИ.

А.С. Исманлы, А.Ю.Казиев, Х.К.Мурадов
Азербайджанский медицинскиц университет, кафедра онкологии Баку

Açar sözlər: neyroendokrin dəri xərçəngi, Merkel karsioması, elektron mikroskopiya
Ключевые слова: нейроэндокринный рак кожи, карцинома Меркеля, электронная микроскопия.
Keywords: neuroendocrine skin cancer, carcinoma Merkel, electron microscopy

Рак кожи- одна из наиболее распространённых форм злокачественных опухолей, в структуре заболеваемости на его долю приходится 12-14% всех злокачественных новообразований [1,2]. К редким разновидностям рака кожи относится нейроэндокринный рак кожи. Карцинома Меркеля, иначе нейроэндокринный рак кожи (НЭРК), является высокоагрессивной опухолью [4,5,6,7]. Заболевание относится к т.н. «редким опухолям» - частота встречаемости, составляющая приблизительно 3 случая на 1 млн. населения в год, в 100 раз ниже, чем у меланомы, и характеризуется высокой летальностью, превышающей таковые для рака кожи [4,5,9,10]. По агрессивности течения опухоль сравнима с меланомой. Из года в год наблюдается ежегодный прирост заболеваемости на 8% [7,8,10]. Аспекты дифференциальной диагностики плоскоклеточного рака кожи и карциномы Меркеля базируются на гистохимических, иммуногистохимических и электронно-микроскопических методах исследования, т.к. использование только световой микроскопии в большинстве случаев приводит к некорректным диагнозам. Так, по данным R.K.Sibley et al., применение световой микроскопии в качестве единственного диагностического метода, более чем в 2/3 случаях был поставлен ошибочный диагноз плоскоклеточного рака кожи [9]. Диагностика НЭРК основывается на данных световой микроскопии с использованием окрашивания гематоксилин-эозином в сочетании с результатами гистохимического анализа препаратов, дополняемое по возможности электронной микроскопией [3,7,8,9,10]. Последний наряду с гистохимическими методами окрашивания, является высокоэффективным способом диагностики нейроэндокринных опухолей в целом и карциномы Меркеля в частности. На электронограммах клетки Меркеля достаточно чётко различаются благодаря наличию некоторых особенностей их ульраструктуры. Существует 3 главных признака, отличающие НЭРК от опухолей другого рода. Это наличие нейросекреторных гранул диаметром 75-200 нм, парануклеарных включений промежуточных филаментов и примитивных (недесмосомальных) соединений [3,4,8,9]. В настоящее время электронная микроскопия представляет собой уникальный метод диагностики НЭРК, позволяющий легко проводить дифференциальную диагностику этой опухоли с плоскоклеточным раком кожи.

Цель исследования: изучить возможности электронно-микроскопического метода исследования в ранней диагностике нейроэндокринного рака кожи; изучить морфологические особенности опухоли на ультраструктурном уровне.

Задачи исследования:

-проведение электронной микроскопии материалов, взятых от 32-х больных плоскоклеточным раком кожи;

-на полученных ультратонких срезах выявить опухоли с нейроэндокринным компонентом и дать описание их ультраструктуры;

-провести клинический анализ этого контингента больных и систематизировать полученные данные с результатами электронной микроскопии.

Материалы и методы исследования. На основании тщательного рассмотрения больных с учётом данных анамнеза, клинического осмотра и инструментальных методов исследования для проведения электронной микроскопии были отобраны 32 больных плоскоклеточным раком кожи, получивших оперативное лечение в Онкологической Клинике АМУ за 2013 г. Больные с рецидивами и отдалёнными метастазами заболевания, а также пациенты, получившие неоадьювантную лучевую или химиотерапию, не были включены в исследование.

Материал брался одновременно из опухолевой и интактной зоны кожи. Вырезались острой бритвой тонкие (1 мм)

ленты ткани и фиксировались в растворе глутарового альдегида с 2,5% раствором сахарозы в фосфатном буфере. После промывки 0,1 М фосфатным буфером препараты помещались в 0,1 М раствор 1,5% красной кровяной соли и 1% раствор оксида осмия на 1 час – т.н. постфиксация. Обезвоживание проводилось в спиртах восходящей концентрации (50, 70, 95% соответственно); смеси спирта и ацетона (1:1); в чистом ацетоне; затем производилась заливка препаратов смесью EPON 812, DDSA, аралдита, ДБФ и ДМП-30 в сочетании с ацетоном в следующих концентрациях: ацетон 3: смесь 1- на 1 час; ацетон 2: смесь 2- на 2 часа; ацетон 1: смесь 3- на 1 час; чистая смесь- 1 час. Затем препараты помещались в печь при температуре 45° С на сутки и на 2 суток при температуре 60° С. В каждом случае проводилась прицельная заточка эпоксидных блоков. Из полученных блоков нарезались полутонкие срезы толщиной 1 мкм, окрашивание которых осуществлялось по методике D'Amico (2005) с использованием метиленового синего, azur II, bura и фуксина. Нарезка производилась на ультратоме LEICA EM UC7. Ультратонкие срезы толщиной 60-80 нм просматривались в электронном микроскопе JEM-1400 с фотографированием необходимых участков в автоматическом режиме и сохранением данных в памяти компьютера.

Результаты исследования. Все больные, включённые в исследование, обратились с жалобой на наличие опухолевого образования на коже, увеличивающегося в размерах. На основании результатов электронной микроскопии у 6 (18,75%) пациентов был выявлен нейроэндокринный рак кожи, они составили основную группу, остальные 26 пациентов – контрольную группу.

Сравнительная характеристика возрастных данных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Возрастные характеристики пациентов контрольной и основной групп

Возраст больных	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Всего
Основная гр.	1(16,66%)	1(16,66%)	1(16,66%)	3(50%)	-	6(100%)
Контрольная гр.	-	-	4(15,3%)	8(30,7%)	14(54%)	26(100%)

Как видно из таблицы, в контрольной группе преобладающей возрастной категорией были больные в возрасте старше 70 лет (54%), в то время как в основной группе все пациенты – это лица в возрасте до 70 лет. Отметим также тот факт, что в контрольной группе не наблюдалось пациентов в возрасте до 50 лет. В основной группе, напротив, примерно 1/3 случаев приходится на этот возраст.

В обеих группах среди больных преобладали мужчины, достоверных отличий в частоте встречаемости по полу выявлено не было.

Более половины случаев как для ПКР, так и для НЭРК- опухоли с локализацией в области головы и шеи (61,5 и 66,6% соответственно). У большинства больных как основной, так и контрольной групп в анамнезе отмечалась подверженность повышенной инсоляции. 8 пациентов наблюдали быстрый рост опухоли в течение последних 10 месяцев, из них 5 больных, как впоследствии было установлено- это пациенты с НЭРК, или 83,3% случаев карциномы Меркеля. В основной группе узловые формы опухоли встречались чаще, чем в контрольной (83,3% и 46,1% соответственно).

Распределение по стадиям приведено в таблице 2. Как видно из схемы, для плоскоклеточного рака характерно преобладание I и II, в то время как для НЭРК – III, что объясняется наличием у большинства больных патологически изменённых регионарных лимфатических узлов даже при небольших размерах опухоли.

Таблица 2

Группировка больных по стадиям

Вид опухоли	I	II	III	Всего
НЭРК	1(16,6%)	1(16,6%)	4(66,8%)	6(100%)
ПКР	8(30,7%)	12(46,1%)	6(23,2%)	26(100%)

Все больные получили оперативное лечение. Применялось широкое иссечение опухоли в сочетании с различными видами пластики (свободная кожная пластика, пластика кожным лоскутом на питающей ножке). Лимфодиссекция проводилась при наличии структурных изменений в регионарной зоне метастазирования, выявляемых с помощью клинических и инструментальных методов исследования, включающих пальпацию, ультразвуковое сканирование, а также пункционную биопсию. В отдельных случаях для получения информации о состоянии регионарной зоны использовалась компьютерная томография. В итоге из 7 больных (4 пациента с НЭРК и 3 пациента с ПРК), которым помимо радикального удаления опухоли, была применена диссекция лимфатических узлов, метастатические изменения были обнаружены у всех 4 пациентов основной группы и 1 пациента контрольной группы. Во всех случаях «положительных» лимфатических узлов проводилась адьювантная лучевая терапия на ложе опухоли и регионарную зону.

Морфологическое исследование препаратов, проводимое с помощью обычной световой микроскопии, не даёт достоверной информации о характере опухоли. Гистологически опухоль относят к группе мелкоклеточных опухолей. На срезах опухоль представлена скоплениями мелких округлых или овальных клеток со скудной амфофильной цитоплазмой, нечёткими границами, овальным или округлым гиперхромным ядром, большим количеством ядрышек, атипических митозов и очагами апоптоза. Характерна лимфоваскулярная инфильтрация, которая может наблюдаться и в т.н. «негативных краях» резекции, периневрального прорастание встречается не так часто. Прорастание в дерму по всей глубине в виде плотных инфильтратов или пучков (трабекул), достигающих гиподермы, а также поражение подкожной жировой клетчатки и подлежащих структур, интактность эпидермиса являются характерными гистологическими признаками карциномы Меркеля. Однако как было указано выше, для постановки диагноза одной световой микроскопии недостаточно. Так, в результате использования электронно-микроскопического метода исследования, в 6 случаях был диагностирован рак из клеток Меркеля (18,75%), в то время как гистологическое заключение говорило в пользу плоскоклеточного рака. Интересным также представляется тот факт, что у 83,3% больных с НЭРК на гистологических срезах отмечалось прорастание в дерму. Иными словами, у большинства больных опухоль располагалась интрадермально. В контрольной группе прорастание в дерму наблюдалось лишь у 34,6%.

Электронно-микроскопическая картина НЭРК специфична. Ультраструктура клеток Меркеля (м-клеток) имеет определённые особенности, позволяющие с лёгкостью дифференцировать их от остальных клеток. Электронно-микроскопически м-клетки отличаются от окружающих клеток относительно крупными размерами, округлой или овальной формы, отмечается также наличие большого количества митозов. На их поверхности появляются микроворсинки, обращённые в просвет желёз и играющие, по-видимому, роль рецепторов. Клетки ограничены трёхслойной мембраной – периферические слои резко контрастны, промежуточный – светлый. Плазматическая мембрана регулирует обмен между м-клетками и внешней средой, участвует в образовании их контактов с соседними клетками. Чаще всего они контактируют с окружающими клетками посредством десмосом. Десмосомальные соединения создают долговременную или постоянную адгезию между апудоцитами, а также между апудоцитами и эпителиоцитами. Число десмосом незначительно, они небольших размеров, принципиально не отличаются от типичных десмосом и представлены накладывающимися друг на друга двумя полусферическими пластинками. Кроме десмосомальных соединений, контакты между самими м-клетками осуществляются посредством «зон слипания». Межклеточные пространства между м-клетками, а также апудоцитами и эпителиоцитами содержат светлую гомогенную субстанцию в виде трёхламинарной асимметричной ультраструктуры.

Специфическим электронно-микроскопическим признаком м-клеток является наличие в их цитоплазме секреторных гранул. Гранулы осмиофильны, поляризованы по направлению к базальной части клеток, часто неправильной или округлой формы, их диаметр составляет в среднем до 250-300 нм. Каждая секреторная

гранула окружена мембраной, а содержимое имеет разную электронную плотность. Между мембраной секреторной гранулы и их содержимым имеется элетронно-светлый ореол шириной 4-10 нм. Количество секреторных гранул в различных м-клетках неодинаково, и следовательно отражает функциональную активность этих апудоцитов.

В цитоплазме м-клеток определяется умеренно или хорошо развитый шероховатый эндоплазматический ретикулум, представляющий собой систему уплощённых цистерн и трубочек различных размеров.

Весьма характерна ультраструктура ядер м-клеток. Кариолемма сформирована из двухконтурной мембраны, окружённой светлым перинуклеарным пространством; ядерные поры регистрируются постоянно, имеют различные параметры. Кариоплазма светлая, ядерный хроматин конденсирован, распределён неравномерно. Постоянно определяются множество эксцентрично расположенных плотных ядрышек. Характерно наличие парануклеарных включений.

Пластинчатый комплекс в м-клетках выявляется постоянно, хорошо развит, локализован чаще вблизи ядра. Как правило, он состоит из уплощённых мешочков или цистерн, на срезе имеющих вид параллельных мембран.

Указанные ультраструктурные особенности комплекса Гольджи свидетельствуют, что формирование секреторных гранул происходит именно в этой ультраструктуре м-клеток, а точнее, в расширенных цистернах формируется электронно-плотный секрет, от которого отделяется секреторная гранула. Секреторные гранулы отличаются разными показателями плотности содержимого. При морфометрическом изучении секреторных гранул м-клеток в нормальном эпителии кожи нами обнаружено 46% электронно-плотных, 33% наполовину заполненных и 21% электронно-прозрачных гранул.

Отдалённые результаты лечения приведены ниже. За год наблюдения у 3 больных из основной группы (50%) были выявлены местные рецидивы, в то время как в контрольной группе частота рецидивов составила 11,5% (3 пациента). Продолжительность безрецидивного периода в основной группе составила 4 месяца, а в контрольной группе – 10. Более подробно сведения о времени появления рецидивов представлены на рисунке 1. Отдалённые метастазы за этот же период были выявлены у 2(33,3%) пациентов основной группы, у больных контрольной группы таковых обнаружено не было.

Обсуждение результатов. Полученные данные подтверждают литературные данные о высокой агрессивности карциномы Меркеля. Как видно из таблицы 1, НЭРК встречается в более раннем возрасте - все пациенты - лица в возрасте до 70 лет, по сравнению с ПКР - более половины больных в группе старше 70 лет. В категориях пола, локализации и фактора инсоляции различий между группами выявлено не было. У 83,3% больных основной группы в анамнезе отмечался быстрый рост опухоли, в контрольной группе этот показатель равнялся 11,5%, что также относится к основным клиническим проявлениям карциномы Меркеля. Также в основной группе с большей частотой встречались пациенты с наличием вторичных изменений в регионарных лимфатических узлах - 66,8% (23,2% - в контрольной группе), что свидетельствует об агрессивности и высоком метастатическом потенциале опухоли. Проведённое гистологическое исследование обнаружило у подавляющего большинства больных НЭРК прорастание в дерму, в то время как при ПКР эти значения намного ниже (83,3 и 34,6% соответственно). Частота рецидивов была значительно выше в основной группе (50%), чем в контрольной (11,5%).

Полученные данные лишь доказывают предположения о высокой злокачественности опухоли, что предполагает необходимость более детального изучения этой патологии, возможностей ранней диагностики и терапевтических подходов. Особенное место в диагностике нейроэндокринного рака кожи принадлежит электронной микроскопии. Мы считаем целесообразным использование данного метода использования в ранней диагностике нейроэндокринного рака кожи наряду с известными гистохимическими реакциями.

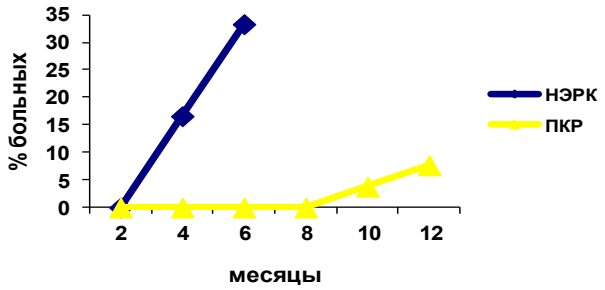


Рис.1. Частота рецидивов при НЭРК И ПКР

ЛИТЕРАТУРА

1. Əmiraslanov Ə.T., Qazıyev A.Y. Onkologiya. Bakı, "Təhsil", 2010, s.209-226
2. Qazıyev A.Y. Azərbaycanda bədxassəli şişlərin epidemiologiyası, tibbi, demoqrafik və social-iqtisadi aspektləri: Tibb elmləri doktoru alimlik dis. avtoref. Bakı, 2005, 38 s.
3. Гасанов И.А. Гистохимические и ультраструктурные аспекты паракринной секреции в различных тканях человека // Кутаисский мед. журнал (Грузия), 1999, № 3-4, с. 22-23.
4. Bialasiewicz S., Lambert S.B., Whiley D.M. Merkel cell polyomavirus DNA in respiratory specimens from children and adults // Emerg. Infect. Dis., 2009, v.15, p.492-494
5. Bose A.. Nine cases of Merkel cell tumour // Jour.Soc. Med., 1997, v.90, p.439-442.
6. Duprat J. P., Landman G., Salvajoli J.V., Brechtbühl E.R. A review of the epidemiology and treatment of Merkel cell carcinoma // Clinics, 2011, v.66, N10
7. Eng T.Y., Boersma M.G., Fuller C.D., Goytia V. et al. A comprehensive review of the treatment of Merkel cell carcinoma // Am. J. Clin. Oncol., 2007, v.30, p.624-36
8. Kaae J., Hansen A.V., Biggar R.J., Boyd H.A. et al. Merkel cell carcinoma: incidence, mortality, and risk of other cancers // J. Natl. Cancer Inst., 2010, v.102, p.793-801
9. Sibley R.K., Dehner L.P., Rosai J. Primary neuroendocrine (Merkel cell) carcinoma of the skin. A clinicopathologic and ultrastructural study of 43 cases //Am J Surg Pathol., 1985, v.9, p.95-108.
10. Nasseri E. Merkel Cell Carcinoma: Recent Progress and Current Priorities on Etiology, Pathogenesis, and Clinical Management //J. Clin. Oncol. 2009, v. 27(24), p.4021-4026
11. Sidhu G.S., Chandra P., Cassai N.D. Merkel cells, normal and neoplastic: An update // Ultrastruct Pathol., 2005, v.29, p.287-294.
12. Medina-Franco H., Urist M.M., Fiveash J. et al. Multimodality treatment of Merkel cell carcinoma: Case series and literature review of 1024 cases // Ann. Surg. Oncol., 2001, v.8, p.204-208.

Xülasə

Neyroendokrin dəri xərçənginin elektron-mikroskopik təzahürün xüsusiyyətləri

A.S.İsmanlı, A.Y.Qazıyev, H.K.Muradov

Məqalədə 2013-cü ildə ATU-nun Onkoloji Klinikasında "dərinin yastıhüceyrəli xərçəngi" diaqnozu ilə müalicə almış 32 xəstə barədə məlumat verilmişdir; xəstələrin yaş xüsusiyyətləri, şişin kliniki-morfoloji göstəriciləri, müalicə üsulları, müalicənin uzaq nəticələri ətraflı öyrənilmişdir. Diaqnostik məqsədlə standart morfoloji müayinələrlə yanaşı elektron mikroskopiyanın aparılması 6 xəstədə "dərinin neyroendokrin xərçəngini" aşkarlamağa imkan vermişdir. Neyroendokrin dəri xərçəngi ilə yastıhüceyrəli dəri xərçəngini müqayisə etdikdə aydın olur ki, kliniki əlamətlərin oxşarlığına baxmayaraq, birinci daha aqressiv gedişə malikdir. Belə ki, Merkel xərçəngi cavan yaş qrupunda çox rast gəlməklə yanaşı, qısa residivsiz dövrün, daha yüksək residiv və metastazvermə potensialının, ümumi yaşama göstəricisinin aşağı olması ilə xarakterizə olunur. Bu səbəbdən də standart histoloji müayinələrlə birgə elektron mikroskopik üsuldan istifadə etməyi məqsədəuyğun görürük.

Summary

Manifestation of electron-microscopic features of neuroendocrine skin cancer

A.S.Ismanly, A.Y.Qaziyev, H.K. Muradov

In this article is given information about 32 patients with the diagnosis of "squamous cell cancer of the skin" who were treated in Oncology Clinic of AMU in 2013; furthermore, age characteristics of the patients, clinical and morphological characteristics of the tumor, treatment methods, the results of treatment were studied in detail. In addition to the standard morphological examinations conduction electron microscopy diagnostic purposes in 6 patients, contributed to reveal "neuroendocrine cancer of the skin". Comparing squamous skin cancer, with neuroendocrine it is clear that, despite the similarity of clinical symptoms, the process of neuroendocrine cancer is more aggressive. Thus, Merkel cancer occurs more in young age groups, and met a short period of recurrence, aggravation and metastasis higher bandwidth, and it characterized by overall low survival. For this reason it is advisable to use the standard histological examinations in conjunction with electron microscopic method.

Daxil olub: 22.05.2014

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

И.Г. Исаев, Н.Г. Кулиева, Г.Г. Насирова, Р.Р. Казиева

Национальный центр онкологии, г. Баку

Açar sözlər: qida borusu xərçəngi, şüa terapiyası, sağ qalma dərəcəsi
Ключевые слова: рак пищевода, лучевая терапия, выживаемость
Keywords: esophageal cancer, radiation therapy, survival

При лечении рака пищевода (РП) лучевая терапия (ЛТ) используется в 70-80% случаев - как в самостоятельном варианте, так и в качестве компонента мультимодальной терапии: в пред- и послеоперационном периоде, в комбинации с химиотерапией [9,11,12,14]. В зависимости от стадии процесса ЛТ может использоваться как в радикальной дозе, с целью излечения, так и в паллиативной дозе - для снятия дисфагии, болевого синдрома и др. [1,8,10].

При попытках повышения эффективности радиотерапии в НЦО использовались различные нетрадиционные режимы фракционирования дозы: расщепленный курс, мультифракционный, динамический, с использованием «малых сенсибилизирующих доз», применялись различные радиомодифицирующие агенты . Однако, только у 45-60% больных при проведении радикального курса дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) до СОД 60-70 Гр наблюдалась полная или частичная регрессия опухоли, а показатели трехлетней выживаемости не превышали 20-25% [1,4].

По мнению большинства авторов, высокая смертность больных РП чаще всего обусловлена продолженным ростом или развитием рецидивов в результате неизлеченности первичного очага [2,4,5]. Попытки улучшить результаты лечения с помощью увеличения СОД на патологический очаг ограничены толерантностью окружающих, здоровых тканей и органов и ведет к увеличению числа тяжёлых лучевых осложнений [6,7,9,10].

Одним из перспективных путей улучшения результатов радиотерапии РП является внедрение в клиническую практику брахитерапии - метода внутриполостной ЛТ, потенциально повышающего вероятность локального излечения. Применение курсов сочетанной лучевой терапии (СЛТ), состоящих из брахитерапии с высокой мощностью дозы (HDR) и дистанционной

лучевой терапии (ДЛТ), позволяет расширить фактор терапевтического выигрыша, т. е. увеличить суммарную очаговую дозу (СОД) в опухоли, без повышения ее на органы риска. не повышается. Это обстоятельство обусловлено особенностями дозного распределения при брахитерапии. Брахитерапия может использоваться не только в сочетании с ДЛТ, но и самостоятельно, чаще в качестве паллиативного метода для реканализации пищевода больных РП, при локальных рецидивах заболевания и др. [3,8,13,15].

Одним из основных показателей эффективности любого вида лечения, в том числе и всех вариантов ЛТ больных раком пищевода, является анализ показателей выживаемости.

Материалы и методы исследования. Основой для выполнения настоящего исследования послужили результаты обследования и лечения 147 больных РП I – IIIB стадии, находившихся на лечении в клинике Национального Центра Онкологии Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики с 2012 по 2014 гг. В зависимости от тактики лечения, больные, вошедшие в исследование, были разделены на две группы:

-Группа 1 – больные получали сочетанную лучевую терапию, состоящую из дистанционной лучевой терапии и брахитерапии.

-Группа 2- больные получали дистанционную лучевую терапию в классическом режиме.

Распределение больных по I и II группам проводилось методом рандомизации. В I группу вошли 72 больных, средний возраст которых составил 52,4 лет. РП I стадии был определен в 8(11,1%) случаях, II-35(48,6%), III-29(40,3%). У 61(84,7%) больных был выявлен плоскоклеточный рак, у 5 (6,9%) - аденокарцинома и у 6-х (8,4%)- недифференцированный рак. Размер опухоли <5 см был установлен в 8(11,1%), 5-9 см в 44 (61,1%), а≥9 см в 20 (27,8%) случаях. Метастазы в регионарных лимфатических узлах определялись у 22 (30,6%) пациентов. Распределение больных по общему состоянию по шкале Карновского до начала лечения в данной группе составило: 0 баллов- 13 (18,1%), 1 балл- 22 (30,6%), 2 балла- 25 (34,7%), 3 балла - 12 (16,6%) человек соответственно.

Во II группу были включены 75 пациентов, средний возраст которых составил 54,7 лет. РП I стадии был определен в 6 (8,0%) случаях, II-43 (57,3%), III-26 (34,7%). При гистологическом исследовании у 65 (86,6%) больных был выявлен плоскоклеточный рак, у 7 (9,3%)- аденокарцинома и у 3-х (4,1%)- недифференцированный рак. Размер опухоли <5 см был установлен в 10(13,3%), 5-9 см в 34(45,4%), а≥9 см в 31(41,3%) случаях. Метастазы в регионарных лимфатических узлах определялись у 27 (35,9%) пациентов. Распределение больных по общему состоянию до начала лечения в данной группе составило: 0 баллов- 16 (21,3%), 1 балл- 19(25,3%), 2 балла - 31(41,3%), 3 балла- 9(12,1 %) человек соответственно.

Как видно из приведенных данных, распределение больных по основным прогностическим показателям, в частности -по возрасту, стадиям РП, морфологическому варианту опухоли, общему состоянию, мало отличалось в исследуемых и контрольной группах, что позволило провести сравнительный анализ результатов лечения.

Больным I группы ДЛТ проводилась в разовой очаговой дозе (РОД) 2,0 Гр, один раз в день, 5 раз в неделю до СОД 46–50 Гр. После достижения СОД 40,0-46,0 Гр проводили первый из двух сеансов внутриполостной брахитерапии. Основанием для начала брахитерапии в последнюю неделю лечения служило то, что как правило к этому времени можно было добиться максимального уменьшения объема опухоли и тем самым обеспечить возможность подведения высоких доз к большей массе опухоли. Брахитерапия реализовывалась с помощью аппарата GammaMed HDR Plus с источником излучения Ir^{192} в режиме высокой мощности дозы (HDR). В процессе контактного облучения, которое происходило под внутривенным наркозом, предварительно проводилась эндоскопия с целью определения состояния опухоли, проходимости пищевода, определение краниальной и каудальной границ опухоли. Далее, под визуальным контролем, через проводник, оставленный в просвете пищевода при эндоскопическом контроле, вводили аппликатор соответствующего диаметра. Применялись аппликаторы различного диаметра- 8, 10, 12 и 14 мм (рис. 1). С целью верификации после установки и фиксации аппликатора с помощью мобильной цифровой рентген–установки C–arm PHILIPS делали передне-задний снимок, на котором

отчетливо визуализировался аппликатор с рентген контрастным маркером.

Больным II группы, контрольной, ДЛТ проводилась в РОД 2,0 Гр, один раз в день, 5 раз в неделю до СОД 60,0–65,0 Гр.

Для оценки ближайших результатов были использованы трехлетний прогноз кумулятивной выживаемости, безрецидивная выживаемость и средняя продолжительность ремиссии, полученные по методу Каплан–Мейера.

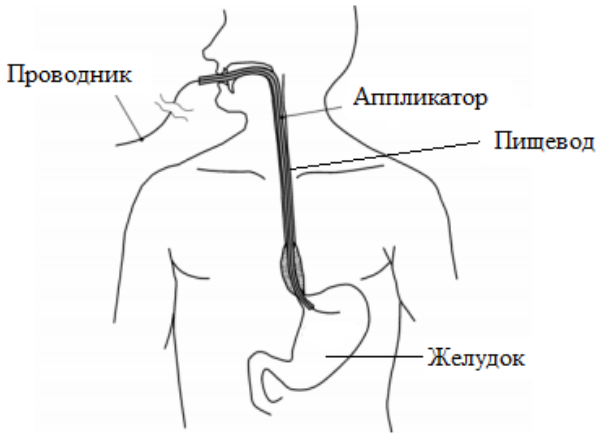


Рис. 1.Схематическое изображение расположения аппликатора в пищеводе.

Результаты исследования. За трехлетний период наблюдения из 147 пациентов умерло 122 (77,1%) и средняя продолжительность их жизни составила 17,6 месяцев.

Рассматривались показатели общей актуарной трехлетней выживаемости (OS), как для всей совокупности включенных в исследование больных, так и в отдельности по группам.

На рис. 2 представлен график погодовой общей выживаемости для всех 147 пациентов, включенных в исследование. OS к концу первого года составила 71,2 %, двухлетняя OS - 56,4%, и прогнозируемая трехлетняя OS-12,9 %. Медиана выживаемости составила 18,6 месяцев.

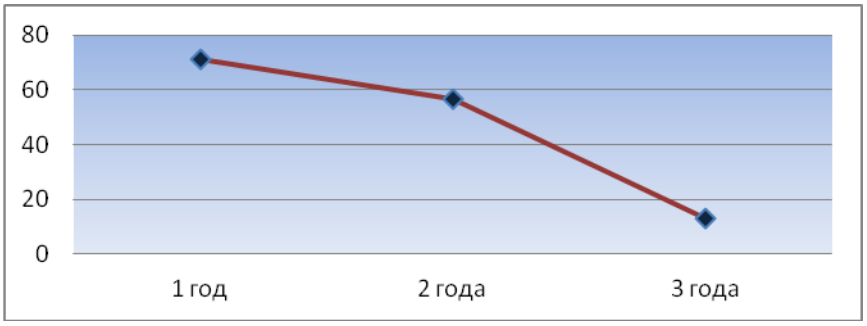


Рис. 2 Общая погодовая выживаемость больных, включенных в исследование

Были изучены показатели общей 3-хлетней выживаемости больных РП в зависимости от метода лечения. Так, показатели одно-, двух- и трехлетней общей выживаемости в группе классической ДЛТ составили 64,2%, 49,7% и 9,1%, а в группе сочетанной лучевой терапии (СЛТ) – 79,6%, 62,2% и 14,9% соответственно (рис.3).

Для выявления степени достоверности различий между группами был использован лог–ранговый тест с определением уровня значимости по хи–квадрат. В таблице 3.10 приведены значения хи–квадрат и уровней значимости при сравнении показателей выживаемости двух групп пациентов.

Как видно из таблицы №1, при сравнении кривых выживаемости выявлены достоверные различия между I и II группами (p=0,035) по показателю двухлетней выживаемости. В то же время, при сравнении I и II группы по

показателям одно- и трехлетней общей выживаемости значимых различий выявлено не было (p=0,772).

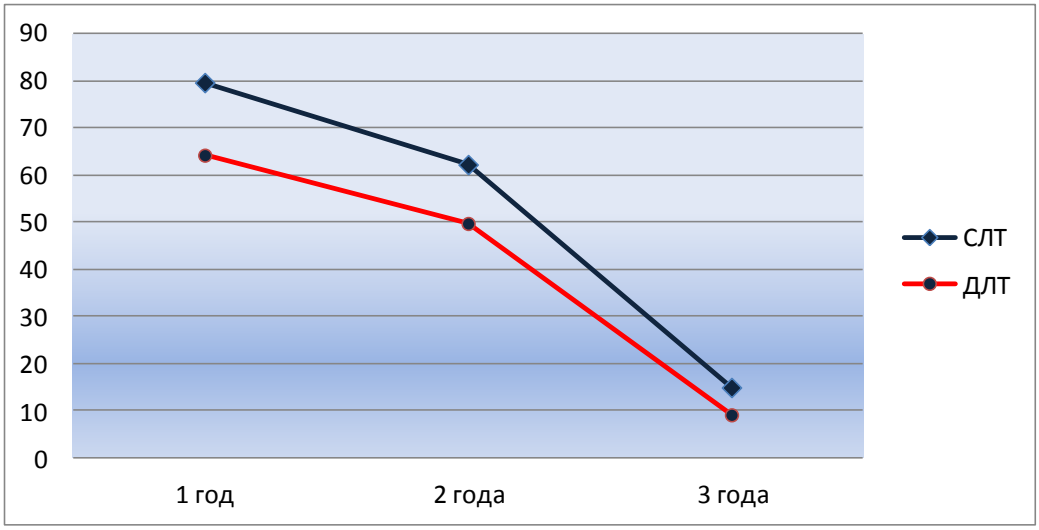


Рис. 3. Общая выживаемость больных в зависимости от метода лечения

Таблица 1
Результаты сравнения показателей выживаемости двух групп больных

		II	
Группа		Хи-квадрат	p
Log Rank (Mantel-Cox)	I	4.464	0.035

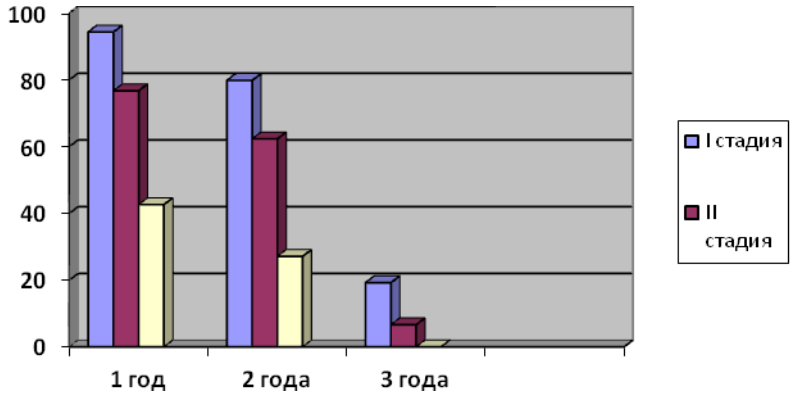


Рис. 4 Погодовая общая выживаемость больных РП в зависимости от стадии заболевания

Таким образом, анализ показателей двухлетней OS показал, что результаты лечения больных местнораспространенным РП в I группе (пациенты, получившие СЛТ) значительно превосходят результаты, полученные во II группе (группа ДЛТ). При оценке прогностических факторов в анализируемых группах, наибольшая значимость выявлена от стадии процесса - отмечена обратная корреляционная зависимость положительного эффекта лечения и стадии заболевания (рис.4).

При сравнительном анализе показателей OS в зависимости от стадии заболевания и метода лечения были получены следующие результаты. У больных, получивших сочетанную лучевую терапию, одно-, двух- и трехлетняя OS для I, II и III стадий РП составила соответственно 98,4%, 82,3%, 46,8%; 85,2%, 68,4%, 30,5%; 25,3%, 8,2% (рис. 3.6).

На рисунке 5 представлены кривые выживаемости при сравнительном анализе OS больных РП в зависимости от стадии заболевания и метода лечения.

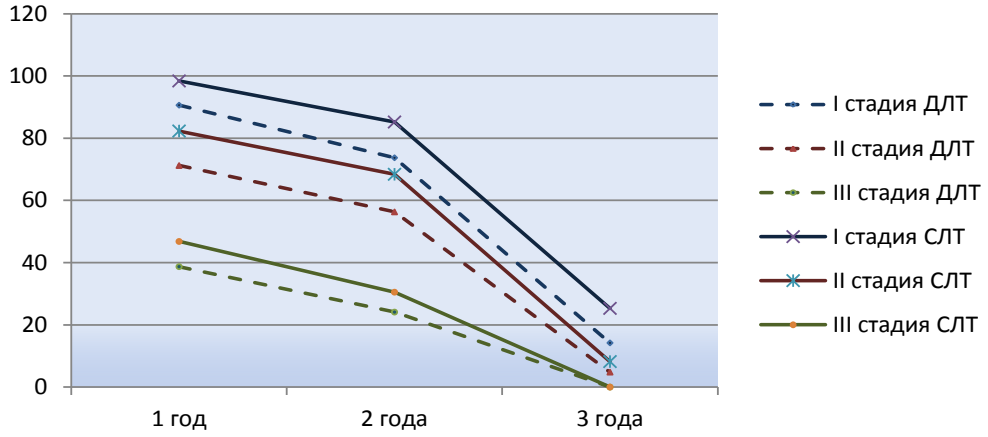


Рис.5. кривые выживаемости при сравнительном анализе OS больных РП в зависимости от стадии заболевания и метода лечени

Одно-, двух- и трехлетняя OS для I, II и III стадий РП составила в I группе 94,3%, 79,8%, 19,2%; 76,7%, 62,3%, 6,6%; 42,6%, 27,1%. Ни один пациент с III стадией РП не прожил трех лет. У больных II группы, получивших классическую дистанционную лучевую терапию, одно-, двух- и трехлетняя общая выживаемость для I, II и III стадий РП составила, соответственно, 90,6%, 71,2%, 38,7%; 73,7%, 56,3%, 24,1%; 14,2%, 4,8% (рис. 5).

Таким образом, при анализе ЛТ 147 больных РП выявлено, что при СЛТ с применением брахитерапии результаты лечения, выраженные в длительности жизни и погодовой выживаемости, статистически достоверно превосходят эти же показатели у больных, получавших ДЛТ ($p \leq 0,05$). Наиболее значимым прогностическим показателем для выживаемости больных РП при ЛТ является стадия заболевания, при этом отмечается обратная корреляция эффективности и величины стадии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Əliyev C.Ə., İsayev İ.H. Bədxassəli şişlərin şüa müalicəsi: nəzəri əsasları, tətbiqi, nəticələri. Bakı, 2012, 1227 s.
2. Алиев Д.А., Исаев И.Г., Аскерова Л.Н., Результаты лечения больных раком пищевода с использованием стандартного и ускоренного методов лучевой терапии // Опухоли головы и шеи, 2011, №4, с.20-25
3. Алиев Д.А., Исаев И.Г., Насирова Г.Г., Кулиева Н.Г., Акперов К.С., Казиева Р.Р. Внутриполостная лучевая терапия рака пищевода с применением источника высокой мощности дозы Ir 192. // Медицинские новости, 2014, №8, с.53-56
4. Исаев И.Г. Лучевое лечение больных раком пищевода при динамическом режиме фракционирования дозы излучения в комбинации с модификаторами. // Автореф. дис. доктора мед. наук. Москва - 1989 г.
5. Исаев И.Г, Кулиева Н.Г., Насирова Г.Г. Непосредственные и ближайшие результаты сочетанной лучевой терапии больных раком пищевода. //Azerbaijan Journal of oncology and Hematology, 2013, №1, p. 27-32
6. Кулиева Н.Г., Бейбутов Ш.М., Казиева Р.Р. Оценка некоторых показателей иммунитета в процессе лучевой терапии больных раком пищевода при различном временном распределении дозы ионизирующего излучения / Сб. «посв. 80лет. проф. А.Т. Аббасова». Баку, 2008, с.16-17.
7. Boyd M., Rubio E. The utility of stenting in the treatment of airway gastric fistula after esophagectomy for esophageal cancer // J Bronchology Interv Pulmonol., 2012, v.19(3), p.232-236

8. Cecilie Delphin Amdal, Anne-Birgitte Jacobsen, Berit Sandstad, Trond Warloe, Kristin Bjordal Palliative brachytherapy with or without primary stent placement in patients with oesophageal cancer, a randomised phase III trial // Radiotherapy & Oncology, 2013, v. 107, Issue 3, p.428-433
9. Graham A.J., Shrive F.M., Ghail W. et al. Defining the optimal treatment of locality advanced ezofageal cancer. A Systematik review and decision analysis // Ann Thorac Surg., 2007, p. 1257-64.
10. Nijman J.L. Sixma H., van Triest B. Et al The quality of radiation care: The results of focus group interviews and concept mapping to explore the patient's perspective // Radiotherapy & Oncology, 2012, v.102, Issue 1, p.154-160
11. Keldsen D.P., Multimodality therapy of local regional esophageal cancer // Semin Oncology, 2008, p.6-10.
12. Lordick F., Hölscher A., Haustermans K., Wittekind C. Multimodal treatment of esophageal cancer // Langenbecks Arch Surg., 2013, v.398(2), p.177-87
13. Muijs C.T. et al, External beam radiotherapy combined with intraluminal brachytherapy in esophageal carcinoma. // Radiotherapy and oncology, 2012, v.102, p.303-308.
14. Minsky B.D., Pajak T.F., Ginsberg R.J. et al. INT 0123 (Radiation Therapy III trial of combined-modality therapy for esophageal cancer: high-dose versus standard-dose radiation therapy // J Clin Oncol., 2008, p.1167–1174.
15. Schraube P., Fritz P., Wannenmacher M. Combined endoluminal brachytherapy and external irradiation of inoperable esophageal carcinoma // Radiotherapy and oncology, 1997, v.44, p. 45-51.

Xülasə

Yanaşı şüa terapiyası zamanı qida borusu xərçəngi olan xəstələrin sağqalma dərəcəsi

İ.H.İsayev, N.Q.Quliyeva, G.G.Nəsirova, R.R.Qazıyeva

Müştərək şüa müalicəsi distansion şüa terapiyası ilə müqayisədə qida borusu xərçəngi ilə xəstələrin yaşama göstəricələrini xeyli yaxşılaşdırır. Xəstəliyin mərhələsi yaşama göstəricilərinə əhəmiyyətli təsir göstərir.

Summary

Survival in patients with esophageal combined radiotherapy

I.G. Isaev, N.G. Guliyeva, G.G. Nasirova, R.R. Kaziyeva

Combined radiotherapy in compurizon with external beam radiation therapy considerably improves survival of patient with esophageal cancer. The stage of the disease is most important factor for survival.

Daxil olub: 23.04.2014

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

А.М. Сафаров, А.М. Мамедов

Азербайджанский медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии, г.Баку

Açar sözlər: parodontun iltihabi xəstəlikləri, müalicə, effektivlik
Ключевые слова: воспалительные заболвания пародонта, лечение, эффективность
Keywords: inflammatory periodontal disease, treatment effectiveness

Обзор данных научной литературы в этом направлении за последние 10 лет свидетельствует о широком применении в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта натуральных природных факторов, что можно объяснить повышением уровня аллергизации населения к различным лекарственным средствам [1,2]. А одним из перспективных направлений научной деятельности зарубежных и отечественных стоматологов стало разработка и внедрение средств растительного происхождения, обладающих широким спектром биологически активных

компонентов [3]. Так применения настоя из черемухи при лечении хронического генерализованного пародонтита способствовало нормализации иммунологического статуса (Т- и В-лимфоциты) больных и в конечном счете привело к ускоренному купированию воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта, при этом особо хотелось отметить, что данное средство способствовало удлинению сроков ремиссии заболеваний и налицо явно-выраженный профилактический эффект. При применении десневых повязок, в состав которых были включены экстракты некоторых лекарственных растении (тысячелистник, шиповник и т.д.) был выявлено ее противовоспалительное действие, все без исключения пациенты отмечали хороший дезодорирующий эффект, полное отсутствие кровоточивости и дискомфорта в полости рта [4,5].

Основная цель, изложенная в этом документе, заключается в изучении эффективности в лечении и профилактике стоматологических заболеваний препаратов, изготовленных из лекарственных растении– представителей семейства пряно- ароматических растений, обладающих рядом биологически активных компонентов и отличающихся наличием больших запасов на территории Азербайджанской Республики. Что в первую очередь свидетельствует об их доступности и экономической выгодности. Проведенные химические исследования по изучению состава Тимус Карамаржаниус выявили довольно сложный состав включающий до 85% эфирных масел, тимола и карвакрола заметное количество приходится на долю кетонов: камфора- (до 9,48%) и терпинол (до 14,28%). Конкретными результатами разносторонних исследований видов тимьяна доказана возможность их применения в пищевой промышленности и медицинской практике [6,7].

Цель исследования: повышение эффективности профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта**.**

Материал и методы исследований. Для достижения поставленной цели было проведено комплексное стоматологическое обследование 280 больных, обратившихся в Стоматологическую Клинику АМУ и проходивших курс терапии по поводу заболеваний тканей пародонта, и разделенных на три группы исследований с учетом проводимого лечения: 1) 35 больных пародонтитом легкой степени, которым назначались гигиенические средства-контрольная группа; 2)35 больных пародонтитом (хлоргексидин биглюконат)-группа сравнения; 3)35 обследуемых составили группу больных с легкой степенью пародонтита (T.karamarjanicus)- основная группа. Клинические исследования осуществлялись с использованием гигиенических и пародонтальных индексов.

В зависимости от применяемых лечебно-профилактических средств 45 больных с признаками воспалительных процессов в тканях пародонта были разделены на 3 группы. Участники первой контрольной группы (n=15) использовали профилактические зубные пасты; вторую группу сравнения (n=15) составили больные, использующие в качестве ополаскивателя антисептик хлоргексидин биглюконат-0,05%; в основную группу (n=15) вошли пациенты, которым после снятия зубных отложений назначали аппликации эфирного масла чабреца.

Состояние местного иммунитета оценивали по содержанию иммуноглобулинов S-IgA, IgA, IgG в ротовой жидкости пациента до и после лечения. Исследованию подвергалась нестимулированная смешанная слюна. Уровень иммуноглобулинов определяли с помощью метода радиальной иммунодиффузии (Manchini G., etal., 1965). Статистические методы исследования включали методы вариационной статистики (определение средней арифметической величины- M, их средней стандартной ошибки- m, критерия значимости Стьюдента-t). Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнялась с использованием стандартных программных пакетов прикладного статистического анализа (Microsoft Excel и Statistica 6.0 для Windows).

Результаты собственных исследований. Почти полностью отсутствовали клинические признаки воспаления у пациентов основной группы и в более отдаленные сроки исследований, через три месяца, что подтверждалось полученными по пародонтальному индексу статистическими данными (1,65±0,29). Сравнительный анализ результатов по всем группам больных выявил почти аналогичную с предыдущей группой стабильность на всех этапах наблюдений в показателях изучаемого индекса и в контрольной группе, где в лечебно-

профилактических целях назначались эффективные гигиенические средства (1,97±0,048). Обострение воспалительного процесса в тканях пародонта и повышение значения индекса PI в отдаленные сроки исследований чаще всего регистрировались в группе сравнения (2,06± 0,032). Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта с применением аппликаций эфирного масла чабреца позволяет купировать патологический процесс в околозубных тканях у подавляющего большинства обследуемых больных.

Таблица 1

Состояние пародонта у обследованных по пародонтальному индексу Рассела (PI)

Группы обследованных	Сроки обследования				
	До лечения	Через 14 дней	$p_{до}<$	Через 3 мес.	$p_{до}<$
Группа 1 (n=35)	2,59±0,067	1,66±0,070	0,001	1,97±0,048	0,001
Группа 2 (n=35)	2,56±0,059	1,22±0,025	0,001	2,06±0,032	0,001
$p_1<$	-	0,001		0,001	
Группа 3 (n=35)	2,48±0,053	1,21±0,024	0,001	1,65±0,29	0,001
$p_1<$	-	-		0,001	
$p_2<$	-	0,001		-	

Примечание: p - статистическая достоверность различия значений

Сравнительный анализ с результатами, полученными в контрольной группе, в которой использовали гигиенические зубные пасты, выявил достоверную разницу с таковыми в основной группе. Так если до начала курса базовой терапии данные определялись в значении 2,05±0,026, то через 14 дней после начала лечения у пациентов значения исследуемого индекса составили всего лишь 1,83±0,020. Почти полностью отсутствовала кровоточивость десны у пациентов основной группы и в более отдаленные сроки исследований, т.е. через три месяца, что подтверждалось полученными статистическими данными по индексу Мюллемана в модификации Коуэлл (1,23±0,016) в вышеуказанные сроки (табл.1). Это можно объяснить использованием в основной группе для лечебно-профилактических мер аппликации эфирного масла чабреца, в составе которого входит несколько биологически активных компонентов карвакрол, тимол, дубильные вещества. Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта с применением аппликаций эфирного масла чабреца позволяет уменьшить кровоточивость десен у подавляющего большинства обследуемых больных уже на начальных этапах наблюдений.

Таблица 1

Оценка кровоточивости десны по индексу Мюллемана (Muhlemann,1971) в модификации Коуэлл (Cowell I., 1975)

Группы обследованных	Сроки обследования				
	До лечения	Через 14 дней	$p_{до}<$	Через 3 мес.	$p_{до}<$
Группа 1 (n=35)	2,05±0,026	1,83±0,020	0,001	1,92±0,017	0,001
Группа 2 (n=35)	1,98±0,23	1,50±0,019	0,001	1,66 ±0,021	0,001
$p_1<$	-	0,001		0,001	
Группа 3 (n=35)	2,03±0,029	1,23±0,016	0,001	1,37±0,018	0,001
$p_1<$	-	0,001		0,001	
$p_2<$	-	0,001		0,001	

Примечание: p - статистическая достоверность различия значений

Для оценки изменений биохимического состава слюны в процессе развития патологических процессов в мягких тканях пародонта и эффективности лечебно-профилактических мероприятий было изучено содержание продуктов перекисного окисления липидов в ротовой жидкости. Выявлено, что в ротовой жидкости пациентов с пародонтитом легкой степени происходит достаточно выраженное повышение содержания продуктов перекисного окисления липидов, а именно, диеновых конъюгатов и малонового диальдегида.

Биохимические исследования ротовой жидкости и сравнительный анализ полученных результатов позволил выявить выраженную разницу данных по основной группе, где в целях терапии применялось эфирное масло одного из видов чабреца, по сравнению с данными, полученными в контрольной и группе сравнения **(табл. 2).** Вышеизложенное подтверждалось полученными результатами: достоверно высокий по сравнению с группой обследуемых с интактным пародонтом (IgA- 0,18±0,005 г/л) уровень иммуноглобулинов IgA, IgG и секреторного иммуноглобулина sIgA наблюдался во всех группах больных пародонтопатиями (IgA- 0,36±0,007 г/л; 0,37±0,012 г/л и 0,35±0,007 г/л).

Результаты проведенных лабораторных исследований свидетельствуют о том, что в процессе лечебно-профилактических мероприятий с применением эффективных гигиенических средств наблюдалось некоторые позитивные изменения в показателях иммунологической реактивности органов и тканей полости рта больных.

Таблица 2

Изменение иммунологических показателей в контрольной группе

Показатели	Интактный пародонт (n=15)	Сроки обследования				
		до лечения	14 дней после лечения	$\frac{P_{до}<}{P_{интакт}<}$	3 мес. после лечения	$\frac{P_{до}<}{P_{интакт}<}$
IgA (г/л)	0,18±0,005	0,37±0,012	0,38 ±0,006	$\frac{-}{0,001}$	0,32±0,007	$\frac{0,01}{0,001}$
IgG (г/л)	0,29±0,003	0,37±0,004	0,34±0,003	$\frac{0,001}{0,001}$	0,35±0,003	$\frac{0,05}{0,001}$
sIgA (г/л)	0,27±0,003	0,40±0,003	0,36±0,003	$\frac{0,001}{0,001}$	0,35±0,003	$\frac{0,001}{0,001}$

Примечание: p - статистическая достоверность различия значений

Таблица 4

Изменение показателей иммунитета в основной группе больных (n=20)

Показатели	Интактный пародонт (n=15)	Сроки обследования				
		До лечения	14 дней после лечения	$\frac{P_{до}<}{P_{интакт}<}$	3 мес. после лечения	$\frac{P_{до}<}{P_{интакт}<}$
IgA (г/л)	0,18±0,005	0,36±0,007	0,34±0,006	$\frac{0,01}{0,001}$	0,28±0,003	$\frac{0,01}{0,001}$
IgG (г/л)	0,29±0,003	0,38±0,003	0,45±0,003	$\frac{0,001}{0,001}$	0,38±0,004	$\frac{-}{0,001}$
sIgA (г/л)	0,27±0,003	0,40±0,003	0,34±0,003	$\frac{0,01}{0,001}$	0,28±0,003	$\frac{0,001}{0,05}$

Примечание: P - статистическая достоверность различия значений

Так, после своевременного и правильного гигиенического ухода с использованием традиционных и апробированных в практической стоматологии профилактических средств наблюдалось снижение уровня в ротовой жидкости иммуноглобулина IgA и секреторного иммуноглобулина, что отмечалось на более поздних этапах исследований (0,32±0,007 г/л и 0,35±0,003 г/л, соответственно).

Улучшение функционального состояния факторов местного иммунитета полости рта больных с воспалительными заболеваниями пародонта наблюдалось по всем исследуемым иммуноглобулинам в процессе применения в комплексном лечении аппликаций эфирного масла чабреца.

Установлено достоверное снижение уровня иммуноглобулина IgA и секреторного sIgA в смешанной слюне после начала лечения, как на начальных этапах исследований, так и в более поздние сроки. ортопедических больных всех трех групп исследований **(табл. 4).** В основной группе стоматологических

больных, где назначались аппликации эфирного масла, наряду со снижением уровня секреторного иммуноглобулина, в ротовой жидкости наблюдалось увеличение количества иммуноглобулина IgG.

При оценке степени влияния вышеуказанного растительного препарата на нормализацию местного иммунитета полости рта был осуществлен статистический анализ полученных результатов, который выявил следующую динамику в снижении показателей: количество иммуноглобулина IgA до начала лечения 0,36±0,007 г/л; через две недели - 0,34 ± 0,006 г/л; на третий месяц - 0,28±0,003 г/л.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисенко Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. Волгоград, 2007, 24 с.

2. Burt S., Vlielander R., Haagsman H., Veldhuizen E. Increase in activity of essential oil components carvacrol and thymol against *Escherichia coli* O157:H7 by addition of food stabilizers // J. Food Prot., 2005, v. 68, No 5, p. 919-926

3. Модина Т.Н., Мамаева Е.В. Состояние здоровья подростков и пародонтологический статус // Педиатрия, 2008, №2, с. 131-134.

4. Деньга О.В., Косенко Д.К., Шпак С.В., Макаренко О.А. Результаты клинического исследования зубной пасты «Lacalut Alpin» // Современная стоматология, 2011, №1, с.56-60.

5. Танская Ю.В., Клишина И.И., Попова О.И. Исследование антимикробного действия эфирного масла, водного и водно-спиртового извлечений из травы чабера садового (Satureja hortensis L.) // Науч. Обозрение, 2008, №1, с. 40-43.

6. Михайлова А.Б. Опыт лечения катарального гингивита препаратами растительного происхождения / Сборник трудов XXXI Итоговой конференции молодых ученых МГМСУ. М., 2009, с. 235-236.

7. Kasumov F.Y. Study of chemical composition of essential oil thymus nummularis Bieb. and its useful properties/10 International Symposium “Natural Product Chemistry”. Karachi, 2006, p. 202

Xülasə

Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsinin effektivliyinin artırılması

A.M. Səfərov, A.M. Məmmədov

Alınan nəticələri təhlil etdikdə məlum olur ki, bitki əsaslı vasitələr yerli müsbət təsir göstərərək ağız boşluğu selikli qişasının, o cümlədən parodont patologiyalarını aradan qaldırmaqla yanaşı mikroelement balansını da bərpa edə bilir. Tədqiqat zamanı bitki əsaslı preparatın tətbiqi zamanı *Thymus karamarianicus* bitkisinin efir yağının ağız boşluğunun immunoloji göstəricilərinə təsiri qiymətləndirilmiş, xəstə üzərində müayinə və müşahidələr aparılmışdır. Bioloji neytral efir yağı ağız boşluğunun immumoloji göstəricilərinin normal həddə qayıtmasına yardım edir. Alınan nəticələr göstərir ki, kəklikotu bitkisinin efir yağının tərkibindəki antioksidant və mukoprotektor maddələrlə ağız boşluğunda baş verən patologiyalara yerli antioksidant və müdafiə təsiri göstərir. Bu səbəbdən onun terapevtik stomatologiyada tətbiq edilməsi məqsədəuyğundur. .

Summary

Improving the efficiency of the treatment of inflammatory periodontal diseases

A.M. Safarov, A.M. Mamedov

Analysis of the data allows you to set the activationf reparative processes, analgesic and anti-edema effect, stimulation of local factors of immunological reactivity and antioxidant protection when using applications of Thymus karamarianicus essential oils in the treatment and prevention of inflammatory diseases developing in the oral mucosa and periodontal tissues. To assess changes in biochemical composition of saliva during the development of pathological processes in the soft tissues and the effectiveness of periodontal treatment and preventive measures have been studied antioxidant system of oral fluid. So, after timely and proper hygienic care using essential oil of one species of thyme, due to the presence in its composition of immunostimulatory components observed marked activation of local protective factors and antioxidant system.

Daxil olub: 09.04.2014

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II И ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Г.М.Дадашова
НИИ Кардиология Азербайджана им.Дж.Абдуллаева, Баку, Азербайджан

Açar sözlər: gender xüsusiyyətlər, angiotenzinçevirən ferment inhibitoru, II angiotenzin reseptor blokatorları, ürək çatışmazlığı, arterial hipertenziya
Ключевые слова: гендерные особенности, и АПФ, БРА , хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия.
Keywords: gender features, ACE inhibitors, ARBs, chronic heart failure, arterial hypertension

Связи с постоянно возрастающим количеством данных о важности специфических гендерных различий между заболеваниями, в последние годы особое развитие приобрела гендерная кардиология, поскольку отличия в факторах риска, клинически проявлениях, диагностических и лечебных подходах к лечению мужчин и женщин более всего выражены именно при заболеваниях сердечно-сосудистой системы [2, 3,4,5,10].

Многочисленные клинические исследования с применением ингибиторов АПФ показал, что имеются гендерные различия действия- у женщин эффективность ИАПФ ниже, чем у мужчин. В исследовании EUROPA применение периндоприла подтвердило эффективность превентивной терапии у мужчин с высоким риском осложнений, но не было достоверным в группе женщин. Накопленные данные пока не позволяют с уверенностью говорить о гендерных различиях эффектов БРА, несмотря на опубликованные результаты крупномасштабных исследований (LİFE, VALUE, ValHeFT, VALİANT, OPTİMAAL, CHARM) [6,7,8,9,11]. Тем не менее, теоретические предпосылки к различной эффективности БРА у лиц разного пола существуют.

Таким образом, несмотря на то, что для многих антигипертензивных препаратов выявлены фармакологические различия в их воздействии на женщин и мужчин, для еще большего количества лекарственных средств специфические гендерные различия остаются неиисследованными. Это делает актуальным дальнейшее изучение гендерных особенностей лекарственных средств у мужчин и женщин.

Цель исследования. Изучение показателей гемодинамики у мужчин и женщин, страдающих хронической сердечной недостаточностью под влиянием лечения блокаторами рецепторов ангиотензина II (БРА) и ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 165 пациентов в возрасте от 45 до 80 лет. Среди них было 96 женщин и 69 мужчин. Всем больным было проведено общепринятое клинической и лабораторное исследование, СМАД, определение самоконтроля АД каждые 3 часа в течение 24 часов (в ночное время измерения в 24:00 и в 6:00) до лечения и перед выпиской пациента из клиники. Также изучались показатели ЭКГ, ЭХО КГ «Vivid 3». Пациенты заполняли опросник самоконтроля в котором отмечали количество эпизодов болей в области сердца, головных болей, общего самочувствия в баллах, вызовов дежурного врача в вечернее и ночное время, количество перебоев в работе сердца. Женщины и мужчины были разделены по признаку лекарственной терапии. Среди мужчин ингибиторы АПФ (престариум и нолипрел, Servie) получали соответственно 39 человек, а препараты БРА (диован, Novartis) получали 30 человек. Среди женщин и АПФ получали 50 человек, БРА- 46 человек. **Результаты исследования.** Под влиянием препаратов БРА (диован) у мужчин разность снижения САД была в пределах 34,3 мм. рт. ст., у женщин эта разность снижения достигала 67,5 мм. рт. ст.($p<0,0001$). Достоверной также оказалась разность снижения ДАД у мужчин и женщин, а именно: ДАД снижалось на 13,8 мм. рт. ст. у мужчин, а у женщин на 26,5 мм. рт. ст. ($p<0,0002$). ЧСС у мужчин уменьшалась на 18 ударов в минуту, а у женщин уменьшалась на 26 ударов в минуту ($p<0,02$). Под влиянием БРА количество эпизодов болей в области сердца у мужчин уменьшалось на 3,8, а у женщин уменьшалось на 6,1 ($p<0,0001$).

Другие показатели достоверных отличий в гендерном аспекте не обнаруживали.

Таблица 1

Гендерные различия эффективности лечения БРА

Показатели	Мужчины	Женщины	p
САД мм.рт.ст.	- 34,3	-67,5	p<0,0001 Различия достоверны
ДАД мм.рт.ст.	-13,8	-26,5	p<0,0002 Различия достоверны
ЧСС уд. в мин.	-18,0	-26	p<0,02 Различия достоверны
Количество эпизодов болей в области сердца	-3,8	-6,1	p<0,0001Различия достоверны
Количество эпизодов перебоев в работе сердца	-4,85	-4,89	p<1,0 Различия недостоверны
Кол-во эпизодов Головных болей	5,03	5,41	p<1,0 Различия недостоверны
Общее самочувствие, баллы (0-5)	- 1,65	- 1,80	p<0,14 Различия недостоверны

Под влиянием терапии иАПФ (престариум, нолипрел) у мужчин САД снижалось на 32,8 мм. рт. ст., у женщин на 33.5 мм. рт. ст. (различия недостоверны). Также недостоверным было различие в ЧСС. У мужчин снижение ЧСС было на 15,1 уд/мин, у женщин на 18,1 уд/мин. Достоверным оказалось уменьшение эпизодов болей в области сердца и чувства перебоев в области сердца, что выражалось в уменьшении количества эпизодов у мужчин на 2,5, а у женщин на- 5,3 эпизодов (p<0,0001). Количество эпизодов ощущений перебоев в работе сердца у мужчин уменьшалось на 3,9, у женщин на 6,1 (p<0,0008). Общее самочувствие было оценено положительно в баллах у мужчин на 0,07, а у женщин - на 0,61 балла (p<0,0015).

Таблица 2.

Гендерные различия эффективности лечения и АПФ

Показатели	Мужчины	Женщины	p
САД мм.рт.ст.	-32,8	-33,8	p<1,0 Различия недостоверны
ДАД мм.рт.ст.	-12,6	-14,1	p<1,0 Различия недостоверны
ЧСС уд. в мин.	-15,1	-18,1	p<1,0 Различия недостоверны
Кол-во эпизодов болей в области сердца	-2,5	-5,3	p<0,0001 Различия достоверны
Количество эпизодов перебоев в работе сердца	-3,9	-6,1	p<0,0001 Различия достоверны
Количество эпизодов головных болей	-3,8	-5,7	p<0,0008 Различия достоверны
Общее самочувствие Баллы (0-5)	- 0,07	- 0,61	p<0,0015 Различия достоверны

Под влиянием лечения БРА установлена достоверная разность в изменении среднего АД у мужчин и женщин пожилого возраста (p<0,0001). Под влиянием терапии БРА у женщин пожилого возраста достоверно снижалось среднее АД (p<0,0001), а у мужчин- недостоверно.

Под влиянием терапии БРА у женщин пожилого возраста достоверно снижалось среднее АД (p<0,0001), а у мужчин- недостоверно.

У женщин достоверно уменьшалось пульсовое давление на фоне лечения БРА, а у мужчин- недостоверно. У женщин достоверно уменьшалось двойное произведение на фоне терапии БРА, а у мужчин недостоверно.

Таким образом, препараты БРА оказывали более выраженное снижение САД, ДАД, ЧСС и количества эпизодов болей в области сердца, среднего АД, пульсового давления у женщин, чем у мужчин. Препараты, относящиеся к группе и АПФ, наиболее существенно влияли на субъективное состояние пациента, выражающееся в уменьшении эпизодов головных болей, количества эпизодов болей и перебоев в работе сердца, улучшением общего самочувствия, количества эпизодов вызова врача у женщин по сравнению с мужчинами.

Выводы. У больных с артериальной гипертензией и ХСН отмечены существенные гендерные различия эффективности лечения блокаторами рецепторов ангиотензина II (диован) по показателям гемодинамики и клиническим данным. Обращают на себя внимание большие различия в снижении систолического и диастолического артериального давления, среднего АД, пульсового давления, под влиянием блокаторов рецепторов ангиотензина II. У мужчин отмечается более значительное уменьшение количества эпизодов болей в области сердца, головных болей и более выраженное отличие в разнице уменьшения эпизодов и количества перебоев в работе сердца под влиянием блокаторов рецепторов ангиотензина II. Согласно оценке общего самочувствия больных, гендерные различия заключались в том, что у женщин в отличие от мужчин отмечалось улучшение этого показателя (в баллах).

Таким образом, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (нолипрел, престариум) вызывали значимо большие различия в снижении диастолического артериального давления у женщин чем у мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тарловская И.И., Суворова Д.А., Соболев А.В. Гендерные различия эффективности гипотензивной терапии: лозартан и эналаприл // Системные гипертензии, 2012, №2, с.19.
2. Рациональная фармакотерапия сердечно- сосудистых заболеваний / Под общей редакцией Е.И. Чазова, Ю.Н. Беленкова. М.: Литтерра, 2005, с.65-75
3. Savarese G., Costanzo P., J. Cleland G.F. et al Мета-анализ исследований, сообщавших об эффектах ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина у больных без сердечной недостаточности // Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2013, N9(1), с.188-202
4. Перепечко В.П., Аристархова О.Ю. Возрастные, половые и гендернспецифические различия в течении социально-значимых заболеваний // Врач скорой помощи, 2011, №3, с.7-15.
5. Apple F.S., Jaffe A.S. Men are different than women;its tue for cardiac troponuin too //Clin Biochem, 2014, v.47(10-11), p.867-8.
6. *Cohn* J.N., Tognoni G. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure // N Engl J Med., 2001, v.345(23), p.1667–1675.
7. Dahlöf B., Devereux R.B., Kjeldsen S.E. et al // Lancet, 2002, v.359(9311), p.995-1003
8. Dickstein K., Kjekshus J. Comparison of the effects of losartan and captopril on mortality in optimal therapy in myocardial infarction with the Angiotensin II Antagonist Losartan // Am J Cardiol., 1999, v.83(4), p.477-81
9. Julius S., Kjeldsen S.E., Weber M. et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial // Lancet, 2004, v.363, p. 2022-31.
10. Shah A.S.V., Groffits M., Lee K.K. et al. Hihg –STEACS: High sensitivity cardiac troponin and the under diagnosis of myocardial infarction in women / European Society of Cardiology Congress Report. 2013
11. Swedberg K., Granger C. et al. Candesartan in Heart failure Assessment of Reduction in Mortality and morbidity (CHARM) // J Cardiac Failure, 1999, v.5, p.276-282.

Xülasə

II angiotenzin reseptorlar blokatorları və angiotenzinçevirən ferment inhibitorlarının xronik ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə hemodinamik göstəricilərdə gender xüsusiyyətləri

G.M.Dadaşova

Tədqiqatın məqsədi xronik ürək çatışmazlığından əziyyət çəkən kişi və qadınlarda II angiotenzin reseptorlar blokatorları və angiotenzinçevirən ferment inhibitorları ilə müalicənin təsiri altında hemodinamik göstəricilərinin öyrənilməsidir. 45-80 yaşlarında olan 165 xəstə müayinə edilmişdir. Onlardan 96 nəfər qadın, 69 nəfər kişi olmuşdur. Tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, angiotenzinçevirən ferment inhibitorları (noliprel, prestarium) diastolik arterial təzyiqin salınmasında qadınlarda kişlərə nisbətən dürüst yüksək fərqli olmuşdur.

Summary

Gender differences in the application hemodynamic angiotensin II receptor blockers and angiotensin converting enzyme inhibitors in patients with chronic heart failure

G.M.Dadashova

The purpose of the study. The study of hemodynamics in men and women with chronic heart failure treatment under the influence of angiotensin receptor blockers II (ARBs) and angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors. A total of 165 patients aged 45 to 80 years. Among them were 96 women and 69 men. Thus, inhibitors of angiotensin converting enzyme (noliprel, prestarium) caused significantly greater decrease in the difference in diastolic blood pressure in women than in men.

Daxil olub: 03.06.2014

ЛАТЕНТНЫЕ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА

А.А.Керимов

НИИ гематологии и трансфузиологии им.Б.Эйвазова, г.Баку

Açar sözlər: hemostaz, hiperkoaqulyasiya sindromu, trombozun prediktorları,anemiya
Ключевые слова: гемостаз, гиперкоагуляционный синдром, предикторы тромбоза, анемия
Keywords: hemostasis, hypercoagulative syndrome, predictors of thrombosis, anemia

Система гемостаза является защитной системой организма, обеспечивающей сохранение крови в жидком состоянии в пределах кровеносных сосудов, с одной стороны, и образование тромбов для предотвращения кровоизлияния при повреждении сосудов, с другой [1,2,3].

Свертывание крови обеспечивается взаимодействием между собой трех функционально-структурных компонентов: стенками кровеносных сосудов; клетками крови, в первую очередь тромбоцитами; плазменными ферментными системами-свертывающей, плазминовой (фибринолитической), калликреин- кининовой и комплемента[4,5,6].

Гемостатический процесс может быть разделен на несколько последующих стадий: локальный спазм и вазоконстрикция, агрегация и адгезия тромбоцитов, формирование тромбоцитарного тромба, стабилизация его фибрином, и растворение тромба после регенерации поврежденной стенки сосуда. При небольшом повреждении сосуда возникающая вазоконстрикция пережи- мает поврежденный участок, тромбоциты активизируются (агрегация и адгезия), образуя рыхлый сгусток. Затем каскад ферментативных реакций белков плазмы приводит к образованию плотного фибринового геля, не пропускающего плазму. Сразу же после образования фибринового тромба начинается фибринолиз и восстановление стенки сосуда[7,8,9]. В нормальных условиях эндотелий кровеносных сосудов обладает высоким антитромботическим потенциалом, что способствует поддержанию жидкого состояния крови. Вместе с тем, тот же эндотелий способен «терять» свои тромборезистентные свойства при застое крови, гипоксии, повреждении стенок сосудов физическими и химическими агентами, под влиянием экзо- и эндотоксинов, особенно бактериальных, иммунных комплексов, антиэндотелиальных и антифосфолипидных антител, медиаторов воспаления (интерлейкины, фактор некроза опухоли и др.), метаболических изменений сосудистой стенки (атеросклероз, диабетическая ангиопатия). В результате эндотелий меняет свой антитромботический потенциал на тромбогенный [10,11].

Поврежденный эндотелий сосудов, клетки которого содержат множество активаторов агрегации и адгезии тромбоцитов, а также плазменных факторов гемостаза, при

высвобождении их становится инициатором внутрисосудистого свертывания. Как результат – накопление массы тромбов, сначала тромбоцитарных, затем армирующихся фибрином, как следствие – гипоксия и ишемия внутренних органов и систем [4].

Тромбоэмболические заболевания занимают в мире первое место среди причин смертности и инвалидизации больных. Венозные тромбозы, коронарные и церебральные ишемии, облитерации артерий нижних конечностей существенно сокращают среднюю продолжительность жизни в популяции [12,13,14]. Своевременная диагностика изменения гемостатического баланса в сторону гиперкоагуляции у пациентов с риском развития тромботических осложнений остается актуальной задачей. Применяемые в лабораториях рутинные методы исследования системы гемостаза не всегда позволяют сделать однозначный вывод о коагулологическом статусе пациента. До сих пор не существует универсального метода, позволяющего оценить состояние всей системы свертывания в целом. В этой гомогенной системе обычно тромбоцитарный и плазменный гемостаз рассматривают отдельно. Наряду с этим продолжается поиск дополнительных информативных лабораторных и клинических критериев активации системы гемостаза.

Патологические сдвиги в системе гемостаза, приводящие к развитию тромбозов, обозначают термином «тромбофилия». Тромбофилия - хроническое состояние организма с повышенной склонностью к образованию тромбов кровеносных сосудов различной локализации и калибра. Тромбофилия- это состояние риска венозного и случайного артериального тромбоэмболизма вследствие гематологических и негематологических причин. В связи с этим больные, подвергнутые любому риску тромбоэмболических осложнений, должны быть под регулярным медицинским контролем [15].

В последние годы были расшифрованы механизмы и разработаны точные методы распознавания многих тромбофилий. Обычно под понятием «тромбофилия» понимают генетически детерминированное состояние, однако существуют и приобретённые состояния повышенной склонности к тромбообразованию. Таким образом, факторами риска тромбообразованиямогут быть как наследственные, так и приобретенные дефекты в системе гемостаза [16,17,18].

К наиболее встречаемым формам генетически обусловленных тромбофилий относятся:

-мутация Лейден в гене фактора свертываемости 5 (F5 G1691A);

-мутация в гене коагуляционного фактора 2, или протромбина (F2 G20210A)

-мутации гена MTHFR. Фактор MTHFR (фермент фолатного цикла - метилентетрагидрофолатредуктаза) играет ключевую роль в обмене фолиевой кислоты. На данный момент известны два генетических маркера, приводящие к снижению активности фермента и, как следствие, к изменению уровня гомоцистеина: MTHFR (C677T) и MTHFR (A1298C)$

-мутация ингибитора активатора плазминогенаSERPINE (PAI-1 675 5G/4G);-мутация фибриногена бета- 455 G -A (F1)[19].

Необходимо подчеркнуть, что тромбофилия относится к гетерогенным заболеваниям, т.е., носители аллеля, предрасполагающего к тромбофилии, каких-либо клинических проявлений заболевания могут и не иметь до момента воздействия провоцирующих факторов. К таким факторам относятся: обширное хирургическое вмешательство, онкологические заболевания, беременность, иммобилизация, травма, пожилой и старческий возраст, применение оральных контрацептивов, различные гуморальные предикторы тромбообразования. Считается, что наиболее тромбоопасны комбинированные (комбинация нескольких первичных факторов) и сочетанные (сочетание первичных и приобретенных факторов) варианты тромбофилий [20,21].

Таким образом, предтромботические состояния клинически могут протекать латентно и тромботические осложнения чаще всего диагностируют при развитии первого эпизода тромбообразования [22,23]. Вот почему, необходим дальнейший поиск предикторов тромбообразования, характеризующих латентные гиперкоагуляционные состояния.

В последние годы выявлена самостоятельная форма предтромботической коагулопатии - гиперкоагуляционный синдром. При этом термин «тромбофилия» не заменяется на термин «гиперкоагуляционный синдром» или «гиперкоагуляционное состояние». В основе формирования

гиперкоагуляционного синдрома лежит активация по тем или иным причинам механизмов свертывания крови при сохранном сбалансированном противодействии противосвертывающих систем [23,24]. При гиперкоагуляционном синдроме не наблюдается образования тромбов ни в артериальной, ни в венозной системе, ни в системе микроциркуляции, нет специфических изменений клинической картины основного заболевания, однако при этом может повышаться интенсивность внутрисосудистого свертывания крови [25]. Иными словами при гиперкоагуляционном синдроме регистрируется состояние повышенной готовности циркулирующей крови к свертыванию. Гиперкоагуляционный синдром сопровождает многие патологические состояния и его диагностика важна, так как позволяет определить тромбогенный риск у больных с различной патологией [26]. Некоторые авторы взамен термина «гиперкоагуляционный синдром/состояние» предлагают понятие «состояние тромботической готовности», наиболее полно, по их мнению, описывающее клинические и лабораторные проявления активации свертывания крови, в том числе на фоне приема антикоагулянтов [27].

Хронические заболевания часто могут иметь постоянное повышение интенсивности внутрисосудистого свертывания крови, которое не проявляется какими-то особыми изменениями клинической картины основного заболевания [28,29]. При значительном повышении интенсивности внутрисосудистого свертывания крови, которое уже оказывает влияние на клиническую картину и сопровождается нарушением функции органов и тканей, следует диагностировать высшую стадию выраженности внутрисосудистого свертывания крови, которая соответствует понятию ДВС-синдрома [30].

Для обозначения латентно текущего ДВС-синдрома был предложен термин «постоянное внутрисосудистое свертывание», заменив им и другое название латентного ДВС-синдрома — «хронический ДВС-синдром» [31]. Таким образом, есть мнение, что термин «латентный ДВС-синдром» остается терминологически в нескольких интерпретациях: «хронический ДВС-синдром», «постоянное внутрисосудистое свертывание», «гиперкоагуляционный синдром», «гиперкоагуляционное состояние» «гиперкоагуляционный синдром/состояние», «состояние тромботической готовности» [28]. По нашему мнению, для обозначения клинически не проявляющегося состояния гиперкоагуляции, наиболее приемлем термин «латентный гиперкоагуляционый синдром». Становится очевидным, что латентный гиперкоагуляционый синдром необходимо исследовать и у пациентов, не имеющих клинически выраженную угрозу тромботических осложнений. Особенно это касается заболеваний, при которых углубленное исследование параметров, указывающих на предрасположенность к тромбозу, не входит в алгоритм диагностики.

В этом плане особый интерес представляет исследование гемостаза у больных анемией различного генеза. И, в частности, вопросы взаимосвязи анемий с факторами (параметрами), влияющими на интенсивность внутрисосудистого свертывания крови. Анемия при гемобластозах относится к группе анемий хронических заболеваний [32]. Этот симптом наблюдается довольно часто и встречается в 60–80% случаев гемобластозов [33,34,35]. Одним из механизмов развития анемии является значительное уменьшение нормального периода жизни эритроцитов. Наличие способности эритроцитов к агрегации приводит к нарушению процессов транскапиллярного обмена, в результате чего возникает т.н. анемия повреждения [36,37] . В связи с этим при развитии ДВС- синдрома у больных гемобластозами может иметь место повреждение эритроцитов в сосудистом русле, что приводит к развитию анемии [38]. Причиной гемолиза эритроцитов может быть разрушение их в микротромбах вследствие ДВС-синдрома, который часто обнаруживается при гемобластозах [39,40,41]. О наличии хронического ДВС-синдрома свидетельствуют разнонаправленные сдвиги в коагулограмме: наличие гипо- гиперкоагуляции, повышенный уровень РФМК, активация противосвертывающих механизмов [42,43]. Представляет интерес изучение состояния сосудисто- тромбоцитарного, коагуляционного и противосвертывающего звеньев системы гемостаза во взаимосвязи с анемией у больных гемобластозами. Подобные работы в литературе единичны [44].

Анемия в человеческом организме часто связана с недостатком железа. Недавно появились сведения о связи определяемого низкого уровня сывороточного железа с

повышенной склонностью к тромбообразованию у больных различными хроническими заболеваниями. Есть мнение, что дефицит железа может спровоцировать тромбоз и даже явиться независимым предиктором худшего прогноза пациентов с соматической патологией [45]. Тромбоцитоз при дефиците железа повышает риск тромбообразования и смерти от сердечно-сосудистых причин [46,47]. Напротив, коррекция железодефицита на фоне терапии рЭПО значимо снижает число тромбоцитов и может уменьшить риск тромбозов [48].

При снижении железа может повышаться число тромбоцитов, которые участвуя в процессе тромбообразования в сосудах, обеспечивают флеботромбоз и существенно влияют на другие звенья коагуляции. Тромбогенез приводит к активации тромбоцитов и индукции процессов их адгезии, реакции высвобождения и агрегации [47].

Исследование состава крови 609 пациентов с наследственной геморрагической телеангиэктазией (болезнь Рандю- Ослера-Вебера) выявило, что риск появления в сосудах тромбов действительно был связан с низким уровнем сывороточного железа из-за потери крови вследствие хронических кровотечений. При этом у больных с анемией, риск образования тромбов возрастал резко в несколько раз. Причина повышенной склонности к тромбообразованию у этих больных была ранее неизвестна. Высказано предположение, что связь между уровнем сывороточного железа и свертывающей способностью крови реализуется через фактор свертываемости VIII, содержание которого в крови повышается по мере снижения концентрации железа в сыворотке крови. Возможно, это связано с тем, что ген, кодирующий фактор VIII, имеет участки, которые могут связываться с железосодержащими протеинами. Данный механизм, по мнению исследователей, выработался в процессе эволюции как защитная реакция на кровопотерю, когда возникает необходимость быстрее тромбировать поврежденные кровоточащие сосуды [49]. Специалисты пришли к выводу, что низкий уровень железа в крови увеличивает риск формирования кровяных сгустков в 2,5 раза по сравнению с нормальным уровнем железа [цит. по:amn.net.ua]. Пищевые добавки, содержащие железо, могут быть использованы для профилактики возникновения венозного тромбоза и кровяных сгустков. Прием железа пациентами, страдающих заболеваниями кровеносных сосудов приводили к снижению риска возникновения кровяных сгустков [50]. С другой стороны можно предположить, что риск появления в сосудах тромбов у лиц, имеющих наследственную предрасположенность к тромбозу, выше, когда они имеют сопутствующий железодефицит.

Изучение системы гемостаза (и в частности интенсивности внутрисосудистого свертывания крови) при различных железодефицитных состояниях представляет значительный интерес в связи с широким распространением этой патологии во всем мире. По данным ВОЗ, около 1 миллиарда людей страдают анемией, возникающей из-за нехватки железа в организме [51]. Описано более 200 заболеваний, при которых развивается ДВС-синдром [52]. В литературе имеются единичные сведения о наличии гиперкоагуляции у больных с анемией хронических заболеваний (т.н. железоперераспределительной анемией) и возможной предтромботической готовности системы гемостаза у части этих пациентов [53]. Авторы связывали развитие ДВС-синдрома при этой анемии с маркерами воспаления [32]. Недавно, у одной трети женщин с впервые выявленной ЖДА был выявлен латентный гиперкоагуляционый синдром, который характеризовался наличием маркеров ДВС- повышенным содержанием РФМК и положительным этаноловым тестом, а также нарушением других показателей коагулограммы [28].

Таким образом, в литературе практически отсутствуют указания на наличие состояния гиперкоагуляции при такой распространенной форме анемии, как ЖДА. Мы не встретили работ и по комплексному изучению параметров гемостаза у больных гетерозиготной бета-талассемией minor и альфа-талассемией, имеющих железодефицит. С другой стороны, в связи с повышенной частотой тромботических осложнений у больных некоторыми формами талассемий [54,55], представляет также интерес исследование предикторов тромбоза при этом заболевании.

В настоящее время лабораторная диагностика состояния системы гемостаза находится в прямой зависимости от той или иной клинической картины. Для

ориентировки в огромном спектре коагулологических тестов и нарушений гемостаза используется много методических подходов. Нарушение нижеперечисленных лабораторных параметров указывает на предрасположенность к тромбозу: тромбоцитоз, нарушение агрегации и адгезии тромбоцитов, гиперпротромбинемия, укорочение АЧТВ гиперфибриногенемия, высокая активность фактора Виллебранта и фактора VIIIa, угнетение Хагеман-зависимого лизиса эуглобулиновой фракции плазмы и высокий уровень D-димера , повышенное содержание РФМК в плазме дефицит антитромбина III, резистентность к активированному белку С, дефицит протеинов С и S [4].

Однако среди разнообразия существующих методов исследования системы гемостаза отсутствует единый диагностический алгоритм обследования пациентов с подозрением на тромботические осложнения. По нашему мнению необходимо определить лабораторный минимум параметров системы гемостаза, включающих в себя все звенья: сосудисто- тромбоцитарное, плазменно-коагуляционное и противосвертывающее (*естественные антикоагулянты и система фибринолиза*). Так, тромбоцитарное звено оценивать по количеству тромбоцитов, по агрегации и адгезии тромбоцитов ; плазменно-коагуляционное звено по протромбиновому времени, активированному частичному тромбопластиновому времени (АЧТВ), фибриногену; фибринолитическую активность по XII-акалликреин-зависимому фибринолизу; антикоагулянтное звено–по активности антитромбина III (АТ III) и протеина С; маркерыДВС-синдрома- определив растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) и уровень D-димера.

Таким образом, изучение латентных гиперкоагуляционных нарушений гемостаза у больных наследственными и приобретенными анемиями весьма актуально. Раннее выявление признаков повышенной активации свертывания крови- латентного гиперкоагуляционного синдрома - может существенно повысить эффективность профилактики тромботических осложнений. Своевременное выявление предикторов тромбогенной опасности позволит провести необходимую коррекцию гиперкоагуляции и оптимизировать лечение у этой группы пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Руководство по гематологии в 3 т. Т. 3. Под ред. А. И. Воробьёва. 3-е изд. Перераб. и дополн. М.: Ньюдиамед: 2005. 416 с.

2.Физиология человека: в 3-х томах. Т. 2. Пер. с англ. / Под ред. Р. Шмидта и Г.Тевса. 3-е изд., М., Мир, 2005, 314 с.

3.Момот А.П. Патология гемостаза принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. СПб., 2006, 210 с.

4.Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза.М.: Ньюдиамед, 2001, 286 с.

5. Green D.Coagulation cascade // Hemodialysis International, 2006, v.10, p.2–S4.

6.Hemostasis and Thrombosis 2nd Edition. T.G. DeLoughery. Landes Biosciencep.2004, 218 p.

7. Romney G., Glick M. An Updated Concept of Coagulation With Clinical Implications// J. Am. Dent.Assoc., 2009,140, p.567-574.

8.Hemostasis and Thrombosis. Basic Principles and Clinical Practice. Editors: Robert W. Colman and others. 2001. 200 p.

9.Баркаган З.С. Очерки анти тромботической фармакопрофилактики и терапии. Монография. М.: Ньюдиамед, 2000, 142с.

10. Полонецкий О.Л., Полонецкий Л.З. Роль сосудистого эндотелия в поддержании гомеостаза и регуляции гемостаз // Медицинские новости, 2012, № 6, с.6-11.

11.Кутафина Н.В. Механизмы функционирования сосудистого гемостаза // Международный научно-исследовательский журнал, 2012, октябрь, с.3-9.

12.Баркаган З.С. Нарушения гемостаза у онкогематологических больных. Клиническая онкогематология, под ред. А.М. Волковой. М.: Медицина, 2001, гл.32, с.461-478.

13.Bick R.L. Disorders of Hemostasis and Thrombosis. Principles of Clinical Practice. New York., 1985, 371 p.

14.Sammama M.M., Simonneau G., Wainotein J.P. et al. Sirius study : epidemiology of risk factor of deep venous thrombosis (DVT) of the lowers limbs // Thromb. Haemost, 1993, v.69, №6, p. 763.

15.Сироткина О.В., Шварц Е.И. Молекулярно-генетические основы развития предрасположенности к артериальным тромбозам / В сборнике: Тромбы, кровоточивость и болезни сосудов, 2003, с.89-90.

16.Бокарев И.Н. Тромбофилии, венозные тромбозы и их лечение //Клин.мед.,2002,№5, с.4-8.

17.Козлова Т.В. Гипергомоцистеинемия как клиническое проявление риска тромбозов текст// Клиническая медицина, 2005, №2, с.9-12.

18. Зубаиров Д.М. Тромбофилии // Казанский медицинский журнал, 1996, №1, с.1-15.

19.Гусина А.А., ГусинаН.Б. Генетические дефекты про- и антикоагулянтных белков как факторы риска венозных тромбозов // Медицинские новости, 2006, №9, с. 10-14.

20. Патрушев Л.И. Тромбофилические состояния и современные методы их диагностики // Русский медицинский журнал, 1998, т.6, №3, с. 181-185.

21.Баркаган З.С. Учение о тромбофилиях на современном этапе // Пробл. гематол. и перелив, крови 2002, №1, с. 6-7.

22.Балуда М. В., Тлепшуков И. К. О диагностике претромботического состояния системы гемостаза // Тромбоз, гемостаз и реология, 2001, №5,с. 19-21.

23.ВоробьевА.И. Гиперкоагуляционный синдром: патогенез, диагностика, лечение // Клиническая медицина, 2003, т.81, №3, с. 74-75.

24.Городецкий В.М., Воробьев А.И., Васильев С.А. Гиперкоагуляционный синдром: патогенез, диагностика, лечение // Терапевтический архив, 2002, №7, с.73-76.

25. Воробьев А.И., Васильев С.А., Суханова Г.А. Гиперкоагуляционный синдром. Очерки по производственной и клинической трансфузиологии. Ньюамед. М., 2006, с.346-352.

26.Rudakova V.E., Sergeeva E.V., Berkovskiy A.L. et al. Dynamics of changes of parameters of a hemostasis in patients with sepsis / XIX International Congress. Birming-ham // Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2003, v.18, p.467

27. Момот А.П. Эволюция представлений о тромбофилии и ее роль в патологии человека // Проблемы клинической медицины, 2012,N 1, с.10-15.

28.Копина М.Н., Гаевский Ю.Г., Гиперкоагуляционные нарушения гемостаза у больных с впервые выявленной железодефицитной анемией.Вестник Новгородского Государственного Университета, 2013, №71, Т.1, с.21-24.

29.Бокарев И.Н. Проблема постоянного и диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Как их понимать? // Тромбоз, гемостаз и реология, 2000, №2, с.5-8.

30. Кудряшова Б.А., Рекомендации V конференции Всероссийской ассоциации по изучению тромбозов, геморрагий и патологии сосудистой стенки им. А.А.Шмидта // Клиническая медицина, 2000, №8, с.1-42.

31.Бокарев И.Н. Постоянное и диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови // Клиническая медицина, 2000, №8, с.37-41.

32.Белошевский В.А., Минаков Э.В. Анемия при хронических заболеваниях. Изд-во Воронежского университета, 1995, 94 с.

33. StrausD.J. Epoetinalfa therapy for patients with hematologic malignancies and mild anemia // Clin. Lymphoma, 2003, v.4(1), p.13-17

34. Ludwig H. Anemia of hematologic malignancies: what are the treatment options? // Semin. Oncol., 2002, v.29(8), p.45-54.

35.Borbenyi Z. Etiology and treatment of malignancy-associated anaemia // MagyOnkol, 2001, vol. 45(5), p. 437-441.

36.Гущин А.Г., Шабалин В.А., Виноградов И.Е. и др. Гемореологические изменения при регионарной гипоксии нижних конечностей и ее коррекции // Тромбоз, гемостаз реология, 2003, № 3(15), с.72-74.

37.Ройтман Е.В., Морозов Ю.А., Исаева А.М. и др. Феномен адренергической агрегации эритроцитов в эксперименте и в клинике // Тромбоз, гемостаз и реология, 2004, №3(19), с.69-73.

38. Баркаган З.С. Патология гемостаза. Руководство по гематологии / Под ред. А. И. Воробьева. М., 1985, т. 2, с.160-311.

39.Белошевский В.А. Некоторые проблемы патогенеза анемий при гемобластозах / Кибернетика и химия в кардиологии. Воронеж, 1991, с. 89-92.

40.Бессмельцев С.С., Федорова З.Д., Абдулкадыров К.М. Исследование реологических свойств эритроцитов и системы гемостаза у больных острым лимфобластным лейкозом // Гемат. и трансфузиол., 1991, № 11, с. 3-6.

41. Scharf R.E., Schneider W. Relationship of thrombin generation to peripheral blast cell counts in patients with acute myeloblastic leukemia // Eur. J. Haematol., 1990, v.44(5), p.273-276

42. Баркаган З.С.Геморрагические заболевания и синдромы. М.: Медицина, 1988, 526 с.

43. Клиническая онкогематология / под ред. М. А. Волковой. М., Медицина, 2001, 576 с.

44. Сараева Н.О., Андреева Е.О. Состояние системы гемостаза и анемия у больных множественной миеломой и хроническим миелолейкозом // Тромбоз, гемостаз и реология, июнь 2005, №2 (22), с. 30-34.

45.Эттингер О.А., Ускова О.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И. Современные подходы к диагностике и лечению дефицита железа у больных с хронической сердечной недостаточностью // ConsiliumMedicum, 2012, т.14, №10, с.73-80.

46.Streja E., Kovesdy C.P., Greenland S. et al. Erythropoietin, irondepletion, and relative thrombocytosis: apossible explanation for hemoglobin-survival paradoxin hemodialysis // Am. J Kidney Dis. 2008, v.52(4), p.727-36.

47.Szczech L.A., Barnhart H.X., Inrig J.K. et al..Secondary analysis of the CHOIR trial epoetin-alpha dose and achieved hemoglobin outcomes // Kidney Int., 2008, v.74(6), p.791-798.

48. Dahl N.V., Henry D.H., Coyne D.W. Thrombosis with erythropoietic stimulating agents-does iron-deficient erythropoiesis play a role? // Semin Dial. 2008, v.21(3), p.210-1.

49. Imperial College London (2011, December 15) Low iron levels in blood raises blood clot risk, new research suggests. ScienceDaily; http: // www.Science daily.com/releases/2011 /12/111215095459.htm.

50. Livesey J., Manning R., Meek J.H. et al. Low serum iron levels are associated with elevated plasma levels of coagulation factor VIII and pulmonary emboli/deep venous thromboses in replicate cohorts of patients with hereditary haemorrhagic telangiectasia // Thorax, 2011, v.14

51. http://www.sciencedaily.com/releases/2011/12/111215095459.htm.

52.Бокарев И.Н. Постоянное и диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови // Клиническая медицина, 2000, №8,с.37-41.

53. Кузник Б.И., Скипетров В.П. Форменные элементы крови, сосудистая стенка, гемостаз и тромбоз. М.: Медицина, 1974. 305 с.

54. Succar J., Musallam K.M., Taher A.T. Thalassemia and venous thromboembolism // Mediterr J Hematol Infect Dis., 2011, v.3, p.2011-2025.

55.Taher A.T., Otrock Z.K., Uthman I. et al. Thalassemia and hypercoagulability // Blood, 2008, v.22, p.283-292.

Xülasə

Hemostazın latent hiperkoaqulyasion pozulmaları

A.Ə.Kərimov

Məqalədə trombotik ağırlaşmalar riski olan xəstələrdə gizli hyperkoaqulyasiyanin aşkar edilməsinə həsr olunmuşdur. İrsi və qazanılmış anemiyası olan xəstələrdə gizli hyperkoaqulyasiya sindromunun öyrənilməsinin əhəmiyyəti, hyperkoaqulyasiyanı müəyyən etmək üçün vahid diaqnostik alqoritmin yaradılması zərurəti, xəstələrdə gizli hyperkoaqulyasiyanın qarşısının vaxtında alınması və müalicəsi üçün trombogen prediktorlarının müəyyən edilməsinin əhəmiyyəti müzakirə edilir.

Summary

Latent hypercoagulative disorders of the hemostasis

A.A.Kerimov

The article deals with the identification of latent hypercoagulation in patients with the risk of thrombotic complications. Discussed the importance of the study of latent hypercoagulation syndrome in patients with hereditary and acquired nemias;the need for an unified diagnostic algorithm for examination of patients to identify hypercoagulation; the importance of identifying predictors of thrombogenic risk for timely prevention and treatment of latent hypercoagulation in patients .

Daxil olub: 03.06.2014

PARODONT XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜALİCƏ VƏ PROFİLAKTİKASININ OPTİMALLAŞDIRILMASI

Ə.A. Əliyev, D.N. Haciyev, Ə.N.Niyazov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Ortopedik stomotologiya kefedrası, Bakı

Açar sözlər: parodont xəstəlikləri, müalicə, profilaktika, parodontaks məcunu, malunum qranatum
Ключевые слова: болезни пародонта, лечение, профилактика, паста пародонтакс, малунум гранатум
Key words: periodontal disease, treatment, prevention, paste Parodontax, malunum granatum

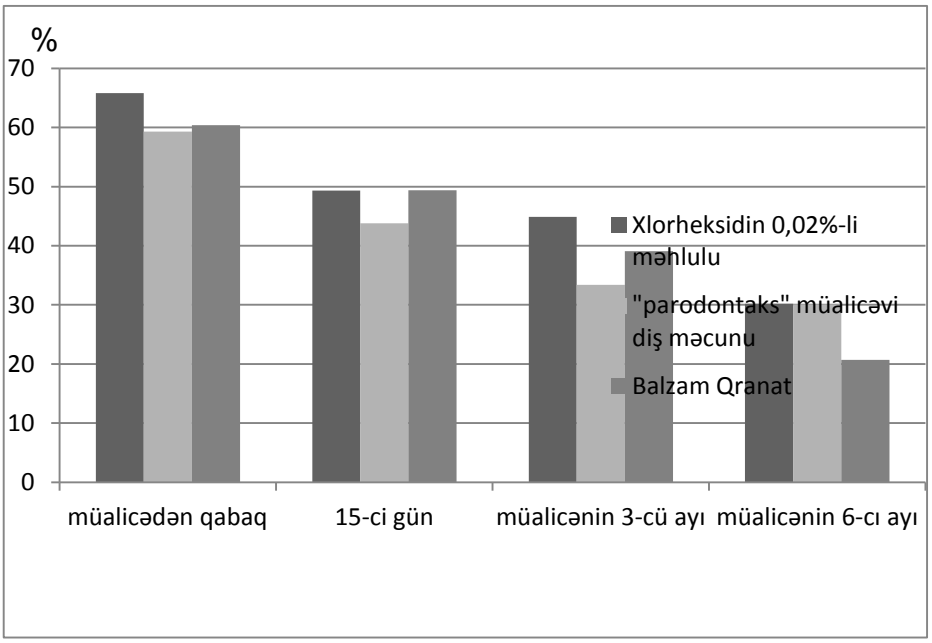
Ağız suyunun mikrobioloji göstəricilərinin də mühüm əhəmiyyəti vardır. Belə ki, adi halda ağız boşluğunda qeyri- və şərti-patogen mikro-orqanizmlərlə patogen mikroorqanizmlər arasında müəyyən tarazlıq olur ki, bu tarazlığın tənzimlənməsində və nisbi sabitliyində ağız boşluğunun yerli immuniteti, orqanizmin reaktivliyi və ekzogen amillərin arasındakı tarazlığın rolu vardır. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, diş ərpinin yaranması da orqanizmin ümumi reaktiliyindən asılıdır [1,2]. Gingivitlərin etiologiyasında stafilokokklar, streptokokklar, peptokokklar, veylonellalar, aktinomisetlər, bakteroidlər müəyyən rol oynayır. Kollagenin parçalanması dişlərarası sümük toxumalarının sovrulması ilə xarakterizə olunan iltihabi destruktiv və distrofik proseslər olan parodontitlər və parodontozların yaranmasında isə Porphyromonas, Prevotella, Fusobacterium və Actinobacillus cinsli anaerob bakteriyalar mühüm rol oynayırlar [3,4,5,6]. Xroniki generalizə olunmuş parodontitlər əsasən uzun müddət davam edən xəstəlik olduğundan onun aradan qaldırılması üçün təbii xarakterli antiseptik preparatların istifadə olunması daha məqsədəuyğundur. Zəif antiseptik olan xlorheksidin 0,02%-li məhlulu kimyəvi yollarla alındığından uzun müddət istifadə olunduqda selikli qişanın qıcıqlanması kimi əlavə təsirlər meydana gələ bilər. "Parodontaks" müalicəvi diş məcunu olub tərkibində adaçayı, rataniya, mirra, exinatseya və nanə ekstraktları kimi bitki təbiətli çıxarışları, natrium bikarbonat, qliserin, flüor və kokamidopropil betain kimi sistetik üzvi və qeyri-üzvi maddələr vardır. Malum Qranatum narın toxumlarından alınan ekstraktlardan ibarət təbii vasitədir. Onun tərkibindəki bioaktiv maddələr selikli qişa örtüklərinin yerli immunitetini möhkəmləndirir, reperativ funksiyaları intensivləşdirir. Malum Qranatumun tərkibində Punikalaqin turşusu (62,5%), Palmitin turşusu (3,2%), Stearin turşusu (2,1%), Tokoferollar (0,66%) və Vitamin E (0,33%) kimi komponentlər olan təbii preparatdır. Qeyd olunan maddələrin əksəriyyəti antioksidant xarakterlidir. Punikalaqin turşusu güclü iltihabəleyhinə olan maddədir, bu preparatın tərkibindəki vitamin E isə təbii mənşəlidir.

Tədqiqatın **məqsədi** Müxtəlif preparatların yüngül dərəcəli xroniki generalizə olunmuş parodontitlər zamanı ağız boşluğunun mikrobiosenozuna təsirinin qiymətləndirilməsindən ibarədir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tərəfimizdən 50 nəfər yüngül xroniki generalizəolunmuş parodontitdən əziyyət çəkən, ağız boşluğunda müxtəlif konstruksiyalı körpüyəbənzər protez tətbiq edilmiş və müqayisə üçün 15 nəfər sağlam parodonta malik şəxs müayinə, müalicə və müşahidələrə cəlb edilmişdir. Parodontitli xəstələrin 18 nəfərində müalicə məqsədilə ənənəvi antiseptik olan Xlorheksidinin 0,02%-li məhlulu, 17 nəfərində müalicəvi diş məcunu olan "Parodontaks" və qalan 15 nəfərində isə təbii vasitə olan Malum Granatum istifadə olunmuşdur. Hər qrup üzrə xəstələrdən müalicədən əvvəl, müalicəyə başladıqdan 15 gün, 1 və 3 ay sonra olmaqla ağız suyu nümunələri götürülmüş və ATU-nun Mikrobioloji laboratoriyasına göndərilmiş, mütəxəsislərə bioloji materiallarda Candida albicans, Bacteroidas spp., Fusobacterium spp., S. epidermidis, S. pyogenes, S. aureus və Neisseria spp. kimi mikroorqanizmlərin rast gəlinməsini aşkar etmək tapşırılmışdır. Onu da qeyd edək ki, "Parodontaks"-la müalicə dedikdə, gün ərzində dişlərin 2 dəfə fırçalanması nəzərdə tutulmuşdur. Əldə olunan kəmiyyət göstəricilər statistik metodlarla işlənmişdir, qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi proqramı ilə icra edilmişdir, diaqram və cədvəllər tərtib edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Diş məcunun tətbiqindən 15 gün sonra uyğun göstərici azalaraq 43,8±0,76, 3 və 6 ay sonra isə uyğun olaraq 33,4±0,55 və 30,1±0,49 hesablamışıq ki, bu da əhəmiyyətli dərəcədə aşağı

göstəricilərdir (Şək. 1). "Parodontaks" güclü müalicəvi diş pastası olub tərkibində bir sıra sintetik və təbii maddələr vardır. Bu maddələrə əsasən adaçayı, rataniya, mirra, exinatseya və nanə ekstraktları kimi bitki təbiətli çıxarışları, natrium bikarbonat, qliserin, flüor və kokamidopropil betain kimi sintetik üzvi və qeyri-üzvi maddələr aiddirlər ki, qeyd olunan maddələr Parodontaksın 70%-ni təşkil edir, onun təsirilə 15 gün ərzində diş ətində sağalma prosesləri başlayır.



Şək.1. Müxtəlif preparatların yüngül dərəcəli xroniki generalizə olunmuş parodontitlər zamanı PMA indeksinin göstəricilərinə təsirinin dinamikası

O, qızarmış, şişkinləşmiş və qanaxmalı diş ətini sağaldır, mikrobiosenozu tənzimləyir. Qeyd olunan diş məcunu ilə müqayisə olunacaq vasitə çox əhəmiyyətlidir. "Malum Granatum" isə tərəfimizdən yüngül xroniki generalizə olunmuş parodontitlərdə istifadə olunmuşdur, onun tərkibi isə tam olaraq təbbi maddələrdən ibarətdir. Tərəfimizdən təşkil olunan ağız boşluğu Balzam Granatla işlənmiş 15 nəfərlik yüngül xroniki generalizə olunmuş parodontitli xəstələr qrupunda isə müalicədən qabaq PMA göstəricisi 60,4±1,26, müaicədən 15 gün, 3 və ay sonra isə uyğun olaraq, 49,4±0,96, 39,1±0,49 və 20,7±0,40 olmaqla azalan sıra ilə müəyyənləşdirilmişdir.

Generalizəolunmuş parodontitin orta dərəcəsindən əziyyət çəkən 70 nəfərlik qrupdan isə 63 nəfərində tərəfimizdən peşəkar gigiyena, onlardan da 34 nəfərində operativ müalicə tədbirləri tərəfimizdən icra edilmişdir ki, bu da qrupun uyğun olaraq, 90,0±3,59% və 48,6±5,97%-ni təşkil etmişdir.

Cədvəl 1

Xroniki generalizə olunmuş parodontitli xəstələrdə gigiyenik və müalicə tədbirlərin icra edilməsi

Xroniki generalizəolunmuş parodontitin mərhələsi	Müayinə olunanlar	Peşəkar gigiyena		Operativ müalicə	
		Sayla	%	Sayla	%
Yüngül	60	57	95,0±2,81	7	11,7±4,14
Orta	70	63	90,0±3,59	34	48,6±5,97
Ağır	66	55	83,3±4,59	33	50,0±6,15
Ümumilikdə	196	175	89,3±2,21	74	37,8±3,46

Müayinə nəticəsində tərəfimizdən aşkarlanan 66 nəfərlik qrupda isə 55 nəfərdə peşəkar gigiyenik tədbirlər və onlardan da 33 nəfərində operativ müalicə tədbirləri icra olunmuşdur ki, bu da qrupun uyğun olaraq, qrupun 83,3±4,59% və 50,0±6,15%-ni təşkil etmişdir. Tədqiqat

nəticəsində sağlam parodonta malik 15 nəfərlik şəxslər qrupundan olan ağız suyu nümunələrində Candida albicans, Bacteroidas spp., S. aureus və Fusobacterium spp nümayəndələrinin hər birinin ayrı-ayrılıqda rast gəlinməsi 6,7±6,4%, S. epidermidis nümayəndələrinin rast gəlinməsi isə 13,3±8,8% hesablanmışdır. Bu qrupdan götürülən ağız suyu nümunələrində S. pyogenes və Neisseria spp. nümayəndələrinə demək olar ki rast gəlinməmişdir. Onu da qeyd edək ki, biz bu tədqiqatda sağlam parodonta malik insanlardan aldığımız bu mikrobioloji nəticələri müqayisə məqsədilə hesablamışıq və digər xroniki yüngül geeralizə olunmuş parodontitdən əziyyət çəkən müalicə qruplarının göstəriciləri məhz bu qrupun uyğun göstəriciləri ilə müqayisə etmişik. 18 nəfərdən ibarət yüngül xroniki parodontitdən əziyyət çəkən və onların müalicəsi məqsədilə ənənəvi antiseptik olan Xlorheksidinin 0,02%-li məhlu istifadə olunan qrupdan götürülmüş ağız suyu nümunələrində müalicəyə başlamamışdan qabaq Candida albicans nümayəndələrinin rast gəlinməsi 44,4±11,7% olsa da, müalicənin 15-ci günündə 33,3±11,1%, 1 və 3 aylığında isə uyğun olaraq, 27,8±10,6% və 16,7±8,8% olmuşdur (Cədvəl 1). Bacteroidas spp. növlərinin rast gəlinməsi isə müalicəyə başlamamışdan 55,6±11,7%, müalicəyə başladıqdan 15 gün sonra 50,0±11,8%, müalicəyə başladıqdan 1 ay sonra 38,9±11,5% və 3 ayında isə 16,7±8,8% olmuşdur.

Cədvəl 1

Ağız boşluğu xlorheksidinin 0,02%-li məhlulu ilə yaxalanan yüngül xroniki generalizə olunmuş parodontitli xəstələr qrupu, n=18

Mikroorqanizmlər	Sağlam şəxslər (n=15)	Müalicə müddətləri üzrə mikroorqanizmlərin %-lə rast gəlinməsi			
		Müalicəyə başlamamış	Müalicənin 15-ci günü	Müalicənin 1 ayı	Müalicənin 3 ayı
Candida albicans	6,7±6,4	44,4±11,7*	33,3±11,1	27,8±10,6	16,7±8,8
Bacteroidas spp.	6,7±6,4	55,6±11,7*	50,0±11,8*	38,9±11,5*	16,7±8,8**
Fusobacterium spp.	6,7±6,4	38,9±11,5*	33,3±11,1	27,8±10,6	11,1±7,4
S. epidermidis	13,3±8,8	33,3±11,1	22,2±9,8	11,1±7,4	16,7±8,8
S. pyogenes	0	16,7±8,8	11,1±7,4	5,6±5,4	11,1±7,4
S. aureus	6,7±6,4	27,8±10,6	22,2±9,8	16,7±8,8	11,1±7,4
Neisseria spp.	0	16,7±8,8	11,1±7,4	11,1±7,4	5,6±5,4

Qeyd: *-sağlam parodont toxumalarına görə dürüstlük, **-müalicəyə qədər dövrə görə dürüstlük ($p<0,05$).

Ağız boşluğunda müalicə məqsədilə "Parodontaks" diş məcunundan istifadə etdiyimiz 17 nəfərdən ibarət yüngül xroniki parodontitli xəstələr qrupunda müalicəyə başlamamışdan qabaq ağız suyu nümunələrində Candida albicans növünün rast gəlinməsi 41,2±11,9%, müalicədən 15 gün, 1 və 3 aysonra isə uyğun olaraq, 29,4±11,0%, 17,6±9,2% və 11,8±7,8% olmuşdur.

Cədvəl 2

Ağız boşluğu "Parodontaks" müalicəvi məcunu ilə fırçalanan yüngül xroniki generalizə olunmuş parodontitli xəstələr qrupu, n=17.

Mikroorqanizmlər	Sağlam şəxslər (n=15)	Müalicə müddətləri üzrə mikroorqanizmlərin %-lə rast gəlinməsi			
		Müalicəyə başlamamış	Müalicənin 15-ci günü	Müalicənin 1 ayı	Müalicənin 3 ayı
Candida albicans	6,7±6,4	41,2±11,9*	29,4±11,0	17,6±9,2	11,8±7,8
Bacteroidas spp.	6,7±6,4	58,8±11,9*	41,2±11,9*	23,5±10,3**	29,4±11,0
Fusobacterium spp.	6,7±6,4	35,3±11,6	23,5±10,3	17,6±9,2	11,8±7,8
S. epidermidis	13,3±8,8	35,3±11,6	17,6±9,2	23,5±10,3	11,8±7,8
S. pyogenes	0	17,6±9,3	11,8±7,8	5,9±5,7	5,9±5,7
S. aureus	6,7±6,4	23,5±10,3	17,6±9,2	11,8±7,8	5,9±5,7
Neisseria spp.	0	17,6±9,2	11,8±7,8	5,9±5,7	11,8±7,8

Qeyd: *-sağlam parodont toxumalarına görə dürüstlük, **-müalicəyə qədər dövrə görə dürüstlük ($p<0,05$).

Bu qrupda ağız sularında Bacteroidas spp. növlərinin rast gəlinməsi isə müalicədən əvvəl 58,8±11,9% olmasına baxmayaraq, diş məcunun istifadəsindən 15 gün sonra 41,2±11,9%, 1 ay

sonra 23,5±10,3 və 3 ay sonra isə 29,4±11,0% müəyyənləşdirilmişdir (Cədvəl 2). Qrup üzrə S. pyogenes nümayəndələrinin ağız suyu nümunələrində rast gəlinməsi müalicəvi pastanın istifadəsindən əvvəl 17,6±9,3% olsa da, müalicədən 15 gün sonra 17,6±9,3%, 1 və 3 ay sonrakı müddətlərdə isə ayrı-ayrılıqda hər birində 5,9±5,7% müəyyənləşdirilmişdir.Diş məcunundan müalicə məqsədilə istifadə etdiyimiz qrupda isə ağız suyu nümunələrində müalicədən əvvəl S. aureus növünün rast gəlinməsi 23,5±10,3%, diş məcunun istifadəsinin 15-ci günündə 17,6±9,2%, 1 aylığında 11,8±7,8 və 3 aylığında isə cəmi 5,9±5,7% hesablanmışdır. Neisseria spp. növlərinin bu qrup üzrə ağız suyu nümunələrində rast gəlinməsi isə müalicədən qabaq 17,6±9,2%, məcunun istifadəsindən 15 gün sonra isə 11,8±7,8%, 1 ay sonra 5,9±5,7% və 3 ay sonra isə 11,8±7,8% hesablanmışdır.

Tərkibinə əsasən Punikalaqin turşusu, Palmitin turşusu, Stearin turşusu, Tokoferollar və Vitamin E kimi komponentlər qarışığından ibarət Malum Granatum preparatından istifadə etdiyimiz yüngül xroniki parodontitli xəstələr qrupunda isə müalicədən qabaq ağız suyu nümunələrində Candida albicans növünün rast gəlinməsi 46,7±12,9% olmasına baxmayaraq, müalicədən 15 gün sonra bu göstərici 40,0±12,6%, 1 ay sonra 26,7±11,4% və 3 ay sonra isə 20,0±10,3% olmuşdur (Cədvəl 3). Fusobacterium spp. növlərinin bu qrup üzrə bioloji materiallarda rast gəlinməsi Malum Granatum tətbiq edilməzdən qabaq 40,0±12,6% təşkil etsə də təbii vasitənin tətbiqindən 15 gün sonra azalaraq 20,0±10,3, 1 və 3 ay sonra isə azalan tendensiya ilə gedərək uyğun olaraq, 13,3±8,8% və 6,7±6,4% müəyyənləşdirilmişdir.

Cədvəl 3

Ağız boşluğu Malum Granatla işlənən yüngül xroniki generalizə olunmuş parodontitli xəstələr qrupu, n=15.

Mikroorqanizmlər	Sağlam şəxslər (n=15)	Müalicə müddətləri üzrə mikroorqanizmlərin %-lə rast gəlinməsi			
		Müalicəyə başlamamış	Müalicənin 15-ci günü	Müalicənin 1 ayı	Müalicənin 3 ayı
Candida albicans	6,7±6,4	46,7±12,9*	40,0±12,6*	26,7±11,4	20,0±10,3
Bacteroidas spp.	6,7±6,4	53,3±12,9*	26,7±11,4	20,0±10,3	13,3±8,8**
Fusobacterium spp.	6,7±6,4	40,0±12,6*	20,0±10,3	13,3±8,8	6,7±6,4**
S. epidermidis	13,3±8,8	33,3±12,2	26,7±11,4	20,0±10,3	13,3±8,8
S. pyogenes	0	26,7±11,4*	20,0±10,3	13,3±8,8	6,7±6,4
S. aureus	6,7±6,4	20,0±10,3	13,3±8,8	6,7±6,4	6,7±6,4
Neisseria spp.	0	20,0±10,3	13,3±8,8	13,3±8,8	6,7±6,4

Qeyd: *-sağlam parodont toxumalarına görə dürüstlük, **-müalicəyə qədər dövrə görə dürüstlük ($p<0,05$).

S. epidermidis növlərinin təbii vasitə tətbiq etdiyimiz qrupdakı ağız suyu nümünələrində rast gəlinməsi isə müalicədən qabaq 33,3±12,2% təşkil etsə də, müalicənin 15-ci günü daha az, 26,7±11,4%, 1 və 3 aylığında isə daha da azalaraq, müvafiq olaraq, 20,0±10,3% və 13,3±8,8% olaraq, sağlam şəxslərin ağız suyu nümunələrinkinə yaxın olmuşdur. Bu qrup üzrə S. pyogenes mikrrorqanizminin biomateriallarda rast gəlinməsi təbii vasitənin tətbiqindən əvvəl 26,7±11,4% idisə, Malum Granatumun istifadəsinin 15-ci günü bir qədər aşağı enərək 20,0±10,3%, 1 və 3 aylığında isə daha da azalan tendensiya ilə gedərək müvafiq olaraq, 13,3±8,8% və 6,7±6,4% tərəfimizdən müəyyənləşdirilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Дмитриева JLA., Романов А.Е., Царев В.Н. Клинические и микробиологические аспекты при применениях реставрационных материалов и антисептиков в комплексном лечении заболеваний пародонта. М.: МЕДпресс-информ, 2002, 96с.

2. Николаева Е.Н. Молекулярно-генетические маркеры риска генерализованного пародонтита и их применение в диагностике: Авторев. Дис... д.м.н. М., 2007, 40с.

3. Почтаренко В.А. Изучение влияния генетического полиморфизма человека на развитие воспалительных заболеваний пародонта: Авторев. Дис... д.м.н. М., 2004, 41с.

4. Darwazeh A.M., Al-Refai S., Al-Mojaiwel S. Isolation of Candida spe-cies from the oral cavity and fingertips of complete denture wearers // J. Prosthet Dent., 2001, v.86, № 4, p.420-423.

5. Nibali L., Tonetti M.S., Ready D.R. et al Interleukin-6 polymorphisms are associated with pathogenic bacteria in periodontitis patients // J Periodontol., 2008, v.19, p.677-683.

6. Redding S., Bhatt B., Rawls H.R. et al. Inhibition of Candida albicans biofilm formation on denture material // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.,2009,v.107,No5,p. 669-672.

Резюме

Оптимизация лечения и профилактики заболеваний пародонта

А.А.Алиев, Н.Д.Гаджиев, А.Н.Ниязов

Микробиологическое исследования полости рта обследуемых ортопедических больных выявили выраженный рост некоторых пародонтопатогенных микроорганизмов, причем во многих случаях и в значительном количестве у этих пациентов, чем у лиц без протезов. Результаты проведенных лабораторных исследований смешанной слюны у больных с патологией свидетельствуют о том, что развитию патологических процессов в тканях пародонта в данном случае предшествует увеличение числа патогенных микроорганизмов в полости рта. Комплексное применение препарата “Malum Qranatum” привело к значительному улучшению состояния микробиоценоза ротовой полости обследуемых больных. И по завершению курса лечения наблюдали выраженное снижение качественных и количественных показателей патогенной микробной флоры слюны.

Summary

Optimizing the treatment and prevention of periodontal disease

A.A.Aliyev, N.D.Hajiyev, A.N.Niyazov

Microbiological studies of oral cavity of surveyed orthopedic patients showed a marked increase in some periodontal pathogen microorganisms, and in many cases in a significant number of patients with dentures. Results of laboratory investigations mixed saliva of the studied patients with oral pathology suggests that the development of pathological processes in periodontal tissues , in this case preceded by an increase of the number of pathogenic micro ¬ organisms in the oral cavity. Integrated use of the drug "Malum Qranatum" led to a significant improvement of oral microbiocenosis of examined patients. And complete the course of treatment resulted in significant reduction of qualitative and quantitative indicators of pathogenic microbial flora of saliva.

Daxil olub: 14.05.2014

ПРЕЭКЛАМПСИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР В РЕПРОДУКТИВНОЙ ПРОБЛЕМЕ ЧЕЛОВЕКА

З.Ф. Мехтиева, Л.М. Рзакулиева, Ф.Э.Садыхова

АзГИУВ им. А.Алиева, кафедра акушерства и гинекологии;
кафедра микробиологии и эпидемиологии

Açar sözlər: preeklampsiya, infekiyalar, mass-spektrometriyalı qaz-maye xromatoqrafiya, reproduktiv sistem

Ключевые слова: преэклампсия, инфекции, газо-жидкостная хроматография с масс-спектрометрией, репродуктивная система

Keywords: pre-eclampsia, infection, gas-liquid chromatography with mass spectrometry, reproductive system

В развитии многих заболеваний человека существенную роль играют инфекционные агенты [2,3]. В результате многолетних исследований доказано участие повышенного уровня эндотоксина в крови в патогенезе хронических воспалительных заболеваний органов малого таза и женского бесплодия, премклампсии, эклампсии [1].

Известно также, что острые, клинически выраженные инфекционные заболевания беременных представляют серьёзную опасность, вызывая преждевременные роды,

аборт и гибель плода. Но, в настоящем известно также, что наибольшую часть опасных для потомства инфекций беременных составляют субклинические или латентные инфекции, сопровождающиеся персистированием инфекционных возбудителей с возможным проникновением через плацентарный барьер и инфицированием плода. В этой связи следует отметить, что одной из центральных проблем современной науки о репродукции человека является проблема невынашивания беременности [5,6,7,8,9].

Частота самопроизвольных выкидышей по данным различных авторов остаётся стабильной и достаточно высокой и составляет 10-25% всех диагностированных беременностей [10,11,12].

Рядом исследователей подчёркивается необходимость поиска экспресс- методов, обеспечивающих раннюю и, возможно, дородовую диагностику внутриутробной инфекции [13].

Такие исследования помогут не только выявить инфекцию у матерей, но и найти путь лечения и профилактики при будущей беременности, а также спрогнозировать дальнейшее развитие и состояние здоровья ребёнка, выделить группы риска.

В этой связи целью исследования было получение наиболее широкой информации о спектре бактериальной флоры в репродуктивном тракте рожениц, плаценты у родильниц с преэклампсией.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй родов 97 пациенток с преэклампсией (2010-2014) с клинико-анамнестическими данными риска ВУИ. Обследование рожениц осуществлялось во II-III триместрах беременности.

Материалом для исследования служили мазки из вагины рожениц и родильниц и суспензия плаценты родильниц.

При определении спектра бактериальных патогенов из вышеотмеченного материала были применены общепринятые культуральные бактериологические методы исследования [14] и метод газо-жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией (ГЖХ-МС) [15,16]. ГЖХ- экспресс метод определения по конечным продуктам бактериального метаболизма, выделяемым в среду культирования.

Конечными высокоспецифичными продуктами метаболизма углеводов у анаэробов являются жирные кислоты- молекулярные маркёры наличия микробов.

Газовая хроматография- универсальный метод разделения смесей разнообразных веществ, испаряющихся без разложения.

При этом компоненты разделяемой смеси перемещаются по хроматографической колонке с потоком газа-носителя.

По мере движения разделяемая смесь многократно распределяется между газом-носителем (подвижной фазой) и нелетучей неподвижной жидкой фазой, нанесённой на инертный материал (твёрдый носитель), которым заполнена колонка.

Принцип разделения – неодинаковое сродство веществ к летучей подвижной фазе и стационарной фазе в колонке.

Компоненты смеси селективно задерживаются последней, поскольку растворимость их в этой фазе различна, и таким образом разделяются. Затем вещества выходят из колонки и регистрируются детектором. Сигнал детектора записывается в виде хроматограммы автоматически потенциометром или же регистрируется компьютером [17].

Для хроматографического анализа проводили экстракцию летучих жирных кислот эфиром или другими летучими органическими растворителями.

Экстракт вводил в хроматограф.

Чувствительность метода- 10^{-6} г/л;

Время анализа-30-50 мин.

Идентификацию летучих жирных кислот осуществляли по относительному времени удерживания (tR), для сравнения использовали аналитические стандарты жирных кислот (NIST) (National Institute Standart Technology) [18].

Каждому компоненту смеси на хроматограмме соответствует отдельный пик-максимум регистрируемого сигнала детектора или концентрации компонента хроматографируемой смеси в элюенте.

Кривую зависимости сигнала детектора от объёма газа- носителя или от времени называют хроматограммой (элюционной кривой) [17].

Каждому компоненту смеси на хроматограмме соответствует отдельный пик. Время от начала хроматограммы до появления вершины пика называется временем удерживания (tR).

Время удерживания (tR) – это время, прошедшее от момента ввода пробы до

выхода максимума концентрации определяемого компонента. Время удерживания экспериментально определяется помощью или системы автоматизации (САА) и измеряются в минутах и секундах ($n^{I} n^{II}$) [17].

Определение качественного состава смеси проводится путём сопоставления времени удерживания компонента и эталона- вещества известной структуры.

Совпадение времени удерживания эталона и определяемого компонента может указывать на их идентичность.

Первым анализом, выполненным с помощью газовой хроматографии, стало определение Джеймсом и Мартином карбоновых кислот. В процессе метаболизма микробные клетки производят низшие карбоновые кислоты, причём набор кислот является как бы визитной карточкой того или микроорганизма.

«Определитель Bergy» содержит сведения о наборе карбоновых кислот, вырабатываемых в процессе сбраживания различных субстратов разными микроорганизмами.

С помощью газовой хроматографии можно проводить ускоренную (менее двух часов) идентификацию микроорганизмов по спектру специфических компонентов их мембран или специфическим продуктам пиролиза.

Широкое применение хромато-масс-спектрометров вызвало необходимость создания гигантских библиотек – баз данных масс-спектров всевозможных соединений (NIST).

Нами использован метод диагностики по окси-стеариновой кислоте.

Основному анализу предшествует выделение культуры из очага инфекции.

Затем следует период пробоподготовки – выделение фракции жирных кислот и перевод их в соединения, удобные для хроматографического анализа.

После биоподготовки пробы, её в количестве 0,4 мл высушивали при добавлении небольшого количества метанола (0,2 мл). Далее добавляли 0,2 мл 1,7 М НСЕ в метаноле и проводили метанолиз при температуре 80 градусов в течении 1 часа.

В результате реакции метанолиза жирные кислоты освобождаются в виде метиловых эфиров жирных кислот – МЭЖК. Эти компоненты двукратно экстрагировали гексаном по 200 мкл (микролитров).

Реакционную смесь в количестве 2 мкл в инжектор хромато-масс-спектрометра- GCMS-QP-2010S (Шимдзу, Япония).

Хроматографическое разделения осуществляли на капиллярной колонке длиной – 50 м, диаметром 0,32 мм с толщиной плёнки фазы- 0,53 мкл (микрон).

Интерпретация данных масс-фрагментограмм состоит в определении принадлежности пиков соответствующими веществам на основании их массы и времени в соответствии со стандартом.

Результаты и обсуждение. При анализе 97 историй родов рожениц с преэклампсией производилось формирование наиболее значимых факторов риска, определение диагностических критериев ВУИ.

Диагноз ВУИ ставился на основании результатов исследования материала от рожениц и родильниц 2-мя методами – классическими бактериологическими и методом ГЖХ- МС. Удельный вес внутриутробной инфекции составили 15,3%.

Результаты клинико- лабораторного обследования новорожденных подтвердили внутриутробное инфицирование, выраженное гипоксическим поражением ЦНС разной степени выраженности, сформировавшееся в результате длительно существующей плацентарной недостаточности (ПН).

В исследуемой группе преждевременные роды сопровождались дородовым излитием околоплодных вод.

Результаты культурального бактериологического анализа мазков из вагины выявили спектр бактериальной флоры: Enterococcus sp 10^{-4} , St epidermidis 10^{-3} , E. coli 10^{-3}, Enterobacter, Acinetobacter 10^{4}.

Результаты хроматографического анализа содержимого вагины беременной с преэклампсией с невынашиванием плода методом ГЖХ – МС был детектирован спектр бактериальных патогенов по специфическим маркёрам в сопоставлении со стандартом (Рис.1,2).

Выявленный спектр бактериальных микроорганизмов в вагине включал: Francisella, Bacillus subtilis, E.Lentum 7741 (группа В), Lactobacillus, Helicobacter, Campylobacter, Streptococcus, Clostridium, Bacteriodes, Propionibacterium, Actynomyces. Mycobacterium, микроэукариоты (Таблица 1).

Результаты хроматографического анализа суспензии плаценты родильницы с преэклампсией с невынашиванием плода

выявили инфицированность плаценты с определённым совпадением спектра патогенов, выявленных в вагине, а именно: Peptostreptococcus anaerobius, Streptomyces, Bacillus, Bacteroides, Legionella, Kurthia, Clostridium (Рисунок 3) (Таблица 2), что полагает вертикальную передачу инфекции плоду через посредство плаценты.

Таблица 1

Высшие жирные кислоты в составе клеточной стенки с отнесением их к микроорганизмам, у которых они наиболее часто встречаются и выявленным в вагине у беременной женщины с преэклампсией

№	Название	Микроорганизмы
1	Высшие жирные кислоты: Октановая кислота (Octanoic acid. Methyl ester) (Каприловая кислота), C_8	Francisella
2	C_{13} Тридекановая кислота	Bacillus subtilis
3	$iC_{14}i$ Тридекановая кислота (изомиристиновая кислота)	E.Lentum 7741, Peptostreptococcus anaerobius (группа B), Streptomyces, Bacillus, Bacteriodes, Legionella, Kurthia
4	C_{14} Миристиновая кислота $C_{14}H_{28}O_2$	Lactobacillus, Helicobacter, Campylobacter, Streptococcus, Clostridium
5	C_{15} Пентдекановая кислота	Bacteriodes, Propionibacterium,
6	Cis 10- Нертадекановая кислота	Большинство видов микроорганизмов, минорный компонент
7	9- Октадекановая кислота (C18 Стеариновая кислота $C_{18}H_{36}O_2$)	Все микроорганизмы
8	11,12,13- eicosadicnoic C20 (эйкозадненовая кислота) (эйкрзановая кислота)	Actinomyces
9	Tetracosanoic C24 12,15	Francisella, Mycobacterium, микроэукариоты
10	Тетракозановая кислота 24:0 C24 Тетракозановая кислота	Francisella, Mycobacterium, микроэукариоты

Таким образом, исследования были посвящены микробиологической диагностике репродуктивно значимых инфекций при преэклампсии беременных женщин с невынашиванием плода.

Получены данные о спектре бактериальной флоры в вагине у рожениц и плаценты с невынашиванием беременности. При параллельном использовании бактериологического и газожидкостного хроматографического анализов был выявлен широкий спектр аэробной и анаэробной бактериальных инфекций.

Сочетанное применение этих методов повышает эффективность обследования. Использование ГХ (газовой хроматографии) и ГХ-МС (в сочетании с масс-спектрометрией) экономит время и силы по сравнению с традиционными методами посевов и пересевов.

Способ прямого метода на содержание маркёрных веществ ещё более сокращает время диагностики анаэробных микроорганизмов, тестирование которых технически затруднено.

Таблица 2

Высшие жирные кислоты клеточной стенки с отнесением их к микроорганизмам, у которых они наиболее часто встречаются и выявленным в плаценте у родильницы с преэклампсией и невынашиванием плода

№	Название	Микроорганизмы
3	Высшие жирные кислоты: ic_{14} Изомиристиновая кислота (Тетрадекановая кислота)	Peptostreptococcus anaerobius, Streptomyces, Bacillus, Bacteroides, Legionella, Kurthia
4	Миристиновая кислота ($C_{14}H_{28}O_2$)	Большинство микроорганизмов, Clostridium
7	9-Октадекановая кислота (C18 Стеариновая кислота $C_{18}H_{36}O_2$)	Все микроорганизмы

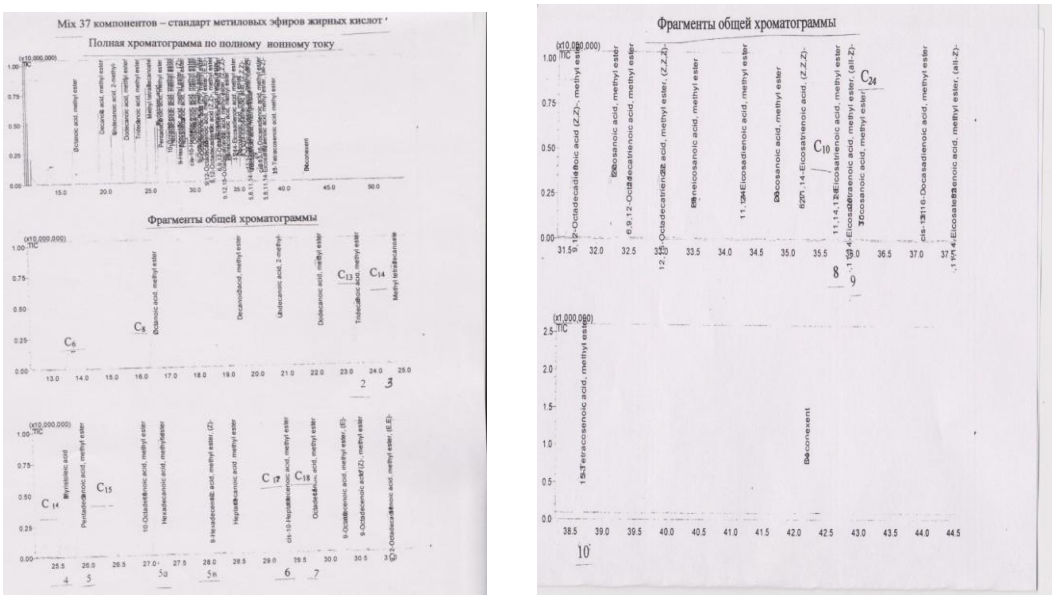


Рис. 1.

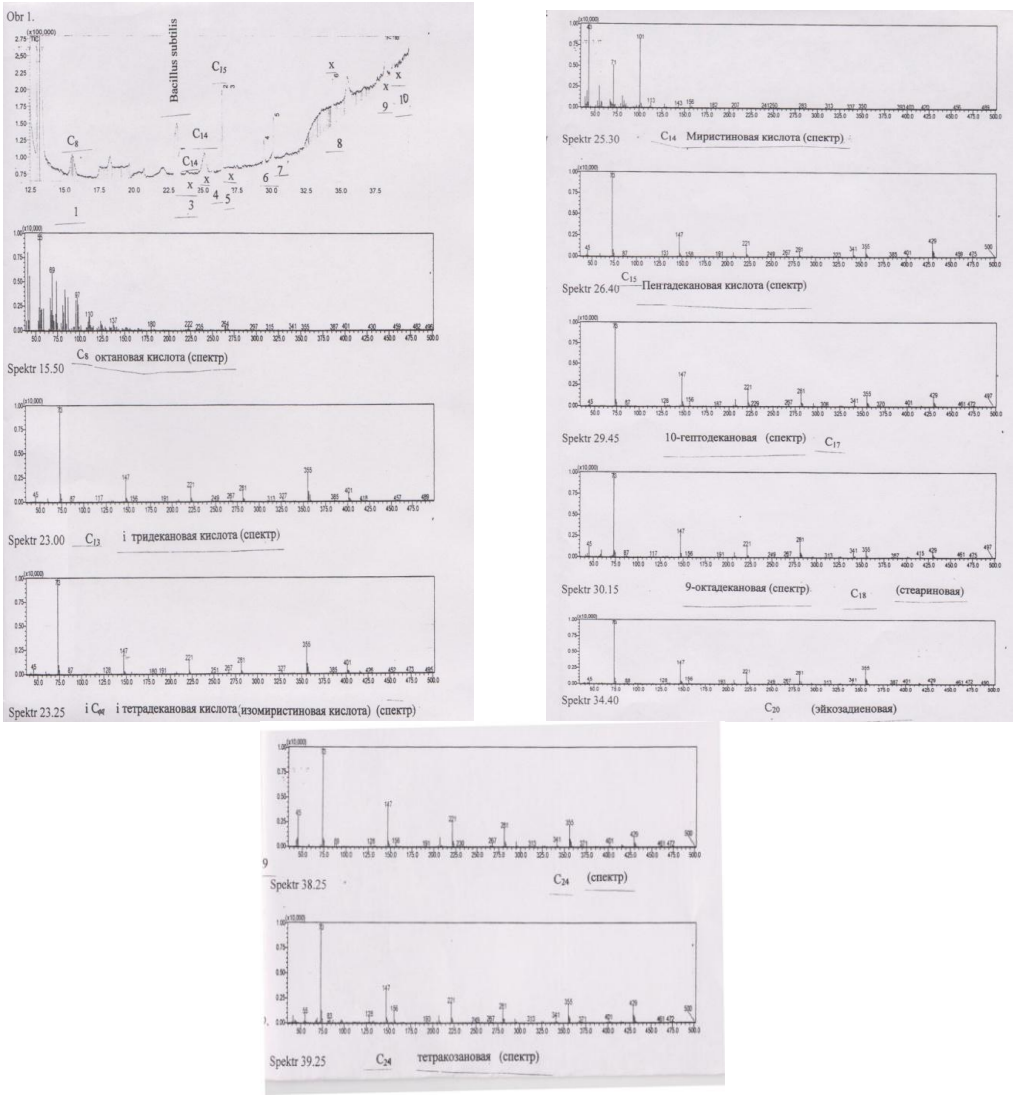


Рис.2.Спектр маркёров микроорганизмов детектированных в вагинальной жидкости роженицы с преэклампсией (хроматограмма ГЖХ-МС)

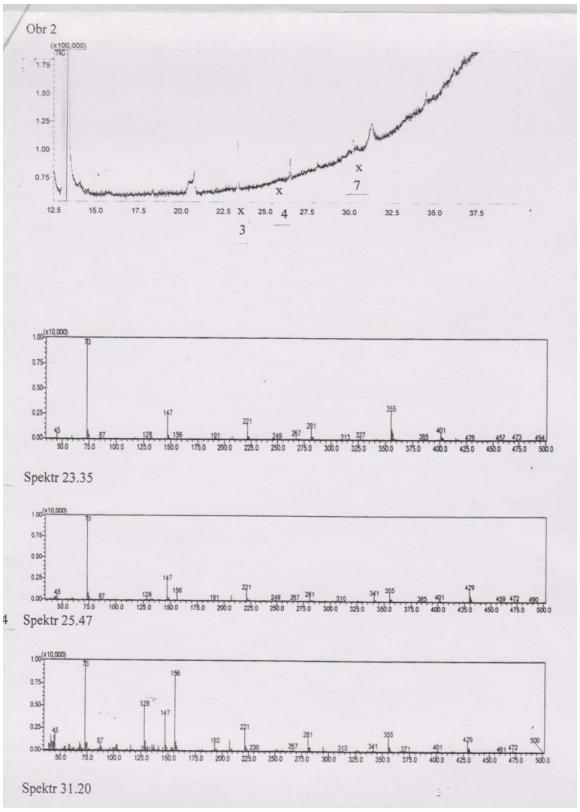


Рис.3.Спектр маркёров микроорганизмов, детектированных в плаценте родильницы с преэклампсией и невынашиванием плода (хроматограмма ГЖХ-МС)

Литература

1. Серов В.Н., Бокерия Л.А., Ниязматов А.А. и др. Экспресс диагностика эндотоксина грамотрицательных бактерий в гинекологической практике // Акушерство и гинекология, 2007, №1, с.28-30

2. Энукидзе Г.Г., Аниховская И.А., Марачев А.А., Яковлев М.Ю. Новые лечебно-диагностические технологии. М., 2006, с.21-22

3. Яковлев М.Ю. // Физиология человека, 2003, Т29, №4,с.98-109

4. Канторович Р.А. Персистирующие инфекции и проблемы вертикальной передачи вирусов / Тезисы докладов XVI Всесоюзного съезда микробиологов и эпидемиологов. М., 1977, с.42-44

5. Макаров О.В., Хашукоева А.З., Свитич О.А. и др. Противовирусная фотодинамическая терапия: новый взгляд на лечения привычного невынашивания беременности, ассоциированного с хронической смешанно-вирусной инфекции // Акушерство и гинекология, 2013, №6, с.11-16

6. Гаджиев Ф.Г. Цитокины как патогенетические маркёры воспалительного процесса при невынашивании беременности инфекционного генеза // Проблемы репродукции, 2011, 17(1), с.110-3

7. Макаров О.В., Озолиня Л.А., Сумеди Т.Н. Изменение показателей иммунитета у пациенток с невынашиванием беременности инфекционного генеза в I триместре // Российский вестник акушера-гинеколога, 2008, №6, с.28-32

8. Сидельникова В.А. Инфекция как фактор риска невынашивания беременности // Гинекология, 2008, №10, с.2-7

9. Соснова Е.А. Предгравидарная подготовка пациенток с вирусными инфекциями // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2011, №10(5), с.2-7

10.Макаров О.В., Бахарева И.В., Ганковская Л.В., Романовская В.В. Молекулярные механизмы инфекционного невынашивания беременности // Российский медицинский журнал, 2009, №2, с.24-8

11.Макацария А.Д., Долгушина Н.В. Вирусные инфекции, тромбофилия и синдром потери плода // АГ-инфо, 2008, №2, с.7-12

12. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007, 175с.

13.Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Макаров О.В. Клеточные и гуморальные компоненты амниотической жидкости в норме и при внутриутробном инфицировании // Иммунология, 2003, №6, с.350-351

14.Поздеев О.К. Медицинская микробиология / Под ред. Акад. РАМН В.И. Покровского. М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с.3-765

15.Осипов Г.А. Хромато-масс-спектрометрическое исследование микроорганизмов и их сообществ: Дис… д-ра мед.наук. М., 1995

16.Зеленин К.Н. Газовая хроматография в медицине // Соровский образовательный журнал, 1996, №1, с.20-25

17.Царёв Н.И., Царев В.И., Катраков И.Б. Практическая газовая хроматография. Барнаул: Издательство Алтайского Государственного Университета, 2000, с.2-14

18.Струкова Е.Г., Ефремов А.А., Гонтова А.А. и др. Определение микроэкологического статуса и диагностика инфекций организма человека с использованием метода хромато-масс-спектрометрии // Journal of Siberian Federal University Chemistry, 2009, v.4(2), p.351-358

Xülasə

İnsanın reproduktiv problemində preeklampsiya və infeksion faktor

Z.F.Mehdiyeva L.M.Rzaquliyeva, A.Ə.Sadıxova

Tədqiqatın məqsədi preeklampsiya olan hamilə qadınlarda reproduktiv traktda və zahı qadınlarda ciftdə bakterial floranın spektri haqqında geniş informasiyanın əldə olunmasından ibarət olmuşdur. Preeklampsiya və bətndaxili infeksiyalaşmanın klinik-anamnestik riski olan 97 qadının doğum tarixçələrinin retrospektiv (2010-2014) təhlili aparılmışdır. Qadınlar hamiləliyin II-III trimestrlərində müayinə edilmişlər. Hamilə qadınlarda uşaqlıq yolu və hamiləlik düşüyü olan qadınlarda ciftin bakterial spektri haqqında göstəricilər toplanmışdır. Bakterioloji və qaz-maye xromatoqrafiya müayinə metodları paralel tətbiq edildikdə aerob və anaerob bakterial infeksiyanın geniş spektri aşkar edilmişdir. Bu metodların yanaşı tətbiq edilməsi müayinənin effektivliyini artırır.

Summary

Preeclampsia and infectious factors in the reproductive problems of man

Z.F. Mehdiyeva, L.M. Rzakuliyeva, F.E.Sadykhova

The aim of the study was to obtain information on the widest spectrum of bacterial flora in the reproductive tract of women in childbirth, the placenta in parturient women with pre-eclampsia. Conducted a retrospective analysis of 97 patients childbirth stories with preeclampsia (2010-2014) with clinical and anamnestic data risk IUI. The survey was carried out during childbirth II-III trimesters of pregnancy. The data on the spectrum of bacterial flora in the vagina in women in childbirth and placenta with miscarriage. With simultaneous use of bacteriological and gas-liquid chromatographic analysis was identified a wide range of aerobic and anaerobic bacterial infections. Combined use of these methods improves the efficiency of the survey.

Daxil olub: 30.04.2014

TƏLƏBƏ QIZLARIN REPRODUKTIV ORQANLARININ ULTRASƏS MÜAYINƏSININ XÜSUSIYYƏTLƏRI

A.M. Bağırova, E.M. Əliyeva, A.C. İsmayılova, R.Ş. Vəzirova, N.Ş.Əliyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, I mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: reproduktiv sistem, tələbə qızlar, ultrasəs müayinə
Ключевые слова: репродуктивная система, девушки студентки, ультразвуковое исследование
Keywords: reproductive system, girl students, ultrasound

Reproduktiv dövrdə olan qızların həyat keyfiyyətinin səviyyəsi həmin ölkənin demoqrafik göstəricilərinə təsir edir. Müəyyən edilmişdir ki, sağlamlığa təsir edən amillər arasında ümümtəhsil prosesinin intensivliyi, ali təhsil müəssisələrində təhsil prosesinin xüsusiyyətləri və bununla əlaqədar stress situasiyalarının artması, fiziki aktivliyin azalması, pis vərdişlərin olması, ekoloji amillərin təsiri reproduktiv sağlamlığın vəziyyətini göstərmək olar. Gənc qızlarda somatik patologiyalardan tənəffüs orqanları xəstəlikləri- 18,4%, siqaret çəkmə- 31%, vegetativ disfunksiya- 14,6% qeyd edilir (5,11).

Qida qəbulunun pozulması nəticəsində tələbə qızların 52,63%-də piylənmə, 13,2%-da xroniki qastrit və qastroduodenit təyin edilir və bu xəstəliklərin fonunda yüksək tezliklə reproduktiv sistemdə aybaşı siklinin və funksiyasının pozulmaları qeyd olunur []7,10].

Tələbələrin reproduktiv sağlamlığını öyrənərkən müəyyən olunmuşdur ki, müasir Rusiya gənclərinin sağlamlığına təsir edən amillərdən sosial müdafiənin olmaması, psixo-sosial dizadaptasiya, təhlükəli həyat tərzi, dövlət strukturu tərəfindən diqqətin olmaması üstünlük təşkil edir [3,6,12].

Son illər keçmiş SSRİ məkanında gənc qızlarda ginekoloji xəstəliklərin və hormonal pozulmaların artmasını tibbi-sosial faktorların artması ilə əlaqələndirirlər. Bu faktorlara cinsi həyata erkən başlanma, tənzimlənməyən cinsi əlqələrin olması, tibbi abortların, siqaret çəkmənin, ekstragenital patologiyanın artması ilə əlaqələndirmək olar [2,3,8]. Rusiyada gənc qızların eqoistik həyat tərzi, övladlarından imtina etməsi, alkoholizm, narkomaniya üstünlük təşkil edir. Doğan gənc qadınların isə övladlarına aqressiyasının artması cavan nəslin fərdi eqoizmini əks etdir [4,6,7].

Rusiyada Tibb Universitetində oxuyan tələbə qızların somatik xəstəliklərinin, cinsi, fiziki inkişaf dərəcəsini və ginekoloji xəstəliklərin tezliyini və strukturunu öyrənərkən müəyyən olunmuşdur ki, I kurs tələbələrinin mədə-bağırsaq xəstəlikləri 12,5%, III kurs tələbələrində isə bu xəstəliklərin tezliyi 20,4% olmuşdur. Eyni zamanda ginekoloji xəstəliklərin tezliyinin ilbəil artması müəyyən olunmuşdur [1,4,9,6].

Tələbə qızların reproduktiv sağlamlığını öyrənmək üçün tələbə qızlar arasında sosioloji sorğu aparılmışdır. Müəllif təyin etmişdir ki, 80% tələbə qızlar üçün sağlamlıq mühüm əhəmiyyət kəsb edir. 60% qızlarda isə ailənin olması vacib sayılır. Sorğu aparılanlarin 1/3 hissəsi maddi təminatın vacibliyini vurğulayır, 60% tələbə qızlar qida problemləri ilə rastlaşirlar. 40%-də isə gigiyenik problemlər özünü büruzə verir. 80% tələbə qızlar spirtli içkilər istifadə edir, 32%-i isə siqaret çəkirlər. Eyni zamanda 100% tələbə qızlar qəti narkotiklərdən imtina edir. Reproduktiv sağlamlıq problemlərini təyin edərkən qeyd olunmuşdur ki, 80% tələbə qızlar erkən nigaha mənfi münasibət bəsləyir, 24% qızlar nigaha qədər cinsi əlaqədən qəti imtina edirlər. 28% tələbə qız nigahdan kənar cinsi əlaqəyə müəyyən şərtlərlə girirlər. 88% tələbə qızlar suni aborta mənfi münasibət bildirirlər. 8% qızlar nigahdan kənar uşaq doğa bilərlər [5,7].

Rusiyanın Nijninovqorodskaya vilayətinin tibbi demoqrafik vəziyyətini öyrənərkən təyin olunmuşdur ki, 100 hamilə qadının 81,8%-də ekstragenital xəstəliklər təyin edilir. Tələbə qızların xəstələnmə tezliyini təyin edərkən müəyyən olunmuşdur ki, bu qızlarda xəstələnmə tezliyi 1266,6‰-dir. Bu xəstəliklərdən yüksək tezliklə tənəffüs sisteminin xəstəlikləri 467,0‰, həzm sisteminin xəstəlikləri 99,3‰, göz xəstəlikləri 168,2‰, sidik axar və cinsiyyət orqanlarının xəstəlikləri 76,7‰ olmuşdur. Müəllif təyin etmişdir ki, bu xəstəliklərdən 36,7‰ tezliklə ginekoloji xəstəliklər təşkil edir [1,7].

Elmi tədqiqatlar əsasında müəyyən olunmuşdur ki, 15-25 yaşlı tələbə qızlar arasında xroniki xəstəliklər və morfofunksional xəstəliklərin tezliyi ilbəil artır. Müəyyan olunmuşdur ki, hər il xəstəliklərin artması 10,1% təyin edilir [2,3].

Tələbə qızlar arasında xəstəliklərin strukturunu öyrənərkən müəyyən olunmuşdur ki, sidik axarı və cinsiyyət sisteminin xəstəlikləri

18,9%, həzm sistemi 16,1%, tənəffüs sistemi və göz xəstəlikləri 11%, endokrin sistemi xəstəlikləri 5,8%, qan xəstəlikləri isə 5,1% müəyyən olunur [5,6].

3 illik tələbəlik müddətində qızlarda sidik axarı sisteminin və cinsiyyət orqanlarının xəstələnmə tezliyinin 32,9% artması nəzərə çarpır. Bunlardan 35% reproduktiv orqanların xəstəliklərinin tezliyinin, 23% isə böyrək və sidik axar yollarının xəstəliklərinin artması müəyyən olunur. Tələbə qızların 3 il müddətində təhsil aldığı müddətdə ginekoloji xəstəliklərin tezliyi 1,7 dəfə, böyrək və sidik axar yolları 2,3 dəfə təyin olunur. 18-21 yaşında olan tələbə qızlar arasında qalxanabənzər vəzi xəstəlikləri 2,3 dəfə, anemiyaların isə 1,4 dəfə artası qeyd olunur. 22-25 yaşlı tələbə qızlar arasında isə müayinə olunan müddətdə bütün xəstəliklərin tezliyi nəzərəçarpacaq dərəcədə artmışdır. Tələbə qızlar arasında qan sistemi xəstəliklərinin artması 28,1%, endokrin sistemi xəstəlikləri 18,5%, sümük-əzələ sistemini xəstəlikləri 15,5%, böyrək və cinsi orqanların xəstəlikləri 12% artmışdır. Tədqiqat aparılan müddətdə yalnız tənəffüs sistemi xəstəliklərinin 11,6% azalması təyin olunur (2,5,7).

Qeyd etmək lazımdır ki, tələbə qızların reproduktiv funksiyasına aid elmi tədqiqatlar və reproduktiv orqanlarının exoqrafik müayinənin nəticələri azdır. Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırki tədqiqatın **məqsədi** tələbə qızlarda reproduktiv orqanlarının exoqrafik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Məqsədə uyğun olaraq 150 təhsil alan tələbələrin transabdominal ötürücü ilə ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Müayinə zamanı uşaqlığın uzunluğu, eni, ön-arxa ölçüsü, endometriumun qalınlığı, yumurtalıqların uzunluğu, eni, qalınlığı, həcmi, atretik follikulların sayı təyin edilmişdir. Yumurtalıqların həcmini müəyyən etmək üçün aşağıdakı dusturdan istifadə edilmişdir: V_{sm}^3=UxGxEx0,5, burada

V – yumurtalığın həcmi;
U – yumurtalığın uzunluğu;
G – yumurtalığın qalınlığı;
E – yumurtalığın eni;
0,5 – koeffisient olmuşdur.

Alınan nəticələr A.Həsənovaya (2013) görə uşaqlığın və yumurtalıqlara fizioloji göstəriciləri ilə müqayisə olunmuşdur. Tələbə qızların uşaqlığın və yumurtalıqların exoqrafik göstəriciləri cədvəl 1-də göstərilmişdir.

Cədvəl 1

Tələbə qızların uşaqlığın və yumurtalıqlarının göstəriciləri (M±Se)

USM göstəriciləri	Tələbə qızların USM nəticələri	Sağlam qadınların USM göstəriciləri	p
Uşaqlıq, sm - uzunluğu	4,6±0,04 (3,4-6,1)	6,65±0,11 (5,3-8,8)	<0,05
- eni	3,63±0,02 (2,0-2,29)	6,3±0,09 (4,9-6,5)	<0,05
- ön-arxa ölçüsü	4,49±0,07 (2,1-5,8)	3,58±0,06 (2,9-4,5)	<0,05
Endometriumun qalınlığı	0,97±0,05 (0,16-1,8)	-	-
Sağ yumurtalıq, sm - uzunluğu	3,1±0,05 (1,2-4,5)	3,3±0,07 (2,4-3,9)	>0,05
- eni	2,61±0,05 (1,3-4,5)	2,4±0,09 (2,0-2,7)	>0,05
- qalınlığı	2,1±0,08 (1,6-2,4)	2,0±0,11 (1,7-2,3)	>0,05
- həcmi	8,5±0,02	7,92±0,03	<0,05
-arterik follikullarin sayı	3,3±0,05 (2,0-7,0)	4,0±0,02 (3,0-6,0)	<0,05
- yerləşməsi	yumurtalıq toxumasında	yumurtalıq toxumasında	-
Sol yumurtalıq, sm - uzunluğu	3,1±0,09 (2,4-4,1)	2,8±0,06 (2,4-3,0)	>0,05
- eni	2,47±0,03 (1,4-3,5)	2,4±0,13 (2,0-2,0)	>0,05
- qalınlığı	1,9±0,11 (1,6-2,7)	2,0±0,09 (1,8-2,6)	>0,05
- həcmi	7,3±0,08	6,72±0,12	<0,05
-atretik follikulların sayı	3,5±0,02 (2,0-6,0)	3,9±0,09 (3,0-5,0)	<0,05
- yerləşməsi	yumurtalıq toxumasında	yumurtalıq toxumasında	-

Qeyd: P – dürüşlük dərəcəsi

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi tələbə qızların ultrasəs müayinəsini apararkən müəyyən olunmuşdur ki, onlarda uşaqlığın uzunluğu, eni sağlam qadınların göstəricilərinə nəzərən cüzi

(p<0,05), ön-arxa ölçüsü isə dürüst dərəcədə çox olunmuşdur (p<0,05).

Eyni zamanda tələbə qızların sağ və sol yumurtalığın həcminin artması (p<0,05) artretik follikulların dürüst dərəcədə azalması qeyd edilmişdir (p<0,05). Yumurtalıqların uzunluğu, eni, qalınlığı sağlam qadınların yumurtalıqlarının göstəricilərindən statistik durust dərəcədə fərqlənmirdilər (p>0,05).

Exoqrafik göstəricilərin nəticələrinə görə uşaqlığın ölçülərinin azalması, yumurtalıqların həcmini fizioloji göstəricilərinin artması tələbə qızlarda aşkar olunan patologiyalarla əlaqələndirmək olar. Müəyyən olunmuşdur ki, tələbələrin 36-da (24%) follikulyar sist, 51-də (34%) yumurtalıqların polikistoz sindromu, 30-da (20%) isə genital infantilizm təyin edilmişdir.

Beləliklə, tələbə qızların reproduktiv sağlamlığının vəziyyətini müəyyən etmək üçün hər tədris ilində kiçik çanaq orqanlarının ultrasəs müayinəsinin aparılması vacibdir. Tələbə qızlarda exoqrafik metodun tətbiqi ginekoloji xəstəliklərin aşkarlanmasına, vaxtında müalicənin aparılmasına imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Беспалько В.В. Нарушение репродуктивного здоровья студенток // Международный медицинский журнал, 2003, №3, с.75-77
2. Дмитриева О.А. Информированность студенческой молодежи о репродуктивном здоровье и безопасном сексуальном поведении. Гродно, 2011, 5 с.
3. Долбик-Воробей Т.А. Репродуктивные установки студенческой молодежи / Российская молодежь, проблемы и решения социального прогнозирования, 2005, с.414-423.
4. Дюбкова Т.П. Репродуктивные установки современной студенческой молодежи // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2008, №3, с.8-14.
5. Егорова Е.И. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения студенток педагогического ВУЗа и женщин учителей в возрасте до 35 лет: Автореф. дисс…к.м.н. 2010, 39с.
6. Кацнельсон Ю.В., Дубровина Г.В. Психологический портрет студенток с различным состоянием репродуктивного здоровья // Вестник ОГУ, 2009, №1, с.77-80
7. Паренкова И.А., Коколина В.Ф., Добренко В.А. Репродуктивное поведение и качество жизни студентов, обучающихся в медицинском вузе // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2010, №4, с.81-91
8. Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Вострикова Т.В. Контрацептивное поведение и контрацептивный выбор студенток 1-3 курсов вузов / Мать и дитя: материалы IV Регионального научного форума. М., 2010, с.305.
9. Bui T.C. Perceived gender relations and sexual relations among undergraduate female students in the Mekong Delta of Vietnam. DrPH thesis. Departament of Health Promotion and Behavioral Sciences, The University of Texas – Health Science Center at Houston, School of Public Health; 2010.
10. Cedikov M., Cern L., Ulcov-Gallov Z. The lifestyle of Pilsner University female students and its effect on vaginal mycosis // Ceska Gynekol. 2009, v.74, №1, p.27-30.
11. Chen B., Wang L.P., Wang H.X. et al Survey on reproductive health status of Shanghai college students // Zhonghua Nan Ke Xue. 2005, v.11(10), p.744-777.
12. Pinar G., Taskin L. The effectiveness of reproductive and sexual health education program on university students. Ankara: University of Hacettepe, Turkey. 2008.

Резюме

А.М. Багирова, Э.М. Алиева, А.Д. Исмайлова, Р.Ш. Везирова, Н.Ш.Алиева

Особенности ультразвукового исследования органов репродуктивной системы у девушек-студенток

Цель исследования: изучить эхографические особенности органов репродуктивной системы у студенток, получающих высшее медицинское образование. Обследовано 150 студенток, получающих высшее образование по традиционной системе. Установлено достоверное снижение длины, ширины матки, увеличение переднезаднего размера матки, увеличение объема и числа атретических фолликул обоих яичников, что является, по-видимому, результатом перенесенных студентками гинекологических заболеваний, включая наличие фолликулярных кист (24%), синдрома поликистозных яичников (34%) и генитального инфантилизма (20%).

Summary

A.M. Baqirova, E.M. Aliyeva, A.D. Ismailova, R.Sh. Vezirova, N.Sh.Aliyeva

Disfinctive ultrasound features of female reproductive system of student-girls

The aim of the study was determination of ultrasound dictinctive features of student-girls that study in medical schools. 150 students having traditional high education were examined. It was shown that there were decrease of uterine length, width, increase of anterior-posterier uterine length and increase of volume and number of athretic follicles of both ovaries that could be the result of gynecological diseases in girl's anamnesis, including follicular cysts (24%), polycystic ovary syndrome (34%) and genital infantilism (20%).

Daxil olub: 13.05.2014

ERKƏN YAŞLI UŞAQLARDA BAĞIRSAQ İNFEKSİYALARININ KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ ,,PROBIOCSIN KIDS" PREPARATININ TƏTBİQİ

N.V.Əzizov, R.T.Nəzərova, F.H.Gülməmmədov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq yolxucu xəstəlikləri kafedrası, Bakı

Açar sözlər: probiotiklər, disbakterioz, diareya

Ключевые слова: пробиотики, дисбактериоз, диарея

Keywords: probiotics, goiter, diarrhea

Kəskin bağırsaq infeksiyaları (KBİ) müasir dovrdə uşaq yaşlarının patologiyasında mühüm yerlərdən birini tutub, yalnız kəskin respirator infeksiyalardan geridə qalır. Hal-hazırda KBİ oyrənilməsində xeyli irəlliyəşlərin olmasına baxmayaraq, xəstəliyin müalicəsində problemlər aktuallığını saxlamaqdadır [1,2].

Keçən əsrin əvvəllərində rus alimi İ.İ.Meçnikov ilk dəfə olaraq ,,probiotiklər" konsepsiyasını təklif etmişdir və bu sahədə apardığı tədqiqatlara görə Nobel mükafatına layiq görülmüşdur [3]. Sübut olunmuşdur ki, bu mənşəli preparatlar KBİ kliniki gedişinin uzanmasını xeyli qısaldır və antibiotik assosiyasiyalı diareyaların çoxalmasının qarşısını alır [3].

Diareya ilə müşahidə olunan yoluxucu xəstəliklərdə nəzarətsiz və səmərəsiz antibioti koterapiya bağırsaq mikroflorasının disbiotik-dəyişiklərinə səbəb olur [4]. Ona görə də tərkibinə canlı mikroorqanizmlərin və onların həyat fəaliyyəti nəticəsində ifraz olunan maddələrin daxil olduğu probiotiklərin kliniki təcrübədə öyrənilməsi və tətbiqi günün tələbinə cavab verir [5].

Tədqiqatların nəticəsinə görə probiotiklər xəstə uşağın orqanizminə həm yerli, həm də ümumi təsir göstərir. Probiotiklərin kliniki təcrübədə istifadəsi kifayət qədər güclü sübut bazasına malikdir [6,7].

Böyük Britaniyanın "Novator Pharma" şirkətinin təklif etdiyi probiotik "Probiocsin Kids" tərkibinə bir sıra probiotik ştamları daxildir: Bifidobacterium bifidum, Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus casei, Lactobacillus plantarum, Lactobacillus rhamnosus, Enterococus faecium, Streptococus thermophilus, Bifidobacterium longum. "Probiocsin kids" uşaqlarda həyatlarının birinci günlərindən və digər yaş qruplarda bağırsaq disfunksiyaları zamanı 1-3 həftə ərzində istifadə oluna bilər. Preparat paketlərdə istehsal edilir. Bir yaşa qədər uşaqlarda 1/2 paket gündə 2-3 dəfə yemək vaxtı yarım stəkan suda həll edilməklə, və eyni zamanda yeməklərinə qatılmaqla təyinatı mümkündür.

Tədqiqatın **məqsədi** erkən yaşlı uşaqlarda bağırsaq infeksiyalarının kompleks müalicəsində "Probiocsin Kids" preparatının effektivliyinin dəyərləndirilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Ə.F.Qarayev adına 2 saylı uşaq xəstəxanası və Azərbaycan Xəzər Dəniz Gəmiçiliyinin uşaq poliklinikasında kəskin bağırsaq

infeksiyasından müalicə alan 56 erkən yaşlı (3 ay-2 yaşa qədər) uşaq müşahidə olunmuşdur. Bağırsaq infeksiyası diaqnozu kliniki-epidemiologı və laborator müayinələrə əsasən müəyyən edilmişdir. Xəstəliyin kəskin dövründə nəcisin bakterioloji müayinəsi zamanı uşaqların çoxunda şərti-patogen mikroorqanizmlər diaqnostik konsentrasiyada aşkar edilmişdir: qızılı stafilokokk-9, klebsiella-12, stafilokokk və enterobakter birləşməsi-20 uşaqda və 15 uşaqda isə xəstəliyin törədicisini aşkar etmək mümkün olmamışdır. Xəstəliyin ağırlığı intoksikasiya sindromunun təzahürlərinə (ümumi halın, yuxunun, iştahanın pozğunluğu, tempraturun yüksəlməsi, mərkəzi sinir sistemi və ürək-damar sisteminin prosesə cəlb olunması) və mədə-bağırsaq traktının zədələnməsi dərəcəsinə (qusmanın və nəcis ifrazının sayı, nəcisin xarakteri, diareya sindromunun intensivliyi) görə təyin olunmuş və orta ağır olaraq dəyərləndirilmişdir.

Uşaqlar xəstəliyin 2-3 günündən müayinə olunmuşdular. Əsas ağırlaşdırıcı faktorlar: perinatal ensefalopatiya 23, erkən süni və qarışıq qidalanma isə 33 uşaqda mövcud olmuşdur.

Müalicə alan uşaqlar şərti olaraq 2 qrupa bölünmüşdür: əsas qrup 30 uşaq və kontrol qrup-26 uşaq. Kontrol qrupa aid olan uşaqlar standart terapiya alırdılar: adaptasiya olunmuş süd məhsulları ilə dozalanmış qidalanma, su-duz məhlulları ilə oral rehidratasiya, antibakterial terapiya, probiotik "Linex" və stasionarda müalicə olanlara lazım olduqda vena daxili infuzion terapiya.

Tədqiq olunan (əsas) qrupda uşaqların kompleks müalicəsinə "Probioksin Kids" gündə 1 dəfə 10 gün ərzində yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl təyin edilmişdir.

Anamnezdən aydın olmuşdur ki, bütün hallarda xəstəlik hərarətin febril (66,07%) və ya subfebril (33,93%) rəqəmlərə qədər qalxması ilə kəskin başlamışdır, halsızlığın, iştahasızlığın və selikli yaşıl duru nəcis ifrazı, iki xəstədə isə qanlı olması ilə müşahidə olunmuşdur.Nəcis ifrazının sayı sutkada 6-8 dəfə (62,5%), 8-10 dəfə isə (37,5%) uşaqda, qusma 32,14%-də müşahidə olunmuşdur.

Palpasiya zamanı 69,64% qarında ağrı, 57,14% uşaqda isə meteorizm müşahidə edilmişdir. Aparılan terapiyanın effektivliyi uşağın ümumi vəziyyətinin yaxşılaşması, intoksikasiya əlamətlərinin yox olması, qusmanın kəsilməsi, nəcis ifrazı sayının azalması və konsistesiyasının normallaşması, xəstəxanada qalma müddəti ilə qiymətləndirildi. Bütün xəstələrdə bağırsağın mikrobiosenozunun vəziyyəti 2 dəfə, müalicədən əvvəl və sonra aparılmışdır. Xəstəliyin kliniki gedişatının müqayisəli araşdırması göstərmişdir ki, kompleks terapiyada "Probiocsin Kids" almış uşaqlarda ümumi vəziyyətin yaxşılaşması, iştahın bərpa olunması, intoksikasiya əlamətlərinin, qusmanın, meteorizmin və diareyanın aradan qalxması daha erkən müşahidə olunmuşdur. Belə ki müalicənin ilk həftəsindən əsas qrupa aid olan uşaqların hamısında, kontrol qrupun isə yalnız 42,3%-də qusma və meteorizm əlamətləri yox olmuşdur. Xəstəliyin üçüncü günündən etibarən əsas qrupdan olan uşaqların 76,66%-də, standart terapiya alan uşaqların isə 57,69%-də intoksikasiya əlamətləri keçmişdir. Xəstəliyin 6-cı günündə probiotik "Probiocsin kids" alan uşaqların hamısında nəcisin xarakteri və tezliyi normallaşmışdır, meteorizm əlamətləri isə xəstəliyin 5-cı günündə 66,66% uşaqda keçmişdir. Əksinə, ənənəvi müalicə alan uşaqlarda nəcisin normallaşması eyni müddət ərzində 61,53%-də, meteorizm əlamətləri isə 7-ci günə qədər bütün uşaqlarda davam etmişdir (cədvəl).

Cədvəl

Uşaqlarda KBİ-müalicəsinin kliniki effektivliyinin müqayisəsi

Kliniki əlamətlər	Müddət (gün)	
	Əsas qrup (n=30)	Kontrol qrup (n=26)
İntoksikasiya	2,7±0,24	3,9 ±0,15
Diareya	1,9±0,09	3,21±0,15
Qusma	2,73±0,21	4,95±0,22
Meteorizm	6,71±20	7,41±0,59

Nəcisin kontrol bakterioloji müayinəsində aydın olmuşdur ki, kompleks terapiya tərkibində "Probiocsin kids" probiotiki almış uşaqların 97%-də, kontrol müqayisəli qrupda isə 75% uşaqlarda mədə-bağırsaq trakti törədicilərdən sanasiyası olunmuşdur.

Bağırsaq mikroflorasının kəmiyyətcə müayinəsində əsas qrupda olan uşaqlarda

bifidobakteriyalar müalicənin sonunda 94%, laktobakterialar 85% artmışdır. Standart terapiya alan uşaqlarda isə həmçinin bifidumbakteriyalar 74% laktobakteriyalar isə 72% artmışdır.

Beləliklə aparılan müayinələr göstərir ki, "Probiocsin Kids" probiotiki erkən yaşlı uşaqlarda bağırsaq infeksiyasının kompleks müayinəsinə daxil edilməsi xəstəliyin kəskin dövrünün qısalmasına gətirib çıxarır. Erkən yaşlı uşaqlarda preparatın istifadəsi mədə-bağırsaq traktının bir sıra patoloji vəziyyətlərinin profilaktikası və bağırsaq mikroflorasının bərpası üçün effektiv, təhlükəsiz olduğu üçün kliniki təcrübədə geniş istifadəyə tövsiyə oluna bilər.

ƏDƏBIYYAT

1.Воротынцева Н.В., Мазанкова Л.Н. Острые кишечные инфекции у детей. М.:Медицина, 2001, 480 с.

2.Мазанкова Л.Н, Шевелева С.А, Лыкова Е.В. Клиническое применение пробиотиков: систематизация препаратов и тактика назначения в детском возрасте. Пособие для врачей. М., 2005, 37 с

3.Горелов А.В., Милютина Л.Н, Усенко Д.В. Лечение острых кишечных инфекций у детей. Пособие для врачей 2003, 48с

4. Gülməmməd F., Ceylan A., Tuncer O. ve ark. Bağırsaq enfeksiyonu qeçiren sut cocuklarinda immunitetin deyerlendirilmesi // Van TİP Dergisi, 2010, cilt 17, N4, s140-147

5.F.Gülmemmed. Çocuklarda beslenme ve gastrointestinal problemler; Praktik bilgilendirme ve uyqulamalar, VAN Türkiyə, 2012

6.Горелов А.В., Милютина Л.Н, Усенко Д. В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых кишечных инфекций у детей. Пособие для врачей. М., 2006, 109с

7.Беляева И.А, Яцык, Г.В, Дворянский И.В, Степанов А.А, Патогенез дисфункций желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста // Рос. Педиатрический журнал, 2007, № 4, с.4-7

Резюме

Внедрение препарата "Probiocsin Kids" в комплексном лечении инфекций кишечника у детей раннего возраста

Н.В.Азизов, Р.Т.Назарова, Ф.Х.Гюльмамедова

В данной работе описана клиническая эффективность пробиотика «Probiocsin Kids», содержащий в своем составе множество пробиотических штамов. Под наблюдением находились 56 детей с острой кишечной инфекцией. У детей наряду со стандартной терапией получивших пробиотический препарат «Probiocsin Kids» симптомы болезни были ликвидированы гораздо раньше, чем у группы детей,получивших препарат «Linex». Таким образом,использование пробиотика «Probiocsin Kids» в комплексном лечении острых кишечных инфекций эффективно и безопасно, в связи с чем может рекомендоваться к применению в детской клинической практике.

Summary

The introduction of the drug «Probiocsin Kids» in the complex treatment of intestinal infections in young children

N.V.Azizov, R.T.Nazarova, F.H.Gulmamedova

In this article clinical effectiveness of the "Probiocsin kids" probiotics, which contains a variety of the probiotic strain. 56 children with acute intestinal infections were examined. Decease symptoms in children that received the "Probiocsin kids" therapy were liquidated considerable earlier than children that received "Linex" medicine. Thus, the usage of the "Probiocsin kids" in complex treatment of acute intestinal infection is effective and safe. Therefore, the "Probiocsin kids" therapy can be recommended for the juvenile clinical practice.

Daxil olub: 30.04.2014

REVMATOİD ARTRİTLİ XƏSTƏLƏRDƏ ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİNİN STRUKTUR ZƏDƏLƏNMƏSİ

X.İ. Səfərova, F.Y.Talıbov, G.R.Ələkbərova, C.H.Əhmədov, N.T.Zamanov
Azərbaycan Tibb Universiteti, I Daxili xəstəliklər və Reanimatologiya kafedrası;
Azərbaycan Pedaqoji Universitet, Tibbi Biliklərin əsasları kafedrası, Bakı

Açar sözlər: revmatoid artrit, ürək-damar sistemi, Exo-KQ
Ключевые слова: ревматоидный артрит, сердечно-сосудистая система, ЭХО-КГ
Keywords: rheumatoid arthritis, cardiovascular system, echocardiography

Xroniki iltihabi xəstəlik olan revmatoid artritdə (RA) ölüm faizi müxtəlif ədəbiyyatlarda 1.,28%-dən 3,0%-ə qədərdir ki, [6] bu zaman ürək-damar patologiyasından baş verən ölüm halları 50 % təşkil edir [4]. 1941-ci ildə Meyo Bagenstoss və Rosenberg autopsiyada təsdiqlənmiş ürək qüsuru olan RA-lı xəstənin xəstəlik tarixini nümayiş etdirdilər. Həmin il onların "xroniki infeksion artritlə" müştərək rast gələn ürək zədələnmələri haqqında işləri çapdan çıxmışdır. Bu müəlliflərin tədqiqatlarını RA-da ürəyin zədələnməsində başlanğıc kimi qəbul etmək olar. Rus ədəbiyyatında RA-nın oynaqdankənar müxtəlif əlamətlərini ilk dəfə E.M.Tareyev təşvir etmişdir [1].

Son illər exokardioqrafik müayinələrin təkmilləşməsi ilə əlaqədar olaraq [2] RA-lı xəstələrdə ürək-damar strukturlarının öyrənilməsi diqqət mərkəzindədir [2,3].

Məlum olmuşdur ki, ExoKQ müayinələr ürəkdə qapaq zədələnmələrini, perikarditləri, miokarditləri, sistolik və diastolik pozuntuları aşkar etməyə imkan yaradır [5].

Revmatoid artritdən ürək-damar sisteminin anatomik strukturlarının zədələnməsini xəstəliyin aktivlik dərəcəsi, forması, davametmə müddətindən asılı olaraq öyrənilməsinə diqqət yetirilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi: revmatoid artritli xəstələrdə ürək-damar strukturlarının zədələnməsinin xəstəliyin aktivlik dərəcəsi, forması, davametmə müddətindən asılı olaraq araşdırılmasıdır.

Tədqiqatın material və metodları. ExoKQ-ik olaraq 70 RA-lı xəstə müayinəyə cəlb olunmuşdur. ExoKQ dəyişiklikləri 70 RA-lı xəstədə- 49(70,0%) qadın, 21(30,0%) kişi öyrənilmişdir. Müayinə anında xəstələrin yaşı 16-dan 63-dək (orta yaş həddi 37,8±7,4 il), xəstəliyin davam müddəti 6 aydan 32 ilədək (orta hesabla 13,4±8,4 il) tərəddüd etmişdir. Revmatoid amil bütün xəstələrdə yoxlanılmış, xəstələrin 56-da seropozitiv, 14-də isə seroneqativ forma aşkarlanmışdır. Aktivlik dərəcəsinə görə üç dərəcə ayırd olunmuşdur. I aktivlik dərəcəsi (minimal)- EÇS (20 mm/saatadək), II (orta) aktivlik dərəcəsi EÇS (20-40 mm/saatadək) və yüksək (maksimal) aktivlik dərəcəsi (40 mm/saatdan çox) fərqləndirilmişdir. Xəstəliyin davam müddəti 3 qrupda (5 ilədək, 5-10 il, 10 ildən çox) öz əksini tapmışdır.

ExoKQ göstəricilər kimi qapaqlarda qüsur və prolaps tipində, eləcə də endokardda diffuz qalınlaşma və nahamar səth şəklində dəyişikliklər, perikardda maye, atım fraksiyasının qeydi ilə aparılmış ürək çatışmazlığına diqqət yetirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirələr. Tədqiqatın nəticələri öz əksini 1-ci cədvəldə tapmışdır:

Müayinəyə cəlb olunan 70 RA-lı xəstənin 7-də (10,0%) ürək qüsuru qeydə alınmışdır. Xəstələr aşağıdakı kimi təsnif edilmişdir: Mitral qapaq çatışmazlığı- 3, müştərək mitral qüsur- 2, kombinəolunmuş qrək qüsuru - 2. Müştərək ürək qüsurlu xəstələr arasında mitral qapaq çatışmazlığı üstünlük təşkil etmişdir. Kombinəolunmuş qüsurlara gəldikdə xəstələrin hər ikisində aortal çatışmazlıqla mitral çatışmazlıq birgə təsadüf etmişdir. Ürək qüsurlu xəstələr RA-nın aktivlik dərəcəsinə görə analiz olunmuşdur. Qüsurlar əsasən I, II aktivlik dərəcəli xəstələr arasında aşkarlanmışdır. Bu xəstələr müalicə prosesinə cəlb olunan, dispanser müşahidədəki xəstələr olduğundan III aktivlik dərəcəsində təsadüf etməmişdir.

Ürək qüsuru olan xəstələrin 6-sı seropozitiv, 1 xəstə isə seroneqativ forma RA-ya aiddir ki, bu bir daha seropozitiv forma RA-lı xəstələrdə ürək-damar sisteminin zədələndiyini göstərən müəlliflərin fikri ilə üst-üstə düşür [4,7].

Revmatoid artritin davam müddəti ilə ürək qüsurlarının rastgəlmə tezliyi arasında əlaqələrə diqqət yetirilmişdir.

Cədvəl 1
Revmatoid artritli xəstələrdə ExoKQ olaraq ürək-damar sisteminin struktur zədədlənməsi (n=70)

Zədədlənmənin lokalizasiyası	Mütləq	%
Ürək qüsurları:	7	10,0
–mitral qapaq çatışmazlığı	3	4,2
–müştərək ürək qüsuru	2	2,9
–kombinəolunmuş ürək qüsuru	2	2,9
Mitral qapağın prolapsı	6	8,5
–I dərəcəli prolaps	4	5,8
–II dərəcəli prolaps	2	2,9
Qapaq endokardında diffuz qalınlaşma və nahamar səth	23	32,8
Mitral qapaqlarda dəyişiklik	18	25,7
Aortal qapaqda dəyişikliklər	5	7,1
Perikard boşluğunda maye	5	7,1

Cədvəl 2
RA-lı xəstələrdə ExoKQ-ik olaraq ürək-damar sisteminin struktur zədədlənməsi ilə RA-nın davam müddəti arasında əlaqə

ExoKQ zədədlənmə	RA-nın davam müddəti			p
	5 ilədək	5-10 il	10 ildən çox	
Ürək qüsurları	1	2	3	p>0,5
Mitral qapaqların prolapsı	2	2	2	P=0
Qapaq endokardında diffuz qalınlaşma və nahamar səth	4	5	14	p<0,01
Mitral qapaqlarda dəyişiklik	3	5	10	p<0,01
Aortal qapaqda dəyişiklik	1	-	4	p>0,5
Perikard boşluğunda maye	4	1	-	p<0,01

Məlum olmuşdur ki, RA-nın davam müddəti ilə ürək qüsurlarının formalaşması arasında müsbət korrelyativ əlaqələr mövcuddur. 5 ilədək davam müddətli xəstələrə -1, 5-10 il davam müddətli xəstələrdə- 2, 10 ildən çox davam müddətli xəstələrdə isə 3 xəstədə ürək qüsuru ExoEKQ-ik təyin edilmişdir.

RA-lı xəstələrin 23-də (32,5%) qapaq endokardında ciddi struktur dəyişikliyi olmasa da diffuz qalınlaşma və nahamar səth şəklində dəyişikliklər qeydə alınmışdır ki, bunun da 14-ü xəstəliyin davam müddətinin 10 ildən çox olduğu hallara təsadüf etmişdir. Bu rəqəmlər özlüyündə revmatoid prosesin uzanması hallarında ürək-damar sistemininh funksional vəziyyətinin nəzarətə alınmasını zəruri edir. Perikard boşluğunda mayenin aşkarlanmasına gəlincə burada revmatoid prosesin davamlılığı ilə pozitiv korrelyasiya aşkar edilmir (p>0,5).

RA-nı müşayiət edən anemiya ilə ürək qüsurlarının rastgəlmə tezliyi arasında ciddi korrelyativ əlaqələr üzə çıxmamışdır.

Ürək qüsurları ilə yanaşı 6 xəstədə mitral qapağın prolapsı qeydə alınmışdır. Prolapsın qeydə alındığı xəstələrin hamısını qadınlar təşkil etmişdir. Həmin 6 xəstənin 4-də I dərəcəli, 2-də isə II dərəcəli hemodinamik əhəmiyyətli olmayan prolaps qeydə alınmışdır. Hemodinamik pozğunluqla müşayiət olunmayan, lakin qapaq endokardında diffuz qalınlaşma və nahamar səth şəklində -23 xəstədə ExoKQ-lı dəyişikliklər aşkarlanmışdır. Xəstələrin 18 nəfərində mitral, 5-də isə mitral və aortal qapaqda qalınlaşma və nahamar səth qeydə alınmışdır. ExoKQ olaraq perikard boşluğunda maye 5 xəstədə müəyyən edilmişdir. Bu zaman xəstələrin 4-ü seropozitiv, 1-i isə seroneqativ formaya aid olmuşdur.

Beləliklə, 70 xəstənin 40-da (57,1%) ürək qüsuru, mitral prolaps, endokardda dəyişikliklər, ekssudativ perikardit tipində dəyişikliklər müəyyən edilmişdir.

Ürəkdə baş verən bu cür struktur dəyişiklikləri revmatoid artritin erkən diaqnostikasını, eləcə də bu xəstələrin dispanser qeydiyyatına da xüsusi diqqət yetirilməsini zəruri edir.

Gələcəkdə RA-lı xəstələrin ExoKQ müayinəsinin prospektiv olaraq öyrənilməsinə ehtiyac göz qabağındadır.

ƏDƏBİYYAT

1. Axunbəyli A.Ə., Zamanov N.T. Revmatoid artritdə ürək-damar sisteminin zədədlənməsi // Sağlamlıq, 2004, N 8, s. 123-125.
2. Дряженкова И.В. Поражение сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях // Кардиология, 2005, № 11, с.98-102.
3. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. Поражение сердечно-сосудистой системы при аутоиммунных ревматических заболеваниях // Украинский кардиологический журнал (электронная версия), 2011.
4. Avina-Zubieta JA, Choi AK, Sadatsafari M et al. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. Arthritis Rheum. 2008; 59 (12) 1690-1697.
5. Kaplan M.J. Cardiovascular complications of rheumatoid arthritis: assessment, prevention and treatment. Rheum // Dis. Clin North Am., 2010, v.36 (2), p.405-426.
6. Meune C., Touze E., Tringurtel et.al. Trends in cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis over 50 year: a systematic review and meta-analysis of cohort studies // Rheumatology, 2009, v.48 (10), p.1309-13.
7. Parkes E., Krasnoselski M., Tsurko W et al. Long-term prognosis in patients with rheumatoid arthritis depending on baseline variability of cardiac rhythm // Ter.arch., 2005, v 77, p. 77-80.

Резюме

Структурное поражение сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидного артрита.

Х.И. Сафарова, Ф.Ю. Талыбов, Г.Р. Алекперова, Дж.Г. Ахмедов, Н.Т.Заманов

Обследовано 70 больных с ревматоидным артритом. Эхокардиографический исследований показал деструктивные изменения (клапанные пороки сердца, пролапс митрального клапана, диффузные уплотнения и неровность поверхности эндокарда) в зависимости от формы, степени активности и продолжительности ревматоидного артрита.

Summary

Destructive changes of cardio-vaskular systems in patents rheumatoid arthiritis.

Ch.İ. Safarova, F.Y. Talibov, G.R. Alekperova, C.H. Achmedov, N.T.Zamanov

We examined 70 patients with rheumatoid arthritis. Echocardiographically studies showed destructive changes (valvular heart disease, mitral valve prolapse, sealing and diffuse endocardial surface roughness) depending on the form, degree of the activity and duration of the rheumatoid arthritis.

Daxil olub: 27.03.2014

AZƏRBAYCANDA ƏCZAÇILIQ VƏ TİBB TƏCHİZATINDA İNNOVASİON YANAŞMALAR

M.N. Vəliyeva, S.A.Atakişizadə

Azərbaycan Tibb Universiteti, Əczaçılığın texnologiyası və idarəçiliyi kafedrası, Bakı

Açar sözlər: təchizat, dərman vasitələri, tibbi-təyinatlı mallar, tədbirlər proqramları, tibb müəssisələri, əczaxanalar

Ключевые слова: обеспечение, лекарственные сердства, товары медицинских назначений, программа мероприятий, медицинские учереждения, аптеки

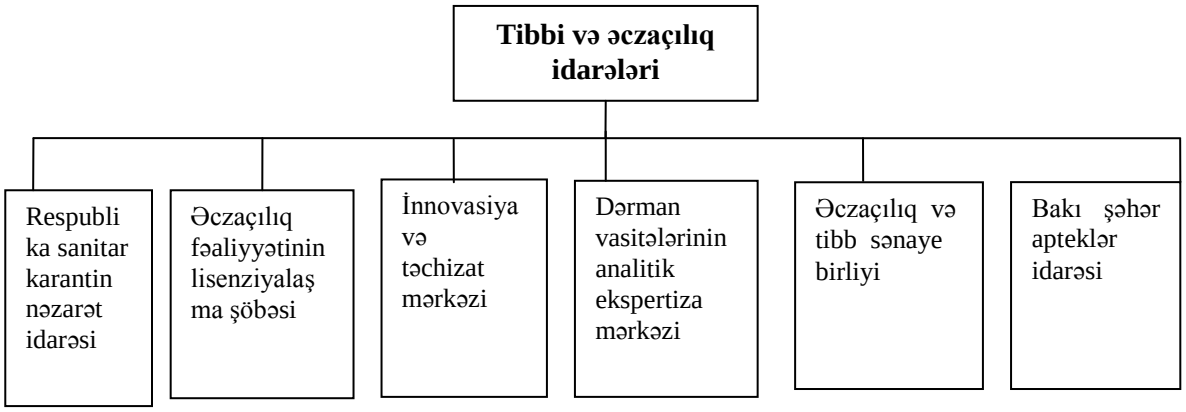
Key words: software, pharmaceuticals, health products, program activities, medical facilities, pharmacie

Səhiyyə sahəsində dövlət siyasətinin əsas istiqamətlərindən biri də qanunvericilikdə təsdiqlənmiş qaydalara əsasən müxtəlif kateqoriyalı xəstələrə və tibb müəssisələrinə dərman və tibbi təyinatlı vasitələrin təchizatının göstərilməsidir. Bu təchizat Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi tərəfindən təşkil edilir. Səhiyyəyə ayrılan büdcə vəsaitinin ilbəil artımıda əhaliyə və tibb müəssisələrinə göstərilən xidmətin səviyyəsinin təkmilləşməsinə imkan yaradır. Ölkəmizdə müxtəlif kateqoriyalı xəstələrə və tibb

müəssisələrinə dərman və tibbi təyinatlı vasitələrin təchizatının təşkili, vəziyyəti, keyfiyyəti və bu sahədə aparılan islahatların öyrənilməsi zəruri və aktualdır.

Azərbaycan Respublikası əhalisinə dərman xidmətinin yaxşılaşdırılması ilə əlaqədar Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin nəzdində müasir strukturlu idarəetmə orqanları yaradılmışdır (sxem 1). Dərman vasitələri və tibbi təyinatlı ləvazimatların təchizatını əhaliyə təşkilini həyata keçirmək Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi İnnovasiya və Təchizat Mərkəzinə həvalə olunmuşdur. Səhiyyə Nazirliyi İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi 2005-ci il noyabrın 17-də yaradılmışdır və yeni əsasnaməsi 25 dekabr 2009-cu il 185 saylı əmri ilə təsdiq edilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi: Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin İnnovasiya və Təchizat Mərkəzində təchizatın təşkilinin öyrənilməsidir. Bu məqsədə nail olmaq üçün mövcud olan normativ sənədlər və yeni qəbul olan əmr və qərarlar təhlil olundu. Açıqlanmışdır ki, 17 mərkəzləşdirilmiş tibb müəssisələri (95 tibb müəssisəsi) 130 saylı əmrdə olan əsas dərman vasitələri və tibbi təyinatlı ləvazimatlarla təchiz olunur.



Şəkil Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin idarələri

Əsas dərman vasitələri Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) tövsiyyə etdiyi siyahıya əsasən tərtib olunur. Əsas dərman vasitələrinin siyahısı Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Farmakoloji və Farmakopeya Ekspert Şurasının 9 №-li 20.05.2011-ci il tarixli qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Əsas dərman vasitələrinin siyahısı, dedikdə, əhalinin sağlamlığının qorunması, ehtiyaclarının ödənilməsi üçün lazım olan vasitələr sayılır.

Əsas dərman vasitələrinə gedən yol rasional seçim, qiymətlərin münasibliyi, stabil maliyyələşdirmə, etibarlı səhiyyə sistemi kimi mərhələlərdən keçir. Əsas dərman vasitələrinin siyahısının üstünlüyü dərman vasitələrinin istifadəsinin daha yaxşı idarə olunması, xərc və effektivlik baxımından daha səmərəli istifadəsi və daha keyfiyyətli tibbi xidmətidir.

Əsas dərman vasitələri standart kliniki protokol əsasında seçilən və ölkədə qeydiyyatdan keçmiş dərman vasitələridir. Klinik protokolların tərtib olunması Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 24 noyabr 2008-ci il tarixli 160 saylı əmri ilə təsdiq edilmiş "Azərbaycan Respublikasında klinik protokolların tərtib edilmə Qaydaları" əsasında həyata keçirilir. Klinik protokol – müntəzəm yenilənən sənəd olub, hər hansı bir xəstəlik, sindrom, klinik vəziyyət və ya klinik situasiya zamanı tibbi yardım göstərilməsi üzrə sübutlu təbabət prinsiplərinə əsaslanan tövsiyələrdən ibarətdir. Tərtib edilmiş klinik protokollar Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq olunur. Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş 53 standart kliniki protokol var. Bunlardan əlavə İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi 95 xəstəxananı təkcə dərman vasitələri və tibbi ləvazimatlarla deyil, həmçinin reaktivlər, rentgen plyonkalar, immunobioloji vasitələr və dezinfeksiyaedicilər və tibbi avadanlıqla təchiz edir. Bunlardan əlavə müasir yanaşmada 27 imtiyazlı poliknikalar – imtiyazlı qruplara daxil olan xəstələrin dərman vasitələri və tibbi ləvazimatlarla təchizatı Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən 28 fevral 2007-ci il tarixli (və əlavə 27 aprel 2011-ci il tarixli № 47 əmri) əmrində təsdiq edilmiş siyahıya əsasən aparılır. İmtiyazlı xəstələrə şəkərli diabet, 1-ci qrup əlillər, 2-ci qrup əlillər, bronxial asma və s. xəstələr aiddir. İmtiyazlı xəstələr haqqında məlumat əldə etmək üçün Səhiyyə Nazirliyi

tərəfindən "İmtiyazlı Apteklər" altsistemi yaradılmışdır. Bakı şəhərində hər bir imtiyazlı qrup xəstəyə Elektron Kart hazırlanıb verilmişdir. İnformasiya sisteminə və karta həmin xəstələrin şəxsi, dispanser qeydiyyatı və aldığı dərmanlar barədə məlumatlar qeyd edilir. Bu məlumatları əldə etmək məqsədilə qeydiyyata alınmış imtiyazlı xəstələr bu portalda yaradılmış e-xidmətdən istifadə edə bilərlər. İmtiyazlı qruplara daxil olan xəstələr qeydiyyatda olduqları tibb müəssisələrindən ehtiyacı olduqları dərman vasitələri ilə təchiz olunurlar. Bu poliklinikalar həmçinin reaktivlər, rentgen plyonkalar, immunobioloji vasitələr və dezinfeksiyaedicilər və tibbi avadanlıqla da təchiz edilir.

Müasir müalicə üsullarına əlavə olaraq, 21 hemodializ müəssisəsini İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi dializatorlar, digər hemodializ məsrəfləri, hemodializdə istifadə olunan dərman vasitələri (eritropoetin, dəmir preparatları, plazmaəvəzedicilər, vitaminlər) və tibbi ləvazimatlarla, həmçinin, böyrək köçürülmüş xəstələri davamlı olaraq müvafiq dərman vasitələri (immunodepresantlar) ilə təchiz edir.

Bunlardan başqa transplantasiya əməliyyatına məruz qalmış xəstələri də İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi immunodepresantlarla təchiz edir. Bu xəstələrin sayı 220-dir.

Respublikamızda əhaliyə tibbi xidmətin və dərman xidmətinin təkmilləşdirilməsi sahəsində dövlət səviyyəsində müxtəlif tədbirlər proqramlarıda hazırlanmışdır.

Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin 26 noyabr 2010-cu il və 13 dekabr 2010-cu il tarixlərində qəbul etdiyi qərarlara əsasən aşağıda göstərilən xəstəliklər üzrə 2011-2015-ci illər üçün tədbirlər proqramı təsdiq edilmişdir:

Şəkərli diabet üzrə 26 noyabr 2010-cu il qərar N 222; Talassemiyanın müalicə və profilaktikasına dair 26 noyabr 2010-cu il qərar N 223;Yoluxucu xəstəliklərin immuno-profilaktikasına dair 26 noyabr 2010-cu il qərar N 225 Vərəmlə mübarizə üzrə 26 noyabr 2010-cu il qərar N 226; Xroniki böyrək çatışmazlığı üzrə 26 noyabr 2010-cu il qərar N 227; Qanın, qan komponentlərinin donorluğu və qan xidmətinin inkişafına dair 13 dekabr 2010-cu il qərar N 233; Hemofiliya üzrə 26 noyabr 2010-cu il N 224qərar qəbul edilmişdir.

Qeyd etdiyimiz tibb müəssisələrinin təchiz olunduğu dərman vasitələri, tibbi ləvazimatlar, immunobioloji vasitələr, rentgen plyonkalar, reaktivlər, və dezinfeksiyaedicilər Azərbaycan Respublikasının tender haqqında qanununun müddəalarına müvafiq olaraq açıq tender yolu ilə alınır. Vərəm, QİÇS, hemofiliya, xroniki böyrək çatışmamazlığı, talassemiya və yoluxucu xəstəliklərin profilaktikasına dair dövlət proqramı üzrə Azərbaycanın bütün bölgələri İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi tərəfindən tam təchiz olunur. Ümumi profilli tibb müəssisələrində müalicə olunan və imtiyazlı qruplara daxil olan xəstələrin dərman təchizatı isə Azərbaycan bölgələrinin öz yerli büdcəsi hesabına keçirilir.

Nəticələr:

1.Dövlət tədbirlər proqramlarına uyğun olaraq Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi İnnovasiya və Təchizat Mərkəzinin bəzi fəaliyyət növləri öyrənildi.

2.Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi İnnovasiya və Təchizat Mərkəzinin dərman vasitələri və tibbi ləvazimatlarla təchizi təhlil olundu.

ƏDƏBİYYAT

1.Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi haqqında Əsasnamə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 25 dekabr 2009-cu il tarixli 185 N-li əmri.

2."Azərbaycan Respublikasının əhalisinə zəmanətli tibbi yardımın təmin edilməsi barədə" Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 130 saylı 22.12.2011- ci il tarixli "Stasionar şəraitdə istifadə olunan ən vacib dərman vasitələri və tibbi ləvazimatların siyahısının genişləndirilməsi barədə " əmri.

3"Azərbaycan Respublikasının əhalisinə zəmanətli tibbi yardımın təmin edilməsi barədə" Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 01. 12.2005-ci il tarixli 141 N-li "Azərbaycan Respublikasını əhalisinə zəmanətli tibbi yardımın təmin edilməsi barədə" əmrinə əlavə edilməsi haqqında Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 132 N-li 02.10.2008-ci il tarixli "Stasionar şəraitdə istifadə olunan ən vacib dərman vasitələri və tibbi ləvazimatların siyahısının genişləndirilməsi barədə " əmri.

4."Dərman vasitələri haqqında"Azərbaycan Respublikasının qanunu,Bakı şəh.,22 dekabr,2006-cı il.

5.Vəliyeva M.N., Cabbarova Ş.A., Quliyeva E.A. Əczaçılığın menecmenti. I hissə,Bakı, 2002, 94 s.

Резюме

Инновационные подходы к обеспечению фармации и медицины в азербайджане

М.Н. Велиева, С.А.Атакишизаде

В период развития экономики в Азербайджанской Республике заметно обеспечение населения различными товарами, и в том числе фармацевтическими и медицинскими. Государство с современными подходами претворяет в жизнь бесперебойное обеспечение лекарственными средствами и предметами медицинского назначения. В представленной статье приводятся сведения по результатам работы Центра Инновации и Обеспечения Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики.

Summary

Innovative approaches to the pharmacy and medicine in Azerbaijan

M.N. Veliyeva, S.A.Atakishizade

During the development of the economy in the Republic of Azerbaijan to provide the population markedly different commodities, including pharmaceuticals and medical. The state with modern approaches implements the uninterrupted supply of medicines and medical supplies. In the present article provides information on the results of the Center for Innovation and Welfare Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan.

Daxil olub: 13.05.2014

ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧЕСКИХ КОСТНОМОЗГОВЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА СОСТОЯНИЕ ВОРОТНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Р.Э.Джафарли

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку;
Международный Центр Клеточного Культивирования «Biostem» Донецкого Института Неотложной и Восстановительной Хирургии им. В.К.Гусака, Украина

Açar sözlər: autoloji ilik sümüyü gövdə hüceyrələrin transplantasiyaı, qaraciyər qan dövranı, alkohol mənşəli sirroz

Ключевые слова: трансплантация аутологических костномозговых стволовых клеток, воротной кровоток, цирроз печение алкогольной этиологии

Keywords: transplantation of autologous bone marrow stem cells, portal blood flow, cirrhosis of alcoholic etiology

Увеличение в последние десятилетия частоты встречаемости среди населения больных циррозом печени (ЦП), а также высокая частота развития неблагоприятных результатов лечения ставят это заболевание в ряд наиболее актуальных проблем современной медицины [1,2].

Как известно ЦП больше всего распространен среди лиц наиболее молодого (30-65 лет) и наиболее трудоспособного возраста [3]. По данным ВОЗ, в Европе смертность за последние 20 лет достигла 10-20 на 100000 населения. В США за последние десятилетия смертность от ЦП и его осложнений увеличилась больше, чем от какого-либо другого заболевания. По данным авторов общая смертность от ЦП составляет 15 на 100000 человек, что составляет 4-е место в структуре смертности мужчин старше 40 лет [4,5].

Учитывая вышеуказанные обстоятельства, увеличение продолжительности жизни больных ЦП путем усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий остается важной и далеко не решенной проблемой настоящего времени.

Существующие в настоящее время традиционные способы консервативного и хирургического лечения больных ЦП может значительно улучшить состояние пациента,

однако прогрессирования заболевания не останавливает. Трансплантация печени является относительно радикальным методом лечения больных ЦП. Однако, на сегодняшний день даже в самых развитых странах мира обеспечить необходимую потребность населения в донорах, материально-технические моменты, а также сохраняющаяся зависимость пациентов от средств позволяющих стабилизировать функциональное состояние печени делает актуальным поиск наиболее эффективных и доступных способов коррекции [6].

По литературным данным, наиболее перспективным методом лечения больных ЦП, позволяющим восстановить поврежденные печеночные клетки, а также стимулировать репаративные процессы в паренхиме органа является трансплантация стволовых клеток [7,8].

По данным авторов, стволовые клетки после введения в организм пациента, не только восстанавливают поврежденные ткани, но и вырабатывают специальные биологически активные вещества, которые стимулируют деление гепатоцитов, тем самым обновляя клеточный состав органа. Попадая в зону гибели гепатоцитов, стволовые клетки замещают пораженные и разрушенные клетки печени новыми, здоровыми гепатоцитами и нормализуют в тканях органа восстановительные регенераторные процессы. В результате, разросшаяся соединительная ткань заменяется здоровыми клетками печени, а разрушенная сосудистая сеть восстанавливается. Как показали исследования, благодаря паракринным функциям СК стимулирование регенерации, а также восстановление необходимого клеточного состава печени позволяет поддерживать функциональные возможности органа при цирротическом ее поражении [8].

Разработка оптимального подхода к применению аутологических СК, проведение исследований для выявления состояния гемодинамики в воротной вене при ЦП, определили актуальность данного исследования.

Цель исследования: изучить состояние гемодинамики внутрипортального кровотока у больных циррозом печени в динамике лечения аутологическими мезенхимальными мультипотентными стволовыми клетками.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование основано на изучении результатов лечения 18 больных ЦП алкогольной этиологии, получавших стационарное лечение в Международном Центре Клеточного Культивирования «Биостем» Донецкого Института Неотложной и Восстановительной Хирургии (АМН, Украина). Больные были условно разделены на 2 группы: больным I группы (9 пациента) трансплантация АММСК в печень была осуществлена интраартериально, в общую печеночную артерию. Манипуляцию осуществляли ангиографией. Во II группу вошло 9 больных. Пациентам этой группы трансплантацию АММСК осуществляли интрапортально по представленной ниже методике:

Предложенный метод заключается в обеспечении оперативного доступа к круглой связке печени, бужировании и катетеризации пупочной вены с последующим введением в портальную систему предварительно подготовленной культуры АММСК того же пациента.

Методика манипуляции проводилась в следующих этапах: отступя на 1,5-2 см кверху от пупка, осуществляли разрез кожи по средней линии живота, длиной не более 3,5-4 см. Рассекали апоневроз белой линии живота, после чего из предбрюшинной клетчатки выделяли и мобилизовали круглую связку печени. Последнюю рассекали на 3/4 просвета и бужировали пуговчатым зондом в проксимальном направлении. Таким образом, осуществляли реканализацию пупочной вены. После появления из просвета крови в последнюю вводили подключичный катетер диаметром 1,0-1,6 мм. Катетер фиксировали лигатурой и промывали физиологическим раствором. Затем в катетер медленно вводится культура АММСК (20 – 40 миллионов единиц в 2,0-5 мл), которые предварительно выделяли из пунктата костного мозга пациента. После введения культуры катетер повторно промывали физиологическим раствором и удаляли. Вену перевязывали выше и ниже места пересечения. Лапаротомную рану после завершения этапа трансплантации послойно ушивали наглухо. На вышеописанный способ получен патент Украины на изобретение №36070 от 10.10.2008 г.

В обеих группах пациентов трансплантацию АММСК мы осуществляли однократно во время процедуры.

Как было указано ранее, культуру АММСК предварительно выделяли из костного мозга,

полученного пункцией из крыла подвздошной кости. Аспират костного мозга разбавляли раствором Хэнкса («Биолот», Россия) в соотношении 1:2/5. В центрифужные пробирки емкостью 50 мл наливали градиент плотности Histopaque 1077 (Sigma, США) из расчёта 1 мл градиента на 1 мл костного мозга. Аккуратно наслаивали разбавленный костный мозг на градиент. Затем центрифугировали пробирку при комнатной температуре в режиме 1800-2000 об/мин. в течение 30-40 минут. Собирали клетки интерфазы, содержащей МСК, в центрифужную пробирку объемом 15 мл с небольшим количеством раствора Хэнкса и ресуспендировали взвесь. Центрифугировали пробирку при 800-1000 об/мин. в течение 8-10 минут. Сливали надосадок, ресуспендировали осадок в растворе Хэнкса и дважды повторяли центрифугирование. Затем осадок смешивали с ростовой средой, содержащей DMEM/F12 (Sigma, США), 20% ЭТС («Биолот», Россия) и митогены. После этого взвесь высеивали на пластиковые флаконы площадью 75 $см^2$ (Nuclon, США) плотностью 1-2x10^5 /$см^2$ и помещали их в углекислотный инкубатор на 3 суток (37^0C; 5% CO_2). Затем меняли среду, параллельно удаляя не прикрепившиеся (гемопоэтические) клетки. В последующем замену среды осуществляли каждые 2 дня.

Для идентификации и характеристики клеточных линий мезенхимальных стволовых клеток учитывали основные критерии, рекомендованные Международным обществом клеточных технологий (ISCT) в 2006 году, которые использованы в нашей работе [9,10]. Среди них: а) способность стволовых клеток к адгезии к пластику в стандартных условиях культивирования; б) наличие более чем у 95% клеточных элементов позитивных маркеров CD105 (эндоглин), CD73 (экто-5′-нуклеотидаза) и CD90 (антиген тимоцитов 1); в) наличие не более чем у 2 % клеток негативных маркеров CD45, CD34, CD14 или CD11b, CD79? или CD19, HLA-DR; г) способность клеточной линии к in vitro дифференцировке остеобласты и адипоциты.

Эффективность внутриартериального и внутрипортального введения АММСК на гемодинамику печени при цирротическом ее поражении оценивали с помощью ультразвукового допплеровского исследования [11,12].

Для изучения гемодинамики печени применяли режим ультразвукового допплеровского исследования (УЗДИ), при помощи которого изучался кровоток в общей печеночной артерии (ОПА), в воротной и селезеночной венах. Состояние кровотока оценивалось по качественным и количественным характеристикам. Количественные параметры спектра допплеровского сдвига частот сосудов портальной системы включали следующие показатели: Vmax, см/с- максимальная линейная скорость кровотока; Q, мл/мин – объемная скорость кровотока; RI - индекс циркуляторного сопротивления, резистентности; CI – конгестивный индекс, индекс застоя в воротной вене, см×с.

Статистический анализ материала проводился с использованием параметрических и непараметрических критериев (Стьюдента, Пирсона- Хи-квадрат), многофакторного корреляционно – регрессионного анализа на персональном компьютере с использованием программ “Microsoft Excel 2000” и “SPSS 10.0 for Windows”.

Результаты и их обсуждения. Как было указано ранее, для изучения эффективности внутрипортальной и внутриартериальной трансплантации АММСК, мы у исследуемых нами больных в динамике лечения проводили сравнительный анализ состояния объемного кровотока по воротной вене.

Степень снижения воротного кровотока оценивалась предложенной классификации Плеханова (1996) [13].

В момент поступления в стационар у всех исследуемых больных были выявлены специфичные ультразвуковые признаки ЦП и портальной гипертензии. Поверхность печени была бугристой, структура печени гиперэхогенная с наличием множества фиброматозных узлов, спленомегалия отмечалась в 30% случаев. Проведенные биохимические лабораторные исследования также подтверждали наличие у всех больных ЦП.

Степень тяжести заболевания у исследуемых больных оценивали на основании критериев Child-Pugh [4]. Как показали результаты, у пациентов ЦП класс А наблюдали у 7, класс В у 10, класс С у 1 больного.

У всех больных на 8 неделе лечения АММСК отмечалась тенденция к стабилизации уровня печеночных ферментов. Индекс резистентности печеночной артерии превышал 0,7 что характерно для

цирротического поражения печени, однако как показано в таблице 1 в указанные сроки исследования относительная положительная динамика отмечалась во I группе больных, которым трансплантацию АММСК осуществляли в общую печеночную артерию. Преимущества предложенного способа лечения в I группе пациентов была отмечена и показателями размера селезенки, диаметра воротной вены и скорости воротного кровотока в сравнении с аналогичными II группы больных.

Таблица 1

Состояние воротного кровотока в I группе больных

Результат АММСК	Воротный кровоток мл/мин			Всего больных
	<600мл/мин	600-900мл/мин.	>900мл/мин	
Хороший	3	2	2	7
Удовлетворительный	1	1	-	2
Неудовлетворительный	-	-	-	-

Таблица 2

Состояние воротного кровотока во II группе больных ЦП

Результат трансплантации АММСК	Воротный кровоток мл/мин.			Всего больных
	<600мл/мин	600-900мл/мин	>900мл/мин	
Хороший	-	2	5	7
Удовлетворительный	2	-	-	2
Неудовлетворительный	-	-	-	-

Как видно из представленных в таблицах 1 и 2 данных, на 8 неделе лечения исследуемых пациентов ЦП у 2 больных с низким (менее 600 мл/мин) воротным кровотоком в группе с транспортальным способом трансплантации АММСК были получены лишь удовлетворительные результаты пересадки. При этом, из 4 пациентов с аналогичным уровнем воротного кровотока в группе больных с трансартериальным способом АММСК у 3 больных отмечен хороший и лишь у 1 - удовлетворительный результат трансплантации.

Вышеуказанные результаты лечения свидетельствуют, что в условиях низкого воротного и хорошего артериального кровотоков преимущества интраартериальной трансплантации АММСК являются неоспоримыми. Полученные результаты свидетельствуют о наличии более благоприятных факторов для размножения АММСК в периваскулярной зоне артериального русла печени при цирротическом ее поражении. По нашему мнению это связано с морфофункциональными изменениями паренхимы печени на фоне повышенного индекса застоя в портальной вене, а также уменьшением индекса ресистентности общей печеночной артерии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Raynard B. et al. Alcohol-induced liver disease. Risk factors for fibrosis // Hepatology, 2002, v.35, p.635-638.

2. Бобров А.Н., Павлов А.И., Плюснин С.В. и др. Этиологический профиль циррозов печени с летальным исходом у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол., 2006, Т. 16, №2, с.1924.

3. Калита Н.Я., Буланов К.И., Весненко А.И. Прогностические критерии в хирургии цирроза печени // Клін. Хірургія, 1995, №2, с.39-41

4. Павлов А.И., Плюснин С.В., Хазанов А.И. и др. Этиологические факторы циррозов печени с летальными исходами // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол., 2005, Т. 15, №2, С.68-72

5. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Павлов А.И. и др. Различия в этиологической структуре циррозов и циррозов-раков печени, включая заболевания с летальным исходом, у стационарных больных // Рос. медицинские вести., 2005, Т. 10, №3, с. 21-27

6. Белоусов Ю.Б., Ханина Н.Ю. Подходы к выбору дозы лекарственных препаратов у пациентов с циррозом печени // Фарматека, 2006, №1 (116), с.76-84

7. Almeida-Porada G., Zanjani E.D., Porada C.D. Bone marrow stem cells and liver regeneration // Exp Hematol, 2010, v.38(7), p.574-580.

8. Pai M., Zacharoulis D., Milicevic M.N. et al. Autologous infusion of expanded mobilized adult bone marrow-derived CD34+ cells into patients with alcoholic liver cirrhosis // Am J Gastroenterol., 2008, v.103(8), p.1952-1958.

9. Dominici M., Le Blanc K., Slaper-Cortenbach I. et al. Minimal criteria for defining multiponent mesenchymal stromal cells: International Society for Cellular Therapy position statement // Cytotherapy, 2006, v.8, N 4, p.315-317.

10.Horwitz E., Le Blanc K., Dominici M. et al. Clarification of the nomenclature for MSC: the International Society for Cellular Therapy position statement, // Cytotherapy, 2005, v.7, p.393-395.

11.Annet L., Materne R., Danse E. et al. Hepatic flow parameters measured with MR imaging and Doppler US: Correlations with degree of cirrhosis and portal hypertension // Radiology, 2003, v.229, p.409-414.

12.Lim A.K.P., Patel N., Eckersley R.J. et al. Can Doppler sonography grade the severity of hepatitis C-related liver disease? // AJR, 2005, v.184, p.1848-1853.

13.Котенко О.Г. Кровообращение печени при ее циррозе с синдромом портальной гипертензии // Клін. Хірургія, 1996, №11-12, с.17-21

Xülasə

Alkohol məşəli sirroz olan xəstələrdə autoloji sümük iliyi sütun hüceyrləri transplantasiyasının qaracuyrəd qan dövranına təsiri

R.E.Cəfərli

Məqalə qaraciyər sirrozlu xəstələrin kompleks müalicəsində qaraciyərdaxili, eləcə də intraarterial (ümumi qaraciyər arteriyası) autoloji mezenximal sütun hüceyrələri transplantasiyasının effektivliyinin müqayisəsinə həsr edilmişdir. Alınan nəticələrdən məlum olur ki, qaraciyərin sirrotik zədələnməsi zamanı intraarterial mezenximal sütun hüceyrələri transplantasiyasının bir sıra üstünlükləri vardır. Bu vəziyyət sirrotik zədələnmə zamanı arterial axının perivaskulyar zonasında (venozla müqayisədə) autoloji mezenximal sütun hüceyrələrinin artması üşün daha əlverişli mühitin yaranması ilə izah edilir. Bizim fikrimizcə, bu portal venada durğunluq indeksinin artması fonunda qaraciyər parenximasında baş verən morfofunksional dəyişikliklər, eləcə də ümumi qaraciyər arteriyasında rezistentlik indeksinin azalması ilə bağlıdır.

Summary

Effect of transplantation autologous bone marrow stem cells state portal blood flow in patients with cirrhosis of alcoholic etiology

R.E. Jafarli

The article is devoted compared intraportal efficiency, as well as intra-arterial (in total hepatic artery) transplantation of autologous mesenchymal stem cells in treatment of patients with liver cirrhosis on intraportal hemodynamics. The results show the benefits of intra-arterial transplantation in cirrhotic liver with its defeat AMMSK. This fact is explained by the presence of more favorable factors for breeding AMMSK in the perivascular area of the arterial bed (compared with venous) cirrhotic liver with its defeat. In our opinion this is due to morphological and functional changes in the liver parenchyma against the raised index of stagnation in the portal vein, as well as a decrease in the index resistentnosti common hepatic artery.

Daxil olub: 30.04.2014

ИЗМЕНЕНИЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС СИНДРОМЕ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

З.О. Надирли, Н.Д. Гулиев, Я.К. Масталиев, Н.М.Мустафаева
Научно-исследовательский институт педиатрии им. К.Я.Фараджевой, Баку

Açar sözlər: respirator distress sindrom, iltihabönü interleykinlər, iltihabəleyhinə interleykinlər, yarımçıqdoğulan uşaq.
Ключевые слова: респиратор дистресс- синдром, провоспалительные интерлейкины, противовоспалительные интерлейкины, недоношенные дети.
Key words: respiratory-distress-syndrome, pro-inflammatory interleukins, anti-inflammatory interleukins, premature newborn

РДС является наиболее частой причиной возникновения дыхательной недостаточности в раннем неонатальном периоде. Встречаемость его тем выше, чем меньше гестационный возраст и масса тела ребенка при рождении [1,4,6,8,10,11].

У детей, родившихся раннее 30 недель гестации и не получивших пренатальной профилактики стероидными гормонами, его частота составляет около 65%, при наличии пренатальной профилактики-35%; у детей, родившихся в сроки гестации 30-34 недель без профилактики-25%, при наличии профилактики 10%.

РДС является причиной смерти примерно 25% всех умерших новорожденных, а у детей, родившихся на 26-28-й неделе гестации, эта цифра достигает 80% [1,2]

У недоношенных детей, родившихся в сроки более 34 недель гестации, частота РДС не зависит от пренатальной профилактики и составляет менее 5%.

Заболевание полиэтиологично. Ключевым звеном патогенеза РДС является дефицит сурфактанта, возникающий вследствие структурно-функциональной незрелости легких на фоне прогрессирующей дыхательной недостаточности [3]. Помимо функции оксигенации и вентиляции при РДС страдают недыхательные функции легких, в частности выработка биологически активных веществ-провоспалительных цитокинов [10]. Наибольшее значение среди них играют интерлейкины. В настоящее время доказано усиление продукции провоспалительных цитокинов в организме матери при запуске родовой деятельности. Кроме того, цитокины являются одним из ведущих механизмов в защите новорожденного ребенка в период ранней адаптации [7].

Цитокины это эндогенные локальные медиаторы межклеточных коммуникаций, представляющие собой регуляторные пептиды продуцируемые клетками организма, являются наиболее универсальной системой регуляции многих процессов. Секреция цитокинов является краткосрочным процессом. Основная биологическая роль цитокинов-регуляция иммунного ответа на всех этапах развития заболевания [5,9].

Одним из основных регуляторов иммунного ответа и гемопоэза является ИЛ-6. Кроме того, он выполняет функцию медиатора защитных процессов от инфекции и повреждения тканей. Преждевременные роды ассоциированы с высоким синтезом ИЛ-6 [4,9].

В ответ на внедрение патогенов начинается мощная экспрессия ИЛ-6 плацентарными макрофагами.

А противовоспалительными свойствами отличается ИЛ-4. Он представляет собой димер с определенными молекулярными массами и является одним из ключевых регуляторов иммунных реакций. Его продукция регулируется другими цитокинами. Он обладает иммуномодулирующим, иммуносупрессивным эффектом [1,4]

Перечисленные свойства ИЛ-6 и ИЛ-4 свидетельствуют в большей степени о важной роли провоспалительных, противовоспалительных цитокинов в патогенезе дыхательных расстройств у новорожденных респираторным дистресс синдромом [5,9]

Целью настоящего исследования является анализ содержания сывороточных провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у недоношенных новорожденных с респиратор дистресс синдромом.

Материалы и методы исследования. В тематические карты были включены сведения об анте- и интранатальных факторах риска, сведения о новорожденном, результаты клинического наблюдения, данные

лабораторных и инструментальных методов исследования.

Образцы крови хранили при температуре +4ºС не более месяца. Результаты исследования регистрировали в лабораторном журнале.

Критерий включения в исследование: недоношенные новорожденные с респираторным дистресс синдромом.

Пол ребенка играет важную роль в развитии заболевания (из 15 больных-9 мальчиков, 6- девочек). РДСН достоверно чаще болеют мальчики ($p<0.05$).

В исследовании 13% новорожденных с РДСН были от многоплодной беременности.

Таблица 1

Общая характеристика обследованных недоношенных новорожденных при рождении

Показатель	Значения показателей по группам	
	РДСН	Группа «Сравнения»
Масса тела при рождении, грамм	1792±199,1	2065,2±432,1
Рост,см	41,6±1,74	45,5±2,3
Срок гестации,недель	33,0±1,8	34,7±1,3
Оценка по шкале АПГАР (балл) на 1-й мин.жизни	5,2±1,3	6,7±0,6
На 5-й мин.жизни	6,3±0,9	7,3±0,4

Определение провоспалительных, противовоспалительных интерлейкинов выполнено у 15 недоношенных новорожденных.

В исследование включены дети с гестационным возрастом от 27 недель до 35 недель и массой тела при рождении от 1150 г. до 2300 г.

У всех детей были диагностированы признаки дыхательной недостаточности тяжелой степени: тахипноэ до 80-100 в минуту, раздувание крыльев носа, участие в акте дыхания податливых мест грудной клетки, разлитой цианоз, ослабленное дыхание по всем легочным полями и крепитирующие хрипы. В 90% случаев признаки острой дыхательной недостточности появились сразу после рождения, у 10% детей в ближайшие часы после рождения. В первые сутки после рождения у 13 больных (86.6%) детей имелись признаки тяжелой дыхательной недостаточности, что являлись показанием к проведению ИВЛ.

У 2 (13.4%) недоношенных детей клинические симптомы заболевания были диагностированы более чем через 24 часа после рождения.

Определяли иммуноферментным методом концентрации ИЛ-6,ИЛ-4 у недоношенных новорожденных (у 15 больных детей).

Обьектом обследования явились: остаточная пуповинная кровь недоношенных новорожденных, центральная венозная кровь недоношенных новорожденных первой недели жизни.

Для исследования уровня цитокинов все биологические жидкости собирали в стерильные пробирки, отстаивали в течение 30 минут при комнатной температуре и центрифугировали при 400 об/мин. в течение 10 минут. Сыворотку отбирали в стерильные пластиковые пробирки и хранили в замороженном виде до проведения анализа при температуре -20ºС .

Статистическую обработку полученных результатов проводили методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической величины (M),стандартной ошибки средней арифметической (m), средне квадратичного отклонения (σ).

Результаты и их обсуждение. Важную роль в оценке состояния новорожденного играет акушерско-гинекологический анамнез матери: данные о состоянии ее здоровья, условия наступления и особенности течения беременности. Появление неблагоприятных условий для антенатального развития плода влекут за собой наступление преждевременных родов, что способствует анте- и интранатальному повреждению легких ребенка и развитию РДСН.

В результате проведенного исследования выявлены неблагоприятные факторы, влияющие на внутриутробное развития плода и способствующие преждевременным родам.

У матерей группы «РДСН» акушерский анамнез отягощен : настоящей беременности предшествовали медицинские аборты, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, что на ранних сроках создавало пред-посылки угрозы прерывания беременности, способствовало развитию тяжелых форм гестоза второй половины

беременности, наступлению преждевременных родов. В этой группе достоверно ($p<0.05$) чаще выявили : гинекологические и соматическая заболевания, хронические очаги инфекции.

Состояние таких факторов, как угроза прерывания, тяжелая форма гестоза и оперативные роды неблагоприятно влияют на состояние недоношенных непосредственно после рождения. Новорожденные находятся в группе высокого риска по развитию острой интранатальной гипоксии и ДН.

В большинстве случаев дети родились с низкой оценкой по шкале Апгар 4.5±0.9 балла. У новорожденных были выражены симптомы ДН, проявляющиеся разлитым цианозом, одышкой с активным участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Важным фактором является отсутствие при рождении эффективного самостоятельного дыхания, что препятствует перестройке фетального кровообращения и нормализации легочного кровотока.

Таблица 2

Показатели дыхательной функции легких при рождении у недоношенных новорожденных с РДСН

Показатель	Значения показателей
pH	7,29±0,43
pCO_2 мм.рт.ст.	50,5±11,8
pO_2 мм.рт.ст	53,5±13,2
SO_2 (%)	78,9±9,61
Насыщение крови O_2 %	86,2±3,13

Таблица 3

Содержание ИЛ-6 в крови у недоношенных новорожденных с РДСН

Показатели	Значение показателей		
	В начале	При выписке	Группа здоровых недоношенных детей
ИЛ-6 в пг/мл	21,30±0,05	14,21±3,18	5,19±0,16

Таблица 4

Содержание ИЛ-4 в крови у недоношенных новорожденных с РДСН

Показатели	Значение показателей		
	В начале	При выписке	Группа здоровых недоношенных детей
ИЛ-4 в пг/мл	1,89±0,20	2,97±2,05	2,18±0,32

Высокое содержание ИЛ-6 в остаточной пуповинной крови определяется у 27.2% недоношенных новорожденных с РДСН и 18.3%- здоровых недоношенных, что связано с его возросшей внутриутробной продукцией. В то же время, у 30% новорожденных отмечается низкое содержание ИЛ-6.

Развитию РДСН способствуют морфологическая незрелость легких, аспирация околоплодных вод, способствующая анте- и интранатальному повреждению альвеолярного и бронхиального эпителия.

В связи с этим, в группе «РДСН» у 82.2% недоношенных новорожденных при рождении развивается ДН, что является показанием для проведения ИВЛ.

Клиническим признакам ДН соответствуют лабораторные критерии нарушения дыхательной функции легких.

У остальных детей группы«РДСН» (17.8%) клинические признаки ДН появляются в течение 8 часов жизни.

Как видно из таблицы 3 течение РДСН характеризовалось различной динамикой ИЛ-6.

В начальном периоде отмечается высокое содержание ИЛ-6 ($p<0.01$). На фоне проводимой комплексной терапии происходит снижение данного показателя ($p<0.05$), но полной нормализации не доходит.

При исследовании уровня противовоспалительного ИЛ-4 выявлены следующие изменения (таб 4). При исследовании уровня ИЛ-4(ингибирующего дифференцировку Т-хелперов 1 типа и угнетающего синтез провоспалительных цитокинов макрофагами) свидетельствует о достоверном снижении в начальном периоде заболевании ($p<0.05$). В дальнейшем в крови содержание ИЛ-4

изменяется увеличивается при улучшении, но отмечаемые изменения являются недостоверными ($p<0.05$).

Как видно содержание ИЛ-4 в плазме крови недоношенных новорожденных с РДСН не имело значимых статистически достоверных изменений на протяжении всего времени исследования. Экспрессия этого интерлейкина была стабильной и обеспечивала необходимый баланс иммунной системы.

В дальнейшем происходит полноценная респираторно- гемодинамическая адаптация недоношенных новорожденных.

Таким образом, значительное доминирование секреции провоспалительного цитокина ИЛ-6 приводило к развитию более тежелого воспалительного процесса у недоношенных новорожденных с респираторным дистресс синдромом.

Выявленные нарушения свидетельствуют в большей степени о важной роли провоспалительных (ИЛ-6), противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4) в патогенезе дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных респиратор ным дистресс-синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин Н.Н.-Актуальные проблемы неонтологии. М.:Гэотар-мед, 2004, 448с.
2. Геппе Н.А., Волков И.К. Перспективы развития и проблемы детской пульмонологии в России // Пульмонология, 2007, №4, с.6.
3. Голубев А.М. Клинико-морфологические особенности дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных // Общая реаниматология, 2008, Т.4, №3, с.49-55.
4. Дементьева Г.М. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного// Лекция для врачей. М.:МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗРФ, 2003.
5. Демьянов А.В., Котов А.Ю., Симбирцев А.С. Диагностическая ценность исследования уровней цитокинов в клинической практике // Цитокины и воспаление, 2003, №2, с.225.
6. Железникова Г.Ф. Мед.иммунология. М., 2006, 620с.
7. Кошкин К.П. Иммунологические исследования в клинике инфекционных заболеваний // Новости прикладной иммунологии и аллергии, 2004, №8, с.1-10.
8. Пестрикова Т.Ю. и соав. Перинатальные потери резервы снижения-М.изд.«Литтера»,2008.
9. Симбирцев А.С. Цитокины- новая система регуляции зашитных реакций организма // Цитокины и воспаление, 2002, №1, с.9-17
10. Шабалов Н.П. Неонтология; Учебное пособие; В 2 т. Т.1.М.:МЕД-пресс-информ, 2004, 608с.
11. Obladen M. Neugeborenen intensivpflege Berein-Heidelberg: Springer-vereog, 2002.

Xülasə

Vaxtından əvvəl doğulanlarda respirator distress–sindrom zamanı iltihabönü və iltihabəleyhinə sitokinlərin səviyyəsi

Z.Ö. Nadirli, N.C. Quliyev, Y.Q. Məstəliyev, N.M.Mustafayeva

Tədqiqatın məqsədi vaxtından əvvəl doğulan respirator distress sindromlu uşaqlarda zərdabda iltihabönü və iltihabəleyhinə sitokinlərin səviyyəsinin müayinəsinin nəticələrinin təhlilindən ibarət olmuşdur. 15 vaxtından əvvəl doğulan uşaq müayinəyə cəlb edilmişdir. Xəstəliyin inkişafında uşağın cinsi əhəmiyyətli rol oynayır (15 uşaqdan 9-u oğlan, 6-sı qızlar olmuşdur). Uşaqların 27.2%- də İL-6 yüksək səviyyəsi müəyyən edilmiş, xəstəliyin gedişi İL-6- nın müxtəlif dinamikası ilə xarakterizə olunmuş, müalicə fonunda bu göstəricinin enməsi baş verirsə də tam normallaşma olmur. Tədqiqatın başlanğıcında İL-4-ün səviyyəsi dürüst şəkildə aşağı olmuşdur. Sonrakı dövrdə onun qandakı səviyyəsi artmağa doğru dəyişsə də, bu artım qeyri-dürüst olmuşdur. Müəyyən edilən dəyişikliklər bu interleykinlərin tənəffüs pozuntusunun patogenezində əhəmiyyətli rol oynadığını göstərir.

Summary

Premature births during respiratory distress syndrome, and anti-inflammatory cytokines levels iltihabonu

Z.Ö. Nadirli, N.C. Guliyev, Y.Q. Mastaliyev, N.M.Mustafayeva

Respiratory distress syndrome in children born prematurely Purpose and anti-inflammatory cytokines in serum level of the examination results of the analysis was to iltihabonu. Examined 15 children were born prematurely. Sex of the child plays an important role in the development of the disease (15 men and 9 children, 6 were girls). 27,2% of children - some as high levels of IL-6, and IL-

6 in the course of the disease characterized by different dynamics, and treatment of stroke has occurred against the background of this figure is not a full normalization. At the beginning of the study, the levels of IL-4 was lower than honest way. Despite its right to increase the blood level in the next period, this increase was inaccurate. The changes set it plays an important role in the pathogenesis of disorders of the respiratory interleykinlərin shows.

Daxil olub: 29.04.2014

К ВОПРОСУ ДОСТИЖЕНИЯ ОПТИМАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ

Х.Б. Насирова, А.М.Сафаров
Азербайджанский медицинский университет, Стоматологическая Клиника, г.Баку

Açar sözlər: dişlərin endodontik müalicəsi, optimallaşdırma
Ключевые слова: эндодонтическое лечение зубов, оптимизация
Key words: endodontic treatment of teeth, optimization

Высокий уровень распространенности различных форм апикального периодонтита диктует необходимость совершенствования методов их лечения. Для успешного лечения значение имеет качество пломбирования и антисептической обработки корневых каналов, которое во многом определяется свойствами пломбировочных материалов лекарственных средств**.** Так, микробиологические исследования позволили установить в эксперименте высокое бактерицидное и бактериостатическое действие некоторых антисептиков в минимальной подавляющей концентрации на представителей различных видов микрофлоры в системе дентальных каналов [1,2]. Экспериментальные исследования выявили высокую антибактериальную активность антисептика на микрофлору макро- и микроканалов зубов при острых и хронических обострившихся верхушечных периодонтитах. Несмотря на стремительное развитие современной эндодонтии, что выражается в разработке и внедрении качественно новых пломбировочных материалов, неудовлетворительные результаты лечения хронического верхушечного периодонтита согласно результатам некоторых исследований выявлялись почти во многих случаях. Поэтому метод лечения хронического периодонтита необходимо совершенствовать, уделяя внимание более эффективным методам и средствам стерилизации корневых каналов, обладающих кроме антисептических свойств, иммуностимулирующим и репаративным действием [3,4,5]. Точная и целенаправленная разработка и противовоспалительное воздействие лекарственных препаратов на конкретные основные звенья патогенеза исследуемой одонтогенной патологии значительно повысит эффективность проводимого лечения.

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения верхушечного периодонтита.

Материал и методы исследований. Исходя из задач исследования, нами проведен ретроспективный анализ качества проведенного эндодонтического лечения у 180 больных в возрасте от 25-34 лет. С целью анализа качества проведенного эндодонтического лечения и установления эффективности антисептических средств лечении у пациентов исследуемых групп с хроническим периодонтитом проводили исследование состояния тканей пародонта и микрофлоры корневых каналов до и после ирригации, с применением препарата на основе прополиса «Эй-пи-ви»- водный экстракт прополиса (прополис, шунгированная, ионизированная серебром вода)- основная группа и 0,02% раствором

хлоргексидина биглюконат - контрольная группа.

Взятые для микробиологических исследований образцы для дальнейших исследований направлены в научно-исследовательскую лабораторию кафедры Микробиологии и Иммунологии АМУ. Культивация проводилась при температуре 37°С и через 24-48 часов был отмечен рост колоний, которые затем подвергались идентификации.

Клинические наблюдения включали данные субъективного, объективного и специального обследования. У всех пациентов при оценке стоматологического статуса определялся индекс ИГ OHI-S J. C. Green, J. R. Vermillion (1964), ИК по Muhlemann H.R. (I971), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (PMA) по Parma (1960).

Статистические методы исследования включали методы вариационной статистики (определение средней арифметической величины- M, их средней стандартной ошибки- m, критерия значимости Стьюдента- t). При обработке данных использовали пакет программного обеспечения Microsoft Excel 2007. С учетом количества выборки определяли вероятность различия P. Статистически достоверным считали значение, $p<0,05$.

Результаты собственных исследований. По полученным данным максимальный удельный вес осложнений приходится на вторичный кариес и дефекты пломб, который выявлялись в основном в возрастной группе 30-39 лет. У Через 19,4±2,95% от общего числа обследуемых и леченных больных зубы после эндодонтического лечения были удалены. Следует отметить, что в 24,4±3,20% случаях у пациентов Стоматологической Клиники АМУ развилась хроническая форма одонтогенной инфекции, то есть формировалась хроническая форма исследуемой патологии. Наибольшая частота осложнений после лечения периодонтита в возрастной группе 20-29 лет приходилась на вторичное развитие воспалительно-деструктивного процесса в периапикальных тканях - 12,8±2,49% случаев.

Максимальный удельный вес осложнений в форме удаления после лечения периодонтита наблюдался в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет (6,1±1,79% и 6,1±1,79%, соответственно) (таб.1). Наиболее часто дефекты пломб служили причиной осложнений среди указанных групп пациентов обследуемых во второй средней возрастной группе- 11,1±2,34% случаях, тогда как вторичный кариес здесь составил значительно меньшие величины в 5,6±1,71% случаях.

Таблица 1

Структура осложнений после лечения периодонтита по возрастным группам пациентов (уд. вес в %)

Возраст	Кол-во Больн.	Частота %							
		Периодонтит		Дефект пломб		Вторичный кариес		Удаление	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	65 36,1%	23	12,8±2,49	11	6,1±1,79	20	11,1±2,34	11	6,1±1,79
30-39	52 28,9%	11	6,1±1,79	20	11,1±2,34	10	5,6±1,71	11	6,1±1,79
40-49	40 22,2%	6	3,3±1,34	9	5,0±1,62	17	9,4±2,18	8	4,4±1,54
50-59	23 12,8%	4	2,2±1,10	7	3,9±1,44	7	3,9±1,44	5	2,8±1,22
Всего	180	44	24,4±3,20	47	26,1±3,27	54	30,0±3,42	35	19,4±2,95

При этом наивысшие показатели по частоте удаления зубов наблюдались в первой и второй возрастных группах.

Применение индекса эффективности лечения стоматологических заболеваний позволяет выявить частоту осложнений после проведенного лечения, составить заключение об уровне профессиональной подготовки врача-стоматолога и качестве оказанной стоматологической помощи и обоснованно принимать меры по повышению качества их работы.

По окончании комплексного лечения, которое у пациентов основной группы заключалось в удалении над- и поддесневых зубных отложений и ирригаций корневых каналов пародонтальных карманов препаратом «Эй-пи-ви», а у их оппонентов в

контрольной группе в использовании традиционного антисептика исчезли клинические проявления гингивита в области сектанта зуба, снизились значения ИГ, индекса РМА и кровоточивости (табл. 2).

В контрольной группе пациентов после окончания лечения более выраженно по сравнению с основной группой улучшилось гигиеническое состояние полости рта. При этом снижение значений индекса РМА было менее выраженным, чем в группе больных, где с лечебной целью применялся апипрепарат.

Таблица 2

Динамика клинических показателей состояния тканей пародонта при комплексном лечении апикального периодонтита

Показатели	Основная группа (n=22) (априпарат)		Группа сравнения (n=24)хлоргексид	
	До лечения	после лечения	до лечения	После лечения
ИГ	1,34±0,032	0,95±0,027 *	1,31±0,026	0,90±0,024 *
РМА	41,6±0,20	23,7±0,28 *	40,5±0,30	33,2±0,35 *,**
ИК	1,83±0,022	1,34±0,028 *	1,91±0,017	1,65±0,027 *,**

Примечание: *- p<0,001 относительно показателя до лечения; **-p<0,001 относительно показателя основной группы

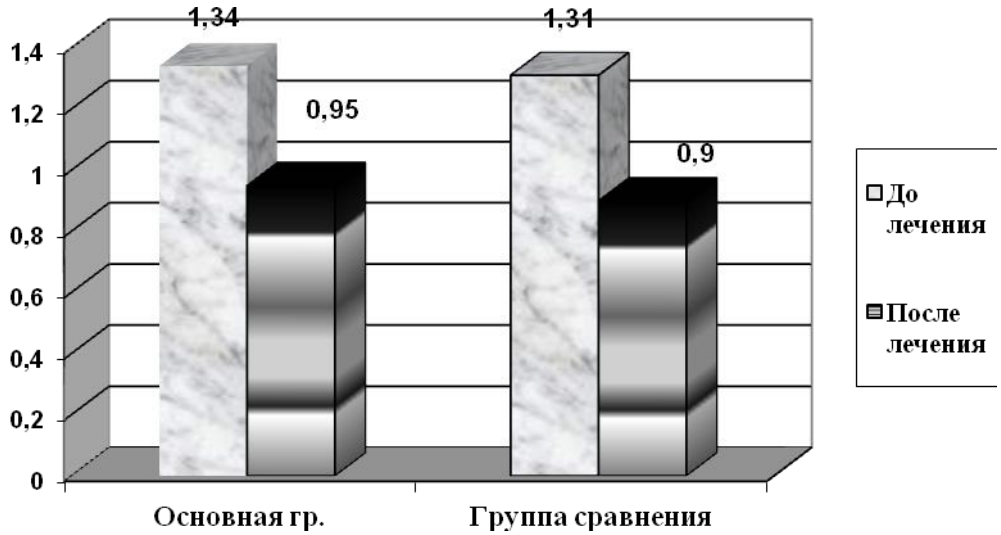


Рис. 1. состояние тканей пародонта в процессе эндодонтического лечения зубов

У всех обследуемых больных, находящихся на эндодонтическом лечении, уменьшилась отечность зубодесневых сосочков и кровоточивость десны при зондировании, но более отчетливо указанная тенденция наблюдалась в основной группе, о чем свидетельствовали данные, полученные по индексу кровоточивости 1,34±0,028 и 1,65 ± 0,027, соответственно (p < 0,001). Таким образом, наиболее часто используемый практическими врачами раствор хлоргексидина для ирригации корневых каналов и препарат на основе прополиса к концу лечебно-профилактических мероприятий обладают выраженной противовоспалительной эффективностью при лечении апикального периодонтита и патологических процессов, развивающихся в околозубных тканях (рис.1).

Оценка клинического благополучия у пациентов двух групп проводилась в сроки от 1 до 14 дней, через 6 и 12 мес после окончательной обтурации корневых каналов.

Следует отметить, что клиническое благополучие в ближайшие сроки наблюдали в 97,7% случаев у пациентов 1-й группы и в 87% - у пациентов 2-й группы. Осложнения возникли у пациентов 1-й группы в 2,3% случаев. Во 2-й группе осложнения выявлены в 12,7% случаев, что в 5,5 раз больше, чем в 1-й группе.

Ирригации каналов с применением прополисного комплекса «Эй-пи-ви» и традиционных антисептиков, по данным проведенного микробиологического исследо-

вания вызывало умеренное антимикробное действие, что выражалось в выраженном снижении частоты высеваемости патогенной микрофлоры и купировании патологического процесса. Результаты лабораторных исследований позволили установить высокое бактерицидное и бактериостатическое действие применяемого впервые натурального средства на представителей различных видов микрофлоры в системе каналов, как при острых, так и при хронических формах верхушечных периодонтитов.

На основе проведенных нами исследований было выявлено, что апикальный периодонтит характеризовался преобладанием некоторых представителей кокковой флоры (S. pyogenes 6,5±0,02 КОЕ/мл, Streptococcus mitis - 5,5± 0,03 КОЕ/мл, Staphylococcus aureus 6,0±0,02 КОЕ/мл). Хронический апикальный периодонтит у обследуемых нами пациентов отличался также преобладанием вирулентных облигатно-анаэробных бактерий - Fusobacterium spp. (8,5±0,04) (табл.2).

Результаты микробиологического исследования показали, что при лечении с применением средства на основе прополиса «Эй-пи-ви» в несколько посещений, происходило существенное снижение частоты встречаемости многих видов патогенных бактерий и их количества до благоприятных результатов, свидетельствующих о ослаблении патологического процесса в периапикальных тканях (табл. 3). Ликвидация воспалительного процесса в тканях периодонта вызвана, по-видимому, высокой антибактериальной активностью и иммуномодулирующим действием биологически нейтрального препарата. Частота обнаружения в биоптатах корневых каналов больных апикальными периодонтитами до начала лечебных мероприятий была крайне высокой при оценке частоты высеваемости вирулентных анаэробов Prevotella endodontis, Porphyromonas gingivalis, а также представителей грибковой микрофлоры Candida albicans.

Таблица 3

Частота выделения микробной флоры из системы корневых каналов до лечения и в процессе лечения (n=22) основная группа

Вид микроба	До лечения		В процессе лечения		Перед обтурацией	
	Число штаммов	частота в %	Число штаммов	частота в %	Число штаммов	частота в %
Porphyomonas gingivalis	9	40,9±10,48	4	18,2±8,22	1	4,5±4,44**
Fusobacterium spp.	17	77,3±8,93	9	40,9±10,48*	4	18,2±8,22**
Enterococcus spp.	7	31,8±9,93	2	9,1±6,13	1	4,5±4,44*
Staphylococcus spp.	5	22,7±8,93	1	4,5±4,44	1	4,5±4,44
Treponema denticola	6	27,3±9,50	2	9,1±6,13	1	4,5±4,44*
Candida albicans	5	22,7±8,93	1	4,5±4,44	-	-*

Примечание: * – p<0,05, ** – p<0,01 относительно показателя до лечения

Так проведенное микробиологическое и клиническое исследование показало высокую эффективность применения аписредств для медикаментозной обработки корневых каналов. Забор материала проводили сразу после раскрытия устья корневого канала, после инструментальной и медикаментозной обработки апираствором и после удаления из корневого канала пасты на его основе. Выявлена эффективность антимикробного действия апипрепаратов по отношению к смешанной культуре факультативных микроорганизмов, выделенных из корневого канала при хронических формах верхушечного периодонтита. После тщательной антисептической обработки корневого канала число выделенных штаммов снижалось в несколько раз. На основании полученных результатов планируется внедрить в практическую эндодонтию эффективный комбинированный лекарственный препарат для пломбирования и раствор для антисептической обработки корневых каналов при лечении хронического верхушечного периодонтита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гажва С.И., Кучер В.А., Лесков А.С. и др. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения и пути их устранения. Обзор литературы // Урал. мед. ж., 2011, №10, с.90-96.

2. Макеева И.М., Несвижский Ю.В., Бутаева Н.Т. и др. Профилактика инфицирования тканей периодонта в процессе эндодонтического лечения зубов // Стоматология, 2009,N 3 (88), с.38-40.
3. Bhagabati N, Yadav S, Talwar S. An in vitro cyclic fatigue analysis of different endodontic nickel-titanium rotary instruments // J Endod., 2012, v.38, p.515-518.
4. Shebab E.I. Din Mohamed Saber, Marwa Mohammad Aly Abou Seeda, Ehab Hassanien. The effect of instrument material, taper and degree of root canal curvature on cyclic fatigue of rotary nickel-titanium instruments // ENDO (Lond Engl), 2013, v.7(1), p.59-64.
5. Shen Ya, Shun-pan Cheung G., Peng B., Haapasolo M. Defects in Nickel- Titanium Instruments after Clinical Use. Part 1: Fractographic Analysis of Fractured Surface in a Cohort Study // J. of Endod., 2009, v.35 (1), p.129-132

Xülasə

Dişlərin endodontik müalicəsində optimal nəticələrə nail olunması məsləsi haqqında

X.B. Nəsirova, A.M.Səfərov

Icra olunmuş klinik və laborator tədqiqatların nəticələrinin təhlilindənb məlum olmuşdur ki, apikal periodontitin müalicəsində apipreparat və "Aevit" əsaslı hydroxyapatite diş məcunu yüksək səmərəlikliyə malikdir. Kök kanallarının antisepsik vasitələr ilə işlənməsi və terapiyası zamanı "Ey-pi-vi" və "Aevit"-dən istifadə etdikdən sonra müalicə ocağında itirilmiş sümük toxumasının, demək olar ki, tam bərpası müşahidə edilir.

Summary

On the question of achieving optimal results in endodontic treatment of teeth

H.B. Nasirova, A.M.Safarov

Conducted clinical and laboratory studies revealed that the treatment of apical periodontitis greatest efficiency was observed by using a paste containing apipreparat, combined with hydroxyapatite and drug "Aevit." After antisepsis of root canal therapy, «Эй-пи-ви» and "Aevit" and root canal obturation paste late after treatment was observed almost complete recovery of bone destruction in the hearth.

Daxil olub: 30.04.2014

PERİNATAL ENSEFALOPATİYALI UŞAQLARDA BAĞIRSAQ MİKROFLORASININ FORMALAŞMASININ PROSPEKTİV QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

S.Ş. Həsənov, A.S. Hacıyeva, B.A.Kazımova

K.Fərəcova adına Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: perinatal ensefalopatiya, bağırsaq mikroflorası, prospektiv tədqiqatlar
Ключевые слова: перинатальная энцефалопатия, микрофлора кишечника, проспективные исследования
Keywords: perinatal encephalopathy, intestinal microflora, prospective studies

Mədə-bağırsaq traktının müxtəlif anaerob və aerob mikroorqanizmlərdən ibarət olan mikroflorası orqanizmdə gedən bütün fizioloji proseslərə təsir göstərir. Bağırsaq florasının (BF) normal fəaliyyəti adaptasiyanın əsas faktorlarından hesab edilir və homoyeter-miyanın mühüm mexanizmlərindəndir. BF-nin 90%-i əsas (indigen, rezident), 10%- ni fakultativ (əlavə, yanaşı) və 0.01%-i (alloxton, təsadüfi) floradan ibarətdir. Bağırsağın normal mikroflorasının nümayəndələri selikli qişa epitelinə adgeziv təsir edərək divarönü qat əmələ gətirir və kolonizasiya rezistentliyini formalaşdırır; bu flora qeyri- qənaətbəxş zərərli xarici təsirlərə qarşı hüceyrə musini və bakterial polisaxarid əmələ gətirir, antibiotikə-bənzər maddələr bakteriosinlər) sintez edərək yüksək dözümlülük göstərirlər; həmçinin bu flora patogen mikroorqanizmlərin inkişafının

qarşısını alan bioloji aktiv maddələr sintezində fəal iştrak edirlər [1,2,3].

Bağırsaq mikroflorası detoksiyaedici xüsusiyyətə malik olub ekzogen mənşəli ksenobiotiklərin və nitratların neytrallaşdırılmasında, histamin, indol, skatol və fenol kimi maddələrin inaktivləşməsində iştrak edirlər [4].

Bağırsağın indigen mikroflorası tiamin, riboflvin, nikotin, pantoten turşusu, piridoksin, biotin, fol turşusu, siankobalomin, K-vitamini və askorbin turşusu sintez edir. Bifidobakteriya və laktobakteriyaların həyat fəaliyyəti nəticəsində bağırsaqda kalsium, dəmir, vitamin D və suyun sovrulması təmin edilir; həmçinin zülal müdafiəsinin son məhsulları (indol, fenol, skatol) kimi qaz və turşuların yaranmasını və bununla da bağırsağın normal peristaltikasını təmin edir.

Son zamanlar qastroenterologiyada BF-nin immunmodulyasiyaedici funksiyasına böyük əhəmiyyət verilir. Müəyyən edilmişdir ki, bağırsaq normo-florası qeyri-spesifik müdafiə faktorları (lizosim, properdin, komplement) və immunqlobinlər əmələ gətirir, sitokin və interferonların kolonositlər vasitəsi ilə sintezini təmin edir, qida tolerantlığının formalaşmasında fəal iştrak edir. Bağırsağın normoflora antigenləri (DNT, peptidoqliconlar, lipopolisaxaridlər) antigentəqdimedici hüceyrələrin toll-like reseptorlarını aktivləşdirərək interleykin 12-nin sintezinə səbəb olur [5,6].

Bütün qeyd olunanlar tədqiqatın aktuallığını və bu aspektdə probiotiklərin klinik əhəmiyyətinin vacibliyini təsdiq edir.

Tədqiqatın **məqsədi** perinatal ensefalopatiyası olan südəmər yaşlı (1 yaşa qədər) uşaqlarda bağırsaq mikroflorasının formalaşmasının prospektiv qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Müayinəyə yaşı 3 həftə 12 ay arasında olan, 35-37 hestasiya həftəsində, 2000-2500 q bədən kütləsi ilə doğulmuş 76 uşaq cəlb edilmişdir.

Doğuşun xarakterindən asılı olaraq bütün müayinə olunanlar 2 qrupa bölünmüşdür: 1-ci əsas qrupa keysəriyyə kəsiyi ilə çıxarılmış 42 uşaq, 2-ci müqayisə qrupuna təbii yolla doğulmuş 36 uşaq aid edilmişdir. Hər iki qrupa daxil olan uşaqların əksəriyyəti süni qidalanmada olmuşdur. Doğularkən əksər yenidoğulanların vəziyyəti Apqar şkalası ilə yüngül və orta ağır qiymətləndi- rilmişdir.

Uşağın müayinə protokoluna klinik müayinələrin nəticələri (bədən kütləsinin dinamikası, boy, sinir-psixi inkişaf, somatik status, qanın, sidiyin və nəcisin ümumi analizi, ultrasəs müayinəsi və rentgen) daxil edilmişdir.

Xəstələrin tədqiqat cəlb olunması meyarları: keysəriyyə əməliyyatı yolu ilə anadan olmuş uşaqlar, yarımçıqdoğulanlar, süni və qarışıq qidalanmada olan uşaqlar.

Tədqiqatdan istisna etmə meyarları: ana südü alan uşaqlar, bədən şəkisi 2000q-dan az olan, 35 həftədən tez anadan olan, anadangəlmə inkişaf qüsurları, fermentopatiyalar, generalizə-olunmuş infeksiyaları olan uşaqlar.

Nəcisin makroskopik xarakteristikası Bristol şkalasına əsasən qiymətləndirilmişdir. Bağırsaq mikroflorası kəmiyyət üsulu ilə Epşteyn-Litvak və Vilşanski F.L (1977) metodik tövsiyyəsi əsasında aparılmışdır. Bu zaman 1 qram nəcisdə Enterobacteriaceac ailəsinin bifido, lactobacteriya, enterococe, bağırsaq çöpləri, proteus kimi nümayəndələri, həmçinin staphilococcus və candida tədqiq edilmişdir. Qidalı mühitdə bitən mikrobların 1 qram nəcisdəki sayı loqarifm (Lg) ilə ifadə olunmuşdur.

Lactoral uşaqlara 2 ay ərzində- 1 paketdən gündə 2 dəfə olmaqla təyin edilmişdir.

Statistik analizlər qeyri-parametrik (Manna-Uitni,Vilkokson) və parametrik (Styudent) testlərindən istifadə olunmaqla aparılmışdır. Klinik və laborator göstəricilər müalicədən əvvəl 30 və 60 gün sonra qiymətləndirilmişdir. Əlamətlər arasındakı əlaqə korrelyasiya (Spirman korrelyasiya) üsulu ilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri. Aparılan klinik müşahidələr göstərmişdir ki, əsas qrupa daxil olan uşaqlarda 66,6% halda laktoral təyin olunmamışdan əvvəl bağırsaq sancıları, metiorizm və nəcisdə dəyişikliklərlə təzahür edən qastrointestinal sindrom qeyd olunur. Müqayisə qrupunda bu sindrom 52,3 % halda nəzərə çarpmışdır. Qarının palpasiyası zamanı bağırsaqlarda gurultu 10 (23,8%), yoğun bağırsağın müxtəlif şöbələrində spazm 5(11,9%), hepatomeqaliya 4(9,53%) uşaqda qeyd edilmişdir. Nəcisin makroskopik qiymətləndirilməsi (Bristol Şkalasına görə) zamanı 73,8 % halda patoloji forma qeyd olunmuşdur; 6-cı tip (sıyığabənzər nəcis) üstünlük təşkil edərək 52,3 % halda qeyd edilmişdir; nadir halda 5-ci (yumşaq, kiçik qabarcıqlı, bərabər kənarlı) və 4-cü (ilanşəkilli hamar və yumşaq) tip nəcis (26,1% və 19% müvafiq olaraq) qeyd edilmişdir. Stabil dəyişikliklər 3 (7,4 %) uşaqda müəyyən edilmişdir; 2 (4,76 %) nəfərdə 7-ci tip (sulu nəcis), 1 (2,38 %) nəfərdə 2-ci tip (yumaqcıqlı

stul) müəyyən edilmişdir. Bağırsaq mikrobiosenozunun tədqiqi müqayisəli aspektdə keysəriyyə kəsiyi ilə (əsas qrup) və təbii yolla (müqayisə qrupu) doğulan uşaqlar arasında aparılmış, alınan nəticələr lactoral təyinindən əvvəl , 30 və 60 gün sonra təhlil edilmişdir.

1-ci cədvəldən göründüyü kimi lactoral təyin edildikdən əvvəl əsas qrupa daxil olan uşaqlarda daha qabarıq lacto- və bifidobakteriyaların defisiti müqayisə qrupundan olan uşaqlara nisbətən müşahidə edilmişdir ($p<0,05$).

Cədvəl 1

1 yaşa qədər uşaqlarda lactoral fonunda bağırsaq mikroflorasında tərəddüdlərin rastgəlmə tezliyi (%)

Mikroorqanizmlərin növü	Əsas qrup n= 42			Müqayisə qrupu n= 34		
	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 30 gün sonra	Müalicədən 60 gün sonra	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 30 gün sonra	Müalicədən 60 gün sonra
Bifidobakterium defisiti	47,6	34,5	21,5	35,2	26,4	20,6
Lactobakterium defisiti	52,3	32,1	26,1	32,2	29,4	17,6
E. Coli defisiti	34,5	30,9	32,1	32,3	20,6	14,7
E. Coli , zfx	28,5	26,1	21,4	29,4	23,5	20,6
E.Coli, lac-	26,2	23,8	19,0	32,3	20,6	17,6
E.Coli, hem+	38,0	40,4	34,5	29,4	32,3	20,6
Enterococcus	40,4	42,8	38,0	17,6	11,7	5,88
Stafilac. Aureus	52,3	47,6	40,4	32,3	20,5	17,6
Proteus	7,14	0	0	5,88	0	0
Candida	42,8	28,5	21,4	20,6	14,7	8,82
Digər ŞPM	11,9	0	0	14,7	0	0

Qeyd: ZFX- zəif fermentativ xüsusiyyətli bağırsaq çöpləri; Lac.- laktozaneqativ bağırsaq çöpləri; hem.+ - hemolizedici bağırsaq çöpləri; ŞPM- şərti patogen mikroorqanizmlər; *-$p\leq0,05$ əsas və müqayisə qrupun göstəriciləri arasında asılılıq.

Cədvəl 2

1 yaşa qədər uşaqlarda lactoral fonunda bağırsaq mikroflorasının xarakteristikası (M±m)

Mikroorqanizmlərin növü	Əsas qrup n=42			Müqayisə qrupu n=34		
	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 30 gün sonra	Müalicədən 60 gün sonra	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 30 gün sonra	Müalicədən 60 gün sonra
Bifidobakterium Defisiti lg	7,2±0,22	7,8±0,19	8,0±0,21	8,0±0,21	8,0±0,21	8,0±0,20
Lactobakterium Defisiti lg	5,9±0,22	6,0±0,23	6,2±0,25	5,6±0,28	6,0±0,34	6,2±0,25
E. Coli lg	7,5±0,10	7,6±0,12	7,6±0,13	7,6±0,10	7,8±0,16	7,8±0,20
E. Coli, zfx, %	20,5±4,6	20,6±4,3	20,0±3,9	5,8±0,41	5,4±0,41	5,2±0,42
E.Coli, lac-,%	12,0±3,6	11,6±3,5	11,0±3,4	9,5±2,8*	0	0
E.Coli, hem +,%	32,4±6,3	35,4±6,6	35,8±6,7	21,8±6,9*	6,9±0,52	5,8±0,49
Enterococcus, lg	5,6±0,48*	5,0±0,49	3,51±0,31*	3,6±0,31	3,8±0,4	4,1±1,01
Stafilac. Aureus, lg	3,8±0,4	2,8±0,31	2,4±0,30	6,4±0,38*	0	0
Proteus, lg	0,31±0,18*	0	0	2,1±0,41	3,01±0,56	3,6±0,80
Candida, lg	2,8±0,41	2,0±0,35	1,81±0,31	2,4±0,45	2,8±0,51	3,2±0,73
Digər ŞPM, lg	1,8±0,79	0	0	2,6±0,49	0	0

Qeyd: *-p≤ müalicədən əvvəl və sonra göstəricilərin müqayisəsində dürüstlük

Bununla yanaşı enterobakteriyaların, stafilokok aureus və candidaların rastgəlmə tezliyi müqayisə qrupunda dürüst yüksək olmuşdur ($p<0,05$). E.Coli defisiti əsas və müqayisə qrupu uşaqlarda müalicədən əvvəl eyni miqdarda qeyd edilmişdir, lakin onun tipləri, xüsusilə hemolizedici bağırsaq çöpləri əsas qrup uşaqlarda yüksək səviyyədə qeyd edilmişdir (38 %). ŞPM və proteus əsas və

müqayisə qrup uşaqlarda bir-birindən dürüst fərqlənməmişdir (p>0,05).

1 yaşa qədər uşaqlarda bağırsaq mikroflorasının 1qram nəcisdə miqdarı əsas və müqayisə qrupunda lactoral fonunda tədqiq edilmiş və alınan nəticələr cədvəl 2 -də verilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi lactoral təyin edildikdən əvvəl əsas qrupda lacto- və bifidobakteriyaların defisiti müqayisə qrupundan bir qədər aşağı olmuş, müalicədən sonra artma müşahidə edilmiş və hər iki qrupda eyni səviyyədə olmuşdur (Cədvəl 2).

Bağırsaq çöpləri əsas və müqayisə qruplarında müalicədən əvvəl və sonra bir-birindən fərqlənməmişdir; Laktozaneqativ bağırsaq çöpləri təbii yolla doğulan uşaqlarda lactoral təyinindən sonra qeyd edilməmişdir. Bununla yanaşı hemolizedici bağırsaq çöplərinin miqdarında dinamikada 3 dəfədən çox azalma qeyd edilmiş (p<0,05), proteus və ŞPM müəyyən edilməmişdir (Cədvəl 2).

Fiziki inkişaf göstəricilərinin qiymətləndirildikdə əsas qrup uşaqlar arasında Lactoral təyinindən əvvəl normotrofiya 61,9 % uşaqda, hipotrofiya 38,1% uşaqda qeyd edilmiş, boyun dinamikasında yaşa uyğunluq 78,5%, boydan geriqalma 21,5% halda qeyd edilmişdir. Müqayisə qrupu uşaqlarda normotrofiya 82,1 %, hipotrofiya 17,9 %, boyun yaşa uyğunluğu 88,0 %, geriqalma 12,0% halda qeyd edilmişdir. Raxitin klinik təzahürləri əsas qrup uşaqlarda 42,8%, müqayisə qrupunda 35,2% halda müşahidə edilmişdir. Psixomotor inkişaf göstəricilərinin yaşa uyğunluğu əsas qrup uşaqlar arasında 69,0 %, geri qalma 31,0% halda qeyd edilmişdir.

Təkrar müayinə 2 aydan sonra aparılmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, əsas qrup uşaqlarda bədən çəkisi, boy və psixomotor inkişafın göstəriciləri 80,9%, müqayisə qrupunda 94,1% halda normaya uyğun gəlir, müşahidə müddətində bağırsaq infeksiyası və respirator infeksiyalar qeyd olunmamışdır.

Dispeptik sindromun təzahürləri kifayət qədər azalmış, qaytarma halları 2 dəfə, bağırsaq sancıları 3 dəfə azalmışdır.

Dinamik müşahidə zamanı əsasən 6-cı və 5-ci tip nəcis (54,7 və 42,8% müvafiq olaraq) qeyd edilmiş, patoloji stul müəyyən edilməmişdir.

Nəcisin makro- və mikroskopik tədqiq edildikdə tam normallaşma 57,1% halda qeyd edilmişdir.

Bakterioloji tədqiqatın nəticələrinə əsasən kifayət qədər müsbət dinamika qeyd edilmişdir; bağırsaq mikroflorasının tam normallaşması 50% uşaqda qeyd edilmişdir; Bifido- və laktobakteriyaların miqdarının normallaşması müvafiq olaraq 73,8% və 90,5% halda qeyd edilmişdir.

Beləliklə, Lactoralın 1 yaşa qədər uşaqlarda preventiv terapiya ya daxil edilməsi uşaq orqanizminin bir sıra funksiyalarının normallaşmasına müsbət təsir edir; uşağın sağlamlıq səviyyəsi normallaşır, yoğun bağırsağın ekosistemində pozitiv dəyişikliklər baş verir, sonuncunun tərkibinin keyfiyyəti (doğuş) bərpası müşahidə edilir. Bütün bunlar uşağın psixomotor və somatik statusunun normallaşmasına səbəb olur.

Nəticələr: 1.Lactoralın preventiv müalicəyə daxil edilməsi bağırsaq mikroflorasının kəmiyyət və keyfiyyət göstəricilərinə müsbət təsir edir; keysəriyyə kəsiyi ilə çıxarılmış uşaqlarda Lacto - və bifidobakteriyaların miqdarında normallaşma baş verir, proteus və digər şərtipatogen mikroflora qeyd edilmir, enterokokların miqdarı dürüst azalır. Təbii yolla doğulan uşaqlarda Lactoral təyinindən sonra Lactozaneqativ bağırsaq çöpləri, staf. aureus və digər ŞPM inkişaf etmir. 2.Lactoralın təyini 1 yaşa qədər uşaqların fiziki və psixomotor inkişafına müsbət təsir edir; bədən kütləsini, boy və psixomator inkişaf göstəriciləri Keysəriyyə kəsiyi ilə çıxarılmış uşaqların 80,9%-də, təbii yolla doğulmuşların 94,1%-də normaya uyğun gəlir.

ƏDƏBİYYAT

1. Macfarlane G.T., Macfarlane S. Human colonic microbiota: ecology, physiolojy and metabolic potential of intestinal bacteria // Scand. J. Gastroenterol., 1997, v.32 (suppl 222), p.3-9.

2. Salminem S., Buly C., Boutron-Ruault M.C. Functional food and gastrointestinal physiology and function // Brit . J Nutr., 1998, v.80, p.147-171.

3. Fous M., Gomez A. Mechanisms of colonization and colonization resistance of the digestive tract // Microbial. Ecol. Health Dis., 2000, (suppl 2), p.240-46

4. Yaeshima T. Benefits of bifidobacteria to human health // Bulletin of the JDF, 1996, v.313, p.36-42

5. Rakoff-Nohoum S., Paqino J., Eslam Varzaneh F. et al. Recognition of commensal microflora by toll-like receptors is required for intestinal homeostasis // Cell, 2004, v.118, p.229 -241

6. Boehm G., Moro G. Et al. Prebiotics in infant formulas – immune modulators during infancy // Nutra foods, 2005, v.4, p.51-57

Резюме

Перспективная оценка формирования кишечной микрофлоры у грудных младенцев, страдающих от перинатальной энцефалопатии

С.Ш. Гасанов, Б.А. Казымова, А.С. Гаджиева

Целью исследования является перспективная оценка формирования кишечной микрофлоры у грудных младенцев, страдающих от перинатальной энцефалопатии. 76 младенцев весом 2000-2500 г., в возрасте 35-37 гестационной недели, от 3 недель до 12 месяцев, привлечены в исследование. Определено, что включение Лакторала в профилактическое лечение позитивно влияет к количественным и качественным показателям кишечной микрофлоры; отмечается нормализация количества Лактора и бифидобактерий у младенцев, родившихся Кесаревым путем, микрофлора протеуса и других условных патогенов не отмечается, количество энтероков значительно снижается. Лактозанегативные кишечные палочки, стаф ауренс и другие ШПМ не развиваются у младенцев, родившихся естественным путем, после назначения Лакторала. Все это благоприятствует к нормализации соматичного и психомоторного статуса младенца.

Summary

Prospective evaluation of formation of intestine microflora in infants, suffering from perinatal encephalopathy

S.Sh. Hasanov, B.A. Kazimova, A.S.Hajiyeva

The aim of research was prospective evaluation of formation of intestine microflora in infants, suffering from perinatal encephalopathy. 76 children, in weight of 2000-2500 gr., in 35-37 gestation week, in age of 3 weeks-12 months, is involved to the examination. It is determined that while including Lactoral to the preventive medicine it effects positively to the quality and quantity indices of intestine microflora; normalization of volume of bifidobacterias and Lactor in infants, born through Ceasarian operation, are stated, there are no proteus and other conditional pathogenic microflora, volume of enterocs significantly reduced. Lactosanegative colon bacillus, staff aurens and other ShPM did not develop in infants, born through natural way, after prescription of Lactoral. All of these lead to normalization of somatic and psychomotor status of infant.

Daxil olub: 18.04.2014

REFLÜKS XƏSTƏLİYİ ZAMANI AĞIZ BOŞLUĞUNUN FUNKSİONAL VƏZİYYƏTİ

R.Y. Qurbanov, A.C. Paşayev

Azərbaycan Tibb Universiteti, terapevtik stomotologiya kefedrası, Bakı

Açar sözlər: reflüks xəstəliyi, ağız boşluğu, toxumalar, indekslər
Ключевые слова: рефлюксная болезнь, ротовой полость, ткани
Keywords: reflux disease, oral cavity tissue, indexes

Ağız boşluğunda dişin sərt toxumalarındakı dəyişikliklərin etiologiyasında turş mühitin rolu haqqında bir çox tədqiqatlar aparılmışdır və turş mühit kariesin yayılmasında mühüm rola malikdir [1,2].

Ağız boşluğunun selikli qişasının müxtəlif sahələri də reflüks xəstəliyi zamanı patoloji dəyişikliklərə məruz qala bilir. Dodağın qırmızı haşiyəsinin xoşxassəli iltihabi xəstəliyinə xeylit deyilir. Xeylitlər müstəqil və simptomatik olmaqla 2 qrupa bölünür. Reflüks zamanı yaranan xeylitlər də simptomatik xeyliklər qrupunu təşkil edirlər [3,4,6]. Durğunluq ezofaqitləri qida borusunun stenozları, divertikulları olan xəstələrdə qidanın qida borusunda qurğunluğu və parçalanması zamanı baş verir. Bütün bunlara baxmayaraq, ezofaqitin ən çox rast gəlinən səbəbi qida borusu-mədə sfinktorunun çatışmazlığı nəticəsində aktiv mədə şirəsinin qida borusuna reflüksü (atılması) hesab olunur ki, be reflüks ezofaqit və yaxud peptik ezofaqitdir ki, bu da əksər hallarda diafraqmanın qida borusu-mədə

yırtığında rast gəlinir. Yırtıqların bu çox geniş yayılmış tipində qida borusunun abdominal hissəsi və mədənin proksimal hissəsi diafraqmanın qida borusu dəliyindən yerinin divararalığına dəyişir. Reflüks nəticəsində yaranan ezofaqitə qida borusu-mədə sfinktorunun çatışmazlığı yaxud əməliyyat nəticəsində rezeksiyası və sistem sklerodermiyası zamanı uyğun sfinktorun saya əzələlərinin atrofiyası nəticəsində meydana gələ bilər. Xora xəstəliyi, öddaşı xəstəliyi və digər xəstəliklərdə mədənin çıxacaq hissəsinin spastik yığılması və mədənin hipertonusu, mədədaxili təzyiqin artması nəticəsində sfinktorun funksional çatışmazlığı yarana bilər. Parodontitlərin başlanğıc mərhələlərində qanda və ağız suyunda neyramin turşusu və fukozaların miqdarı azalmış olur. Parodont toxumalarının xəstəliklərinin meydana çıxmasında ümumi orqanizmin mübadilə proseslərinin səviyyəsi, neyroendokrin tənzim, immunoloji reaktivlik, yerli qan döranını, orqanizmin orqan və sistemlərinin dəyişikliklər kimi endogen amillərin mühüm rolu vardır (5.7.8).

Müxtəlif xəstəliklərin nəticəsində inkişaf etmiş parodontitlər zamanı ağız boşluğunda patologiyaları aradan qaldırmaq üçün bir sıra vasitələr tətbiq olunur. Reflüks zamanı mədənin turş mühitində yarımçıq həzmə uğramış qida qalıqları qida yaxud yemək borusuna qayıtdığına görə orada və ağız boşluğunda müxtəlif stomatoji patologiyaların yaranmasına şərait yaradır.

Tədqiqatın məqsədi reflüks xəstəliyi zamanı ağız boşluğu toxumalarinin vəziyyətinin qiymətləndirilməsindın ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tədqiqatın ilk mərhələsində tərəfimizdən 15 nəfər praktiki sağlam və eyni sayda reflüks xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərdən ağız suyu nümunələri xüsusi steril qablara toplanaraq, ATU-nun immunoloji laboratoriyasına göndərilmiş və uyğun mütəxəssislərə ağızsuyu nümunələrində hər iki qrup üzrə IgA, IgG və sIgA kimi immunoqlobulin növlərinin miqdarı mq/ml-lə aşkarlamaq tapşırılmışdır. Tədqiqatın ikinci mərhələsində isə 15 nəfər duodenitli, 15 nəfər xroniki qastritli və eyni sayda reflüksdən əziyyət çəkən şəxslər qrupu təşkil edilmiş, hər qrup üzrə Qriin və Vermillionun sadələşdirilmiş gigiyenik, PMA (%-lə) və PI (Rassel) kliniki indeksləri üzrə hesablamalar aparılmışdır. Qrin və Vermillionun (OHS-S) sadələşdirilmiş gigiyenik indeksi həm diş ərpini, həm də diş daşını aşkar etmək üçün istifadə edilir.

Diş ətində iltihabın yayılması və intensivlik dərəcəsini təyin etmək üçün isə Papilyar-marginal-alveolyar indeks (PMA) istifadə olunmuşdur. müayinələr zamani KPÇ indeksi (onun komponentləri də) və kariesin yayılmasına görə xəstələr müayinə olunmuşlar. Kariesin yayılmasını müəyyənləşdirmək məqsədilə kariesli dişlərin sayından asılı olmayaraq karies boşluğu olan şəxslərin sayı, ümumi müayinə olunanların sayına bölünərək 100%-ə vurulur. Bu göstəriciyə həm müalicə olunmuş, həm olunmamış və səbəbindən asılı olmayaraq çəkilmiş dişlər daxildir. KPÇ indeksi isə, xatırladaq ki, hər bir şəxsdə (K) kariesli, (P) plomblu və (Ç) çıxarlmış dişlərin cəmidir

Alınmış göstəricilər statistik metodlarla işlənmiş və qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır, nəticələr cədvəlləşdirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Yaşı 36-42 arasında olan 50 nəfər reflükslü xəstələr qrupunda isə damağın alveol çıxıntısı səthini örtən selikli qişa sahəsinin kataral iltihabına 23 nəfərdə rast gəlinmişdir və bu qrup üzrə 46,0±7,05% xəstələri əhatə etmişdir. Bu yaş qrupu üzrə dodaqların yüngül iltihabı əlamətləri 14 reflüks olan xəstəni əhatə etmişdir ki, bu da qrupun 28,0±6,35% -ni təşkil etmişdir. Dil səthində intensiv ərpin toplanması xüsusiyyətinə isə qrup üzrə 10 xəstədə rast gəlmişik ki, bu da 20,0±5,66% -dir **(**Cədvəl 1). Müayinələr zamanı yaşı 43-50 arasında tərəddüd edən 50 nəfər reflükslü xəstələrdən 26 nəfərində alveol çıxıntısını örtən selikli qişasının iltihabı əlabi əlamətlərinə rast gəlinmiş və qrupun 52,0±7,07%-ni əhatə etmişdir. Qrupda 23 xəstədə isə yüngül dərəcəli xeylit əlamətləri aşkarlanmış və onlar qrupun 46,0±7,05%-ni təşkil etmişlər. Dil səthində intensiv olaraq, ərpin toplanması əlamətləri isə bu qrupda cəmi 5 nəfəri əhatə etmişdir ki, bu da qrupun 10,0±4,24%-dir. Yaşı 36-42 arası olan sağlam şəxslər qrupunda isə ümumi 40 nəfərdən 29-unda karies prosesi aşkarlanmışdır və bu uyğun qrupun 72,5±7,06%-i olmuşdur. Yaşı 43-50 arasında olan sağlam şəxslərdə isə kariesin yayılması 82,5±6,01% olaraq, 33 nəfəri əhatə etmişdir **(**Cəd. 2).

Cədvəl 1

Reflükslü xəstələrdə müxtəlif selikli qişa sahələrini patologiyalarının rast gəlinməsi

Patologiya	Yaş qrupları					
	30-35 (n=50)		36-42 (n=50)		43-50 (n=50)	
	sayla	%	sayla	%	sayla	%
Selikli qişada iltihabı əlamətlər	8	16,0±5,18	23	46,0±7,05	26	52,0±7,07
Xeylit	12	24,0±6,04	14	28,0±6,35	23	46,0±7,05
Dil səthində intensiv ərplər	8	16,0±5,18	10	20,0±5,66	5	10,0±4,24

Cədvəl 2

Reflükslü xəstələrdə kariesin yayılmasının müqayisəli qiymətləndirilməsi

Kariesin yayılması	Yaş qrupları					
	30-35 (n=50)		36-42 (n=40)		43-50 (n=45)	
	sayla	%	sayla	%	sayla	%
Sağlam şəxslər	34	68,0±6,60	29	72,5±7,06	33	82,5±6,01
Reflükslü xəstələr	45	90,0±4,24*	34	85,0±5,65	35	87,5±5,23

Qeyd: *qruplararası statistik dürüstlük p<0,05

Reflükslü 30-35 yaşlı şəxslər qrupunda isə 50 nəfərdən 45 –ində karies yayılmışdır ki, bu da qrupun 90,0±4,24%-ni təşkil etmişdir ki, bu eyni sayda sağlam şəxslərin uyğun göstəricilərindən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir. 40 reflükslü yaşı 36-42 arası olan, şəxslərdən 34-ündə karies yayılmışdır və bu qrup üzrə 85,0±5,65%-i əhatələmişdir. Yaşı 43-50 arasında tərəddüd edən 45 reflüksdən əziyyət çəkən şəxslərdən isə 35 -ində karies hallarına rast gəlinmişdir və bu qrup üzrə 87,5±5,23% müəyyənləşmişdir.

Tədqiqat nəticəsində sağlam şəxslərin ağız suyu nümunələrində IgA-nın miqdarı 0,116±0,007 mq/ml olsa da, reflükslü xəstələrdə bu göstərici bir qədər az, 0,097±0,007 mq/ml müəyyənləşdirilmişdir (cədvəl 3). IgG-nin sağlam şəxslərin bioloji materiallarındakı orta miqdarı 0,081±0,005 mq/ml aşkarlanmasına baxmayaraq, eyni sayda reflüslü xəstələrdə bu göstərici yüksək miqdarda 0,112±0,005 mq/ml müəyyənləşdirilmişdir. Ağız boşluğu üçün spesifik olan sIgA-nın sağlam şəxslərin ağız suyu nümunələrində orta miqdarı isə 0,348±0,004 mq/ml olsa da, reflüks patologiyasından əziyyət çəkən 15 nəfərin ağız suyu nümunələrində onun orta miqdarı 2 dəfəyə qədər az, 0,163 ± 0,010 mq/ml aşkarlanmışdır ki, bu da ağız boşluğnun yerli immunitetinin sağlam şəxslərlə müqayisədə kifayət qədər zəiflədiyini göstərir.

Cədvəl 3

Reflükslü xəstələrdə ağız suyunda immunoqlobulin qruplarının müqayisəli miqdarı

İmmunoqlobulinlər	Praktiki sağlam şəxslər (n=15)	Reflükslü xəstələr (n=15)	p
Ig A (mq/ml)	0,116±0,007	0,097±0,007	>0,05
Ig G (mq/ml)	0,081±0,005	0,112±0,005	<0,01
s Ig A (mq/ml)	0,348±0,004	0,163±0,010	<0,001

Qeyd: P- qruplararası statistik dürüstlük.

sIgA-nın tərkibindəki oliqosaxaridlər bakteriyaların selikli qişa səthlərinə yapışmalarının qarşısını alır, bakteriyaların xüsusən də ağız boşluğundakı streptokok nümayəndələrinin bir-biriləri birləşərək sərbəst yığınlar yaratmasını təmin edərək onların ağız suyu ilə rahatlıqla kənarlaşdırılmasına imkan verir, mikroorqanizmlərin səthindəki reseptorları tutmaq və mənfi yükləri neytrallaşdırmaqla onların dişin mina səthinə birləşməsinin qarşısını alır, Streptococcus Mutans və s. mikroorqanizmlərin qlikozil-transferaza və digər fermentlərini inhibə edərək ağız boşluğunda bu bakteriyalara qarşı immunitetin əsasını təşkil edir, pellikulanın formalaşmasında da rol oynayır. Ağız suyunda IgM və IgG-ya IgA-ya nisbətən az rast gəlinir. Bu immunoqlobulinlər ağız boşluğuna diş əti şırımı mayesindən gəlir.

Tədqiqatın ikinci mərhələsində isə stomatoloji müayinələrə cəlb etdiyimiz 15 nəfər 12-barsaq bağırsağın iltihabı əlamətləri olan şəxslərdə Qriin və Vermillionun sadələşdirilmiş gigiyenik

indeksinin (OHI-S) göstəricisi 1,74±0,022 olsa da, qastritli eyni sayda xəstələrdə bu göstərici bir qədər yüksək, 2,18±0,030 olmuşdur (cədvəl 4). Reflüksdən əziyyət çəkən 15 nəfərlik qrupda isə bu indeksin göstəricisi daha yuxarı, 2,63±0,052 hesablanmışdır.

Cədvəl 4

Kliniki stomatoloji indekslərin həzm traktının müxtəlif sahələrindəki iltihabı proseslərin təsirilə dəyişilməsi

Həzm traktının patologiyaları	Kliniki stomatoloji indekslərin gösəriciləri		
	OHI-S	PMA (%-lə)	PI (Rassel)
Parodontit (orta) (n=15)	1,74±0,022	43,6±0,52	2,30±0,015
Parodontit (agır) (n=15)	2,18±0,030	53,3±0,56	2,66±0,023
Reflüks (parodontit) (n=15)	2,63±0,052	57,6±0,30	3,64±0,027

Diş ətindəki kataral iltihabın yayılma dərəcəsini göstərən PMA indeksinin göstəricisi duodenitdən əziyyət çəkən şəxslər qrupunda 43,6±0,52%, eyni saylı qastritli və raflükslü xsətələr qruplarında uyğun olaraq, 53,3±0,56% və 57,6±0,30% müəyyənləşdirilmişdir. Həzm kanalındakı patologiyanın lokalizasiyası ağız boşluğuna yaxınlaşdıqca onun ağız boşluğu, o cümlədən də, diş ətlərində təzahürü ehtimalı da artmış olur.

Rasselin parodontal indeksi üzrə hesablamalar zamanı isə onikibarmaq bağırsağın iltihabı əlamətlərindən əziyyət çəkən şəxslər qrupunda indeksin göstəricisi 2,30±0,015, qastritli şəxslər qrupunda 2,66±0,023 və reflükslü xəstələr qrupunda isə 3,64±0,027 müəyyənləşdirilmişdir.

Alınmış nəticələr həzm traktının müxtəlif sahələrindəki patologiyaların ağız boşluğunun vəziyyəti, xüsusilə də parodontun vəziyyətini xarakterizə edən yuxarıdakı indekslərin göstəricilərinin patologiyanın yerləşdiyi sahənin ağız boşluğuna yaxınlaşdıqca daha arzuolunmaz xarakter daşıdığını göstərir.

Reflüks zamanı mədənin turş mühitində yarımçıq həzmə uğramış qida qalıqları qida yaxud yemək borusuna qayıtdığına görə orada və ağız boşluğunda müxtəlif stomatoji patologiyaların yaranmasına şərait yaradır. Parodontun iltihabı xəstəlikləri stomatoloji patologiyaları arasında xüsusi yer tutur. Tərəfimizdən reflüks xəstəliyi zamanı ağız boşluğunun immunoloji statusu, parodont toxumalarının və gigiyenik vəziyyətinin öyrənilməsi məqsədilə tədqiqat aparılmışdır. Tədqiqat zamanı sağlam və reflükslü şəxslər qruplarında sIgA, IgA və IgG-nin ağız suyu nümunələrindəki orta miqdarı hesablanmış, duodenit, qastrit və reflükslü xəstələr qrupularında OHI-S, PMA və PI indeksləri üzrə hesablamalar aparılmışdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Джамалдинова Т.Д., Максимовская Л.Н., Ли Е.Д. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2010, №9, с.23-27.

2. Маев И.В., Лукина Г.И., Ахмедханов И.А.. Уровень саливации и буферная емкость слюны у пациентов с патологией органов пищеварения // Dental Forum, 2012, №2, с.20-23.

3. Максимовская Л.Н., Джамалдинова Т.Д., Соколова М.А. Состояние системы микроциркуляции тканей десны у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне различных стадий ГЭРБ // Стоматология для всех, 2011, №1, с.14-18.

4. Слободина Е.В., Суворов К.В. Применение микробиологических тестов экспресс-диагностики для определения экологии полости рта у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта // Клин. лаборатор. диагнос., 2008, №9, с 86-87.

5. Fowler E.B., Breault L.G., Cuenin M.F. Periodontal disease and its association with systemic disease// Mil. Med., 2001, v.166, p.85-89.

6. Holmstrup P. Glick M. Treatment of periodontal disease in the immune deficient patient // Periodontal., 2002, v. 28, p. 190-205.

7. Rossi G.A., Peri C., Raynal M.E. et. al. Naturally occurring immune response against bacteria commonly involved in upper respiratory tract infections: analysis of the antigen–specific salivary IgA levels. // Immunol. Lett., 2003, v. 86, № 3, p. 85-91.

8. Tuma E., Rothenfiisser S., Hartmann G. et al. Identification of CDllc+ myeloid dentritic cells in adenoids and in nasal mucosa of patients with and without allergies // Laryngorhinootologie, 2002, v.81, N 8, p.580-585

Резюме

Состояние полости рта при рефлюксной болезни

Р.Я. Гурбанов, А.Ч. Пашаев

У обследованных 150 больных с рефлюксной болезнью определяли распространенность и интенсивность кариеса зубов, состояние слизистой оболочки полости рта. У обследованных 45 больных с рефлюксной болезнью определяли интенсивность воспалительных заболеваний пародонта. Исследование показателей факторов неспецифической защиты организма, а также местного иммунитета у больных с различными формами пародонтопатий, развивающимися на фоне рефлюксной болезни, и полученные при этом результаты свидетельствует о снижении иммунологической реактивности в основной группе больных. Биохимические исследования выявили в полости рта больных неблагоприятную тенденцию в показателях иммуноглобулинов. У больных с заболеваниями пародонтита на фоне рефлюкса отмечаются более выраженные и негативные изменения показателей индексов. Согласно результатам клинико-эпидемиологических исследований на фоне развития рефлюкса отмечается более частая встречаемость по сравнению с контрольной группой кариозных поражений постоянных зубов.

Summary

the condition of oral cavity during reflux disease

R.Y. Gurbanov, A.Ch.Pashayev

We examined 150 patients with reflux disease, determined the prevalence and intensity of dental caries, the state of the oral mucosa. We examined 45 patients with reflux disease, determined intensity of inflammatory periodontal diseases. Study of factors nonspecific defense, as well as local immunity in patients with various forms of periodontopathies developing in reflux disease, and the obtained results evidence of an impairment of immune reactivity in the main group. Biochemical studies in the oral cavity of patients identified unfavorable trend in terms of immunoglobulin. Patients with periodontal disease on the background of reflux observed more pronounced and negative changes in performance indexes. According to the results of clinical and epidemiological research on the background of the development of reflux observed more frequent occurrence caries in permanent teeth compared with the control group.

Daxil olub: 24.04.2014

TOTAL YUXU DEPRİVASİYASI FONUNDA HİPPOKAMPIN SA_1 SAHƏSİNDƏ NEYRON VƏ SİNAPSLARDA ƏMƏLƏ GƏLƏN STRUKTUR DƏYİŞİKLİKLƏRİNİN MİQDARİ VƏ MORFOMETRİK TƏDQİQİ

B.M. Abuşov [1], Ə.Ə.Səmədov [2], F.B. Əskərov [1], M.İ. Səfərov [1]
Azərbaycan MEA-nın A.I.Qarayev adına Fiziologiya İnstitutu[1] ,
Bakı Dövlət Universiteti[2]

Açar sözlər: total yuxu deprivasiyası, hippokampın SA_1 sahəsi, neyron, sinaps
Ключевые слова: тотальная депривация сна, поля CA_1 гиппокампа, нейрон, синапс
Key words: total sleep deprivation, CA_1 area of hippocampus, neuron, synapse

Müasir dövrdə fabrik, zavod və klinikalarda, eləcə də çoxsaylı işçiləri olan digər müəssisələrdə geniş tətbiq edilən növbəli əmək orada çalışan milyonlarla insanın total yuxu deprivasiyasına (TYD-a) məruz qalmasına səbəb olur [8,9,10]. TYD kifayət qədər güclü stresfaktordur və onun təsiri altında mərkəzi sinir sistemində (MSS-də) əmələ gələn struktur dəyişikliklərinə davranış reaksiyalarında qeydə alınan dəyişikliklərin maddi əsası kimi baxılır [7] və onların öyrənilməsi böyük nəzəri və praktiki əhəmiyyətə malikdir [1,7]. Struktur dəyişikliklərinin araşdırılmasında miqdari və morfometrik tədqiqat üsullarından istifadə olunması hazırda xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Belə tədqiqatlat neyron və sinapslarda əmələ gələn struktur dəyişikliklərinin daha əsaslı analizi üçün imkan yaradır.

Yuxarıda qeyd olunanlara əsasən, hazırkı tədqiqatımızın əsas **məqsədi** TYD-ın 12 və 24-cü saatlarında dorsal hippokampın SA_1 sahəsində əmələ gələn morfoloji dəyişikliklərin miqdari və morfometrik aspektlərinin öyrənilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatin material və metodları. Tədqiqatlar Vistar xəttindən olan 40 baş 6 aylıq siçovul üzərində aparılmışdır. Heyvanlar hərəsində 20 siçovul olmaqla 2 qrupa, hər qrup isə 2 yarımqrupa (hər yarımqrupda 10 heyvan) ayrılmışlar. Hər iki qrupun birinci yarımqrupları normal yuxu rejimində saxlanmış və kontrol kimi öyrənilmişlər. Birinci qrupun ikinci yarımqrupu – 12, ikinci qrupun ikinci yarımqrupu isə 24 saat TYD-a məruz qoyulmuşlar. TYD vaxtaşırı heyvanların burun nahiyəsinə yumuşaq fırça ilə toxunmaqla və yerləşdirildikləri qədəsi ehmalca silkələməklə (yumuşaq oyatma üsulu ilə) həyata keçirilmişdir. Təcrübələrin sonunda heyvanlar efir narkozu altında qlutaraldehid bidistillə suyunda (2,5%-li) və paraformaldehidin fosfat buferində (2%-li) məhlulu (pH=7,2-7,4) ilə aortadan perfuziya olunmuşlar. Elektron mikroskopik tədqiqatlar üçün material ümumi qayda ilə götürülmüşdür. Dorsal hippokampın SA_1 sahəsinin 0,01 mm^3 toxumasında normal və submikroskopik dəyişikliklərə uğramış neyronların sayı hazırlanmış serial kəsiklərdə vizual yolla müəyyənləşdirilmişdir. Son nəticədə 30 min dəfə böyüdülmüş şəkillərdə neyropilin 100 mkm^2 sahəsində simmetrik və asimmetrik sinapslar, aksoplazmanın presinaptik membrana söykənən 0,05 mkm^2 sahəsində sinaps qovuqcuqları sayılmışdır. Morfometrik üsulla sinaptik membranın fəal sahəsinin uzunluğu və sinaps yarığının eni müəyyənləşdirilmişdir. Sinapsın bu komponentləri sinaptik keçiricilikdə mühüm rol oynadığından onların miqdari-morfometrik üsullarla tədqiqi xüsusi maraq doğurur [3,4]. Morfometrik tədqiqatlar zamanı hər neyronda 30 sinaps araşdırılmışdır. Rəqəm göstəriciləri Excel 2003 proqram paketindən istifadə olunaraq variasion statistika qaydası ilə analiz olunmuşdur. Qruplararası fərqlərin etibarlılığı Studentin t-kpiteriyası tətbiq olunmaqla hesablanmışdır [5]. Qiymətlər $p<0,05$ olduqda etibarlı sayılmışdır.

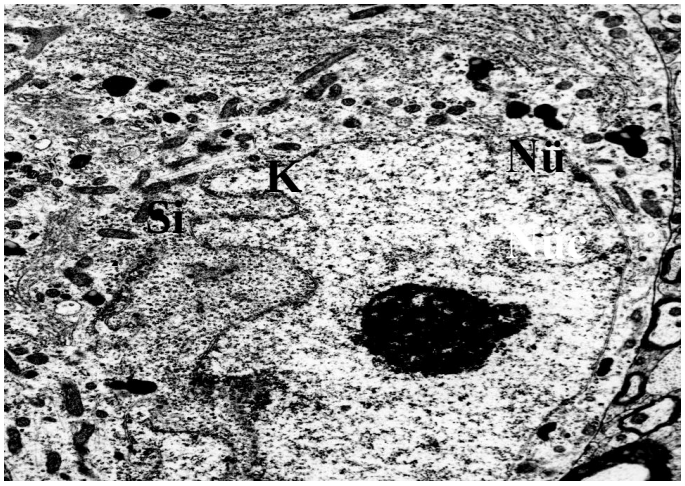
Nəticələr və onların müzakirəsi. Təcrübələr göstərir ki, kontrol heyvanların beyninin tədqiq olunan strukturunun hər 0,01 mm^3 toxumasında 54,1±0,4 ədəd neyron yerləşir. TYD-a məruz qalmış heyvanların hippokampının SA_1 sahəsində 48,1±0,3 ədəd hüceyrədə ultrastruktur dəyişiklikləri qeydə alınmasa da, bir qrup neyronda submikroskopik dəyişikliklər nəzərə çarpır (cədvəl 1). Submikroskopik dəyişikliklərə uğramış sinir hüceyrələrində nüvə və nüvəcik ektopiyaya uğrayaraq periferik mövqe tutur. Karioplazmada xromatin maddəsinin miqdarı xeyli çoxalır. Kariolemma əyilmələrinin sayı artaraq 3-4-ə çatır, eyni zamanda əyilmələr bir qədər dərinləşir.

Kariolemma əyilmələri yaxınlığında sitoplazmatik orqanellərin miqdarı xeyli çoxalır. Belə neyronlarda sitoplazmatik orqanellərin – mitoxondrilərin, danəli endoplazmatik şəbəkə (DEŞ) kanalcıqlarının, Holci aparatının, ribosomların, polisomların, lizosomların və s. sayı kontrol heyvanlarla müqayisədə xeyli artır (şək. 1).

Cədvəl 1

Total yuxu deprivasiyasının müxtəlif saatlarında siçovul beyninin hippokampının SA_1 sahəsinin 0,01 mm^3 toxumasında normal və submikroskopik dəyişikliklərə uğramış neyronların sayı (M±m; n=10)

Deprivasiyanın davametmə müddəti	Dorsal hippokampın SA_1 sahəsi					
	Normal neyronlar		Reparativ dəyişikliklərə uğramış neyronlar		Distrofik dəyişikliklərə uğramış neyronlar	
	Kontrol	Təcrübə	Kontrol	Təcrübə	Kontrol	Təcrübə
12 saat	54,1±0,4	48,1±0,3 < 0,001	0	5,9±0,1 < 0,001	0	0



Şək. 1. 12 saat total yuxu deprivasiyasına məruz qalmış siçovul beyninin hippokampının SA_1 sahəsində nüvə aparatı fəallaşmış və sitoplazmasında orqanellərin sayı artmış orta diametrli piramidal neyrondan fraqment.10 000 dəfə böyüdülmüşdür.
Sit-sitoplazma; Kl- kariolemma; Nüv- nüvə; Nüc- nüvəcik.

Cədvəl 2

12 saat total yuxu deprivasiyasına məruz qalmış siçovul beyninin hippokampının SA_1 sahəsinində neyropilin hər 100 mkm^2-də normal və submikroskopik dəyişikliklərə uğramış aksodendritik sinapsların sayı (M±m)

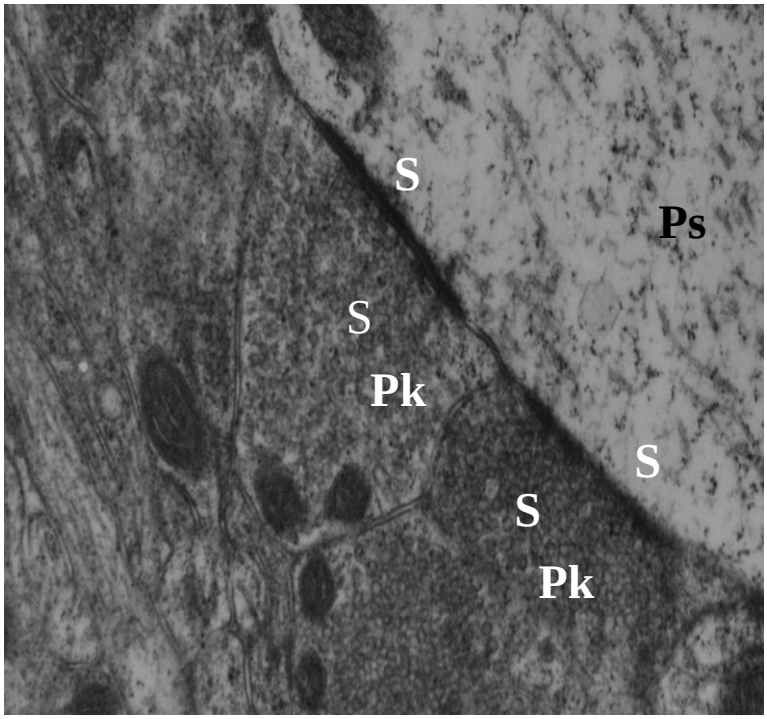
Sinapsların tipi	Normal sinapslar		Reparativ dəyişikliklərə uğramış sinapslar		Distrofik dəyişikliklərə uğramış sinapslar	
	Kontrol	Təcrübə	Kontrol	Təcrübə	Kontrol	Təcrübə
Simmetrik p	3,1±0,1	2,2±0,1 < 0,01	0	1,0±0,1 < 0,01	0	0
Asimmetrik p	8,2±0,2	6,1± 0,2 <0,001	0	2,2±0,1 < 0,001	0	0

Ekstremal faktorların təsiri altında hüceyrənin nüvəsinin fəallaşması və sitoplazmatik orqanellərin hiperplaziyası şəklində əmələ gələn belə dəyişikliklər reparativ dəyişikliklər hesab olunur [1,2,6]. Qeyd etmək lazımdır ki, reparativ dəyişikliklər adətən orta diametrli neyronlarda müşahidə olunur.

Öyrənilən sinir törəməsində aksodendritik sinapsların sayı dəyişmir. Lakin aksodendritik sinapsların xeyli miqdarı öz normal ultrastrukturunu saxladığı halda, bir qrup sinapsda submikroskopik dəyişikliklər qeydə alınır (cədvəl 2).

Submikroskopik dəyişikliklər həm simmetrik, həm də asimmetrik sinapslarda nəzərə çarpır. Ultrastruktur dəyişikliklərinə uğramış sinapsların pre- və postsinaptik komponentlərində sitoplazmatik orqanellərin çoxalması, sinaps yarığının daralması, sinaptik membranın fəal sahəsinin daha da uzanması, osmiofilliyinin yüksəlməsi və s. diqqəti cəlb edir (şək. 2). Ekstremal faktorların təsiri şəraitində sinapslarda qeydə alınan belə submikroskopik dəyişikliklərə reparativ dəyişikliklər kimi baxılır [1,2,6].

Presinaptik aksonda sinaps qovuqcuqlarının sayının çoxalmasını, sinaptik membranın fəal sahəsinin uzanmasını, sinaps yarığının daralmasını əks etdirən rəqəm göstəriciləri cədvəl 3-də verilmişdir. Cədvəl 3-dən göründüyü kimi, asimmetrik sinapsların TYD-yə reaksiyası daha yüksəkdir.



Şək. 2. 12 saat TYD-a məruz qalmış siçovulun beyninin dorsal hippokampını SA_1 sahəsində reparativ dəyişikliklərə uğramış simmetrik və asimmetrik sinaps. 40 000 dəfə böyüdülmüşdür.PkA- presinaptik akson; PsD – postsinaptik dendrit; SQ- sinaps qovuqcuqları; S_1- simmetrik sinaps; S_2 – asimmetrik sinaps

Cədvəl 3
12 saat total yuxu deprivasiyasına məruz qalmış siçovulların hippokampının SA_1 sahəsində simmetrik və asimmetrik aksodendritik sinapsların bir neçə struktur komponentlərində ultrastruktur dəyişiklikləri (M±m)

Sinapsların tipi	0,05 mkm^2 sahədə sinaps qovuqcuqlarının sayı		Sinaptik membranın fəal sahəsinin uzunluğu (mkm-larla)		Sinaps yarığının eni (mkm-larla)	
	Kontrol	Təcrübə	Kontrol	Təcrübə	Kontrol	Təcrübə
Simmetrik p	10,8±0,2	16,2±0,2 <0,001	314,7±0,4	376,2±0,5 <0,001	29,2±0,3	23,5±0,2 <0,001
Asimmetrik p	16,2±0,2	28,6±0,3 <0,001	311,6±0,6	368,9±0,8 <0,001	19,8 ±0,2	15,1±0,2 <0,001

Beləliklə, 12 saat TYD-a məruz qalmış siçovulların dorsal hippokampının SA_1 sahəsində neyron və sinapsların ultrastrukturunda əmələ gələn kəmiyyət və keyfiyyət dəyişiklikləri reparativ xarakter daşıyır və TYD-nin təsiri altında MSS-də yüksələn kompensator

proseslərin struktur əsası kimi qiymətləndirilə bilər.12 saat davam edən TYD şəraitində orta diametrli neyronlarda və asimmetrik akso-dendritik sinapslarda reparativ proseslərin daha intensiv olması faktı bu sinir elementlərinin TYD-yə daha həssas olması ilə izah edilə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1.Abuşov B.M. Davamiyyətli total yuxu deprivasiyası şəra-itində mərkəzi sinir sistemində əmələ gələn dəyişikliklərin morfofunksional aspektləri // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2012, № 3, s.8-14.

2.Абушов Б.М. Нейроны и межнейрональные связы латеральной гипоталамической области мозга крыс при пищевой депривации и после ее отмены. М., 1984, 221с.

3.Абушов Б.М. Изменения ультрастуктуры аксодендритных синапсов поля CA_1 гиппокампа при 96-часовой депривации парадоксального сна // Неврол. вестник, 2011, т.43, № 3, с.8-10.

4.Котляр Б.И. Пластичность нервной системы. М.: Изд-во МГУ, 1986, 240с.

5.Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Высшая школа, 1990, 293с.

6.Пушкин А.С., Лапин С.К. Ультраструктурные признаки приспосо-бительных и компенсаторных процессов ЦНС / Вопросы экспериментальной и клинической патологии. Ереван, 1980, 95-99

7.Abushov B.M. Morphofunctional analysis of the effects of total sleep deprivation on the CNS in rats // Neurosci Behav Physiol, 2010, 40:4:403-409.

8.Chee M.W., Tan J.C., Zheng H. et al. Lapsing during sleep deprivation associated with distributed changes in brain activatin // J.Neuroci., 2008, v. 28, N 21, p. 5519-5528

9. Chee M.W., Goh C.S., Namburi P. et al. Effects of sleep deprivation on cortical activation during directed attention in the absence and presence of visual stimuli // NeuroImage, 2011, v. 58, N 2, pp. 595-604

10. Chowdhury A., Chandra R., Sushil K. Jha S.K. Total sleep deprivation impairs the encoding of trace-conditioned memory in the rat //Neurobiol. Learn. a. Mem.,2011, v. 95, N 3, pp. 355-360.

Резюме

Количественное и морфометрческое исследование структурных изменений в нейронах и синапсах поля CA_1 гиппокампа на фоне тотальной депривации сна

Б.М. Абушов, А.А. Самедов, Ф.Б. Аскеров, М.И.Сафаров

На основании электронномикроскопического количественно- морфометрического исследования установлено, что субмикроскопические изменения на фоне 12 часовой тотальной депривации сна в нейронах среднего размера и в аксодендритных синапсах асимметрического типа поля CA_1 дорсального гиппокампа крыс носят репаративный характер и являются структурной основой компенсаторных процессов, развертывающихся в ЦНС.

Summary

Quantitative and morphometric investigation of structural changes in the neurons and synapses of Ca_1 field of hippocampus under total sleep deprivation

B.M. Abushov, A.A. Samadov, F.B. Askerov, M.I. Safarov

With the application of electron microscopic quantitative-morphometric technique it has been stated that submicroscopic changes in the middle-sized neurons and in the axon-dendritic synapses of asymmetrical tape in the CA_1 area of the dorsal hippocampus of rats under 12 h total sleep deprivation bear reparative disposition and are the structural basis of compensatory processes developing in the CNS.

Daxil olub: 16.05.2014

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ

А.Б.Гусейнова
Азрбайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: nekrotik enterokolit, yenidoğulmuşlar, etuologiya, patogene
Ключевые слова: некротический энтероколит, новорожденные, этиология, патогенез
Keywords: necrotizing enterocolitis, newborn, etiology, pathogenesis

Некротический энтероколит (НЭК) является одной из наиболее сложных и наименее изученных проблем в хирургии новорожденных, которая существенно влияет на показатели смертности. НЭК- одно из наиболее тяжелых заболеваний у новорожденных, особенно с экстремально низкой массой тела, при котором органом- мишенью является кишечник [3,4,8,13]. По определению Д.Клоэрта (2002), НЭК-острый некротический кишечный синдром неясной этиологии. По мнению Farrugia M.K. (2003), НЭК и перфорации желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у новорожденных относятся к заболеваниям, которые носят катастрофический характер. Можно прогнозировать нарастание актуальности данной проблемы по мере уменьшения смертности недоношенных с экстремально низкой массой тела, прежде всего за счет улучшения реанимационной помощи. Впервые сообщение о данном заболевании опубликовано в 1964г, а первая работа, отражающая опыт хирургического лечения энтероколита, появилась в печати в 1967 году.

НЭК- полиэтиологичное заболевание, обусловливающее высокую летальность. В течение длительного времени данная патология не была четко очерчена как нозологическая форма и существовала под самыми разнообразными диагнозами: функциональная кишечная непроходимость, внутрибрюшной абсцесс, спонтанная перфорация подвздошной кишки, некротический колит новорожденных с перфорацией, ишемический энтероколит, инфаркт кишечника новорожденных, аппендицит.

В последние 20 лет отмечается рост больных с НЭК и обусловлено это возрастающей выживаемостью недоношенных детей с очень низкой массой тела. Сегодня можно выхаживать глубоко недоношенных новорожденных, которые раньше погибали в первые часы или сутки после рождения. Использование в неонатологии экзогенного сурфактанта в начале 1990-х годов, привело к значительному снижению летальности в группе новорожденных с низкой массой тела. Однако, одновременно увеличилась частота развития НЭК с 11,5 на 100000 в пресурфактантный период, до 12,3 на 100000 после начала использования сурфактанта [13,16,18].

Частота НЭК составляет 5-6% от числа всех новорожденных, или от 0,3 до 2,4 случаев на 1000 новорожденных госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии [13,20] по поводу различных неотложных состояний, а также в период выздоровления при кардиопульмональных заболеваниях. Примерно 10% больных НЭК-доношенные новорожденные с полицитемией, синими пороками сердца или обструктивной мальформацией ЖКТ (врожденный или приобретенный дефект сосудов, с последующим грубым нарушением функции). Сообщения о групповой заболеваемости НЭК в отделениях патологии новорожденных-редки, но описывались вспышки заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, которые обрывались вслед за введением строгих противоэпидемических мер. НЭК обычно возникает в первые 2 нед. жизни ребенка, но у детей с массой менее 1000г он может быть отсрочен до 3 мес. Чем меньше масса при рождении, тем чаще, но позднее может развиться НЭК. Большое количество исследований, посвященных выявлению факторов риска НЭК, показали, что основными факторами являются недоношенность и низкая масса тела при рождении: так от 60 до 96% новорожденных с НЭК являются недоношенными. При этом частота заболевания колеблется от 1 до 10% от всех новорожденных, значительно повышаясь у пациентов с очень низкой массой тела при рождении: 0,4 на 1000 новорожденных с весом более 2500г и 66 на 1000 новорожденных с массой тела менее 1500г [13,16].

Литературные данные показывают, что распространенность НЭК наиболее низкая в Японии и в странах Скандинавии, где уровень

рождения недоношенных детей низкий. Так, в Японии частота заболевания в 10-20 раз ниже, чем в США. Исследования, проведенные в Японии, показывают, частота НЭК составляет только 0,3% среди 32790 новорожденных, находящихся в отделениях интенсивной терапии. Частота заболеваемости НЭК среди новорожденных с низкой массой тела в Австралии- 7%, в Греции- 10%, в Аргентине= 14%, в Гонконге- 28% [3,7].

Несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных показатели летальности при НЭК варьируют в пределах от 15 до 44% и, по мнению многих авторов, определяются массой тела и гестационным возрастом. Так, установлено, что наибольшие цифры летальности выявлены в группе новорожденных с очень низкой массой тела: от 40% до 100%- у детей с массой тела при рождении менее 750г и 10-40%- у новорожденных с массой тела менее 1500 г и до 20%- у пациентов с массой тела более 2500 г. От 20 до 40% новорожденным с НЭК требуется оперативное лечение, а летальность после оперативных вмешательств составляет более 50% и определяется такими факторами как масса тела при рождении и гестационный возраст, объемом поражения ЖКТ и наличием сопутствующих заболеваний [1,2,5,14].

Время появления первых клинических признаков заболевания находится в обратной зависимости от массы тела при рождении и гестационного возраста. Средний возраст начала заболевания находится в обратной зависимости от массы тела при рождении и гестационного возраста, составляя для рожденных с 30-и недельным сроком гестации 20,2 дня и 13,8 дня- для новорожденных с 31-33 неделями гестации, 5,4 дня- для новорожденных с 34 и более неделями гестации. У всех новорожденных со сроком гестации в 36 недель начало заболевания отмечено на 7 сутки жизни.

В 52% случаев НЭК развивается в возрасте старше 10 дней жизни у новорожденных с массой тела при рождении 1500 г и только у 6% детей- с массой тела более 1500 г. Среди доношенных новорожденных начало заболевания отмечалось на 2-7 сутки жизни. R. Ruangtrakool et al. (2001) наблюдали доношенных новорожденных с НЭК, среди которых время начала заболевания составило 8,6 дня после рождения, по сравнению с 12,8 дня жизни у недоношенных новорожденных. A.Kabeer et al. (1995) также обнаружили более раннее развитие заболевания (на 5-е сутки жизни) у доношенных детей, по сравнению с группой менее зрелых новорожденных на 15 день после рождения.

Эпидемиологические исследования показали, что процент доношенных новорожденных, у которых развился НЭК, составляет от 5 до 25% При анализе частоты развития НЭК A.Maayan-Metzger et al. (2004) отметили пятикратное увеличение частоты НЭК среди доношенных детей – с 0,16 до 0,71 на 1000 новорожденных за последние 5 лет. При этом возраст начала заболевания в группе доношенных новорожденных составил 4,1 дня.

Этиология НЭК мультифакториальна и основными ее компонентами являются ишемия, перенесенная в перинатальном периоде, аномальная колонизация кишечника новорожденного и неадекватный характер питания ребенка в раннем постнатальном периоде. Недостаточное развитие микроворсинок слизистой тонкой кишки, а также недоразвитие их антигенсвязывающей функции способствуют транслокации микробов из просвета кишки в кровь. Основное место в микробиологическом статусе новорожденных занимают S.epidermidis, P.aeruginosa, E.coli, E.faecalis представители рода Enterobacter. В 40% биологических исследований флора не определяется, поскольку большинству больных (77%) антибактериальное лечение назначается в роддоме. Наиболее часто проводится монотерапия цефалоспоринами I (цефазолин) и III (цефатаксим) поколения или аминогликозидами (амикацин). С помощью полимеразной цепной реакции в 40% случаев выявляются внутриутробные инфекции. Цитомегаловирус встречается у 50% больных, хламидиоз и токсоплазмоз диагностируют в 30% случаев, вирус герпеса присутствует в 12% исследований. Изучение качественного и количественного состава микроорганизмов кишечника показывает угнетение нормофлоры, которое проявляется отсутствием анаэробных бактерий рода Bifidobacterium и Lactobacillus [10,11]. Фатальную роль в развитии НЭК может сыграть вирусная инфекция: коронавирусы, ротовирусы и вирусы Коксаки типа B_2.

Таким образом, с современной точки зрения, НЭК является заболеванием преимущественно недоношенных детей, с мультифакториальной природой. Механизмом, запускающим процесс, являются ишемия и циркуляторные нарушения в кишечнике на фоне стрессовых ситуаций, вызывающих у новорожденных централизацию кровообращения или локальное нарушение мезентерального кровотока. В результате нарушается барьерная функция слизистой кишечной трубки, происходит транслокация микробов в кровеносное русло, изъязвление слизистой, коагуляционный некроз и перфорация. Являясь полиморфным заболеванием, НЭК чаще всего вызывается комбинацией возбудителей, обусловливающей усиление их взаимной вирулентности [12,13,17].

Среди причин, определяющих тяжесть состояния недоношенных детей в раннем постнатальном периоде, выделены факторы риска, которые обусловливают развитие НЭК. Некоторые из них определяют крайне тяжелое состояние ребенка в раннем постнатальном периоде с картиной компенсаторной централизации кровообращения. К ним относятся: асфиксия в родах, синдром дыхательных расстройств, патологическое течение беременности, приводящее к преждевременным родам, значительное охлаждение ребенка (до t<35ºC), родовая спинальная и черепно-мозговая травма. Одной из редких, но возможных причин НЭК может быть аллергия к белку коровьего молока, которая чаще всего возникает у детей переведенных на искусственное вскармливание,но изначально не относящихся к группе риска по развитию НЭК.

К факторам риска по развитию НЭК относятся и использование некоторых медикаментов, которые, в качестве побочного действия, могут нарушать мезентеральный кровоток. Это, прежде всего, индометацин, который применяется с целью стимуляции закрытия артериального протока у недоношенных с застойной сердечной недостаточностью. Этот препарат вызывает стойкую вазоконстрикцию за счет блокирования синтеза простогландина E_1 – сильного вазодилататора сосудов внутренних органов. При проведении данной терапии у новорожденных, имеющих при рождении низкую массу тела, отмечается более высокая частота развития НЭК. Поэтому некоторые исследователи полагают, что оперативное закрытие артериального протока является предпочтительным и более безопасным.

Провоцирующими развитие НЭК являются также препараты, к которым относятся производные метилксантинов (аминофиллин, теофиллин), применяющиеся для лечения апноэ, и витамин Е (особенно при оральном его введении), используемый для профилактики ретролентальной фиброплазии. Также в последние годы в мировой литературе появились сообщения о развитии НЭК у новорожденных, которым внутриутробно проводилось внутриматочное переливание крови с целью профилактики и лечения антенатально диагностированных тяжелых форм гемолитической болезни плода.

НЭК может развиваться также у детей с различными пороками развития ЖКТ. Тяжесть течения НЭК и его осложнений при этом определяется тем, что данное заболевание редко своевременно диагностируется, поздно начинается специфическое лечение, что часто обусловливает летальный исход. Наиболее опасны в этом отношении гастрошизис, болезнь Гиршпрунга, разные виды атрезии кишечника [18,20].

В последние годы появились противоречивые данные о влиянии глюкокортикоидных гормонов, получаемых антенатально на развитие НЭК у новорожденных. Достаточно большое число исследований показало снижение частоты НЭК, связанное с приемом глюкокортикоидных гормонов. Однако в работах M.D.Kamitsuka et al., D.Lawrence et al, S.O.Guthrie et al доказано, что антенатальный прием глюкокортикоидных гормонов повышает риск развития НЭК у новорожденных в 2 раза, независимо от массы тела при рождении. Авторы предполагают две возможные причины выявленной закономерности. Во-первых, повысилась выживаемость недоношенных новорожденных, испытавших антенатальное воздействие глюкокортикоидных гормонов, которые увеличивают популяцию детей, представляющих группу риска по развитию НЭК. Во-вторых, в последнее время глюкокортикоидные гормоны получили более широкое применение в акушерской практике.

Интерес к исследованию проблем НЭК не ослабевает. Наиболее актуальными направлениями являются изучение патогенеза, поиск новых диагностических критериев при

данном заболевании, а также разработка профилактических мер для пациентов с угрозой развития НЭК. Патогенез НЭК многокомпонентный и остается на стадии изучения. Материалы большинства выполненных исследований по его изучению приводило к мысли, что НЭК является результатом нарушения кровообращения в кишечной стенке вследствие различных причин. Артериальная гипотензия, гипосекреция, гипотермия, анемия вызывают в организме перераспределение сердечного выброса. При этом обеспечиваются метаболические потребности головного мозга и сердца, но происходит редукция кровотока в почках, кишечнике, коже, скелетной мускулатуре. Подобная реакция на гипоксию отмечается уже у плода. Ее результатом является повреждение слизистой кишечника перекисными соединениями.

Согласно общепринятой теории, сформулированной еще в конце 70-х начале 80-х годов (Rodgers B.M., Bumsetal, 1999) в основе патогенеза развития НЭК лежат сосудистые расстройства, приводящие к некрозу стенки ЖКТ разной степени глубины и протяженности. Обычно течение НЭК имеет определенную стадийность, однако чем глубже и обширнее поражение стенки ЖКТ, тем меньше выражена стадийность процесса и скорее развиваются уже осложненные формы. Несостоятельность барьерной функции кишечника даже при отсутствии бактериемии, приводит к портальной и системной эндотоксикации, которая служит триггером гиперметаболического и иммунновоспалительного ответа. Типичное для больных НЭК и сепсисом повышение концентрации провоспалительных цитокинов THF-a и IL-β в крови доказывают патогенетическую общность этих состояний.

Недоношенные новорожденные составляют группу риска вследствие морфофункциональной незрелости ЖКТ. Другими потенциальными факторами развития заболевания являются повреждения, кормление молочными смесями и колонизация патогенной бактериальной микрофлорой [10].

В период внутриутробного развития плод заглатывает в сутки 500 мл околоплодной жидкости, которая содержит гормоны и пептиды, участвующие в созревании кишечника и подготовке его к постнатальной функции. У недоношенных новорожденных этот процесс полностью не завершен. ЖКТ недоношенного новорожденного не способен полностью переваривать углеводы и белки, что приводит к формированию органических кислот, которые оказывают повреждающее действие на кишечник, что подтверждается эпидемиологическими данными: 95% новорожденных, у которых развилось заболевание, находились на энтеральном вскармливании [1,2,7,10].

Моделирование НЭК у новорожденных крысят показало основной роли энтерального кормления в развитии этого заболевания. Взимное воздействие энтерального кормления молочной смесью, гипоксии и бактерий, введенных в просвет ЖКТ, в 77% случаев способствовало к возникновению НЭК, а летальность в данной группе составила 86%.

Большинство авторов считает, что «быстрый» или «агрессивный» темп наращивания объема энтерального кормления значительно способствует увеличению частоты развития НЭК [12,16,17]. Проводя исследования в трех группах новорожденных с массой тела от 1250 до 2500 г и с разными режимами вскармливания, показали снижение частоты развития НЭК на 84% в группе с «неагрессивным» режимом кормления.

Энтеральное кормление способствует развитию гиперемической реакции в сосудистом бассейне ЖКТ. Большие объемы кормления вызывают локальное увеличение потребности в усиленном кровотоке, которые не могут быть удовлетворены незрелой сосудистой системой кишечника. Возникающая локальная тканевая гипоксия может вызвать высвобождение воспалительных медиаторов и последующее развитие НЭК.

Исследования последних лет показали, что кормление молочными смесями увеличивает частоту развития НЭК, по сравнению с кормлением грудным молоком [1,15]. А также исследование 926 недоношенных новорожденных показало 6-10 кратное увеличение частоты развития НЭК у детей, которые кормились грудным молоком [1]. В опубликованном в 2008 г системном обзоре Cochrane Database показало статистически значимое повышение частоты НЭК у новорожденных, которые кормились молочной смесью. Кроме того, процесс бактериальной колонизации кишечника новорожденного протекает по-разному при кормлении грудным молоком и

искусственными молочными смесями. И это разница в механизмах колонизации кишечника также рассматривается как фактор, влияющий на возникновение и развитие НЭК. Качественный состав питательных смесей также рассматривается как фактор, способствующих развитию НЭК [3,4,10].

В последствие повреждения слизистой кишечника, незрелости механизмов защиты и избыточного роста грамотрицательной кишечной флоры, колонизирующие кишечник бактерии проникают в мезентеральные лимфоузлы и системный кровоток (бактериальная транслокация). Воспалительные изменения происходят преимущественно в терминальном отделе повздошной и восходящей части поперечно-ободочной кишки, вплоть до поражения всего кишечника.

Разрешающим фактором развития НЭК часто бывает интолерантное кормление (большой объем, новая смесь, ее осмолярность, резкий переход на искусственное вскармливание и пр.) которое может быть субстратом для формирования патологического микробиоценоза кишечника и продукции водородных ионов, способствующих нарушению целостности кишечной стенки.

Накопленный за последние годы опыт свидетельствует, что факторы риска НЭК, а именно бактериальная колонизация, ишемия кишечника и энтеральное кормление молочной смесью приводят к активации воспалительных медиаторов, которые в свою очередь активизируют механизмы воспалительного каскада на клеточном уровне, что в конечном итоге приводит к некрозу кишечника [1,2,5,7].

Недавние исследования выявили важную роль противоспалительных цитокинов, в частности интерлейкина-10 (IL-10) в патогенезе НЭК. IL-10, вырабатывающийся моноцитами, В-клетками, Th-клетками и эпителиальными клетками, обладает выраженными противовоспалительными свойствами: подавляет синтез большинства воспалительных цитокинов. Кроме того, IL-10 подавляет развитие экспериментального энтероколита и предупреждает развитие воспалительных заболеваний кишечника. Следовательно, изменения в выработке эндогенного интерлейкина-10 кишечным эпителием играет важную роль в патогенезе НЭК. Предполагается, что различие в частоте и тяжести развития НЭК у мышей, вскармливаемых молочной смесью и материнским молоком, связано с неспособностью мышат, вскармливаемых молочной смесью, вырабатывать достаточное количество IL-10 для подавления IL-12 и IL-18.

Таким образом, интестинальная гипоперфузия является ключевым звеном в развитии НЭК. В связи с этим, основной акцент в клинико-экспериментальных исследованиях по этой проблеме делается на выявление причинно-следственных связей между регионарной гемодинамикой и хирургической патологией кишечника. До настоящего времени патогенез многих хирургических заболеваний кишечника у новорожденных остается неясным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохина В.А., Хасанова Е.Е., Халулина С.В. В острые кишечные у детей, получавших грудное молоко, контамированное грамотрицательной микрофлорой //Казанской медицинской журнал, 2006, №4, с.269-273.

2. Байбарина Е.Н., Пнтонов А.Г., Ионов О.В. Раннее применение назального СДППД с вариабельным потоком у недоношенных со сроком гестации 28-32 недели // Журнал интенсивная терапия, 2006, №2, с.27-30

3. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я., Менделевич В.Д. Недоношенные дети в детстве и отсрочестве (медикопсихосоциальное исследование). М., 2001, 188с.

4. Бондаренко В.М. Роль условно-патогенных бактерий кишечника в полиорганной патологии человека. М.: Тверь, 2007, 64с.

5. Байбарина Е.Н., Верешнский А.М., Горелик К.Д. и др. Диагностика и лечение респираторного дистресс-синдрома (РДС) недоношенных // Журнал интенсивная терапия, 2007, №2, с.24-27

6. Дегтярев Д.Н., Курмашева Н.А., Володин Н.Н. Современные представления о патогенезе и лечении анемии у недоношенных детей / Лекции кафедры неонаталогии ФУВ РГМУ. М., 1997, с.35-44

7. Калманова В.П., Показатели эритропоэтической активности и обмена железа при гематологической болезни плода и внутриутробных трансфузиях эритроцитов: Автореф. дис…. канд.наук. М., 2000, 22с.

8. Кулаков В.И., Антонова А.Г., Байбарина Е.Н. Проблемы и перспективы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела на современном этапе // Рос.вестник перинатологии и педиатрии, 2006. Т.51, №4, с8-11

9. Любименко В.А., Мостовой А.в., Иванов С.Л.Высокочастотная искусственная вентиляция легких в неонатологии. Руководство. М., 2002, 125 с.

10.Мазанкова А.Н., Ильна Н.О. Кондракова О.А. Метаболическая активность кишечной микрофлоры при отсрых кишечных инфекцияъ у детей// Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2006, Т.51, №-2, с.49-54

11.Морщакова Е.Ф. Анемия недоношенных и эритропоэтии // Педитария, 1997, №4, с.49-54.

12.Павлов А.Д., Морщакова Е.Ф., Румянцев А.Г. Эритропоэтин: Биологические свойства и применение в клинической практике. М.: Геотар-Медицина, 2001, 56 с.

13. Подкаменев А.В. Патогенез и лечение язвенно –некротического энтероколита и перфораций желудочно-кишечного тракта у новорожденных: Автореф. дис. … докт. мед. наук. Иркутск, 2008, 42 с.

14.Торлопова В.А. Перинатальная диагностика и современные аспекты хирургической помощи новорожденным с пороком развития пищеварительного тракта: Автореф. дис. … канд.мед.наук. М., 2006, 24с.

15.Фомичев М.В.Респираторная поддержка в неонатологии. Екатеринбург, 2002, с.31-38.

16.Шатская Е.Е. Варианты дисфункции верхних отделов пищеварительного тракта у новорожденных детей и методы их коррекции: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2004, 24с.

17.Яцык Г.В. Современные проблемы выхаживание маловесных детей // Педитари, 1991, №5, с.5-9

18.Яцык Г.В., Одинаева Н.Д. Перспективы применения эритропоэтина в неонатологии // Вопросы современной педиатрии, 2002, т.1, №5, с.32-36.

19.Farrugia M.K., Morgan A.S., McHugh K., Kiely E.M. Neonatal gastrointestinal perforation // Arch Dis Child Fetal Neonatal., 2003, v.88, N1, p.75.

20.Franz A.R., Pohlandi F. Red blood cell transfusions in very and extremely low birthweight infants under restrictive transfusion guidelines: is ezogenous erythropoietin necessary // Arch Dis Child Fetal Neonatal., 2001, v.2, p.96-100.

21.Jull S.E. Erytropoietin in the neonate // Curr Probl Pediatr., 1999, v.5, p129-149

Xülasə

Yenidoulmuşlarda nekrotik enterokolitin etiologiya vı patogenezinin yeni espektləri

A.B.Hüseynova

Nektorik enterokolit- yenidoğulmuşların cərrahiyyəsində ən mürəkkəb və az tədqiq olunan problemlərdən biri olub, ölüm halları göstəricisinə nəzərəçarpacaq təsir göstərir. Bu xəstəlik xüsusilə ekstremal azçəkli uşaqların xəstəliyidir, hədəf orqan bağırsaqdır. Bu məqalədə yenidoğulmuşlarda nekrotik enterokolitin etiologiya və patogenezinin müasir aspektlərinə toxunulmuşdur.

Summary

New aspects of etiology and pathogenesis of necrotizing enterocolitis NEWBORN

A.B.Guseynova

Necrotizing enterocolitis (NEC) is one of the most complex and least understood problems in neonatal surgery, which significantly affects mortality. NEK- one of the most serious diseases in the newborn, especially with extremely low body weight at which the target organ is the intestine. In this artice touched upon modern aspects of etiology and pathogenesis of necrotizing enterocolitis in neonates.

Daxil olub: 28.03.2014

ŞƏRUR RAYONUNDA YAŞAYAN YERLİ ƏHALİ ARASINDA ƏSAS STOMATOLOJİ XƏSTƏLİKLƏRİN EPİDEMİOLOGİYASI

R.M.Cəfərov
Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomatologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: Şərur rayonu, stomatoloji xəstəliklər, epidemiologiya
Ключевые слова: Шарурский район, стоматологические болезни, эпидемиология
Keywords: Sharur, dental disease, epidemiology

Son illər aparılan epidemioloji müayinələr dünyanın müxtəlif regionlarında müxtəlif yaş qruplarında dişlərin kariyesinin və parodont toxumalarının xəstəliklərinin yüksək səviyyədə yayılmasına və intensivliyinin getdikçə artmasını göstərir.

ÜST-ün tövsiyələrinə əsasən [3] məlumdur ki, ağız boşluğunun sağlamlaşdırılması ümumi sağlamlığın mühafizəsi və cəmiyyətin rifahının yaxşılaşdırılması aspektlərindən biri sayılır; istənilən stomatoloji xidmətin spesifik sistemi yalnız o zaman özünü doğruldur ki, o, cəmiyyətin sağlamlığının qorunmasına xidmət edir.

Elmi-tədqiqat işlərindən məlumdur ki, müxtəlif regionlarda stomatoloji xəstəliklərin yayılması səviyyəsi və intensivliyi coğrafi-iqlim şəraitindən, içməli suda olan flüorun miqdarından, sosial amillərdən, milli adət-ənənədən, qidalanmadan və s. asılıdır [1,2,4,5,6,7].

Tədqiqatın məqsədi Şərur rayonunda yaşayan yerli əhali arasinda karies və parodont xəstəliklərinin yayılması və intensivliyinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Klinik-epidemioloji tədqiqatlarla Şərur, rayonunda ÜST-ün tövsiyyələrinə uyğun 6, 12, 15, 35-44 və 65-74 yaş qruplarından olan 469 nəfər arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin rastgəlmə tezliyini öyrənmək üçün diş kariesinin yayılması və intensivliyi və parodont xəstəliklərinin yayılması və intensivliyi öyrənilmişdir. Əsas müayinə üsullarından klinik-stomatoloji müayinələrlə birlikdə KPÇ-indeksi, SPİTN indeksi, gigiyenik indekslər (Y.A.Fyodorov–V.V.Volodkina və Qrin-Vermillion) və P.A.Leusun stomatoloji yardımın səviyyəsi (SYS) indeksindən istifadə edilmişdir. Alınan nəticələrin dürüstlüyü statistik üsulla işlənmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Şərur rayonu dəniz səviyyəsindən 789 m hündürlükdə yerləşir. Ərazisi 847,35 km^2, əhalisi 109,4 min nəfərdir. (01.01.2013-cü il). Mərkəzi Şərur şəhəridir. Rayon ərazisi dağlıq və maili düzənliklərdən ibarətdir. Yayı quraq keçən soyuq yarımsəhra, quru çöl və qışı quraq keçən soyuq iqlimi vardır. Orta temperatur yanvarda 3^0 C-dən 6^0 C-yə qədər, iyulda 20-26^0 C, ilik yağıntı 200-400 mm-dir. Rayon ərazisindən Araz, Arpaçay çayları axır. İçməli suda florun miqdarı 0,30 mq/l-dir. Əsasən kənd təsərrüfatı rayonudur.

Şərur rayonunda yerli əhali arasında müxtəlif yaş qruplarında apardığımız stomatoloji müayinələr zamanı əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivlik göstəricilərinin müxtəlif olması aşkar edilmişdir.

Cədvəl 1

Şərur rayonunda yerli əhali arasında müxtəlif yaş qruplarında stomatoloji müayinələr zamanı əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivlik göstəriciləri

Müayinə olunanların yaşı	Müayinə olunanların sayı	Kariyes %-lə	p	K	P	Ç	kp KPÇ	p
6	112	108 96,43±1,75	-	693	-	-	693 6,19±0,24	-
12	128	101 78,91±3,61	<0,001	685	13	-	698 5,45±0,21	<0,05
15	125	110 88,00±2,91	>0,05	521	9	18	548 4,38±0,19	<0,001
35-44	53	52 98,11±1,87	>0,05	104	134	470	708 13,36±0,50	<0,001
65-74	51	51 100,00±0,00	>0,05	91	21	787	899 17,63±0,59	<0,001
Cəmi:	469	422 89,98±1,39	-	2094	177	1275	3546 7,66±0,13	-

Göründüyü kimi Şərur rayonunda beş əsas yaş qrupunda 469 nəfər müayinə olunmuşdur ki, onların da 422 nəfərində 89,98±1,39% diş kariesi aşkar edilmişdir.

6 yaşlı şagirdlər arasında müayinə olunanların 96,43±1,75%- də diş kariesi aşkarlanmışdır. 12 yaşlı şagirdlər arasında diş kariesinin yayılması 78,91±3,61% təsadüf edir 15 yaşlı yeniyetmələr arasında diş kariesinə 88,00±2,91% halda rast gəlinmişdir.

Beləliklə demək olar ki, şagirdlər arasında dişlərin karieslə zədələnməsinə ən çox süd dişlərində yəni 6 yaşlarında rast gəlinir. Yuxarı yaş qruplarında isə dişlərin karieslə zədələnməsinə daha çox uyğun olaraq 98,11±1,87%, 100,00±0,00 halda rast gəlinmişdir.

Daha geniş məlumat cədvəldə verilmişdir. Kariesin intensivlik göstəricilərinə (KPÇ) indeksinə gəldikdə dişlərin karieslə zədələnmə dərəcəsi yüksəkdir. ÜST-in stomatologiya üzrə ekspert komissiyası kariesinlə zədələnmənin uşaqlarda süd və dəyişən dişləmdə (KPÇ+kp) və böyüklərdə (KPÇ) beş dərəcəsini ayırd etmişlər. 12- yaşlılar üçün bu göstərisi: 0-1,1-çox aşağı, 1,2-2,6-aşağı, 2,7- 4,4- orta, 4,5-6,5-yuxarı 6,6 və artıq-çox yuxarı; böyüklər üçün 35-44 yaş 0,2-1,5-çox aşağı, 1,6- 6,2-aşağı, 6,3- 12,7-orta, 12,8-16,2-yüksək, 16,3 və artıq-çox yüksək hesab edilir. Şərur rayonunda 12 yaşlılar arasında KPÇ-kp göstəricisi yüksək yəni 5,45±0,21 olmuşdur. Böyüklər 35-44 yaş qrupunda müayinə olunanlarda KPÇ indeksi də yaşı 13,36±0,50 olmuşdur. KPÇ indeksi rayon əhalisində ən az orta dərəcədə 4,38±0,19 15 yaşlılarda və ən çox 17,63±0,59-çox yüksək dərəcədə müşahidə olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, 6-yaşlı şagirdlər arasında kp indeksi də yüksək olmuşdur 6,19± 0,24. Kariesin intensivlik göstəricilərinə nəzər salsaq görərik ki, Şərur rayonu əhalisi arasında KPÇ indeksinin ayrı-ayrı yaş qruplarında müxtəlif olmasına baxmayaraq bir nəfər üçün bu göstərici 7,66±0,13 olmuşdur. KPÇ indeksinə (karies, plomb və çəkilmiş dişlər) ayrı-ayrılıqda nəzər salsaq məlum olur ki, müayinə olunanların hər birində orta hesabla 4,5 kariesli diş, 0,4 plomb və 2,7 çəkilmiş diş düşür. Məktəb yaşlılarda plomblu dişlərin ümumi göstəricisi 0,06 böyüklərdə isə bu göstəricisi 1,49–dur. Bunlar çox aşağı göstəricilərdir. Belə bir nəticə çıxır ki, rayon əhalisinə göstərilən terapevtik stomatoloji xidmət qənaətbəxş deyildir.

Çəkilmiş dişlərin Ç müayinə olunan 15 yaşlı 125 nəfərdə 18 diş olmuşdur, yəni 0,14, 35-44 yaş qrupunda bu göstərici 8,86, 65-74 yaş qrupunda isə 15,43 olmuşdur ki, bu da yüksək göstəricidir. Ancaq çox yaxşı haldır ki, 6,12 yaşlı məktəblilərdə daimi dişi çəkilmiş şagird olmamışdır. Şərur rayonunda yerli əhali arasında parodont xəstəliklərinin yayılması 2-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 2

Şərur rayonunda yerli əhali arasında parodont xəstəliklərinin yayılması

Müayinə olunanların yaşı	Müayinə olunanların sayı	Parodont xəstəlikləri				p
		Gingivit	Parodontit	Parodontoz	Cəmi	
6	112	65 58,04±4,66	14 12,50±3,13	-	79 70,54±4,31	-
12	128	54 42,19±4,37	54 42,19±4,37	-	108 84,38±3,21	< 0,01
15	125	48 38,40±4,35	37 29,60±4,08	-	85 68,00±4,17	< 0,01
35-44	53	9 16,98±5,16	25 47,17±6,86	19 35,85±6,59	53 100,00±0,00	< 0,01
65-74	51	9 17,65±5,34	5 9,80±4,16	26 50,98±7,00	40 78,43±5,76	< 0,01
Cəmi:	469	185 39,45±2,26	135 28,78±2,09	45 2,59±1,36	365 77,83±1,92	-

Cədvəldən göründüyü kimi 469 nəfər stomatoloji müayinədən keçmiş yerli əhalinin 365 nəfərində 77,83±1,92%-də parodont xəstəliklərinin müxtəlif nazoloji formalarına rast gəlinmişdir. Parodont xəstəliklərinin nazoloji formaları arasında ən çox rast gələni gingivit 39,45±2,26% olmuşdur. Parodontit 28,78±2,09%, parodontoz isə cəmi 2,59±1,36% halda müəyyən edilmişdir. Ayrı-ayrı yaş qruplarına gəldikdə parodont xəstəlikləri 15 yaş qrupunda

68,00±4,17%, 35-44 yaş qrupunda 100,00±0,00% arasında tərəddüd edir. 6 yaş qrupunda parodont xəstəlikləri 70,54± 4,31%, 12 yaş qrupunda 84,38±3,21% 65-74 yaş qrupunda bu göstərici 78,43±5,76% təşkil edir.verilmişdir.

Gingivitlər ən çox 58,04±4,66% ən az isə yuxarı yaş qruplarında müşahidə olunmuşdur. Uyğun olaraq 35-44 yaş qrupunda 16,98± 5,16%, 65-74 yaş qrupunda isə 17,65±5,34%.

12 yaş qrupunda gingivitlərin müxtəlif formalarına 42,19±4,37%, 15 yaşlılarda isə 38,40± 4,35% rast gəlinmişdir.

Ümumi aşkar edilmiş 39,45% gingivitin 36,20% kataral gingivit və yalnız 3,25% hipertrofik gingivit olmuşdur.

Tədqiqatlarımızın nəticələrindən məlum olmuşdur ki, rayon əhalisi arasında parodontit xəstəliyinə ən çox 12 və 35-44 yaş qruplarında rast gəlinir, uyğun olaraq 42,19± 4,37%, 47,17±6,86%, ən az isə 6 və 65-74 yaş qruplarında uyğun olaraq 12,50±3,13%, 9,80±4,16% aşkar edilmişdir.

Parodontoz xəstəliyi müayinə olunanların 2,59±1,36%-də aşkar edilmişdir. Xəstəlik ancaq yuxarı yaş qruplarında müşahidə edilmişdir. Bütün hallarda statistik dürüst ($p<0,01$) nəticə alınmışdır.

Şərur rayonunda yerli əhali arasında apardığımız klinik-epidemioloji müayinələr zamanı müşahidə etdiyimiz əsas stomatoloji xəstəliklərin yəni karies və parodont xəstəliklərinin rastgəlmə tezliyi uyğun olaraq 89,98±1,39% və 77,83±1,92% olmuşdur. Göründüyü kimi əhali arasında karies və parodont xəstəliklərinin yayılması yüksəkdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Антонова А.А. Динамика и национальные особенности стоматологической патологии у детей Хабаровского края // Стоматология детского возраста и профилактика,2006, №1-2,с.66-69
2. Бутова В.Г., Ковальский В.Л., Ананьева Н.Г. Система организации стоматологической помощи населению России. М.: «Медицинская книга», 2005, 168 с.
3. ВОЗ. Стоматологическое обследование. Основные методы. Женева, 1997, 76 с.
4. Сунцов В.Г., Гарифуллина А.Ж., Самохина В.И. Распространенность основных стоматологических заболеваний у детей города Омска // Современная стоматология, 2005, №1, с.62-63
5. Казеко Л.А., Юдина Н.А. Болезни пародонта у населения Республики Беларусь // Dental Forum, 2005, №2, с.16-19
6. Леус П.А. Коммунальная стоматология. Брест: ОАО, 2008, 284 с.
7. Мягкова Н.В. Результаты эпидемиологического обследования зубочелюстной системы пациентов 18-45 лет / Стоматология детского возраста, 2002, с.20-21

Резюме

Эпидемиология основных стоматологических болезней среди местного населения в Шарурском районе

Р.М.Джафаров

Целью исследования явилось распространенность и интенсивность кариеса и заболеваний пародонта среди местного населения в Шарурском районе. В клинико-эпидемиологические исследования вошли 469 человек 6, 12, 35-44 и 65-74 лет. При проведении клинико-эпидемиологических исследований было выявлено, что частота встречаемости кариеса и болезней пародонта составляет, соответственно 89,98±1,39% и 77,83±1,92%. Было показано, что распространенность этих болезней среди населения Шарурского района остается высоким.

Summary

The epidemiology of major dental diseases among the local population in Sharur region

R.M. Jafarov

The aim of the study was the prevalence and intensity of dental caries and periodontal diseases among the local population in Sharur region. In clinical and epidemiological studies included 469 persons 6, 12, 35-44 and 65-74 years. In carrying out clinical and epidemiological studies have shown that the incidence of dental caries and periodontal diseases are, respectively 89,98±1,39% and 77,83±1,92%. It has been shown that the prevalence of these diseases among the population Sharur high.

Daxil olub: 07.04.2014

İMPLANTLAR ÜZƏRİNƏ ORTOPEDİK KONSTRUKSİYALARIN TƏTBİQİ ZAMANI BAŞ VERƏN AĞIRLAŞMALARIN PROFİLAKTİKASI İMKANLARI

H.H.Musayeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomotologiya kefedrası, Bakı

Açar sözlər: implantlar, ortopedik konstruksiyalar, ağırlaşmalar, profilaktika
Ключевые слова: импланты, ортопедические конструкции, осложнения, профилактика
Keywords: implants, orthopedic design, complications, prevention

Təbii preparatlar əsasən bitkilər və arıçılıq məhsullarından alınır. Onlar bir sıra xəstəliklərin müalicəsində əhəmiyyət daşıyır. Müasir dövrümüzdə ÜST bir sıra profilaktik tədbirləri və müalicəvi proseduraları daha çox təbii vasitələrlə icra etməyi tövsiyə edir. Çünki sintetik antiseptiklərdən uzun zaman istifadə edildikdə yerli selikli qişa səthinin əlavə təsirlərə məruz qalır və müxtəlif xarakterli patologiyalar meydana çıxırş. Antiseptik vasitələrə furasilin, fuzazolidon, furazolin kimi nitrofuran törəmələri, xlorheksidin kimi halogenli birləşmələr, hidrogen-peroksid, kalium permanqanat kimi oksidləşirici vasitələr və s. aiddir. Bu maddələrin əksəriyyəti kimyəvi yollarla alınır. Onların bəzilərinin kənar təsirləri də mövcuddur, onlar kimyəvi yolla alındıqlarına və qeyri-bioloji olduqlarına görə ağız boşluğunda əlavə dəyişiklər törədə bilər, orada mikrobiosenozun tərkibinin balansının pozulması baş verir.

Müasir dövrümüzdə aparılan bəzi tədqiqatlar göstərmişdir ki, bu antiseptik vasitələrlə birlikdə bəzi bitki əsasında hazırlanan dərman formalarının tətbiq olunması yaxşı effekt vermişdir. Bitki əsaslı dərman maddələrinin bioloji neytral olması, insan toxumalarına qarşı zərərsiz olması müsbət effektiv xüsusiyyətlərini müəyyən edir. Bitkilərin tərkibində çox güclü antioksidant xüsusiyyətləri daşıyan maddələr, plastik prosesləri sürətləndirən üzvi birləşmələr və bioloji maddələr olur. Bundan başqa, bitki əsaslı vasitələrin yuxarıda adı çəkilən kimyəvi antiseptik vasitələrlə bir-birini əvəz edərək istifadə olunması kimyəvi antiseptiklərin kənar təsirlərinin aradan qaldırılmasına və neytral-laşdırılmasına da kömək edir.

Bitki əsaslı vasitələrlə ağız boşluğunun anemiyalar zamanı yaxalanması ağız boşluğunun pozulmuş antioksidant, immunitet və mikro-biosenoz balansının bərpa edilməsinə müsbət təsir göstərir. Hələ qədim dövrlərdən müxtəlif xəstəliklərin müalicəsində bitkilərdən istifadə edilmişdir. Bunlara misal olaraq, müxtəlif xalqların təbabətlərində bir sıra bitkilərdən ağız boşluğunun birincili və ikincili xəstəliklərində istifadə olunmasını misal göstərmək olar. Məsələn, rinitlərin yüngül, başlanğıc formalarında sarımsaqdan istifadə edilirdi. Kalanxoe yarpağının şirəsinin gündə 2 dəfə 3-4 damcı buruna damızdırılması prosesi yaxşılaşdırır. Rinitlərin kəskinləşmiş formalarında isə aloenin şirəsinin gündə 5 dəfə 3-5 damcı buruna damızdırılması, ladan ağacı yarpağının dəmləməsindən istifadə olunması, çuğundurun şirəsinin buruna damızdırılması, sarımsaq, çobanyastığı dəmləməsinin buxarında nəfəs almaq və s. kimi xalq təbabəti nümunələri müsbət təsir edir. Xronik formalı rinitlərdə isə sədəfotunun, çuğundurun terapevtik təsirləri bəzi xalqların təbabətində öz əkslərini tapmışlar. Sinusitlərdə isə Şam ağacı toxumlarının buxarından, Alp bənövşəsi dəmləməsindən və s. istifadə olunur. Parodontitlərin müalicəsində isə acı istiotun şirəsinin suda durulaşdırılmış məhlulu ilə ağız boşluğunun yaxalanması, palıd qabığı dəmlənməsi, dazı otu dəmləməsi, Kalendula yarpağı dəmlənməsi, yaşıl çay, xəndəkotu və s. tətbiq olunduqda effekt verir. Stomatitlərin də ayrı-ayrı növlərinin müalicəsində xalq təbabəti nümunələri geniş tətbiq olunur. Məsələn, parodontitlər, kataral və xoralı stomatitlər zamanı ağız boşluğunda iltihab əleyhinə və antiseptik təsir göstərəmək üçün cirə dəmləməsi tətbiq olunur, ağız boşluğunun selikli qişasının və damağın iltihabi prosesləri zamanı isə bataqlıq zanbağının isti dəmləməsi, enliyarpaq badan otunun soyuq dəmləməsi effekt verir.

Bundan başqa, stomatitlərin müalicəsində xalq təbabəti praktikasında narın quru çiçəklərinin dəmləməsindən, palıd qabığı dəmləməsindən, ağbaş kələm şirəsindən, kalanxoe şirəsindən, böyük pıtraq otu dəmləməsindən, qaytarma kökümsovu dəmləməsindən, çobanyastığı dəmləməsindən, kəklikotu dəmləməsindən (əsasən selikli qişanın xoralaşması zamanı), qırxbuğum dəmlənməsindən, qıtığotu dəmlə-məsindən (stomatitlər, gingivitlər və parodontoz zamanı geniş istifadə oluna bilər), qaragilə şirəsindən, şalfeydən və s. istifadə olunur. Damaqlarda baş verən iltihabi proseslər və yüngül qanaxma hallarının təbii müalicəsində isə dazı otu dəmləməsindən, limon suyundan, ballı

nanədən və onun ayrı-ayrı dərman formalarından istifadə olunur.

Yuxarıda qeyd etdiyimiz stomatit və gingivitlər əleyhinə istifadə olunan bioloji neytral bitki əsaslı dərmanlar həm də dilin selikli qişasında olan patologiyaları aradan qaldırır. Bundan başqa, qeyd etdiyimiz bitki əsaslı vasitələr tənəffüs yollarının, ağız boşluğunun və s. kimi selikli qişa olan səthlərin birincili iltihabi-distrofik və -destruktiv zədələnmələrində və ikincili yəni digər əsas patologiyalarla əlaqədar zədələnmələrində müsbət terapevtik təsir imkanlarına malikdirlər. Müasir dövrümüzdə stomatoloji təcrübədə dişlər çəkildikdən bilavasitə sonra implantatların tətbiq olunması (birbaşa implantasiya)geniş yayılmışdır. Bu xəstələrdə dişlər itirildikdən sonra reabilitasiya müddətini azaltmaqla bərabəralveola sümük toxumasının atrofiyasının, eni və hündürlüyünün azalamasının da qarşısını almış olur. İmplantasiya əməliyyatının nəticələrinin uğurlu olması üçün şərtlərdən biri də implntat yerləşdiriləcək yuvada mikroorqanizmlərin miqdarının azaldılmasıdır.

Hal-hazırda stomatoloji praktikada implantatlar üzərinə müvəqqəti konstruksiyaların düzəldilməsi də geniş vüsət almışdır. İmplantüstü protezlər vasitəsilə funsional və estetik nəticələrin əldə olunması vacib məsələdir. Postimplantasion dövrdə müvəqqəti protezləmədə psixoloji rahatlığın əldə olunması da digərləri kimi əhəmiyyət daşıyır. Hal –hazırda implant üstü müvəqqəti protezlərin əksəriyyəti akril plastmasslar və bisakrilat kompozitlərdən hazırlanır. Müasir protezlərin əksəriyyəti öz rəngi və relyef xüsusiyyətlərinə görə bütün estetik tələblərə cavab verirlər. Buna baxmayaraq, hal –hazırda birbaşa implantasiya və implantların birbaşa yüklənməsi zamanı ağız boşluğunun mikrobiosenozunun qiymətləndirilməsi aktual məsələ olaraq qalır. İmplantlar üzərinə tətbiq olunmuş müvəqqəti protezlərin səthinə çökmüş mikroorqanizm kütləsinin ağızdakı cərrahi yaralarla təmas etmə ehtimalı çox yüksəkdir. Bu səbəbdən də, müasir dövrümüzdə diş implantasiyasından sonra tətbiq edilən müvəqqəti protezlərin kliniki və mikrobioloji aspektlərdən öyrənilməsi aktualdır. Ortopedik materialların sintezi və kombinə olunması sahəsindəki inkişaf tam dişsizlik şəraitində daha uğurlu protezləmələri icra etmək üçün imkanlarlar yaradır. Buna baxmayaraq, çıxan protezlərin stabilləşdirilməsi problemlərinin olması onların xəstələr tərəfindən qəbul edilməsinin qismən də olsa məhdudlaşdırır. Bu səbəbdən, dişsiz çənələrdə protezlərin fiksasiyası üçün adhesivlərin istifadəsi məqsədəuyğundur. Lakin belə yanaşma, alternativ körpüyəbənzər protezlərin və sümükdaxili implantatların yerləşdirilməsinin müəyyən səbəblərdən mümkün olmadığı və məhdudlandığı hallarda qəbul oluna bilər. Protezə ehtiyacı olan şəxslərin əksəriyyətinin yaşlı təqaüdçülər olduğunu nəzərə alaraq, protezlərin bu cür hazırlanması və istifadəsi qaydalarını onların sosial vəziyyəti nəzərə alınmaqla qəbul etmək olar. Tədqiqatlar göstərmişdir ki, bitki əsaslı dərman vasitələri bioloji neytral, antioksidant tərkibli olduqlarına görə ağız boşluğunun immunoqlobulin tərkibinə, malon-dialdehidin, kalsiumun, superoksid- dismutazanın və s. göstəricilərə təsir edirlər. Məsələn: kəklikotu bitkisinin ağız boşluğundakı allergik elementlərin azalmasında mühüm rol oynaması artıq sübut edilmişdir. Bitki əsaslı preparatlar ağız suyunda Ca və P miqdarının normallaşması, lizosimin miqdarının artaraq, qaydaya düşməsinə, malon–dialdehidin isə miqdarının azalmasına, superoksiddismutazanın artmasına şərait yaradırlar. Bu müsbət keyfiyyətləri «Teabronx» bitki əsaslı çayına da aid etmək olar. «Teabronx» çayı əsasən bronxial astma xəstəliyində tətbiq olunur. «Teasept» çayının isə ağız boşluğunun selikli qişanın xoralarında, protez yatağı zədələnmələrində müsbət təsir edir. Bitki əsaslı preparatlar birbaşa patoloji proseslərə güclü təsir göstərməsələr də, dolayı yolla orqanizmi qorumaq yolu ilə ona kömək edirlər. Belə bitki əsaslı dərman maddələrinin bir neçəsi də kombinasiya olunaraq tərəfimizdən anemiyalı xəstələrin ağız boşluğundakı birincili və ikincili patoloji proseslərin aradan qaldırılmasında tətbiq olunmuşdur, gingivit və parodontitlərin müalicəsində geniş tətbiq oluna bilər.

Aparılmış çoxsaylı tədqiqatlar müxtəlif orqan və sistemlərin xəstəlikləri zamanı üz-çənə sistemində morfoloji və funksional dəyişikliklərə səbəb olduğunu sübut etmişdir. ÜST-in məlumatına görə yer kürəsinin müxtəlif sahələrində insanların təxminən 75% -ində diş sıralarının hissəvi olaraq itirilməsi yaxud olmaması müşahidə olunur və bu tip qüsurlar üz-çənə sisteminin ən geniş yayılmış patologiyalarından hesab olunurlar.

Rusiya Federasiyasında bu qüsurların əhali arasında yayılması 40-75% təşkil edir. Əksər hallarda bir və yaxud daha çox dişin yoxluğu zamanı xsətələrdə heç bir ağrı xarakterli şikayət olmadığından onlar həkimə müraciət etmirlər və bu sonradan diş-çənə sisteminin ikincili deformasiyalarına gətirib çıxarır. Hətta bir dişin olmaması həmin dişin aid olduğu sıranın

deformasyasına səbəb olur. Müasir dövrümüzdə stomatologiyada istifadə olunan müasir texnologiyalarla birlikdə diş implantasiyası da diş sıralarının hissəvi qüsurları olan xəstələrin geniş yayılmış reabilitasiya üsullarındandır. İmplantatların yaxşı tutması və uğurlu olması üçün bir sıra üsullar tətbiq olunmuşdur ki, bunlara da implantatların qızıl, platin, niobium və s. kimi əlvan metallardan hazırlanması və implantat səthərinin müxtəlif xəlitə və polimerlərlə örtülməsi tədbirlərini aid etmk olar.

Son dövrlərdə isə diş implantatların tərkibinə deyil, orqanizmin implantatlara qarşı olan reaksiyalarına, onun reaktivliyinə, implantatətrafı toxumaların vəziyyətinin və osteointeqrasiyanı stimulə edən vasitələrin təkmilləşdirilməsinə yönəlmiş tədqiqatlar icra edilmişdir. Ağız boşluğuna yerləşdirilmiş implantatlar daima ağız boşluğunun müxtəlif mühit şəraitləri və ağız mayelərinin təsirlərinə məruz qalırlar ki, bu da onların funksional fəaliyyətinin təkcə onların üzərinə düşən mexaniki təzyiqlərlə deyil həm də ağız boşluğunun müxtəlif toxumaları və implantat səthi arasındakı bioloji amillərlə müəyyən olunduğunu göstərir. İmplantatlar üzərinə tətbiq olunmuş ortopedik konstruksiyaların bəzi boşluqlarına qida qalıqlarının toplanması, toplanmış qida qalıqlarının isə çürüməsi isə ağız boşluğunun yerli immun göstəriciləri, pH-ı, yerli mikrofloranın kəmiyyət və keyfiyyətcə dəyişikliklərə uğraması uyğun sahələrdəki periimplantat sahələrinin, o cümlədən diş ətlərinin iltihabi xarakterli patologiyalarına yol açа bilər.

Müasir dövrdə mikrob amilinin implantat ətrafı toxumalarda və patoloji ciblərin formalaşmasındakı rolu inkar olunmazdır və bir sıra alimlər tərəfindən sübut olunmuşdur. Müəlliflər kliniki nümunələrə əsaslanaraq, implantat səthinə çökmüş mikroorqanizmlərin implantat ətrafındakı sümük toxumasında rezorbsiya proseslərinə təkan verdiyini qeyd etmişlər. İmplantatlar tətbiq olunmuş şəxslərin ağız boşluqlarının effektiv fərdi gigiyenasına nail olmaq adi insanlara nisbətən daha çətindir. İmplantatların tətbiqi zamanı fərdi profilaktikanın effektivliyinin təmin edilməsində ağız boşluğunun fərdi gigiyena vasitələrinin düzgün seçilməsinin rolu əhəmiyyətlidir.

ƏDƏBİYYAT

1.Səfərov A.M., Məmmədov F.Y., Alkişiyev K.S. Bitki əsaslı preparatların anemiyalar fonunda ağız boşluğunun antioksidant sisteminin vəziyyətinə təsirinin qiymətləndirilməsi // Sağlamlıq, 2013, №2, s.127-130

2.Məmmədov F.Y., Alkişiyev K.S. Musayev C.S., Səlimov R.İ. / Bioloji neytral preparatların reperativ proseslərə təsirinin eksperimental öyrənilməsi // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri jurnalı, 2013, №3, s.148-154

3.Пашаев Ч.А., Мамедова С.А., Мусаев Ф.А., Мамедов Ф.Ю. Изучение заболеваемости пародонта и разработка лечебно- профилактических мероприятий // Azərbaycan Tibb jurnalı, 2000, №2, s.61-64

4.Брагин Е.А., Майборода Ю.Н., Аксенов И.Н., Белая Е.А. Тактика защиты твердых тканей и пародонта опорных зубов: Учебное пособие. Ставрополь, 2003, с. 52-59

5.Брагин Е.А. Тактика зубодесневого сохранения при протезировании несъемными протезами // Стоматология, 2003, № 4, с.44-47

6.Бочарова О.А., Пожарицкая М.М. Иммуномодулирующие аспекты действия растительных адаптогенов при лечении оральной лейкоплакии // Стоматология, 2003, № 4, с.36-37

7.Воронцова, Н.Н. С1 2205625 RU 7 A61K7/16. Лечебно-профилактическая композиция для обработки зубов [Текст] / Чигарина К.М., Залевская С.И. Алавердиев И.М. (ОАО «Свобода»).- № 2002118628/14; Заявл.12.07.02 // патент.- 2003.- №2205625.-С.29

8.Горбатова Е.А., Лемецкая Т.И., Мануйлов Б.М. Отечественные препараты из растительного сырья в комплексном лечении заболеваний пародонта // Институт стоматологии, 2000, №1, с.32-33

9.Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. М.: МИА, 2007, 80 с.

10.Джиоева Р.Ф. Клиническая обоснованность применения фитотерапии в комплексе консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита // Клиническая неврология, № 1, 2014, с.10-12

11.Джиоева Р.Ф. Опыт применения фитотерапии в комплексе лечения хронического генерализованного пародонтита // Вестник Медицинского стоматологического института, 2013, № 3(26), с.30 – 32

12.Нейман П.Л. Анализ и стандартизация комплексного экстракта для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний пародонта. // Фармацевтический вестник Узбекистана, 2007, с.22-25

13.Antoine M.-L., Simon C., Pizzi A. UV spectrophotometric method for polyphenolic tannin analysis // Journal of Applied Polymer Science, 2003, v.91, N4, p.2729-2732

14.Aoki T., Akash T. Ayabe S. Flavonoids of leguminous plants: Structure, Biological activity and biosynthesis // Journal of plant research, 2000, v.113, p.475-488

15.Cimpan G., Gocan S. Analysis of medicinal plants by HPLC: Recent approaches. // Journal of liquid chromatography & related technologies, 2002, v. 25, N13-15, p. 2225-2292

16.Park K., Koh D., Kim. K. Antiallergic activity of a disaccharide isolated from Sanguisorba officinalis.// Phytotherapy research, 2004, v.18, N8, p.658-662

17. Kochetova M.Y. et al. Determination of biologically active phenols and polyphenols in various objects by chromatographic techniques // Russian Chemical Reviews, 2007, v.76, p.79-90

Резюме

Возможности профилактики осложнений при внедрении ортопедических конструкций на импланты

Х.Х.Мусаева

Натуральные препараты изготавливаются в основном из растений и из продуктов пчеловодства. Они имеют значение в лечении некоторых заболеваний. В современном условии ВОЗ предлагает больше воспользоваться натуральными средствами в проведении лечебных и профилактических процедур. Это относится и стоматологическим заболеваниям. Эффективны такие препараты при профилактики осложнений при внедрении ортопедических конструкций на инпланты. В этой статье описаны некоторые натуральные средства, которые эффективны во время использования ортопедических конструкций.

Summary

Opportunities to prevent complications in the implementation of prosthetics on inplanty

H.H.Musayeva

Natural products are made mostly from plants and of bee products. They have value in the treatment of certain diseases. In modern conditions, WHO proposes to use more natural products in the medical and preventive procedures. This applies to dental diseases. These drugs are effective in the prevention of complications in the implementation of prosthetics on inplanty. This article describes some of the natural products which are effective during the use of prosthetics.

Daxil olub: 10.04.2014

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

К.Р.Юсиф-заде

Военный госпиталь Государственной пограничной службы Республики Азербайджан, г.Баку

Açar sözlər: miniivaziv müdaxilələr, öd yollarının qaraciyərxarici patologiyaları, yaxın və uzaq nəticələr

Ключевые слова: миниинвазивные вмешательства, патологии внепеченочных желчных путей, ранние и отдаленные результаты

Keywords: minimally invasive operations, pathology of the extrahepatic biliary tract, the early and late results

Достижения современной медицины в области новейших технологий явилось результатом широкого внедрения в оперативную хирургию по оперативному лечению заболеваний билиарной системы метода лапароскопической холецистэктомии. Важными ее особенностями и преимуществами в сравнении с традиционной «открытой» холецистэктомией явилось значительное сокращение сроков реабилитационного периода, послеоперационных болевых ощущений и минимальная травматичность [12,13]. Так особенности благоприятного течения раннего и более позднего послеоперационного периодов после завершения хирургического лечения желчнокаменной болезни с выполнением трех- и четырехтроакарных эндоскопических доступов практически в равной степени оказывает позитивное влияние на общее состояние обследуемых больных [3]. Изучение характера, степени тяжести патологий и выявления отягощающих в лице различных сопутствующих заболеваний органов и систем организма факторов, нарушающих иммунологическую реактивность и физиологические функции организма, позволит значительно улучшить результаты и оптимизировать лечебную тактику [1]. Эндоскопическая сфинктеротомия, которая позволяет уменьшить частоту развития послеоперационных осложнений и снизить летальность, в частности, среди пациентов с калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, в последние годы является методом выбора при холедохолитиазе, холангите, билиарном панкреатите [8,10]. И несмотря на усовершенствование технологических принципов выполнения вышеуказанной процедуры со времени первого описания, методика сфинктеротомии не претерпела каких-либо заметных изменений.

Цель исследования: Улучшение ранних и отдаленных результатов миниинвазивных методов лечения заболеваний билиарной системы.

Материалы и методы исследования. Был проведен экспертный анализ историй болезней 404 хирургических больных, находившихся на комплексном лечении в военном госпитале пограничных войск с 2006 года по 2012 год по поводу заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. В исследовательскую группу вошли 302 женщины и 102 мужчин, распределенных по возрастным группам до 35 лет; 35-45 лет; 46-50 лет; 51-60 лет и самая старшая возрастная группа 60-65 лет.

В зависимости от средств и методов поддерживающей терапии обследуемые были разделены на три группы. Лицам, составившим контрольную группу (25 пациента), назначалась специальная диета; в группу сравнения (30) вошли больные, которым были прописан ингибитор протонной помпы Пантопразол (Pantocid); в третьей основной группе (30) осуществлялось комплексное применение препарата Пантопразол (Pantocid) и растительного препарата «Гастрен». Было изучено качество жизни с применением специализированных опросников "SF-36 Health Status Survey" и GSRS (Gastrointestinal Simptom Rating Scale) разработан отделом изучения КЖ в ASTRA Hassle (автор- I.Wiklund, 1998) [11]. В группу контроля (1-я группа, n=20) включены больные, оперированные традиционным открытым методом холецистэктомии и получавшие стандартную базисную терапию с применением гепатропного препарата «Ursobil» в качестве поддерживающей терапии; пациенты исследуемой группы (2-я группа, n=25) после лапароскопической холецистэктомии получали медикаментозную гепатотропную терапию с примнением растительного препарата «Hepartea» (семена

льна, кукурузные рыльца, трава зверобоя, трава тысячелистника и т.д.).

При необходимости точной топической диагностики изменений в пакреато-дуоденальной зоне проводились компьютерные томографические исследования с использованием томографа SIEMENS SOMATOM SENSATION 64.

В диагностике заболеваний желудка и 12-перстной кишки использован комплекс современной аппаратуры: многофункциональная рентгенографическая установка «Shimadzu» (Япония). При необходимости эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) применялся гастродуоденоскоп TJF-150 и стойка фирмы «Olympus». Ультразвуковые исследования производились на аппарате экспертного типа «Siemens Acuson X300» с использованием многочастотного датчика GH5-2 для трансабдоминального исследования.

Операция ЛХЭ выполнялась со стойкой и набором инструментов фирмы «Karl Storz» (Германия), «Covidien» (Швейцария). Перед УЗИ ставились следующие задачи: оценить изменения размеров желчного пузыря, толщину и состояние его стенок, при этом были зафиксированы состояние наружной поверхности и внешний вид слизистой оболочки желчного пузыря. Результаты гистопатологических исследований были проанализированы в сравнении с результатами демографических показателей, других соматических заболеваний, клиническими и лабораторными показателями больных.

Подготовленные препараты были рассмотрены под световым микроскопом (Leica DM 750, Германия). Изменения зафиксированы камерой (Leica ICC 50, Германия), установленной к микроскопу.

Зарегистрированы воспаление, происходящее в образцах, его тип, другие не неопластические изменения, предопухолевые изменения, такие как метаплазия и дисплазия, а также наличие опухоли. Все зафиксированные гистопатологические изменения были проанализированы вместе с клиническими и операционными данными. Для субъективной оценки проявлений болевого синдрома использовалась общепринятая визуально-аналоговая шкала боли (VAS). Пациент в ходе наблюдений отмечал степень болевых ощущений точкой на прямой длиной 10 см. Начальная точка прямой обозначала полное отсутствие боли - 0, далее следуют отметки, характеризующие слабую боль, умеренную боль, сильную боль, а максимальное значение, свидетельствующее о наличии невыносимой, по мнению больного, составляло 10.

Полученные данные исследования были анализированы методами вариационной статистики для групп, отличающихся качественными признаками. Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины (M), ее стандартная ошибка (m) и диапазон изменений (min-max). В целях статистической обработки данных был применен непараметрический- критерий U (Уилкоксона-Манна-Уитни) и параметрический- t критерий Стьюдента, как метод оценки различий показателей. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении $p<0,05$. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием современного программного обеспечения- редактора электронных таблиц Microsoft Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 7.0 [3].

Результаты собственных исследований. По форме и степени тяжести исследуемых патологий, госпитализированные пациенты были разделены на следующие группы: 1) хронический калькулёзный холецистит; 2) обострение хронического калькулезного холецистита; 3) острый калькулезный холецистит, осложненный механической желтухой и холедохолитиазисом; 4)острый гангренозный холецистит; 5) механической желтухой и холедохолитиаз; 6)острый флегмонозный калькулезный холецистит; 7) полип желчного пузыря и 8) другие заболевания.

Общее количество хирургических больных, выбранных для проведения данных научных исследований составило 404, куда входили 25,2±2,16%- мужчин; 74,8±2,16%- женщин в возрасте 30 до 80 лет. Возрастные группы были составлены следующим образом: лица старше 60 лет- 15,3±1,79%, 51-60 лет- 29,2±2,26%, 46-50 лет- 15,1±1,78%, 35-45 лет- 22,8±2,09%, до 35 лет-17,6±1,89% (4).

Биохимический анализ крови в определенной степени характеризуют степень интоксикации, печеночно-почечной недостаточности, что подтверждалось выявленными

билирубинемией, глюкоземией, снижением уровня общего белка. Динамика изменений биохимических показателей крови в различных в зависимости от степени тяжести и развития сопутствующих заболеваний. Развитие механической желтухи, как одна из форм патогенетических проявлений осложнений острого калькулезного холецистита, с холедохолитиазом, которое наблюдалась чаще при обследовании больных женского пола, негативно влияло на сроки послеоперационной активизации и госпитализации оперированных пациентов. При ультразвуковом методе исследования хирургических больных были получены сведения о характере поражения желчного пузыря и желчных протоков, свидетельствующие о наличии некоторой общности, которая заключалась в увеличении размеров и толщины стенок желчного пузыря, и определенных различий в степени изменений по вышеуказанным факторам для каждой формы воспаления желчного пузыря. Так если для острой формы калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой и холедохолитиазом, более характерными было утолщение стенки желчного пузыря до 3мм, а в нередких случаях более 5 мм, то для острой флегмонозной формы желчнокаменной болезни было характерно более выраженное утолщение стенки, достигающее в подавляющем большинстве случаев величины, превышающем 5 мм. Важное практическое значение результатов проведенных клинико-инструментальных исследований заключалось в том, что полученные статистические данные позволили выделить ряд характерных структурных изменений воспалительного генеза в желчного пузыря при некоторых его патологических состояниях, что, по мнению многих авторов, имеет важное прогностическое значение в достоверной оценке степени развития патологического процесса в органах и тканях билиарной системы, которые могут расцениваться как ультразвуковые симптомы различных форм желчнокаменной болезни.

При изучении ультразвуковых признаков патологических изменений в желчном пузыре было выявлено, что слизистая оболочка в 353 (87,16%) случаях бархатистая, в 26 случае (6,42%) атрофическая, а в 26 случае (6,42%) язвенно-эрозивная. Гистоморфологические исследования желчных пузырей, удаленных при лапароскопической холецистэктомии, выявили наличие лишь у 1 (0,2%) больного опухоль органа. При развитии доброкачественных неопухолевых патологических изменений у 395 (97,8%) больных выявлялись воспалительные изменения в стенках желчного пузыря, а у 9 (2,2%) больных наличие полипа или полипоза. Лишь в одном случае была диагностирована злокачественная опухоль (5).

Ранняя активизация пациентов и сравнительная меньшая длительность послеоперационного нахождения оперированного пациента в стационаре при отсутствии каких-либо серьезных осложнений и при адекватном выборе тактики хирургического вмешательства наблюдалась в первой клинической группе, где после удаления желчного пузыря по поводу хронического калькулезного холецистита количество койко-дней составило менее 4 дней.

Среди общего числа обследуемых госпитализированных больных 16(5,3%) пациентам ЭРХПГ была выполнена с диагностической, а в 287(94,7%) случаях - с лечебной целью. Следует отметить, что у 298(98,3%) больных проведенная с диагностической или лечебной целью ЭРПХГ была выполнена до осуществления лапароскопической холецистэктомии. В 5(1,7%) случаях ЭРПХГ выполнили при выявлении резидуального холедохолитиаза. Констатируется высокая результативность эндоскопической папиллотомии, достигающая 96,9-100,0%. Использование игольчатого электрода способствует повышению эффективности оперативного вмешательства при условии четкого выполнения данной процедуры с учетом всех установленных правил и нормативов.

Естественные анатомические ограничения вокруг папиллы при наличии больших (>1,5 см) и нерасщепляющихся камнях снижают эффективность стандартной сфинктеротомии. Метод «радиальной» сфинктеротомии, обоснованный с анатомической и математической точки зрения, позволяет увеличить площадь основания разрезанной папиллы для экстракции крупных конкрементов из холедоха. Предложенную методику экономной сфинктеротомии осуществляли в зависимости от анатомических особенностей папиллы и размера обнаруженного камня. Разрезы выполнялись по направлению часовой стрелки на «11-12

часов», а иногда и «1 час». Сфинктеротомия осуществлялась стандартным “pull-type” сфинктеротомом. Максимальным пределом для разреза сфинктеротомии являлось место слияния между папиллярным изгибом и дуоденальной стеной. Для удаления камня у 36(11,9%) больных применяли баллонный экстрактор, у 2(0,7%) больных – корзины для удаления камней. Если в ходе проведения оперативных вмешательств у 35(11,6%) больных возникла необходимость в одном сеансе ЭРХПГ, то 4(1,3%) оперированных по показаниям потребовалось проведение уже 2 сеансов [2]. У больных при наличии размеров камня свыше 2 см и у которых параллельно наблюдался периампулярный дивертикул, так называемый «экономный» разрез делали одновременно в двух направлениях, уменьшая, таким образом, размер разреза при сфинктеротомии. Среди больных, которым была выполнена экономная сфинктеротомия, лишь у 4(1,3%) из них, как раннее осложнение, развился острый панкреатит, тогда как другие разного характера ранние или поздние осложнения не фиксировались. Необходимо отметить, что после завершения указанных процедур среди обследованного контингента больных летальные случаи не наблюдались [6].

По причине разработки и внедрения в хирургическую практику новых и более совершенных технических устройств продолжаются попытки по дальнейшей минимизации данной процедуры за счет уменьшения количества используемых троакаров [9]. Для оценки эффективности различных методик лапароскопической холецистэктомии были сформированы две группы больных, оперированных трехпортным лапароскопическим доступом- 60 пациентов, и с помощью четырехтроакарного доступа – 58. В исследование вошли пациенты в возрасте от 25 до 75 лет. При изучении сроков госпитализации и времени нетрудоспособности при осуществлении различных методик холецистэктомии, было выявлено, что сроки пребывания в стационаре и период нетрудоспособности имели существенные различия при использовании трех- и четырехтроакарной лапароскопической техники выполнения холецистэктомии. Сроки госпитализации и нетрудоспособности сравнительно ниже при минимальном количестве портов. Необходимо отметить факт снижения или же увеличения частоты встречаемости полного отсутствия болевых ощущений в зависимости от количества эндоскопических доступов в брюшной стенке. Так, у 53 пациентов, у которых лапароскопическая холецистэктомия осуществлялась с применением трех троакаров, отмечали отсутствие каких-либо болевых ощущений, и только 7,4 % и 2,1% из них жаловались на наличие легкой и умеренной степени болевого симптома на 10-12 дни после хирургического вмешательства. Предложенная схема оперативного доступа по определению точек введения троакаров, разработанная с учетом индивидуальных особенностей исследуемых органов и типа телосложения больных позволяет снизить риск развития послеоперационных осложнений, сократить сроки оперативного вмешательства.

Применение лапароскопической холецистэктомии в сочетании с поддерживающей консервативной терапией на основе биологически нейтральных препаратов при различных заболеваниях билиарной системы позволило снизить частоту послеоперационных осложнений и сократить сроки пребывания больных в стационаре. По результатам биохимических исследований, нормализация белкового обмена, активности ферментов и других показателей функционального состояния печени определялась на завершающем этапе исследований в контрольной и основной группах, но по некоторым показателям более выраженное купирование воспалительного процесса наблюдалось в основной группе пациентов, где осуществлялась комплексная консервативная терапия с применением растительного препарата: СОЭ- 31,0±0,33 мм/ч и 28,5±0,20 мм/ч; мочевина - 6,6±0,14 ммоль⁄л и 5,4±0,13 ммоль⁄л; АсТ- 0,45±0,010 мкм⁄(ч·мл.) и 0,36±0,007 мкм⁄(ч·мл.), соответственно, через месяц после лечения в контрольной и основной группах. На основании полученных результатаов, можно заключить, что применение растительных препаратов «Hepartea» и «Гастрен» в консервативном лечении и профилактике осложнений хирургического лечения заболеваний желчного пузыря, вызванных прогрессированием нарушений в функциональном состоянии органов и тканей гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта, способствует значимому сокращению или отсутствию жалоб оперированных больных на интенсивную

боль, отрыжку, рвоту, нарушения стула, диарею, что, в свою очередь, значительно и заметно быстрее улучшает качество жизни в течении короткого реабилитационного периода, что подтверждалось результатов клинических исследований с применением специализированных опросников "SF-36 Health Status Survey" и GSRS [7].

Таким образом, применение новой методики сфинктеротомии, стремление к минимизации эндоскопических доступов в процессе оперативного вмешательства, применение ЭРПХГ и дополнение традиционного комплексного лечения больных после лапароскопической холецистэктомии приемом биологически нейтрального растительного препарата способствует сокращению частоты возникновения осложнений, более ранней нормализации белкового, жирового обменов, активности ферментов и других показателей функционального состояния печени, сокращает реабилитационные сроки и улучшает качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Əmiraslanov Ə.T., Yusif-zadə K.R., Musayev C.S.Laparoskopik xolesistektomiya tətbiq edilən şəkərli diabet xəstələrində klinik, cərrahi və morfoloji göstəricilərin xüsusiyyətləri // Cərrahiyyə jurnalı, 2014, №2, s. 8-13

2. Yusif-zade K.R. Safra taşı hastalığında laparoskopik kolesistektomi ve ERCP-nin uygulanması / Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi, 2013, s. 45-46

3. Yusif-zadə K.R. Minimal invaziv cərrahiyyənin nəticələri / ATU-nun 80-illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq elmi konfransın materialları. Bakı, 2010, s. 91-92

4. Юсифзаде К.Р. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения заболеваний билиарной системы // Вестник хирургии Казахстана, 2014, №1, с.21-24

5. Юсифзаде К.Р. Ультразвуковые аспекты как диагностические критерии заболеваний билиарной системы // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2014, №2, s.51-55

6. Эффективность нового метода при лечении заболеваний внепеченочных желчных путей // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2014, №3, s.42-45

7. Юсифзаде К.Р. Улучшение качества жизни больных после холецистэктомии // Sağlamlıq jurnalı, 2014, №1, с. 42-47

8. Мансурова Ф.Х., Саидмурадова А. Ближайшие и отдаленные результаты применения эндоскопической папиллосфинктометрии при желчнокаменной болезни Клиническая медицина, 2005, № 9, с.38-40

9. Aprea G.M. Laparoendoscopic single site versus classic video-laparoscopic cholecystectomy: a randomized prospective study // J. Surg. Res., 2011, №166 (2), p.109-112.

10.Heo J.H., Kang D.H., Jung H.J. et al. Endoscopic sphincterotomy plus large-balloon dilation versus endoscopic sphincterotomy for removal of bile-duct stones // Gastrointest Endosc., 2007, v.66, No4, p. 720-726

11.Hsueh L.N., Shi H.Y., Wang T.F. et al. Health related quality of life in patients undergoing cholecystectomy // Kaohsiung J. Med. Sci., 2011, v.27 (7), p.280-288.

12.Giger U.F., Michel J.M., Optiz I. et al Risk factors for preoperative complications in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: Analysis of 22.953 consecutive cases from the Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery Database // J Am Coll Surg., 2006, v.203, p.723-8.

13.Litwin D.E., Cahan M.A. Laparoscopic cholecystectomy // Surg Clin North Am., 2008, v.88(6), p.1295–313

Xülasə

Miniinvaziv müdaxilələrin ekstrahepatik öd yollarının patologiyalarında tətbiqi

K.R. Yusif-zadə

Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanasına və Dövlət Sərhəd Xidmətinin hərbi hospitalına müraciət edən 404 öd sistemi patologiyaları askarlanan xəstə üzərində statistik araşdırmalar aparılmışdır ki, bu zaman cərrahi əməliyyata ehtiyacı olan kişi və qadınların illər üzrə sayı, arxiv materialları, onların orta yaş həddi və yanasi gedən xəstəliklər arsdırılmısdır. Cərrahi xəstələrdə endoskopik prosedurların effektivliyini qiymətləndirilməsi ERCP metodunun tədbiqi müalicənin nəticələrinin yüksəlməsinə zəmin yaradir. Xəstələrin üç və dördportlu əməliyyatdan sonrakı vəziyyətlərinin klinik təzahürlərinin qiymətləndirməsi zamanı həm əsas, həm də nəzarət qruplarında alınan nəticələrdə əhəmiyyətli dərəcədə fərq aşkar edilmişdir. Tərəfimizdən işlənib tədqiq edilmiş və anatomik və riyazi nöqteyi-

nəzərdən əsaslandırılmışdır «qənaətedici» və ya «radial» sfinkterotomiya üsulu saat ərqəbinin 11, 12 və 13 istiqamətlərində bir neçə yan kəsiklərin aparılmasını mümkün edir. Bununla da, sfinkterotom kəsiyin ümumilikdə 1,5 dəfə böyüməsinə nail olmuşuq. Beləliklə, «qənaətedici» və ya «radial» sfinkterotomiya üsulu ilə xoledoxdan iri daşların çıxarılması üçün kəsilmiş papilla əsasının təhlükəsiz böyüdülməsinə nail olunur. Təklif və tədbiq edilən preparatlarin konservativ müalicə tədbirlərinə daxil edilməsi yanaşı gedən patoloqiyaların və müxtəlif agırlaşmaların xolesistitektomiyanin nəticələrinə mənfi təsirinin zəifləməsində və aradan qaldırılmasında mühüm rol oynamışdır. Qeyd olunanlar GSRS və SF-36 sorgu anketi vasitəsi ilə aparilan tədqiqatlarin nəticələrində öz əksini tapmışdır.

Summary

Minimally invasive interventions in pathologies of extra hepatic biliar tract

K.R.Yusif-zade

A statistical analysis of case histories of 404 surgical patients who were on combined treatment of diseases of the gallbladder and extra hepatic bile ducts, age and sex distribution of patients and the presence of comorbidities were carried out in a Central Oil Workers Hospital and in a Military Hospital of the State Border Service. Almost all of the surgical patients had a combined manifestation of the different clinical forms of background pathology and associated diseases (mostly abnormalities of cardiovascular, endocrine and urogenital systems). In addition there was a dependence of frequency of occurrence of gallbladder disease by age and gender. Results obtained in studies evaluating the efficacy of endoscopic procedures performed in surgical patients indicate a high resolution of the method ERCP. Analysis of the results of the evaluation of the postoperative clinical manifestations of the patients after the surgery with the use of three- and four input access showed significant differences in the rates for both groups. The technique of «economical" sphincterotomy justified from an anatomical and mathematical perspective allows for more lateral incisions in a clockwise direction of 11, 12 and 13 hours. Thus it is possible to achieve an increase sphincterotomy cutting by almost 1.5 times. Accordinq to GSRS and SF-36 aapplication of herbal drug in the conservative treatment and prevention of complications of surgical treatment of gallbladder disease contributes to significant reduction of postcholecystectomy syndrome and improvement of postcholecystectomical general health status of examined patients.

Daxil olub: 30.04.2014

PUBERTAT YAŞDA OLAN QIZLARDA METABOLİK SİNDROMUN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏ-PROFİLAKTİKA TƏDBİRLƏRİNİN ALQORİTMİNİN OPTİMALLAŞDIRILMASI

N.M.Kamilova, G.M.Xəlilova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: pubertat dövr, yeniyetmə qızlar, metabolik sindrom, piylənmə, müayinə, müalicı-profilaktika
Ключевые слова: пубертатный возраст, девочки подростки, метаболический синдром, ожирение, диагностика, лечение-профилактика
Keywords: puberty, teen girls. metabolic syndrome, obesity, diagnosis, treatment, prevention

Epidemioloji tədqiqatların nəticələrinə əsasən yeniyetmələr arasında metabolik sindromunun rastgəlmə tezliyi 4-7,6% arasında tərəddüd edir [1]. Piylənmənin tezliyi həm inkişaf etmiş ölkələrdə, həm də inkişafda olan ölkələrdə kəskin şəkildə artmaqda davam edir. Başqa tədqiqatların nəticələrinə əsasən artıq bədən çəkisi tezliyi 2-5 yaş arasında olan uşaqlarda 22,6%, 6-19 yaşlar arasında 31% təşkil edir [2]. Bədən çəkisi artımının daha davamlı olması dərəcəsi uşaq yaşından yeniyetmə yaşına qədər 4 dəfə artır [3]. Yaşlı insanlar populyasiyasında artıq bədən çəkisi olan şəxslərin ayrılması üçün vahid meyarlardan istifadə olunur. 25-29,9 kq/m^2 diapazonunda bədən çəksi artıq, 30 kq/m^2 dan artıq olduqda piylənmə hesab olunur.

Bununla yanaşı olaraq BÇİ orqanizmdə piy toxumalarının paylaşdırılması haqqında tam təsəvvür yaratmağa imkan verir. Piy toxumasının yayılması üzrə iki əsas tip vardır: ginoid və andronoid. Ginoid tip piy toxumasının əsasən bud nahiyəsində toplanması, andronoid tip isə qarın nahiyəsində toplanması ilə xarakterizə olunur. Bu zaman onun böyük hissəsi visseral olaraq paylaşdırılır. Belə paylaşdırılma tipi üzrə piylənmə abdominal piylənmə kimi təsnif-ləşdirilir. O, MS-in əsas klinik tərkib hissəsi və yanaşı metabolik və hemodinamik dəyişikliklərin inkişaf səbəbi hesab olunur [4,5].

Bədən çəki indeksi ketle indeksi adlandırılır və 2 yaşan uşaqlar üçün istifadə edilir. BÇİ aşağıdakı formul üzrə hesablanır:

BÇİ = bədən çəkisi (kq)/ boy m^2

BÇİ < 18,5 bədən çəkisi çatışmazlığı

BÇİ 18,5-24,9 – normal bədən çəkisi

BÇİ 25-29,9- artıq bədən çəkisi

BÇİ 30 > - piylənmə

Son illər abdominal piylənmnin təyin edilməsi üçün bel çevrəsi göstəricisi kimi daha dəqiq və sadə meyarından istifadə etmək təklif edilir. Nəzərə almaq lazımdır ki, bel çevrəsi göstəricisi son dərəcə davamlı göstərici hesab olunur: davamlılıq əmsalı 0,92-0,98 təşkil edir. Populyasiya tədqiqatlarının göstəricilərinə əsasən bel çevrəsinin yüksək hədləri (kişilərəd> 100 sm, qadınlar > 80 sm) ürəyin işemik xəstəliyi üçün risk faktoru hesab olunur [6,7].

Son illər artıq bədən çəkisi və piylənmə olan uşaq və yeniyetmələrə MS-in əsas komponentlərə daha çox diqqət yetirilir. Son illər piylənmə və normal bədən çəkisi olan qruplarında və risk qruplarında MS-i təyin edən metabolik xarakteristikalar homeostatik nəzarətlər aşkar edilmişdir.

Risk qrupları:

-valideynləri artıq bədən çəkisi və ya piylənmədən əziyyət çəkən uşaqlar;

-qohumları şəkərli diabet və ya başqa endokrin xəstəliklərdən əziyyət çəkən uşaqlar;

-süni qidaya erkən keçən uşaqlar (xüsusilə balanslaşdırılmasmış yükəkkalorili qidalar);

-vaxtından vvəl doğulmuş və azçəkili uşaqlar;

-irsi xəstəlikləri və endokrin xəstəlikləri olan uşaqlar.

Piylənmə lipidlər spektrində triqliseridlərin, xolesterinin, aşağı sıxlıqlı lipoproteidlərin səviyyəsinin artması və yuxarı sıxlıqlı lipo-proteidlərin səviyyəsinin azalması qismində aterogen dəyişikliklər ilə müşayiət olunur. Piylənmə olan uşaqlarda hiperxolesterinemiyanın (xolesterin >5,2 mmol/l) rastgəlmə tezliyi -54%, hiperqliseridemiya (10 yaşdan yuxarı olan uşaqlarda triqliseridlər >1,1 mmol/l)- 28%; hipoalfa xolesterinemiya (yuxarı sıxlıqlı lipoproteidlər xolesterini <0,9 mmol/l)- 5%. daha yüksək olur [8].

Piylənmə olan uşaqlarda leptinin səviyyəsi normal çəkisi olan uşaqlara nisbətən dürüst yüksək olur. Qeyd etmək lazımdır ki, leptinin səviyyəsi aşağı sıxlıqlı lipoproteidlər xolesterini triqliseridlər, yəni erkənat atoskelrozun bio-kimyəvi markerləri ilə korrelyasiya edir [9].

Artıq bədən çəkisi və piylənmə 2-ci tipli şəkərli diabetin inkişaf etməsi üçün əsas risk faktorlarından hesab edilir. 1982-1994-cü illərdə uşaq və yeniyetmələr populyasiyasında piylənmənin tezliyi artdıqca 2-ci tipli şəkərli diabetə olan meyillilik də 10 dəfə artır. Bununla

yanaşı şəkərli diabetin bütün yeni halları BÇİ 37,7 kq/m^2 –dən yüksək olan uşaqlarda aşkar edilmişdir [10].

Dislipoproteidemiya. Triqliseridlərin səviyyəsinin yüksək və yuxarı sıxlıqlı lipoproteidlərin səviyyəsinin aşağı olması MS-in əsas komponenti hesab edilir və piylənmə və insulinrezistentlik olan şəxslər üçün ürək-damar xəstəlikləri riski təyin edilir. Bu dəyişikliklərin aterogenlik dərəcəsi yuxarı sıxlıqlı lipoproteidlər xolesterinin ateroskeloretik lövhəciklərdən xolesterini çıxarmaq qabiliyyətinin aşağı olması və aşağı sıxlıqlı lipoproteidlərin yüksək səviyyəsi ilə bağlı olur [11]. Yuxarı sıxlıqlı lipoproteidlər xolesterinin səviyyəsinin kişilərdə < 40 mq/dl, qadnlarda <50 mq/dl aşağı düşməsi ürəyin işemik xəstəliyi üçün risk faktoru hesab olunur. ÜİX-in inkişaf riskinin qiymətləndirilməsində triqliseridlırin proqnostik əhəmiyyəti o dərəcədə yüksək deyildir, lakin bu göstərici hiperxolesterinemiya ilə və ya yuxarı sıxlıqlı lipoproteidlər xolesterinin səviyyəsinin azalması ilə kombinasiyada artır. Artıq dəbən çəkisi və piylənmə olan uşaqlar üçün triqliseridlərin 100-200 mq/dl diapazonunda artması xarakterikdir. İnsulinrezistentliyin olması triqliseridlərin səviyyəsinin artdığını göstərir. İnsulinrezistentlik artıq uşaq yaşında dislipoproteidlərin yaranmasında böyük rol oyanyır. Belə ki, Boqaluzskinin populyasiyada prospektiv tədqiqatının gedişatında məlum olmuşdur ki, insulinrezistentlik aşağı sıxlıqlı lipoproteidlərin xolesterinə qarşı reseptorlarının həssaslığının artması ilə assosiasiya olunur [12]. İnsulinrezistentliyin dərəcəsi triqliseridlərin səviyyəsinə düz mütənasibdir [13]. 13 yaşlı yeniyetmələrdə belə vəziyyətin aşkar edilməsi 19 yaşında hipertriqliseridemiyanın inkişafı üçün prediktoru hesab olunur.

Anadan olduqda artıq bədən çəkisi ŞD olan anada MS-in əsas komponentlərinin yaranmasına təsir göstərir. MS-in ən azı 2 komponenetinin aşkar edilmə tezliyi 50% təşkil edir []. MS-in inkişafı üçün ən əlverişsiz şəraitdə anadan olduqda yenidoğulmuş az çəkidə ola bilər. Müəyyən edilmişdir ki, az bədən çəkisi ilə anadan olan uşaqlarda 2-ci tipli şəkərli diabet, arterial hipertenziya, piylənmə, hiperqliseridemiya, insulinrezistentliyin tezliyi yüksək olur [14].

Boqqluzski tədqiqatın gedişatında müəyyən edilmişdir ki, 2-ci tipli şəkərli diabet üzrə ağırlaşmış irsilik piylənmə, arterial hipertenziya, lipoproteidlər spektrində aterogen dəyişikliklər, inkişafı üçün sərbəst prediktor hesab olunur [15].

Artıq hiperkalorili qidalanma 2-ci tipli şəkərli diabet və piylənmənin inkişafı üçün əsas ekzogen faktorudur. Bu halda dəyişikliklərin səbəbi yüksək kalorili qida fonunda lipid mübadiləsində pozuntular hesab olunur, öz növbəsində bununla da müxtəlif damar pozuntularına gətirib çıxarır.

MS və arterial hipertenziyanın inkişafı üçün nisbi zəruri risk faktorlarından biri gecə yuxusunda tənəffüsün pozulması hesab olunur ki, bu da çox zaman artıq bədən çəkisi olan uşaq və yeniyetmələrdə baş verir. Oksigen saturasiyası ilə yuxarı sıxlıqlı lipoproteidlər xolesterini arasında korrelyasiya əlaqəsi aşkar edilmişdir. Oksigen saturasiyasının orta həddi qlükozaya qarşı tolerantlıq və triqliseridlərin səviyyəsi ilə korrelyasiya edir [16].

Sidik turşusununun səviyyəsinin artması hazırda MS-in inkişafı üçün prediktor kimi nəzərdən keçirilir. MS-in yayılma dərəcəsi yüksək kvintelə uyğun gələn sidik turşusu olan uşaq və yeniyetmələrdə dürüst yüksək olur [17].

MS olan uşaqlarda aşkar edilən ürək-damar ağırlaşmalarını kardiovaskulyar sindrom altında birləşdirmək lazımdır. Bununla yanaşı arterial hipertenziyanı MS markerləri arasında ayrıca qeyd etmək lazım deyil, onu vahid kardiovaskulyar sindromun meyarlarından biri kimi nəzərdən keçirilməlidir. Belə yanaşma mahiyyəti etibarilə öz təsdiqini tamışdır, çünki bir tərəfdən MS-in ürək-damar patologiyası ilə dürüst qarşılıqlı əlaqəsinin olduğu məlumdur, digər tərəfdən isə bu qarşılıqlı əlaqə yalnız AH ilə məhdudlaşmır. Xüsusilə qeyd etmək lazımdır ki, MS zamanı patoloji prosesə təkcə ürək deyil, həm də bütün səviyyələrdə damarlar daxildir.

Beləliklə, kardiovaskulyar sindrom AH ilə yanaşı olaraq aşağıdakılar ilə təsdiq edilmişdir:

-vegetativ disfunksiya sindromu (həmçinin ürək rtimi variabelliyinin pozulması ilə də özünü göstərir);

-endotelial disfunksiya;

-miokardın sistolik-diastolik disfunksiyası.

Bununla yanaşı ürək-damar sistemi tərəfindən yuxarıda qeyd olunan pozuntuların kəskinlik dərəcəsi MS olan uşaq və yeniyetmələrdə fərdi olaraq dəyişə bilər və insulinrezistentliyin səviyyəsindən asılı olur. Hazırda uşaq və yeniyetmələrdə metabolik sindrom 2007-ci ildə Beynəlxalq diabet federasiyası tərəfindən təklif olunan meyarlar ilə diaqnostika edilir. Bu meyarlara əsasən metabolik sindromun təməl daşı bel çevrəsinin persentil cədvəlinə görə qiymətləndirilən abdominal piylənmə hesab olunur. Abdominal piylənmə əsas meyar kimi qəbul edilir, çünki o, sindromun patogenezinə,

epidemioloji tədqiqatlara əsaslanaraq müəyyən edilir. Bu tədqiqatlarda bel çevrəsi başqa metabolik sindrom halları ilə korrelyasiya edir [18].

İDF meyarlarına əsasən metabolik sindrom 6 yaşa qədər formalaşır, 6-10 yaşlarında metabolik sindromun formalaşması üzrə risk qrupundan danışmaq olar. Bu yaşda uşaqlara metabolik sindrom diaqnozunun qoyulması öz təsdiqini tapmamışdır [19,20]. 10-16 yaşlarında MS diaqnozu iki və daha artıq əlavə patoloji pozuntular ilə müşayiət olunan abdominal piylənmə olduqda təyin edilmişdir. Patoloji vəziyyətlərə aiddir [21]:

-triqliseridlərin yüksəlməsi;
-yuxarı sıxlıqlı lipoproteid xolesterinin səviyyəsinin aşağı düşməsi;
-At-in artması;
-hiperqlikemiya.

16 yaşdan yuxarı olan yeniyetmələr üçün böyüklərə aid olan meyarlardan istifadə edilir.

Metabolik sindromun medikamentoz müalicəsi hazırda öyrənilməkdə davam edir. Pediatriyada bir çox preparatların effektivliyi öyrənilməmişdir. Medikamentoz müalicə həkim tərəfindən təyin edilir. Bunun üçün uşaq ətraflı müayinə edilir, metabolik sindrom və klinik pozuntuların kəskinlik dərəcəsi dəqiqləşdirilir. 10 yaşdan yuxarı olan uşaq və yeniyetmələrdə piylənmənin müalicəsi üçün seçim preparatı metformindir. Bu prearat uzun müddətə insulinə qarşı toxumaların həssaslığının artması və bədən çəksinin azalması məqsədilə verilir.

Hazırda çoxmərkəzli randomizə olunmuş tədqiqatların gedişatında piylənmə olan yeniyetmələrin effektiv müalicəsində sibutramin və orlistan haqqında müsbət nəticələr əldə edilmişdir.

MS-in profilaktika və müalicəsi piylənmə və insulinrezistentliyin patogenezinin əsas halqalarına istiqamətlənməlidir.

Piylənmənin qeyri-medikamentoz müalicəsinə daxildir [22]:

-kolori baxımında reduksiya olunmuş qidalanma (əsas etibarilə yağlar);

-aşağı qlikemik indeksə malik olan qidaların rasiona daxil edilməsi;

-dozalaşdırılmış fiziki yüklənmənin kifayət qədər olması.

Pediatriyada lipolipidemik preparatların istifadə edilməsi də kifayət qədər öyrənilməmişdir. Qarışıq və təcrid olunmuş nəzərəçaracaq dislipidemik pozuntular zamanı statinlər (simvastatin, atorvastin, roxuvastin, pravastatin, fluvastatin, lovastatin), xolesterin absorbsiyası inhibitorları (Ezitimib), nikotin turşusu preparatları (Endurasin) təyin edilir. Hiperqliseridemiya zamanı fibratlar (siprofibrat, fenofibrat və hemfibrozil), endurasin və yarımzəngin yağ turşuları (omeqa-3 turşusu afrləri)- vitrumkardio, omakor və s. təyin edilir [23,24].

MS olan uşaq və yeniyetmələrdə yüksək arterial təzyiq zamanı medikamentoz və qeyri-medikamentoz müalicə təyin edilir. Qeyri-medikamentoz müalicəyə daxildir:

-gündəliyin aparılması;

-xəstə uşaq və yeniyetmələrin maarifləndirilməsi;

-pəhriz, qida adətlərinin dəyişməsi;

-fiziki hərəkətlər.

Lakin çox zaman qeyri-medikamentoz müalicə az effektiv olur. Bununla əlaqədar olaraq qida rasionu adətlərinin dəyişməsinə xüsusi diqqət yetirilir, piylənmənin əsas müalicə taktikası qida streotiplərini dəyişərək, düzgün qidalandırılma üzrə maarifləndirmədir. Maarifləndirmə prosesində mülayim və müntəzəm olaraq çəkinin azaldılması və nail olunan müsbət effekti sabitləşdirmək konsepsiyası formalaşdırılır. Ümumilikdə bütün bu tədbirlər həyat tərzinin dəyişdirilməsinə yönəldilmiş olur. Həftədə 0,5-1 kq itirilməsi effektiv və təhlükəsiz hesab olunur. Hazırki dövrə qədər uaşq və yeniyetmələrdə piylənmənin müalicə sxemi işlənib hazırlanmamışdır və bu baxımdan suallar cavablardan çoxdur. Uşaq həkim-endokrinoloqlarına yaxşı məlumdur ki, uşaqların yüksək iştahı ilə mübarizə aparmaq mümkün deyildir, bundan başqa anorektiklər ciddi əlavə təsirlər baxımından pediatrik təcrübədə tətbiq edilmir. Yaş meyarları baxımından mərkəzi təsirlər məşhur preparatların tətbiqi də məhduddur, onların farmakoloji təsirləri bağırsaqda piylənmənin aşağı salınmasına yönəlmişdir [25].

Yuxarıda qeyd olunanlardan məlum olur ki, müxətlif formalı piylənmədən əziyyət çəkən uşaq və yeniyetmələrin müalicəsində müxtəlif dərman vasitələrinin tətbiq edilməsinin effektivliyi və təhlükəsizliyi aktual məsələ olaraq qalmaqdadır. Bu baxımdan tədqiqatları davam etdirmək lazımdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Hunt K.J., Heiss G., Sholinsky P.D., Province M.A. Familial history of metabolic disorders and the multiple metabolic syndrome: the NHLBI family heart study // Genet Epidemiol., 2000, v.19(4), p.395-409.

2. Kawabe H., Murata K., Shibata H. et al Participation in school sports clubs and related effects on cardiovascular risk factors in young males // Hypertens Res., 2000, v.23(3), p.227-32.
3. Кузнецова И.В., Евстигнеева Е.Е. Распространенность избытка и дефицита массы тела и сопутствующих нарушений менструальной функции у девушек-подростков Москвы / Материалы VI Всерос. форума «Мать и дитя». М., 2004. с.390
4. Kerem N., Guttmann H., Hochberg Z. The autosomal dominant trait of obesity, acanthosis nigricans, hypertension, ischemic heart disease and diabetes type 2 // Horm Res., 2001, v.55(6), p.298-304.
5. Maffeis C., Moghetti P., Grezzani A. et al Insulin resistance and the persistence of obesity from childhood into adulthood // J Clin Endocrinol Metab., 2002, v.87(1), p.71-6.
6. Аверьянов А.П. Ожирение у детей и подростков: клинико-метаболические особенности, лечение, прогноз и профилактика осложнений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 2009, 339 с.
7. Кузнецова М.Н. Ювенильные маточные кровотечения. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. М.: МИА, 2006, с. 274-292
8. Лукина Н.А., Родина Ю.С. Научное обоснование рационального выбора современных гормональных контрацептивных средств при фармакотерапии различных нарушений менструального цикла у подростков // Репродуктив. здоровье детей и подростков, 2006, № 5, с.31-35
9. Негмаджанова Б.Б., Рахимова Г.Э., Худоярова Д.Р. Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба // Репродуктив. здоровье детей и подростков, 2010, № 1, с.52-56.
10. Абабкова Г. М. Нарушение менструальной функции в пубертатном периоде // Здоровье Украины, 2002, № 1, с.9-14
11. Ожегов А.М., Ожегов Е.А. Оценка эффективности применения комплексного препарата Тотема в лечении детей раннего возраста с железодефицитной анемией // Вопр. гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии, 200, Т. 3, № 4, с.25-27.
12. Пасман Н.М., Снисаренко Е.А., Теплицкая А.Л. Дифференцированный подход к терапии дисфункциональных маточных кровотечений у подростков // Гинекология, 2003, Т. 5, № 6, с.244-247
13. Радзинский В.Е. Контрацепция у подростков // Гинекология, 2002, Т. 4, № 6, с.255-261.
14. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Изд. 3-е, перераб. и доп. М.: МИА, 2003, 560 с.
15. Серов В.Н. и др. Современные принципы профилактики и лечения железодефицитной анемии у беременных // Журн. Рос. общества акушеров-гинекологов, 2004, № 4, с.21-23.
16. Schindler A.E. et al. Classification and farmacology of progestins // Maturitas, 2003, v.46, Suppl. 1, p. 7-16
17. Стуклов Н.И. Мета-анализ данных переносимости питьевой формы глюконата железа (II), меди и марганца (препарат Тотема) при лечении железодефицитной анемии у детей и взрослых // Земский врач, 2012, № 4, с. 11-20
18. Уварова Е.В., Веселова Н.М. Железодефицитная анемия у девочек с маточными кровотечениями пубертатного периода // Рус. мед. журн., 2004, Т. 12, №13, с.1-6.
19. Уварова Е.В., Веселова Н.М. Маточные кровотечения пубертатного периода (междисциплинарное решение гинекологической проблемы) // Репродуктив. здоровье детей и подростков, 2005, № 3, с.30-38
20. Уварова Е.В., Веселова Н.М. Маточные кровотечения пубертатного периода // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии, 2004, Т. 49, № 5, с.35-39
21. Slap G.B. Menstrual disorders in adolescence // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol., 2003, v.17, N1, p.75-93.
22. Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // Вопр. соврем. Педиатрии, 2006, Т.5, №5, с.5-7
23. Benagiano G., Primiero F.M., Farris M. Clinical profile of contraceptive progestins // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care, 2004, N 9, p.182-193
24. Omar H. Management of menstrual problem in adolescents with special health care needs // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol., 2003, v.16, N1, p.51.

25.Strickland J.L., Wall J.W. Abnormal uterine bleeding in adolescents // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am., 2003, v.30, N 2, p.321-335

Резюме

Оптимизация алгоритма диагностики и лечебно-профилактический мероприятий метаболического синдрома у девушек пубертатного возраста

Н.М.Камилова, Г.М.Халилова

По данным эпидемиологических исследований, частота МС среди подростков в американской популяции колеблется от 4 до 7,6%. У детей и подростков с ожирением представленность МС резко возрастает, достигая 30–50%. В последние годы все большее внимание уделяется исследованию основных составляющих МС у детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением. Выявлен различный гомеостатический контроль метаболических характеристик, определяющих МС, в группах с ожирением и нормальной массой тела. Инсулинорезистентность играет важную роль в возникновении дислипопротеидемии уже в детском возрасте. Так, в ходе проспективного популяционного Богалузского исследования показано, что инсулинорезистентность ассоциируется с повышением чувствительности рецепторов липопротеидов низкой плотности к холестерину.

Summary

Optimization algorithm for diagnosis and treatment and prevention of metabolic syndrome in girls puberty

N.M.Kamilova, G.M.Halilova

According to epidemiological studies, the frequency of MS among adolescents in the US population ranges from 4 to 7.6%. In children and adolescents with obesity representation of MS increases dramatically, reaching 30-50%. In recent years, increasing attention is paid to the study of the basic components of the metabolic syndrome in children and adolescents with overweight and obesity. Revealed various homeostatic control of metabolic characteristics that define MS, in groups of obese and normal weight. Insulin resistance plays an important role in the occurrence of dyslipidemia in childhood. Thus, in a prospective population-based study Bogaluzskogo shown that insulin resistance is associated with increased receptor sensitivity to low-density lipoprotein cholesterol.

Daxil olub: 30.04.2014

TƏBİİ PREPARATLARIN İDMANÇI QADINLARIN AĞIZ BOŞLUQLARININ İMMUNOLOJİ GÖSTƏRİCİLƏRİNƏ TƏSİRİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Y.H. Axundov, Ş.Ə. Məmmədova, Q.X.Əliyev, K.B.Sahbazov

Azərbaycan Tibb Universiteti, terapevtik və ortopedik stomatologiya kafedraları, Bakı

Açar sözlər: təbii preparatlar, idmançı qadınlar, ağız boşluğu, immunoloji göstəricilər

Ключевые слова: натуральные препараты, женщины спортсмены, ротовой полость, иммунологические показатели

Keywords: natural products, women athletes, oral cavity, immunological parameters

İdmançılar məşqlər və yarışlar zamanı müxtəlif fiziki və emosional gərginliklərə məruz qalırlar ki, bu da onların orqanizmində müxtəlif xarakterli morfoloji və funksional dəyişikliklərin baş verməsinə gətirib çıxarır. Morfoloji dəyişikliklər dedikdə əzələ kütləsi, dayaq- istinad, ürək- qan- damar və s. sistemlər səviyyəsində baş verir. Funksional dəyişikliklər isə oynaqlarda, urəyin ritminin xarakterində və s. formalarda təzahür olunur. İnsanlar adi halda gündəlik həyatda yüngül idman hərəkətləri etdikdə onların orqanizmi güclənir, immunitet yüksəlir, ürək- qan- damar sisteminin fəaliyyəti bərpa olunur, mədə, qaraciyər, mədəaltı vəzinin fəaliyyətinin, nazik bağırsaq, xususilə onun 12 barmaq hissəsində həzmin yaxşılaşması, yoğun

bağırsaqlarda nəcis kütlələrinin vaxtında orqanizmi tərk etməsi və s. kimi müsbət dəyişikliklərə səbəb olurlar [1,2]. Müşahidələrə görə gün ərzində 5-7 km arasında velosiped sürən kişilərdə yaşlandıqdan sonra ürək- qan- damar sistemində və prostat vəzininin fəaliyyətində digər adi həyat tərzi keçirən kişilərə nisbətən daha az problemlərə rast gəlinir. Bu qadınlara da aiddir, onlar da gün ərzində müxtəlif yüngül əzələ hərəkətləri etdikdə digər qadınlara nisbətən daha az depressiyaya məruz qalırlar, doğum prosesi rahat gedir, keysəriyyə əməliyyatlarına daha az rast gəlinir, öz gənc görünüşlərini daha uzun müddət mühafizə edə bilirlər, doğulan uşaqlarında daha az hallarda beyin təzyiqi müşahidə olunur. Bütün bunları nəzərə alaraq, qeyd etmək lazımdır ki, insanlar gün ərzində mütləq yüngül idman hərəkətləri etməlidirlər və bu onların sağlamlıqları üçün vacibdir. Ancaq bütün bu qeyd edilənlərlə yanaşı onu da qeyd etmək lazımdır ki, idmanı həyat tərzinə çevirən, intensiv məşq və yarışlarda iştirak edən şəxslərdə idmançılarda tibbi yanaşma bir qədər fərqlidir, çünki intensiv məşq və yarışlar zamanı idmançılar şiddətli fiziki və emosional gərginliyə məruz qalırlar ki, bu da orqanizmin bir müddət sonra zəifləməsinə, proseslərin özünün tənzim etmələrinin pozulmasına, gənclərdə hormonal proseslərin qeyri proporsional olmasına səbəb ola bilər.

Qadın və kişi cəmiyyətdə bərabər hüqüqlara malik olsalar da, qadınlar və kişilərin orqanizmləri arasında bir sıra fizioloji fərqlər vardır ki, bu fərqlər onların müxtəlif mühit amillərinə qarşı müxtəlif reaksiya vermələrinə səbəb ola bilər. Qadın orqanizminin kişilərdən əsas fərqli xüsusiyyətlərindən biri də onların cinsiyyət hormonlarıdır. Onların cinsiyyət hormaonları onların bədənin formasının kişilərdən fərqli olmasına gətirib çıxarır. Kişilərin cinsi hormonları onların əzələlərinin intensiv inkişafına səbəb olsa da qadınlarda bu proses dərialtı piy təbəqələrinin inkişafı ilə müşayiət olunur. Qadın idmançıların kişilərdən daha çox funksional və morfoloji dəyişikliklərə məruz qalmalarının bir səbəbi də onların hormonal statuslarıdır. Qadın idmançıların yeniyetmələk dövrləri daha çox problemlərlə müşayiət oluna bilər [3,4].

S-IgA-nın əsas hissəsi digər immunoqlobulin növlərindən fərqli olaraq, qan serumundan deyil, ağız suyu vəzilərinin plazmatik hüceyrələri tərəfindən sintez olunur, onun dimer quruluşu və sekretor qlikoprotein sahəsinin olması onu ağız boşluğu selikli qişasının əsas immunoqlobulini edir. Qlikoprotein hissə onun reseptoru rolunu oynayaraq səthlərə, toxumalara yapışmasını və daşınmasını təmin edir. S-IgA möhkəm molekulyar quruluşa malik olduğundan mikroorqanizm və proteolitik fermentlərin təsirlərinə qarşı digər immunoqlobulin növlərinə nisbətən dözümlü olur. O 4 sərbəst birləşdirici hissəyə malikdir və bu onun bakteriya və antigenlərə yaxşı bitişməsinə yardım edir, virus-bakteriya-toksin komplekslərini neytralizə edir, bakterial fermentlərin zərərsizləşdirir, selikli qişanın epitel təbəqəsi və diş çöküntülərində olan bakteriyaların koloniya əmələ gətirməsini blokada edir və s. kimi immun funsiyaları icra edir. S-IgA-nın tərkibindəki oliqosaxaridlər bakteriyaların selikli qişa səthlərinə yapışmalarnın qarşısını alır, bakteriyaların xüsusən də ağız boşluğundakı streptokok nümayəndələrinin bir-biriləri birləşərək sərbəst yığınlar yaratmasını təmin edərək onların ağız suyu ilə rahatlıqla kənarlaşdırılmasına imkan verir, mikroorqanizmlərin səthindəki reseptorları tutmaq və mənfi yükləri neytrallaşdırmaqla onların dişin mina səthinə birləşməsinin qarşısını alır, Streptococcus Mutans və s. mikroorqanizmlərin qlikozil-transferaza və digər fermentlərini inhibə edərək ağız boşluğunda bu bakteriyalara qarşı immunitetin əsasını təşkil edir, pellikulanın formalaşmasında da rol oynayır. Ağız suyunda IgM və IgG-ya IgA-ya nisbətən az rast gəlinir. Bu immunoqlobulinlər ağız boşluğuna diş əti şırımı mayesindən gəlir. IgM-in ağız boşluğunda opsonizasiya və komplement tipli lizis proseslərinin təşkil olunmasında iştirak edir. Ağız boşluğunun pH-ı diaqnostik əhəmiyyət daşıyır. Ağız suyunun pH-ı isə onun mühitinin və sərt toxumaların minerallaşması və demineralləşməsi arasındakı balansın göstəricisidir. Normal halda ağız suyunun 7,28-7,3 olmaqla, zəif qələvi xassəlidir.

Tədqiqatın **məqsədi** Apibalzam-2 preparatının idmançı qadınların ağız boşluqlarının immunoloji göstəricilərinə təsirinin qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə ilk əvvəl 60 nəfər intensiv məşqlərə cəlb olunmuş, eyni sayda məşqlərdən kənarlaşdırılmış idmançı qadnlar və müqayisə üçün 40 nəfər idmanla məşğul olmamış, adi həyat tərzi keçirən qadınlarda ağız boşluğunun pHı, ümumi zülalın (q/l-lə), S-IgA, IgG və IgM miqdarları mkq/mq-la hesablanmışdır. Müayinə üçün ağız suyu nümunələri ATU-nun mikrobioloji laboratoriyasına göndərilmişdir. Daha sonra intensiv məşqlərə cəlb olunmuş 60

idmançı qadınlar bölünərək, tərəfimizdən 20 nəfər ağız boşluğu Apibalzam -2 preparatı ilə işlənmiş, eyni sayda ağız boşluğu ənənəvi antiseptik olan Xlorheksidinin 0,02% -li məhlulu ilə yaxalanmış və eyni sayda ağız boşluğunda yalnız fərdi gigiyena qaydalarını intensivləşdirmiş və intensiv məşqlərlə məşğul idmançı qadınlar olmaqla müayinə, müşahidələrə və müalicələrə cəlb olunmuşdur. Bu qruplar üzrə müalicələrə başlamamışdan qabaq, başladıqdan 3 ay sonra olmaqla 2 dəfə ağız suyu nümunələri götürülmüş və ATU-nun Mikrobioloji laboratoriyasına göndərilmiş və uyğun mütxəsislərə bioloji materialların pH-nı, ümumi zülalın (q/l-lə), S-IgA, IgG və IgM-in qrup üzrə orta miqdarını mkq/mq zülal vahidi ilə hesablamaq tapşırılmışdır. Alınan rəqəmsal göstəricilər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır, nəticələr cədvəlləşdirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Tədqiqat I mərhələsində intensiv məşqlərə cəlb olunmuş 60 nəfər idmançı qadınlar qrupundan götürülmüş ağız suyu nümunələrində ümumi zülalın orta miqdarı 4,38±0,01 q/l olmasına baxmayaraq, məşq etməyən eyni sayda olan idmançı qadınlar qrupunda bu göstərici bir qədər az, 3,80±0,02 q/l müəyyənləşdirilmişdir (Cədvəl 1).

Müayinələrə könüllü olaraq razılıq vermiş 60 nəfərlik qadınlardan ibarət qrupda ümumi zülalın orta miqdarı 3,26±0,02 q/l, S-IgA-nın miqdarı 32,4±0,07 mkq/mq, IgG-nin miqdarı 2,49±0,04 mkq/mq və IgM-in miqdarı isə 1,44±0,02 mkq/mq aşkarlanmışdır. Bu qrupda ağız suyu nümunələrinin pH göstəricisi orta hesabla 7,14±0,01 olmuşdur. Adi həyat tərzi keçirən bu qrupun qeyd etdiyimiz göstəriciləri tədqiqat zamanı etalon və norma kimi götürülmüş və digər qrupdakı nəticələr məhz bu qrupdan alınan nəticələrlə müqayisə olunmuşdur.

İntensiv məşqlərə cəlb olunmuş 60 nəfər idmançı qadınlar qrupundan götürülmüş ağız suyu nümunələrində pH göstəricisi 6,30±0,02 olmasına baxmayaraq, məşqlərə qoşulmayan digər eyni sayda idmançılar olan qrupda onun göstəricisi bir qədər yüksək 6,71±0,01 olmaqla norma kimi qəbul edilən adi həyat tərzi keçirən idmanla məşğul olmayan qadınların ağız suyu nümunələrinin eyni göstəricisinə daha yaxın olmuşdur.

Məşqlərdə iştirak edən qadın idmançıların ağız suyu nümunələrində sekretor IgA –nın orta miqdarı 28,1±0,06 mkq/mq olmasına baxmayaraq, iştirak etməyən idmançılarda onun miqdarı bir qədər yüksək, 37,2±0,21 mkq/mq müəyyənləşdirilmişdir ki, bu da adi həyat tərzi keçirən qadınların bioloji materiallarındakından bir qədər artıqdır.

IgG-nın ağız suyu nümunələrindəki miqdarı üzrə tədqiqatlarda isə intensiv məşqlərə cəlb olunmuş 60 nəfər idmançıların bioloji nümunələrində onun miqdarı 1,53±0,01 mkq/mq olsa da, eyni saylı idmanla məşğul olmayan idmançı xanımlarda daha yüksək 2,15±0,01 mkq/mq aşkarlanmışdır.

Cədvəl 1

İdmançı qadınların müxtəlif fiziki vəziyyətləri zamanı onların ağız suyu nümunələrinin bəzi immunoloji göstəricilərinin müqayisəsi

Göstəricilər	İdmançılar		p	Adi həyat tərzi keçirənlər (n=40)
	Intensiv məşq edənlər (n=60)	Məşq etməyənlər (n=60)		
Ümumi zülal (q/l)	4,38±0,01 *	3,80±0,02 *	<0,001	3,26±0,02
pH	6,30±0,02 *	6,71±0,01 *	<0,001	7,14±0,01
S –IgA (mkq/mq)	28,1±0,06 *	37,2±0,21 *	<0,001	32,4±0,07
IgG (mkq/mq)	1,53±0,01 *	2,15±0,01 *	<0,001	2,49±0,04
IgM (mkq/mq)	0,79±0,01 *	1,20±0,01 *	<0,001	1,44±0,02

Qeyd: * - p<0,001 -qruplararası dürüstlük

İntensiv məşqlərə cəlb olunmuş 60 nəfər idmançı qadınlar qrupundan götürülmüş ağız suyu nümunələrində IgM-in orta miqdarı 0,79±0,01 mkq/mq olmasına baxmayaraq, məşqlərə qoşulmayan digər eyni sayda idmançılar olan qrupda onun göstəricisi bir qədər yüksək 1,20±0,01 mkq/mq müəyyənləşdirilmişdir. Alınmış nəticələr idmançı qadınların ağız

boşluqlarındakı bəzi patoloji proseslərin səbəbinin məhz intensiv məşqlər və gərginlik olduğunu göstərir.

Tədqiqatın digər mərhələsində isə intensiv məşqlərdə iştirak edən 60 nəfər idmançı qadınlar hər birində 20 nəfər olmaqla ağız boşluğu Apibalzam-2 preparatı ilə işlənmiş, ağız boşluğu Xlorheksidinin 0,02%-li məhlulu ilə yaxalanmış və yalnız fərdi gigiyena qaydalarını intensivləşdirmiş olmaqla 3 qrupa bölünmüşdür.

Ağız boşluğu Apibalzam -2 preparatı ilə işlənmiş 20 nəfər idmançı qadınlardan götürülmüş ağız suyu nümunələrində ümumi zülalın miqdarı apipreparatın tətbiqindən əvvəl 4,38±0,03 mkq/mq olsa da, onun tətbiqinin 3 aylığında götürülmüş bioloji nümunələrdə onun miqdarı azalaraq, 3,67±0,02 mkq/mq-a qədər enmişdir (Cədvəl 2,3). Ağız boşluqları ənənəvi antiseptik olan Xlorheksidinin 0,02% -li məhlulu ilə işlənmiş idmançı qadınlar qrupundan götürülmüş bioloji nümunələrdə antiseptikin tətbqindən qabaq ümumi zülalın miqdarı 4,35±0,04 mkq/mq olmasına baxmayaraq, onun tətbiqinin 3 aylığında bu göstərici azalaraq 4,02±0,02 mkq/mq olmuşdur. Yalnız fərdi gigiyena qaydalarını intensivləşdirmiş nəzarət qrupunda isə ümumi zülalın bioloji nümunələrdəki orta miqdarı intensivləşdirmədən öncə 4,41±0,03 mkq/mq olmasına baxmayaraq, intensivləşmədən sonraaşağı enərək 3,92±0,02 mkq/mq müəyyənləşdirilmişdir. Tədqiqat zamanı ağız boşluğu Apibalzam -2 preparatı ilə işlənmiş idmançılar qrupunda onun tətbiqindən qabaq bioloji materiallardakı pH 6,30±0,05 olmasına baxmayaraq, preparatın tətbiqindən 3 ay sonra bu göstərici artaraq 6,97±0,03 aşkarlanmışdır. Ağız boşluqları ənənəvi antiseptik olan Xlorheksidinin 0,02%-li məhlulu ilə yaxalanmış idmançı qadınlar qrupundan götürülmüş ağız suyu nümunələrində antiseptikin tətbqindən qabaq pH göstəricisi 6,35±0,04 olmasına baxmayaraq, onun tətbiqinin 3 aylığında bu göstərici artaraq 6,68±0,03 -ə yüksəlmişdir. Yalnız fərdi gigiyena tədbirlərini intensivləşdirmiş intensiv məşqlərə cəlb olunmuş idmançı qadınlar qrupunda isə intensivləşdirmədən qabaq pH göstəricisi 6,33±0,03 olsa da, intensivləşmədən sonra artaraq 7,02±0,01 müəyyən olunmuşdur.

Cədvəl 2

İdmançı qadınların ağız sularındakı bəzi immunoloji göstəricilərə Apibalzam -2 preparatının təsiri

Göstəricilər	Ağız boşluğu Apibalzam -2 preparatı ilə işlənmiş (n=20)		Ağız boşluğu Xlorheksi- dinin 0,02%-li məhlulu ilə yaxalanmış (n =20)	
	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 3 ay sonra	Müalicə-dən əvvəl	Müalicədən 3 ay sonra
Ümumi zülal(q/l)	4,38±0,03	3,67±0,02 *	4,35±0,04	4,02±0,02 *
pH	6,30±0,05	6,97±0,03 *	6,35±0,04	6,68±0,03 *
S –IgA (mkq/mq)	28,1±0,11	37,4±0,32 *	27,9±0,15	34,8±0,24 *
IgG (mkq/mq)	1,49±0,012	2,20±0,027 *	1,51±0,010	1,91±0,015 *
IgM (mkq/mq)	0,70±0,013	1,43±0,015 *	0,73±0,011	1,09±0,016 *

Cədvəl 3

İdmançı qadınların ağız sularındakı bəzi immunoloji göstəricilərə yalnız gigiyena qaydalarının təsiri (nəzarət qrupu)

Göstəricilər	Yalnız fərdi gigiyena qaydalarını intensivləşdirmiş nəzarət qrupu (n=20)	
	Fərdi gigiyena qaydalarının intensiv-ləşdirilməsindən əvvəl	Fərdi gigiyena qaydalarının inten-sivləşdirilməsindən 3 ay sonra
Ümumi zülal(q/l)	4,41±0,03	3,92±0,02 *
pH	6,33±0,03	7,02±0,01
S –IgA (mkq/mq)	28,3±0,13	31,5±0,17 *
IgG (mkq/mq)	1,52±0,015	2,75±0,038 *
IgM (mkq/mq)	0,68±0,017	1,54±0,014 *

Qeyd: * - p<0,001 -qruplararası dürüstlük

Sekretor IgA-nın miqdarının bioloji materiallarda aşkarlanması üzrə hesablamalar zamanı isə apipreparat tətbiq etdiyimiz qrupdakı ağız suyu nümunələrində preparatın tətbqindən əvvəl S-IgA-nın orta miqdarı 28,1±0,11 mkq/mq olmasına baxmayaraq,onun tətbiqinin 3 aylığında artara

37,4±0,32 mkq/mq-a yüksəlmişdir. Ağız boşluqları ənənəvi antiseptik olan Xlorheksidinin 0,02% -li məhlulu ilə yaxalanmış idmançı qadınlar qrupundan götürülmüş ağız suyu

nümunələrində antiseptikin tətbqindən qabaq S – IgA –nın miqdarı 27,9±0,15 mkq/mq olmasına baxmayaraq, onun tətbiqinin 3 aylığında bu göstərici yüksələrək 34,8±0,24 mkq/mq olmuşdur. Fərdi gigiyena tədbirləri ilə kifayətlənən qrupda isə tədbirlərin intensivləşdirilməsindən əvvəl immunoqlobulinin bu subpopulyasiyasının ağız suyu nümunələrindəki orta miqdarı 28,3±0,13 mkq/mq olduğu halda intensivləşdirmənin 3-cü ayında artaraq 31,5±0,17 mkq/mq –a qədər artmışdır.

Tədqiqat zamanı IgG-in apibalzam -2 preparatı tətbiq etdiyimiz qrupdan götürülmüş ağız suyu nümunələrində miqdarı apipreparatın tətbiqindən qabaq 1,49±0,012 mkq/mq olmasına baxmayaraq, onun tətbiq olunmasının III ayında bu göstərici artaraq 2,20±0,027 mkq/mq-a qədər yüksəlmişdir. Ağız boşluqları ənənəvi antiseptik olan 0,02%-li Xlorheksidinin məhlulu ilə yaxalanmış idmançı qadınlar qrupundan götürülmüş ağız suyu nümunələrində antiseptikin tətbqindən əvvəl IgG–nin miqdarı 1,51±0,010 mkq/mq olmasına baxmayaraq, onun tətbiqinin 3 aylığında bu göstərici yüksələrək 1,91±0,015 mkq/mq olmuşdur. Fərdi gigiyena tədbirlərini hər gün 3 dəfə dişlərini fırçalamaqla intensivləşdirən idmançı qadınlar qrupunda isə intensivləşdirmədən qabaq bu növ immunoqlobulinin bioloji nümunələrdəki orta miqdarı 1,52±0,015 mkq/mq olsa da intensivləşmədən 3 ay sonra bu göstərici qalxaraq, 2,75±0,038 mkq/mq –a yüksəlmişdir.

IgM-in ağız suyu nümunələrindəki miqdarını hesablayarkən isə, ağız boşluqları Apibalzam-2 preparatı ilə işlənmiş qrupda onun tətbiqindən qabaq IgM-in orta miqdarı 0,70±0,013 mkq/mq olduğu halda, onun istifadəsinin 3 aylığında 2 dəfəyə qədər artaraq, 1,43±0,015 mkq/mq-a qədər artmışdır. Ağız boşluqları ənənəvi antiseptik olan 0,02%-li Xlorheksidinin məhlulu ilə yaxalanmış idmançı qadınlar qrupundan götürülmüş ağız suyu nümunələrində antiseptikin tətbqindən öncə IgM –in miqdarı 0,73±0,011 mkq/mq olduğu halda, onun tətbiqinin III ayında bu göstərici yüksələrək 1,09±0,016 mkq/mq hesablanmışdır. Yalnız fərdi gigiyena tədbirlərini intensivləşdirmiş intensiv məşqlərə cəlb olunmuş idmançı qadınlar qrupunda isə intensivləşdirmədən qabaq IgM-in bioloji materiallardakı orta miqdarı 0,68±0,017 mkq/mq olmasına baxmayaraq, intensivləşdirmənin 3 aylığında 3 dəfəyə qədər artaraq 1,54±0,014 mkq/mq-a yüksəlmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Карпман В.Л. Спортивная медицина. Учебник для институтов физической культуры. М. 2006, с.140-142
2. Меерсон Ф.З., Капелько В.И. Современные представления о механизмах сокращения и расслабления сердечной мышцы // Успехи физиологических наук, 2006, №2, с.21-41
3. Соколова Н.И., Люгайло С.С. Миогимнастические упражнения в комплексной системе превентивной реабилитации спортсменов / Спортивная медицина, лечебная физкультура и валеология. Материалы 12 научно-практической конференции,. Одесса, 2006, с.224-229.
4. Mochida N., Umeda T., Yamamoto Y. The main neutrophil and neutrophil-related functions may compensate for each other following exercisea finding from training in university judoists // Luminescence, 2007, v.22, №1, p.20-28.

Резюме

Оценка влияния натуральных препаратов на иммунологические показатели полости рта у женщин спортсменок

Ю.Г. Ахундов, Ш.А. Мамедова, Г.Х. Алиев, К.Б.Шахбазов

Были проведены исследования полости рта у 60 профессиональных спортсменок. Для сравнительного анализа **полученных** показателей была организована контрольная группа женщин, которая вела обычный образ жизни. Было найдено, что основной причиной развития некоторых патологических процессов в полости рта спортсменок были интенсивные физические нагрузки. Клинические и лабораторные исследования вывили высокую противовоспалительную эффективность препарата Апибальзам-2.

Summary

Assessing the impact of natural preparations for oral immunological parameters in women athletes

Y.Q. Akhundov, Sh.A. Mamedov, G.H. Aliyev, K.B. Shakhbazov

Studies have been conducted in the oral cavity of 60 professional athletes. For a comparative analysis of the indicators was organized by a control group of women who led a normal life. It was found that the main cause of certain pathological processes in the oral cavity athletes were intense

exercise. Clinical and laboratory studies have shown high efficiency of anti-inflammatory drug Apibalzam-2.

Daxil olub: 30.04.2014

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

С.З.Гараева

Азербайджанский медицинский университет, Кафедра детских болезней II лечебно-профилактического факультета

Açar sözlər: yenidoğulmuşların erkən adaptasyası, bərpa, bətndaxili inkişafın ləngiməsi
Ключевые слова: ранняя адаптации новорожденных, реабилитация, задержка внутриутробного развития
Keywords: early neonatal adaptation, rehabilitation, intrauterine growth retardation

В настоящее время проблема задержки внутриутробного развития (ЗВУР) является актуальной. Это связано с тем, что данная патология имеет большой удельный вес в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности и может приводить к серьезным последствиям в дальнейшем развитии ребенка, к тяжелым неврологическим расстройствам, повышает риск интеллектуальной неполноценности, снижая качество последующей жизни [1,2,3].

Доказано, что ЗВУР может оказывать отрицательный эффект на рост внутренних органов, в том числе мозга. Дети с пренатальной гипотрофией рождаются с выраженными нарушениями обменных процессов, сниженной функцией ферментных систем, дисбалансом липидного обмена. При ЗВУР предполагается недоразвитие внутренних органов, матки и яичников [4,5].

Задержка внутриутробного развития может вести к изменению функции органов и систем вследствие нарушения постнатальной адаптации и негативно влияет на развитие ребенка на последующих этапах онтогенеза. Несмотря на ряд работ, посвященных этой проблеме, задержка внутриутробного развития требует более углубленного изучения характеристики адаптационного периода новорожденных детей с различными клиническими вариантами задержки внутриутробного развития.

Цель работы: выявить особенности периода адаптации у новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития для совершенствования их реабилитации в условиях послеродовой адаптации.

Материалы и методы. Изучены особенности раннего неонатального периода и состояния здоровья 315 новорожденных со ЗВУР, родившиеся в срок 37-41 недель беременности. Из них 168 (53,3%) мальчиков и 147 (46,7%) девочек. Разделение групп проведено по клиническим вариантам ЗВУР: 172 ребенка вошли в группу с асимметрическим вариантом ЗВУР при рождении, 143 ребенка- с симметрическим вариантом ЗВУР. Клинические исследования проводились в Научно-Исследовательском Институте Педиатрии им. К.Фараджевой и в Республиканском Перинатальном Центре г.Баку.

Задержка внутриутробного развития диагностировалась у детей, имеющих снижение массы тела при рождении на 1,5-2 и более стандартных отклонений или ниже 10 перцентиля оценочных таблиц при данном сроке беременности матери, и (или) морфологический индекс зрелости, отстающий на 2 и более недель от истинного гестационного возраста. Морфологическая зрелость и соответствие её гестационному возрасту определялись по шкале Балларда. Оценку состояния детей при рождении проводили с использованием шкалы Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни. Проведен анализ данных новорожденных, таких как – гестационный возраст новорожденных, время

первого прикладывания к груди, частота встречаемости и продолжительность неонатальной желтухи.

Статистическая обработка данных проводилась методами вариационного (t-Стьюдент) и дискриминантного (χ2-Пирсон) анализов. Различия считались статистически значимыми при значении уровня различий сравниваемых величин p<0,05.

Результаты исследований. Результаты анализа оценки состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде приведены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика неонатального периода

Характеристика неонатального периода		ЗВУР (n=315)	Варианты ЗВУР		Контрольная группа (n=119)
			Асимметричный (n=172)	Симметричный (n=143)	
Срок гестации		39,1±0,1 (37-41)	39,2±0,1(37-41)	39,0±0,1 (37-41)	38,8±0,1 (37-41)
Шкала Апгар	1 мин	6,86±0,02(5-7) *	6,92±0,02 (5-7)	6,78±0,04 (5-7) ***###	6,94±0,03 (5-8)
	5 мин	7,60±0,03 (5-8) ***	7,67±0,04 (5-8) ***	7,50±0,05 (5-8) ***##	7,90±0,03 (6-8)
Прикладывание к груди		1,97±0,07 (1-9) ***	1,55±0,06 (1-5) **	2,48±0,13 (1-9) ***###	1,26±0,05 (1-3)
Неонаталь-ная желтуха	Кол-во	75 (23,8±2,4%)	26 (15,1±2,7%)	49 ### (34,3±4,0%	–
	Продолжить	6,7±0,6 (3-20)	6,8±1,0(3-20)	6,6±0,5 (3-10)	–

Прим.: статистическая значимая разница с показателями: 1. контрольной группы: *-p_1<0,05; **-p_1<0,01; ***-p_1<0,001; 2. группы асимметричной ЗВУР: #0p_2<0,05; ##-p_2<0,01; ###-p_2< 0,001

Полученные результаты показывают, что средний гестационный возраст обследованных детей с ЗВУР составляет 39,1±0,1 недель. Оценка состояния здоровья новорожденных по шкале Апгар приведены в представленной таблице. На 1 минуте жизни адаптационные возможности организма новорожденных детей с ЗВУР 6,86±0,02 ниже, чем в контрольной группе 6,94±0,03 (p_1<0,05). На 5 минуте адаптационные возможности новорожденных с ЗВУР достоверно повышаются 7,60±0,03 по сравнению с контрольной группой 7,90±0,03 (p_1 < 0,001), т.е. на 5-й минуте жизни у обследованных детей с ЗВУР улучшились показатели шкалы Апгар.

Наряду с этим, у новорожденных с симметричным вариантом в оценке их состояния по шкале Апгар на 1 и 5-ой минутах отмечалась достоверная разница с асимметричным вариантом ЗВУР. Так, на 1-ой минуте жизни у детей с симметричным вариантом оценка по шкале Апгар была достоверно ниже 6,78±0,04 по сравнению с асимметричным вариантом ЗВУР 6,92±0,02 (p_2<0,001); на 5-ой минуте при симметричном варианте - 7,50±0,05, асимметричном варианте - 7,67±0,04 баллов (p_2<0,01) (рис.)



Рис. Оценка состояний новорожденных по шкале Апгар в сравниваемых группах

С первого дня жизни дети со ЗВУР нуждаются в дифференцированном режиме вскармливания. Выбор способа вскармливания, времени первого прикладывания ребенка к груди, частоты кормлений проводится с учетом общего состояния новорожденного, наличия сосательного и глотательного рефлексов. По нашим результатам, новорожденных детей с ЗВУР прикладывают к груди на 1,97±0,07 сутки, что достоверно позже, чем в контрольной группе - на 1,26±0,05 сутки (p_1<0,001). Причем, детей с асимметричным вариантом ЗВУР в первый раз к груди прикладывают достоверно раньше на 1,55±0,06 сутки, тогда как при симметричном варианте – на 2,48±0,13 сутки (p_2<0,001).

В раннем неонатальном периоде гипербилирубинемия с критическим уровнем непрямой фракции билирубина (220 мкмоль/л), выражающаяся иктеричностью склер и кожных покровов, превалирует у новорожденных с симметрическим вариантом ЗВУР. По результатам наших исследований у новорожденных со ЗВУР неонатальная желтуха встречалась в 23,8±2,4% случаях, в то время как у новорожденных с асимметрическим вариантом ЗВУР желтуха отмечалась достоверно ниже 15,1±2,7%, чем у детей с симметрическим вариантом-34,3±4,0% (p_1<0,001). Длительность желтухи у новорожденных с ЗВУР составила 6,7±0,6 суток.

Заключение. Течение раннего неонатального периода у детей с задержкой внутриутробного развития, характеризовалось рядом патологических синдромов и состояний. Неонатальная (конъюгационная) желтуха чаще отмечалась у детей с ЗВУР. Доношенные новорожденные с ЗВУР по сравнению с детьми из группы контроля достоверно чаще рождались в тяжелом состоянии, имели низкую оценку по шкале Апгар. Вследствие этого, установление самостоятельного грудного вскармливания у новорожденных детей с ЗВУР, особенно при симметричном варианте, требовало более длительного периода.

Таким образом, морфофункциональные особенности организма новорожденных с внутриутробной задержкой роста определяют характер течения раннего неонатального периода, который характеризуется более низкими компенсаторно-приспособительными реакциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baschat A.A., Hecher K. Fetal growth restriction due to placental disease // Semin. Perinatol., 2004, v.28, p. 67-80.
2. Tan T.Y., Yeo G.S. Intrauterine growth restriction // Curr. Opin. Obstet. Gynecol., 2005, v. 17, № 2, p.135-142.
3. Евсюкова И.И., Фоменко Б.А., Андреева А.А. Особенности адаптации новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития // Журн акуш и жен бол., 2003, №4, с.23-27.
4. Дементьева Г.М. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии (прилож. к журналу). М., 2003, 89 с.
5. Militello M., Elisa M. Pappalardo, et al. Obstetric management of IUGR // J Prenat Med., 2009, v. 3(1), p.6-9

Xülasə

Bətndaxili inkişaf ləngiməsi olan yenidoğulmuşların erkən adaptasiyasının xüsusiyyətləri

S.Z.Qarayev

Tədqiqatın məqsədi bətndaxili inkişafdan qalan yenidoğulmuşların reabilitasiyasının təkmilləşdirilməsi üçün onların adaptasiya dövrünün xüsusiyyətlərinin öyrənilməsindən ibarətdir. Tədqiqatda 315 bətndaxili inkişafdan qalmış yenidoğulmuşun neonatal dövrdə səhhəti öyrənilmişdir. Bu uşaqlar 37-41 həftəlikdə doğulmuşlar. Onlardan 168 (53,3%) oğlan və 147 (46,7%) qız olmuşdur. 172 uşaq doğuş zamanı bətndaxili inkişafdan qalmanın assimetrik variantına, 143 uşaq simmetrik variantına daxil edilmişdir. Bətndaxili inkişafdan qalmış uşaqlarım orqanizmin morfofunksional xüsusiyyətləri neonnatal dövrün gedişatının xarakterini təyin edir. Bu uşaqlar aşağı kompensator-uyğunlaşma reaksiyaları ilə fərqlənir.

Summary

Especially in early adaptation newborns With intrauterine growth

S.Z. Garayeva

The objective was identify the features of the adaptation period in newborns with intrauterine growth to improve their rehabilitation in postnatal adaptation. The peculiarities of early neonatal period and the health of 315 infants with IUGR born at term 37-41 weeks of pregnancy. Of these, 168

(53.3%) boys and 147 (46.7%) girls. The separation of groups conducted by clinical variants of IUGR: 172 children included in the group with an asymmetric variant of IUGR at birth, 143 children - with symmetric IUGR option. Morphological and functional characteristics of the organism newborns with intrauterine growth retardation determine the nature of the early neonatal period, which is characterized by lower compensatory-adaptive reactions.

Daxil olub: 06.05.2014

ВЫРАЖЕННОСТЬ АУТОИММУННЫХ РЕАКЦИЙ У ЛИЦ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ф.Х. Саидова, О.М. Шахсуваров, Р.Г. Гусейнов, Л.М. Ахмедова, Н.О.Шахсуварова
НЦХ им. М.А.Топчибашева, ГИУВ им. А. Алиева, г.Баку

Açar sözlər: diffuz-toksik ur, autoimmun pozuntu
Ключевые слова: ДТЗ, узловой зоб, аутоиммунные нарушения.
Keywords: Graves' disease, nodular goiter, autoimmune disorders

Значительный рост тиреоидной патологии, не вполне удовлетворительные результаты хирургического лечения, который удерживает прочные позиции в нашей стране, заставляют клиницистов изучать влияние различных факторов на отдаленные результаты оперативного вмешательства [2,3,4,5]. Прошло около 30 лет с тех пор, как была выдвинута гипотеза аутоиммунного поражения щитовидной железы (щ.ж.) при диффузном токсическом зобе (ДТЗ) и аутоиммунном тиреоидите [8]. В литературе широко освещена проблема состояния иммунной системы при ДТЗ и узловых образованиях щ.ж. Однако, что касается, состояния и роли аутоиммунных реакций в развитии послеоперационных осложнений при хирургическом лечении заболеваний щ.ж., то эти исследования немногочисленны, а выводы их противоречивы [3,6,7]. Лимфоциты, участвующие в иммунном ответе, представляют собой неоднородную популяцию, различающуюся по генетическим и функциональным особенностям. Для их систематизации предложена классификация CD, в основу которой положены различия между кластерами клеток поверхностных дифференцировочных маркеров. В настоящее время на цитоплазматической мембране лимфоцитов открыт специализированный рецептор для индукции апоптоза-CD95+(Fac/APO-1). CD95+ рецептор принадлежит к суперсемейству фактора некроза опухолей. На настоящий момент огромный интерес представляет экспрессия CD95+- антигена на лимфоцитах, поскольку последние чувствительны к Fac опосредованному апоптозу. Апоптоз является одним из основных регуляторов иммунной системы. Учитывая тот факт, что почти половина лимфоцитов периферической крови в здоровом организме находится в активированном состоянии готовом к апоптозу и несет на себе маркер CD95+, можно предположить что индукция апоптоза лимфоцитов при ДТЗ способна усугублять и расширять имеющийся иммунодефицит клеточных факторов и поляризовать иммунный ответ в сторону Th-2 опосредованных и аутоиммунных реакций [1].

Целью нашего исследования было изучение выраженности аутоиммунных реакций у лиц с ДТЗ и узловым и многоузловым эутиреоидным зобом.

Материалы и методы исследования. Данное исследование основано на изучении аутоиммунитета у 25 больных ДТЗ и 20 пациентов с узловым и многоузловым эутиреоидным зобом, подвергшихся оперативному вмешательству в отделении эндокринной хирургии НЦХ им. акад. М.А.Топчибашева за период 2012-2013 гг. Возраст пациентов в дооперационном периоде колебался от 18 до 69 лет. Среди них было 38(84,4 %) женщин и 7(15,6%) мужчин. Характеристика больных ДТЗ и узловым и многоузловым зобом, обследованных в дооперационном периоде, по полу, возрасту и морфологической форме зоба представлена в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Характеристика больных диффузным токсическим зобом

Возраст больных	Кол-во больных	Пол		Гистологическое строение		
		м	ж	Аденома-тозный, преим. микро-фолликулярный	Коллоидный, преим. макро-фолликул-ярный	аденомат + аденома
18-30	7		7	6		1
31-40	8	1	7	6		2
41-50	4		4	3		1
51-60	6	4	2	6		
61 и старше						
Всего	25 (100%)	5 (20,0%)	20 (80,0%)	21		4

Таблица 2

Характеристика больных узловым и многоузловым эутиреоидным зобом

Возраст больных	Кол-во больных	Пол		Гистологическое строение		
		м	ж	Аденома-тозный, преим. микро-фолликулярный	Коллоидный, преим. макро-фолликул-ярный	аденомат+ аденома
18-30						
31-40	1		1			1
41-50	8	1	7	5	1	2
51-60	7		7	6		1
61-70	4	1	3	3		1
Всего	20 (100%)	2 (10,0%)	18 (90,0%)	14	1	5

Чаще тиреоидной патологией болеют женщины, в возрасте от 41 до 60 лет. В исследуемых группах больных они составили 55,5% пациентов. В обеих группах большинство пациентов составляют женщины: с ДТЗ- 20 (80,0%), узловым и многоузловым зобом- 18 (90,0%) больных. По тяжести токсикоза пациенты с ДТЗ распределились следующим образом: легкой формы- 3, средней тяжести- 11, тяжелой формы- 11 человек. Группу больных с узловыми формами зобами составили 3 пациента с одним узлом в ткани щ.ж. и 17- с множественными узлами. В дальнейшем в тексте для облегчения изложения материала мы будем группу больных с узловыми и многоузловыми формами зоба описывать как группу с узловым зобом.

Контрольную группу составили практически здоровые люди (35 человек)- близкие по возрастной характеристике к исследуемой группе больных. Фенотипирование лимфоцитов осуществляли в соответствии с указаниями производителя ООО(«Сорбент», Россия). В исследовании определяли мембранные CD- антигены к CD3+, CD4+, CD8+, CD95+. Подсчет позитивных клеток проводили с помощью флуоресцентного микроскопа. Циркулирующие иммунные комплексы в сыворотке крови определяли осаждением полиэтиленгликолем с молекулярной массой 6000 (фирма LOBA CHEMIE) методом, предложенным Creighton и соавт., Digeon и соавт. в модификации В.Гашковой и соавт. Оценку результатов между группами проводили в рамках непараметрической базовой статистики с использованием критерия U- Вилкоксона- Манна- Уитни.

Результаты и их обсуждение. В дооперационном периоде у больных ДТЗ (N=25) отмечается снижение абсолютного содержания Т-лимфоцитов, Т-хелперов и цитотоксических супрессоров ($p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$ соответственно) по сравнению с котрольной группой. Соотношение CD4+/CD8+ повышено ($p<0,01$) (таблица 3). Уровень CD95+ маркера у больных ДТЗ составляет 59,2±1,2%, что статистически значимо выше относительно данных в контрольной группе-51,7±2,0% ($p<0,002$) (рис.1). В гуморальном звене

наблюдается повышение содержания ЦИК-87,6±3,6 ед.опт.плотн. в сравнении с контролем- 64,3±5,02 ед.опт.плотн. (p<0,001) (рис.2). Т.е. у лиц данной группы имеются выраженные аутоиммунные изменения. Причем с нарастанием тяжести токсикоза эти изменения становятся более глубокими, что свидетельствует о нарастании аутоиммунных феноменов (таблица 3).

Таблица 3

Состояние иммунореактивности у лиц с ДТЗ и узловым зобом (M±m)

Группы обследованных	CD3+, %	CD4+,%	CD8+,%	CD4+/ CD8+
Контрольная группа	66,5 ± 1,4	37,9± 0,9	28,3± 0,8	1,4± 0,04
ДТЗ (N=25)	50,3±1,7*	31,8± 0,9*	19,2±1,0*	1,74± 0,07*
ДТЗ легкой формы (N=3)	61,4± 0,9***	34,8± 0,8***	25,6± 1,0***	1,36± 0,02**
ДТЗ средней тяжести (N=11)	52,2± 1,8*	33,3± 1,2*	19,9± 0,9*	1,68± 0,06*
ДТЗ тяжелой формы (N=11)	42,9± 1,7*●	29,0± 1,5*	15,2± 1,3*●	1,9± 0,1*
Узловой зоб (N=20)	57,7± 1,1*	34,5± 0,9*	23,6± 0,6*	1,47± 0,04

Примечание: *- статистически достоверные различия с контрольной группой; **- статистически достоверные различия между группами больных ДТЗ(N=25) и ДТЗ легкой формы; Δ- статистически достоверные различия между группами больных ДТЗ(N=25) и ДТЗ средней тяжести; ●- статистически достоверные различия между группами больных ДТЗ(N=25) и ДТЗ тяжелой формы

У лиц с узловым зобом в дооперационном периоде отмечается снижение абсолютного количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров (p<0,001, p<0,01 p<0,001 соответственно) в сравнении с контрольной группой. Соотношение CD4/ CD8 изменено статистически недостоверно (таблица 3). У больных узловым зобом отмечается статистически незначимое повышение CD95+ маркера-55,8±0,8% (рис.1). Уровень ЦИК составил 72,7±2,1ед. опт. плотн., что статистически недостоверно отличается от показателя контрольной группы (64,3± 5,02 ед.опт.плотн.) (рис.2). Т.е. у пациентов этой группы отмечается напряженность адаптационных механизмов иммунной системы.

Сравнительное изучение иммунологического статуса больных ДТЗ и узловым зобом выявило однотипную направленность его изменений. Однако, более выраженные изменения наблюдались у лиц с ДТЗ. А именно уровни CD3+, CD4+, CD8+ достоверно ниже в этой группе больных (p<0,001, p<0,05 p<0,001соответственно); соотношение же CD4+/CD8+ выше, чем у лиц с узловым зобом (p<0,001) (табл. 3). Уровень CD95+ статистически значимо выше у больных тиреотоксикозом (p<0,05) (рис. 1). В гуморальном звене - уровень ЦИК у пациентов с ДТЗ составил 87,6± 3,6 ед. опт. плотн., что достоверно выше показателя больных узловым зобом -72,7± 2,1ед.опт.плотн. (p<0,002).(рис.2).

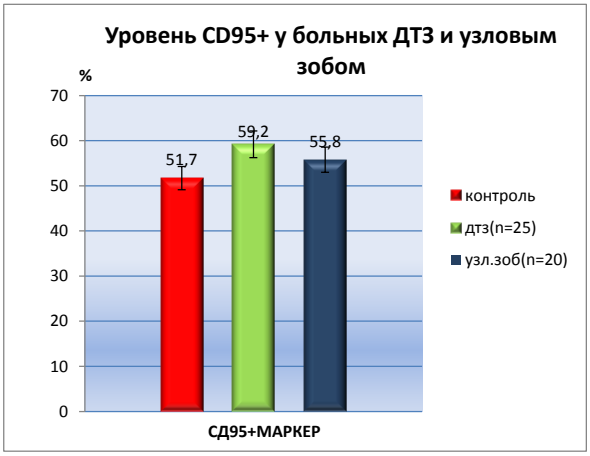


Рис. 1

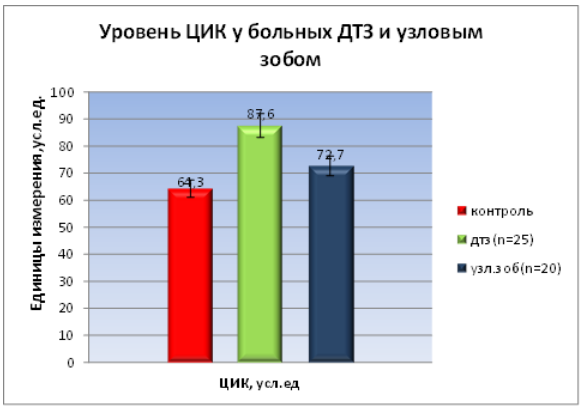


Рис.2

Таблица 4
Состояние иммунореактивности у лиц с ДТЗ и узловым зобом в зависимости от выраженности аутоиммунных реакций (M±m)

Группа обследованных	CD3+, %	CD4+,%	CD8+,%	CD4+/ CD8+
ДТЗ (N=25)	50,3±1,7	31,8± 0,9	19,2±1,0	1,74± 0,07
ДТЗ (N=8)	42,3±1,9*	26,1±1,1*	13,8±0,9*	1,92±0,07
Узловой зоб (N=20)	57,7± 1,1	34,5± 0,9	23,6± 0,6	1,47± 0,04
Узловой зоб (N=7)	52,8±1,8**	31,7±1,0**	20,4±0,9**	1,56±0,08

Примечание: *- статистически достоверные различия между группами больных с ДТЗ; ** - статистически достоверные различия между группами больных с узловым зобом

Далее мы сопоставили иммунологические показатели лиц с более выраженными аутоиммунными изменениями с общей группой пациентов внутри обеих групп. Среди 25 больных ДТЗ 32% составили лица с выраженными аутоиммунными изменениями, а среди 20 больных узловым зобом- 35%. Сравнительная характеристика их аутоиммунных изменений представлена в таблце 4 и рис.3, 4, 5, 6.

Как видно, из таблицы 4 у лиц с ДТЗ с выраженными аутоиммунными реакциями уровни CD3+, CD4+, CD8+ выше, чем в общей группе с ДТЗ ($p<0,002$, $p<0,001$, $p<0,001$). Иммунорегуляторный индекс повышен статистически недостоверно. Уровень CD95+ и ЦИК в группе ДТЗ с выраженными аутоиммунными нарушениями (n=8) имеют самый высокий уровень (63,4±0,9% и 103,7± 5,2 ед опт плотн., соответственно), что статистически значимо выше данных контроля и данных в общей группе ДТЗ(N=25) ($p<0,01$, $p<0,01$)(рис. 3,4).

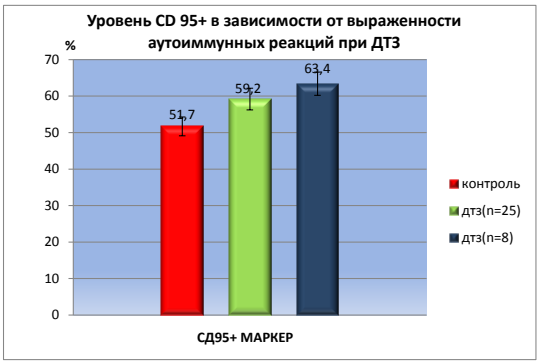


Рис.3

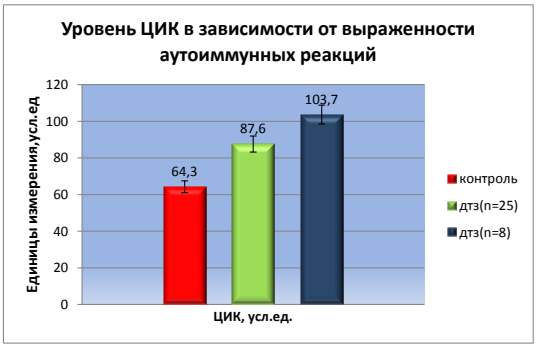


Рис.4

В группе больных с узловым зобом изменения однотипны. Показатели CD3+, CD4+, CD8+ выше у пациентов с выраженными аутоиммунными реакциями (N=7) в сравнении с общей группой (N=20) ($p<0,05$, $p<0,05$, $p<0,01$) (таблица 4). Соотношение CD4+/ CD8+ и уровень CD95+ статистически недостоверно выше, чем в общей группе (таблица 4, рис. 5). Показатель ЦИК достоверно выше в первой группе ($p<0,01$) (рис. 6).



Рис.5

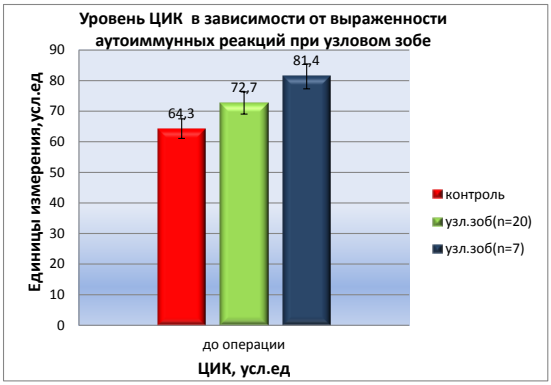


Рис.6

Из вышеизложенного следует, что группа лиц с ДТЗ и узловым зобом с выраженными аутоиммунными нарушениями характеризуется статистически устойчивым повышением показателей клеточного иммунитета и ЦИК, а первая группа еще и достоверным повышением маркера CD95+. Итак, у пациентов с ДТЗ и узловым зобом отмечаются однонаправленные иммунные нарушения, однако, в первой группе они статистически значимо более глубокие по всем показателям. В каждой из групп имеются больные с более выраженными аутоиммунными изменениями: в группе с ДТЗ они составляют 32% пациентов, в группе с узловым зобом- 35%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арефьева А.С. Роль апоптоза в развитии системных аутоиммунных заболеваний. Иммунология, 2014, том 35, №2, с.103-107
2. Бубнов А.Н., Кузьмичев А.С., Трунин Е.М. Возникновение рецидивного токсического зоба // Пробл эндокринологии 2002, т.48, №1,с.21-24
3. Саидова Ф.Х., Султанова Ф.А., Замотаева Г.А., Ахмедова Л.М. Роль генетических и иммунологических маркеров в прогнозе хирургического лечения многоузлового эутиреоидного зоба, Баку, «Тэбиб», 2012, 134 С.
4. Danese D, Sciacchitano S,Gardini A, Andreoli M Postoperative hypothyroidism // Minerva Endokrinologica,1996, v.23, №3, p.85-91
5. Dorbach M., Schicha H. Frequency and temporal occurrence of a functional autonomy in recurring goiter // Nuklearmedizin, 1993, v.32, №6, p.316-320.
6. Padova Di F., Padova Di C., Rovgnati P., Tritapepe R. Appearance of spontaneously Ig secreting B cells in human peripheral blood after surgery // Clin. Exp. Immunol., 1986, v.65, N3, p. 582-588
7. Nevinsky G.A., Breusov A.A., Baranovskii A.G. et al Effect of different drugs on the level of DNA- hydrolyzing Polyclonal IgG antibodes in sera of patients with Hashimotos thyroiditis and nontoxic nodal goiter // Med Sci Monit., 2001, v. 7, N2, p. 201-211.
8. Volpe R. Autoimmunity causing thyroid dysfunction // Endocr. and Metab. Clin. Of North Am., 1991, v.20, N 3, p.565-587.

Xülasə

Tireoid patologiyalı şəxslərdə autoimmun reaksiyaların kəskinliyi

F.X.Saidova, J.M.Şahsuvarov, R.Q.Hüsynova, L.M.Əkmədova, N.O.Mahsuvarova

Tədqiqat işinin məqsədi diffuz-toksiki ur və çoxdüyünlü eutireoid ur olan şəxslərdə autoimmun reaksiyaların kəskinlik dərəcəsinin öyrənilməsindən ibarətdir. Həmin tədqiqat şiş difuz-toksiki ur olan 25 və düyünlü və çoxdüyünlü eutireoid ur olan 20 xəstənin autoimmunitetinin öyrənilməsinə əsaslanmışdır. Bu xəstələr 2012-2013-cü illərdə akad. M.A.Topçubaşov ad. ECM-in endokrin cərrahiyyə şöbəsində cərrahi müdaxilədən keçmişlər. Əməliyyatdansonrakı dövrdə xəstələrin yaşı 18-69 yaş arasında olmuşdur. Onlardan 38(84,4 %) nəfər qadın və 7(15,6%) nəfər kişi olmuşdur. Aparılan tədqiqatlardan məlum olur ki, diffuz-toksiki ur və çoxdüyünlü eutireoid ur olan şəxslərdə qabarıq autoimmun pozuntular hüceyrə və sirkulyasiya edən immun komplekslərinin davamlı statistik dürüst artması ilə xarakterizə olunur.

Summury

Expressiveness autoimmune reaction in persons with thyroid pathology

F.Kh. Saidova, O.M. Shahsuvarov, R.G.Huseynova, L.M. Ahmedova, N.O.Shahsuvarov

The aim of our study was to investigate the severity of autoimmune reactions in patients with Graves' disease and nodular and multinodular euthyroid goiter. This study is based on the study of autoimmunity in 25 patients DTZ and 20 patients with nodular and multinodular euthyroid goiter who underwent surgery in the Department of Endocrine Surgery NTSH them. Acad. M.A.Topchibasheva for the period 2012-2013. The age of patients in the preoperative period ranged from 18 to 69 years.

Among them were 38 (84.4%) women and 7 (15.6%) men. From the above it follows that the group of people with Graves' disease and nodular goiter with severe autoimmune disorders characterized by statistically steady increase in cellular immunity and the CEC.

Daxil olub: 22.05.2014

.

SÜD VƏZİSİNİN PALPASİYA OLUNMAYAN ŞİŞLƏRİNİN STEREOTAKTİK VAKUUM BİOPSİYASI

P.R.Quliyev
Ege Universiteti, radiologiya kafedrası, İzmir

Açar sözlər: süd vəzisi şişləri, palpasiya olunmayan, stereotaktik vakuum biopsiya
Ключевые слова: опухоли молочной железы, непальпируемые. стереотаксическая вакуумная биопсия
Keywords: breast cancer, palpable. Stereotactic vacuum biopsy

Palpasiya olunmayan süd vəzisi şişlərinin radioloji müayinələr vasitəsi ilə istiqamətləndirilən perkutan biopsiya metodları dünyada açıq cərrahi biopsiya ilə rəqabət apara biləcək alternativ metod hesab olunur. 1989-cu ildən aparılan bir neçə tədqiqat işində mammoqrafiya müayinə nəticəsində aşkar edilən süd vəzisi şişlərinin diaqnozunun qoyulmasında stereotaktik vakuum biopsiyasının effektliyi və təhlükəsizliyi sübut edilmişdir [1-10]. Biopsiya masasında xəstə üzüstə yerləşdirilir. Stereotaktik vakuum biopsiyasının həssas və spesifik olması, eləcə də, qeyri-adekvat nümunələr götürülməsinuin aşağı tezliyi nəticəsində effektivliyi təsdiqlənir.

Nəşr olunmuş bir çox tədqiqatların nəticələri stereotaktik vakuum biopsiyasının daha çox üzüstə uzadılmaqla aparılan müayinədə effektliyinin artdığını təsdiqləyir. Caines və başqaları [11] standart mammoqrafiya cihazı üzərinə quraşdırılmış stereotaktik avadanlığın tətbiqilə iynə biopsiyasını təsvir edənlər arasında birincilərdən olmuşlar. 2006-cı ildən bəri bizim mərkəz (Ege Universiteti, Tibb Fakültəsi, Radiologiya kafedrası, İzmir, Türkiyə), süd vəzisi şişlərinin stereotaktik vakuum biopsiyasını həyata keçirir. Bu texnikanın dəqiqliyini qiymətləndirmək üçün biz bu tədqiqatı tamamlamağı qarşımıza **məqsəd** qoymuşuq.

Tədqiqatın material və metodları. Bizim tədqiqatda, Ege Universiteti Tibb Fakultəsi Radiologiya kafedrasında, 2008-ci ilin oktyabr ayından 2011-ci ilin fevralına kimi 57 xəstədə palpasiya olunmayan süd vəzisi törəmələrinin stereotaktik vakuum biopsiyası nəticələri retrospektiv olaraq incələnmişdir. Xəstələrin yaş intervalı 40-69 yaşlar arasındadır (ortalama 50.8 yaş). Aparılmış mammoqrafiya müayinəsi nəticəsində BİRADS 4 və 5 kateqoriyada dəyərləndirilən şübhəli mikrokalsinatlara stereotaktik vakuum biopsiyası tətbiq edilmişdir. Əldə olunan nəticələr dəyərləndirilərək stereotaktik vakuum biopsiya metodunun müsbət proqnostik dəyəri (MPD) hesablanmışdır. Müsbət proqnostik dəyər biopsiya nəticəsində əldə olunan bədxassəli diaqnozların sayının BİRADS 4 və 5 kateqoriyalarda yer alan zədələrin toplam sayının nisbəti olaraq hesablanmışdır.

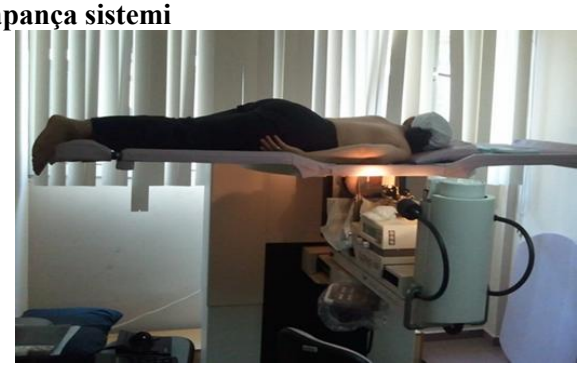
Bütün biopsiyalar süd vəzisi müayinələri üzrə ixtisaslaşmış radioloq-həkimlər tərəfindən həyata keçirilib. Bütün müayinələr, üzərində mammoqrafiya cihazı olan, xüsusi masa (Lorad Multicare Platinum, Hologic, Bedford) üzərində üzüüstə uzadılmış pozisiyada 9G kəsici iynə istifadə edən ATEC-Suros tapança sistemi ilə aparılıb. İlkin diaqnostik mammoqrammalar nəzərdən keçirildikdən sonra hədəf nahiyəsi seçilib. Dəri tam təmizləndikdən və 2%-li Lidokain (Xylocaine, Astra-Zeneca Pharmaceuticals, Wilmington, DE) məhlulu ilə dəridə kiçik qovuqcuq əmələ gətirildikdən sonra biz xəstənin dərisində skalpel vasitəsi ilə kiçik dəlik açırıq və avtomatik iynə vasitəsilə zədə yerini punksiya edirik. Bunun ardınca biopsiyaların hamısı ilkin punksiya nahiyəsindən həyata keçirilir. İynənin vasitəsi ilə əlavə olaraq ilkin mərkəzi biopsiyadan 2-5 mm aralı 12-, 3-, 6- və 9 radələrindən əlavə materiallar əldə

olunmuşdur. Alınan nümunələrin tərkibində mikrokalsinatların olması, nümunələrə aparılan kontrol mammoqrafiya müayinəsi ilə təsdiqlənib. İstifadə olunan avadanlıq, xəstə pozisiyası və əldə olunan preparatın makroskopik görüntüsü Şəkil 1-4 də göstərilmişdir.

Əldə olunan biopsiyaların nəticələrinin histopatoloji diaqnozları Brenner və başqalarının (15) təsvir etdiyi modifikasiya olunmuş təsnifat sisteminə müvafiq olaraq təsvir edilmişdir: qeyri-spesifik xoşxassəli tapıntılar (fibrokistik dəyişikliklər, duktal hiperplaziya, stromanın fibrozu), spesifik xoşxassəli tapıntılar (məsələn, fibroadenoma), atipik tapıntılar (məsələn, atipik lobulyar hiperplaziya, atipik duktal hiperplaziya, yaxud atipik fibroepitelial dəyişiklik), atipik – yüksək risk qrupunda olan tapıntılar (məsələn, xoşxassəli filloid şiş və ya radial çapıq), qeyri-invaziv duktal karsinoma və invaziv karsinoma (o cümlədən, invaziv duktal karsinoma, invaziv lobulyar karsinoma və maliqnizasiya olmuş filloid şiş). Stereotaktik vakuum biopsiyasından sonra histoloji olaraq atipik yaxud atipik yüksək riskli nəticəsi olan, eləcə də, qeyri-invaziv duktal karsinoma və invaziv karsinomalı bütün xəstələr cərrahi müalicə aparılması üçün istiqamətləndirildi. Sterotaktik vakuum biopsiya nəticəsində qeyri-spesifik və ya spesifik xoşxassəli diaqnozlu xəstələrə məsləhət görülüb ki, 2 il müddətində 6 ay intervallar ilə ipsilateral mammoqrafiya olunsunlar.



Şək. 1. Biopsiya zamanı istifadə olunan vakuum aparatı və 9G kəsici biopsiya iynəsi daşıyan tapança sistemi



Şək. 2. Xəstənin biopsiya masası üzərində pozisiyası





Şək. 3. Biopsiya üçün hədəf zonasının dəqiqləşdirilməsi və iynənin yerləşdirilməsi



Şək. 4. Biopsiya nəticəsində əldə olunan preparatın makroskopik görüntüsü

Nəticələr. Aparılmış mammoqrafiya müayinəsi nəticəsində 57 xəstədə BİRADS 4 və 5 kateqoriyada dəyərləndirilən şübhəli mikrokalsinatlara stereotaktik vakuum biopsiyası tətbiq edilmişdir. Mikrokalsinatların yayılımı və morfoloji xüsusiyyətlərinə əsasən 44 xəstə (77.2%) BİRADS 4, 13 xəstə isə (22,8%) BİRADS 5 kateqoriyada dəyərləndirildi. Bizim tədqiqat populyasiyası içində 26 (45,6%) xəstəyə qoyulan maliqnizasiya diqanozu cərrahiyə sonrası təsdiqlənib. BİRADS kateqorizasiyası ilə biopsiya nəticəsində maliqnizasiya arasında əlaqə və müayinənin müsbət proqnostik dəyərləri (MPD) Cədvəl 1-də təqdim olunmuşdur.

21 halda duktal karsinoma in situ (DKİS), 1 halda invaziv duktal karsinoma, 2 halda DKIS və İDK eyni zamanda, 1 halda lobulyar karsinoma in situ (LKİS) və 1 halda isə LKİS və DKİS birlikdə aşkarlandı. Aşkarlanan bədxassəsli törəmələrin mammoqrafik BİRADS kateqorizasiysı ilə əlaqəsi Cədvəl 2 də göstərilmişdir.

Stereotaktik vakuum biopsiyası vasitəsilə xoşxassəli diaqnoz qoulmuş 31 xəstədə (54.4%) 3-40 ay (ortalama 25.9 ay) boyunca mammoqrafiya ilə müşahidə zamanı heç bir dəyişiklik aşkarlanmadır.

Cədvəl 1

Sterotaktik vakuum biopsiya nəticələri ilə BİRADS kateqorizasiyası arasında əlaqə və müayinənin müsbət proqnostik dəyəri (MPD)

BİRADS kateqoriyası	Histopatoloji diaqnoz						MPD
	Toplam sayı		Xoşxassəli		Maliqnizasiya		
	N	%	N	%	N	%	
BİRADS 4	44	77,2	31	70	13	30	29,5%
BİRADS 5	13	22,8	0	0	13	100	100%
Total	57	100	31	54	26	46	45,6%

Cədvəl 2

Bədxassəli nəticələrin BİRADS kateqorizasiyası ilə əlaqəsi

	DKİS	İDK	İDK+DKİS	LKİS	DKİS+LKİS
BIRADS 4	12 (92,3%)	-	-	1 (7,7%)	-
BİRADS 5	9 (70%)	1 (7,5%)	2 (15%)	-	1 (7,5%)
TOPLAM	21(80,7%)	1 (3,8%)	2 (7,9%)	1 (3,8%)	1(3,8%)

Biz, retrospektiv olaraq, cərrahi və stereotaktik vakuum biopsiyasının histoloji nəticələrini nəzərdən keçirdik. Bu xülasədə son histoloji nəticələr arasında heç bir dəyişikliklər qeyd olunmadı. Nəticədə sterotaktik vakuum biopsiyasının müsbət proqnostik dəyəri BİRADS 4 və 5 kateqoriyada dəyərləndirilən mikrokalsinatlarda müvafiq olaraq 29.5%, və 100% olmuşdur. BİRADS kateqoriyaları nəzərə alınmadan metodun bütünlükdə müsbət proqnostik dəyəri 45.6% olaraq hesablandı.

Müzakirə. Süd vəzisinin dəridən keçməklə sterotaktik vakuum biopsiyası BİRADS 4 və 5 kateqoriyada olan şübhəli mikrokalsinatlarının

diaqnostik qiymətləndirilməsində açıq cərrahi biopsiyaya bir alternativ kimi qəbul olunmuşdur. Bu alternativi dəstəkləyən geniş həcmli ədəbiyyat məlumatları, əsasən, üzüüstə biopsiya sisteminin istifadəsi ilə məhdudlaşmışdır. Üzüüstə uzanıqlı vəziyyət üçün nəzərdə tutulmuş avadanlıqla stereotaktik vakuum biopsiyasının dəqiqlik dərəcəsi 86– 97,6% oldu (16-18). Kaines və başqaları [11] ilk dəfə stereotaktik vakuum biopsiyası üçün vertikal vəziyyətli avadanlığın istifadəsini təsvir etdilər və dəqiqlik dərəcəsinin 83% olmasını qeyd etdilər. Becker və başqaları [14] öz tədqiqatlarını təkcə mikrokal-sifikasiyalarla məhdudlaşdıraraq, oxşar dəqiqlik dərəcəsi göstərdilər- 94,4%. Ancaq iki digər məqalə [12,13] əlavə qoşulmuş avadanlıqla arxaya meyilli mammoqrafiya masası vasitəsilə uzanıqlı vəziyyətdə stereotaktik nüvə iynə biopsiyasına aid məhdud təcrübələri təsvir etdilər. Brenner və başqaları [19] göstərdilər ki, biopsiya ilə bağlı təcrübələr artıqca dəqiqlik də artmışdır, erkən biosiyalarda dəqiqlik 92%, sonrakı təcrübələrdə bu göstəricinin 97% olmasını qeyd edirlər. Bizim tədqiqatda biopsiya nəticələri ilə cərrahi müdaxilələrin nəticələri tam olaraq uyğun olmuşdur. Xəstələrin biopsiyadan sonra kontroldan yayınması problemi, adətən, 25-39% intervalındadır [20-24]. Kopansa görə [25], çoxsaylı tədqiqatlarda stereotaktik vakuum biopsiyası vasitəsilə aşkarlanmış xoşxassli nəticələrin 24-77%-ində uzunmüddətli izlənmə məlumatları yetərsizdir. İki geniş miqyaslı tətqiqatda [9,15] uzanıqlı vəziyyətdə biopsiya aparılmış qadınlardan 20–35%-i 6 aylıq kontrol müayinələrinə geri dönmədi. İzlənmə məlumatlarında olan çatışmazlıqlar stereotaktik vakuum biopsiyası dəqiqliyinin həqiqiliyini qiymətləndirməkdə çətinliyə səbəb olur, amma bizim məlumatlar bizdən əvvəl aparılmış tətqiqatlardan çox da fərqli olmadı. Xəstələrin vəziyyəti dəridən zədəyə qədər olan ən qısa məsafə əsasında seçilib və bu vəziyyətdə ən dəqiq hədəfin alınması ilə zədənin daha yaxşı görünməsi mümkün olub. Bizdən əvvəlki tədqiqatçıların uzanıqlı biopsiya sistemilə əlaqədar gətirdikləri nəticələrlə müqayisədə bizim tədqiqatda müsbət proqnostik dəyər BİRADS 4 kateqoriyası üçün 29.5%, BİRADS 5 kateqoriyası üçün 100% olmuşdur. Bizim təcrübəmizdə rebiopsiyaya ehtiyac olmamışdır. Streotaktik vakuum biopsiyası zamanı ən çox rast gəlinən problem vazovaqal fəsadlar olub ki, bu da xəstələrin tərpənməsi və diaqnostik dəqiqliyin potensial azalması ilə nəticələnmişdir . Bizim təcrübəmizdə proseduranı erkən bitirməməmizə səbəb ola biləcək şiddətdə vazovaqal fəsadla üzləşmədik.

Kaines və başqaları [11] əvvəllər həyata keçirilmiş tədqiqatlarla müqayisədə oxşar aşağı tezlikli vazovaqal reaksiya hallarının baş verməsi haqda məlumat vermişlər. Doyle və başqaları [12], eləcə də, Welle və başqaları [13] vazovaqal halların baş verməsi tezliklərini, müvafiq olaraq, 29% və 38% kimi vermişlər. Haqqında məlumat verilmiş vazovaqal halların tezliyinin əhəmiyyət kəsb edəcək qədər fərqli olmasının mümkün faktorları kimi operatorun təcrübəsi, zədənin çətin lokalizasiyası, prosedura vaxtının uzanması və əldə olunmuş biopsiya nümunələrinin sayının artması rol oynaya bilər. Xəstənin tam hazırlanması, həkimin proseduranı fərdi olaraq xəstəyə izah etməsi, biopsiya olunacaq xəstə ilə qarşılıqlı münasibətlərin qurulması stereotaktik vakuum biopsiyasının uğurlu olması üçün vacibdir. Cərrahi müdaxilə tələb edən qanaxma epizodu bizim xəstələrdə baş verməmişdir. Kiçik həcmli qanaxma epizodu (hematoma < 2 sm) cərrahi müdaxilə olunmadan spontan düzəlib. Bəzi hallarda çox az miqdarda qanaxmanın olması qeyd olunub.

Yekun olaraq xəstənin üzüüstə pozisiyada yataraq, mammoqrafiya dəstəyi vasitəsilə həyata keçirilən streotaktik vakuum biopsiyası mammoqrafiyada görülən palpasiya olunmayan süd vəzisi törəmələrinin təhlükəsiz, etibarlı və dəqiq bir diaqnostika metodudur. Yüksək həssaslığı, spesifikliyi, dəqiqliyi, daha az travmatikliyi və ucuzluğu səbəbi ilə açıq cərrahi biopsiya ilə müqayisədə üstünlüklərə malikdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Parker S.H., Hopper K.D., Yakes W.F. et al Image-directed percutaneous biosies with a biopsy gun // Radiology, 1989, v.171, p.663-669

2. Dowlatshahi K., Gent H.J., Schmidt R. et al Non-palpable breast tu- mors: diagnosis with stereotaxic localization and FNA // Radiology, 1989, v.170, p.427-433

3. Parker S.H., Lovin J.D., Jobe W.E. et al. Stereotactic breast biopsy with a biopsy gun. // Radiology, 1990, v.176, p.741-747

4. Parker S.H., Lovin J.D., Jobe W.E. et al. Non-palpa- ble breast lesions: stereotactic automated large core biopsies // Radiology, 1991, v.180, p.403-407

5. Elvecrog E.L., Lechner M.C., Nelson M.T. Non-pal-pable breast lesions: correlation of stereotaxic large-core needle biopsy and surgical biopsy re- sults // Radiology, 1993, v.188, p.453-455

6. Gisvold J.J., Goellner J.R., Grant C.S. et al. Breast biopsy: a comparative study of stereotaxically guided core and excisional techniques // AJR, 1994, v.162, p.815-820

7. Mikhail R.A., Nathan R.C., Weiss M. et al. Stereotactic core needle biopsy of mammographic breast lesions as a viable alternative to surgical biopsy // Ann Surg Oncol., 1994, N1, p.363-367

8. Liberman L., Dershaw D.D., Rosen P.P. et al Stereotaxic core biopsy of impalpable spiculated breast masses // AJR, 1995, v.165, p.551-554

9. Parker S.H., Burbank F., Jackman R.J. et al. Percutaneous large-core breast biopsy: a multi-institu- tional study // Radiology, 1994, v.193, p.359-364

10. Jackman R.J., Nowels K.W., Shepard M.J. et al Stereotaxic large-core needle biopsy of 450 non-palpable breast lesions with surgical correlation in lesions with cancer or atypical hyperplasia // Radiology, 1994, v.193, p.91-95

11. Caines J.S., McPhee M.D., Konok G.P., Wright B.A. Stereotaxic needle core biopsy of breast lesions using a regular mammographic table with an adaptable stereotaxic device // AJR, 1994, v.163, p.317-321

12. Doyle A.J., Collins J.P., Forkert C.D. Decubitus ster- eotactic core biopsy of the breast: technique and experience // AJR, 1999, v.172, p.688-690

13. Welle G.J., Clark M.L. Adaptation of an add-on stereotaxic breast biopsy unit: use of a dedicated reclinable mammography chair // AJR, 1997, v.169, p.1391-1393

14. Becker L., Taves D., McCurdy L. et al Stereotactic core biopsy of breast microcalcifications: comparison of film versus digital mammography, both using an add- on unit // AJR, 2001, v.177, p.1451-1457

15. Brenner R.J., Bassett L.W., Fajardo L.L. et al. Ster- eotactic core-needle biopsy: a multi-institutional prospective trial // Radiology, 2001, v.218, p.866-872

16. Rich P.M., Michell M.J., Humphreys S. et al Stereotactic 14 gauge core biopsy of non-palpable breast carcinoma: what is the relationship between the number of core samples taken and the sensitivity for detection of malignancy? // Clin Radiol., 1999, v.54, p.384-389

17. Liberman L., Dershaw D.D., Rosen P.P. et al Stereotaxic 14 gauge breast biopsy: how many core biopsy specimens are needed? // Radiology, 1994, v.192, p.793-795

18. Mainiero M.B., Philpotts L.E., Lee C.H. et al Stereotaxic core needle biopsy of breast microcalcifications: correlation of target accuracy and diagnosis with lesion size // Radiology, 1996, v.198, p.665-669

19. Brenner R.J., Fajardo L.L., Fisher P.R. et al. Percutaneous core biopsy of the breast: effect of operator experience and the number of samples on diagnostic accuracy // AJR, 1996, v.166,p.341-346

20. Dershaw D.D. Stereotactic biopsy: advantages and limitations // Breast J, 1997, v.3, p.215-219

21. Lee C.H., Philpotts L.E., Tocino I., Horvath L.J. Follow- up of lesions diagnosed as benign by stereotaxic core needle biopsy: frequency of mammographic change and false negative rate // Radiology, 1999, v.212, p.189-194

22. Liberman L., Dershaw D.D., Glassman J.R. et al. Analysis of cancers not diagnosed at stereotactic core breast biopsy // Radiology, 1997, v.203, p.151-157

23. Goodman K.A., Birdwell R.L., Ikeda D.M. Compliance with recommended follow-up after percuta- neous breast core biopsy // AJR, 1998, v.170, p.89-92

24. Adler D.D., Light R.J., Granstrom P. Follow-up of benign results of stereotactic core breast biopsy // Acad Radiol., 2000, v.7, p.248-253

25. Kopans D.B. Breast imaging, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998, p.641-644

Резюме

Стереотаксическая вакуумная биопсия непальпируемых опухолей молочной железы

П.Р.Гулиев

Целью данного ретроспективного исследования является выявление диагностической точности стереотактической вакуумной биопсии при непальпируемых опухолях молочной железы обнаруженных во время маммографического обследования. В нашем центре было проведена стереотактическая вакуумная биопсия при помощи специального оборудования 57 больным в период с октября 2008-го года по февраль 2011 года. Больным, у которых в результате биопсии был выявлен злокачественный процесс или атипия, была проведена

хирургическая процедура для установления окончательного диагноза. Больным с доброкачественными изменениями молочной железы было рекомендовано динамическое наблюдение при помощи маммографического обследования. Патогистологические результаты 57 больных подвергнутых стереотактической вакуумной биопсии были следующие: у 26 больных (45,6%) был диагносцирован злокачественный процесс, 31 больная (54,4%) получила доброкачественный диагноз. Все 26 случаев малигнизации получили свое подтверждение в результате хирургического вмешательства. 31 доброкачественный процесс не перетерпел никаких изменений в результате длительного маммографического наблюдения. Всего одна процедура была осложнена незначительным кровотечением, не потребовавшем хирургического вмешательства. Позитивное предикативное значение для образований в категории BIRADS 4 и 5 было вычислено 29,5% и 100% соответственно. Стереотактическая вакуумная биопсия, производящаяся при помощи специального оборудования, является безопасным, надежным и точным методом для диагностики непальпируемых образований молочной железы.

Summary

Stereotactic vacuum biopsy of non palpable breast tumors

P.R.Guliyev

The purpose of this retrospective study was to assess the accuracy of an stereotactic vacuum biopsy of non palpable breast lesions diagnosed with mammography. Between October 2008 and February 2011, 57 stereotactic vacuum biopsies of mammographic lesions were performed in our center on a prone positioned table with stereotactic equipment. Surgical biopsy was performed after core biopsy in patients who had malignant or atypical histologic results or discordance between mammographic and pathologic findings. Follow-up mammography was advised for all patients whose core biopsy results were diagnosed as benign lesions. Histologic results for 57 lesions undergoing stereotactic vacuum assisted biopsy were as follows: 26(45,6%) were malignant and 31(54,4%) benign. All of 26 malignant lesions identified at stereotactic vacuum assisted biopsy were confirmed as malignant at surgical excision. 31 lesions diagnosed as benign at stereotactic core needle biopsy showed no change on follow-up mammography. Only 1 case of stereotactic vaccum assisted biopsy was complicated by bleeding. The resulting positive predictive values for BIRADS 4 an 5 category lesions were 29.5% and 100% respectively. Stereotactic vaccum assisted biopsy on a prone biopsy device is safe, reliable and accurate diagnostic method of non palpable breast lesions.

Daxil olub: 19.03.2014

FETOPLASENTAR ÇATIŞMAZLIQ VƏ DÖLÜN İNKİŞAFDAN QALMA SİNDROMUNUN MÜALİCƏSİNƏ ALTERNATİV YANAŞMA

N.M.Kamilova, R.B.Cəfərova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: cift, fetoplasentar çatışmazlıq, dölün inkişafdan qalma sindromu, müalicə

Ключевые слова: плацента, фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, лечение

Keywords: placenta, fetoplacental insufficiency, fetal growth retardation syndrome, treatment

Gələcək nəslin sağlamlığının mühafizəsi üzrə kompleks proqramda dölün ante- və intranatal müdafiə məsələsinə xüsusi yer ayrılmışdır. Perinatal xəstələnmə və ölüm dərəcəsinin aşağı salınması daha çox hamiləliyin, doğuşun aparılması və doğuş metodunun düzgün seçilməsindən asılıdır.

Çoxsaylı tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, perinatal patologiyaların 60%-dən çoxu antenatal dövrdə baş verir, bununla yanaşı olaraq hamiləlik gedişatlarının ən çox rast gəlinən ağırlaşmalarından biri plasentar çatışmazlıqdır ki, o da multifaktor təbiətə malikdir.

Plasentar çatışmazlıq- dölün bətndaili inkişafdan qalması və hipotrofiyasına səbəb

olaraq, son nəticədə onun ölümü ilə nəticələnə bilər. Hamiləliyin patoloji gedişatı zamanı-hestoz, bətndaxili infeksiya, ekstragenital xəstəliklər bu və ya digər dərəcədə PÇ ilə yanaşı olur. Lakin ciftdə baş verən kompensator dəyişikliklər daha çox dölün inkişafdan qalmasına səbəb olur. Ağır patologiyalar zamanı hamiləliyin müxtəlif dövrlərində dölün hipotrofiyası və hipoksiyası, ölümü baş verir.

PÇ-yə olan münasibətin həm sərbəst klinik sindrom kimi qiymətləndirilməsi, həm də əsas patogenetik vəziyyəti müşayiət edən sindrom kimi qiymətləndirilməsi prinsipial baxımdan vacib məsələ hesab olunur. Ədəbiyyatın təhlilindən məlum olur ki, PÇ çox zaman şərtləndiyi səbəbdən ayrılıqda nəzərdən keçirilir. Hipovolemiya, tromboz və damarların rezistentliyinin artması nəticəsində feto-plasentar kompleks damarlarında qan dövranın pozulması faktı elan edilir və dölün kifayət qədər oksigen çatışmazlığı, trofik çatışmazlığı qənaətinə gəlinir. Bundan sonra mikrosirkulyasiya və oksigeninin yaxşılaşdırılması tövsiyə edilir. Lakin PÇ-in səbəb olduğu məsələlər diqqətdən kənarda qalır və əsas xəstəliyin müalicəsi çox zaman PÇ- in profilaktika və müalicəsi ilə bağlı olmur.

Güman edilir ki, PÇ bir çox xəstəliklər-hestoz, infeksiyaya yoluxma, autoimmun patologiya zamanı universal xarakter daşıyır. Son illər infeksiya, antifosfolipid sindromu, vərdişi hamiləlik düşükləri üzrə aparılan işlərdən PÇ zamanı müxtəlif patoloji vəziyyətlər üçün xarakterik olan kompensator inkanların pozulması məlum olur. Məlum olur ki, hətta ağır ürək qüsurları olan qadınlarda azçəklili uşaqlar doğulur, lakin ağır hestoz zamanı dölün bətndaxili ölümü və dölün bətndaxili inkişafdan qalma sindromu hestozun özünün ağırlıq dərəcəsini xarakterizə edir. Xüsusi olaraq antifosfolipid sindromu zamanı dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromu, bətndaxili ölüm, intranatal və postnatal ölüm daha sürətlə baş verir. Antifosfolipid sindrom üçün hemodinamik pozuntular deyil, həm də feto-plasentar kompleksdə generalizəolunmuş tromboz ilə damardaxili pozulma da xarakterikdir. Əgər damar çatışmazlığı cift liflərində törəmə ilə kompensasiya olunursa, qaz mübadiləs sahəsi genişlənir, geniş yayılan tromboz isə ciftdə kompensator reaksiyalara mane olur.

PÇ-in xüsusiyyətləri haqqında məlumatlar toplanır, lakin artıq qeyd etmək olar ki, hər şey əsas xəstəlikdən asılıdır, onun müalicəsi isə PÇ-yə nzərəçarpacaq təsir göstərir. Müvafiq olaraq fetoplasentar çatışmazlığın ayrıca müalicəsindən yalnız məhdud şəkildə danışmaq olar. Çünki əsas xəstəliyin müalicəsi PÇ-yə nəzərəçarpacaq təsir göstərir.

PÇ-in diaqnostikası dölün bətndaxili inkişafdan qalma sindromu, dölün xronik və kəskin hipoksiyasının aşkar olunmasına əsaslanır.

Klinik təcrübədə birincili və ikincili PÇ ayrılır. Birincili PÇ zamanı struktur dəyişiklikləri onun quruluşunda, ciftin quruluşu və bərkiməsində, xorion liflərinin yetişməsində aşkar edilir. İkincili PÇ formalaşmış cift və ağırlaşmış hamiləlik fonunda II-III trimestrlərdə inkişaf edir və onun involütiv-distorfik və iltihabi dəyişiklikləri ilə xarakterizə olunur.

Həm birincili, həm də ikincili PÇ xornik və kəskin gedişata malik olur. Kəskin PÇ-in inkişafında uşaqlıq-plasentar qan dövranın pozulması əsas rol oynayır. Kəskin PÇ daha çox böyük infarktlar və ciftin vaxtından əvvəl qopması fonunda inkişaf edir, bunun nəticəsində dölün məhvi və hamiləliyin dayanmaası baş verir. Xronik PÇ kompensator-uyğunlaşma mexanizm-ərinin pozulması və sirkulyator və involütiv-distorik proseslərin pozulması nəticəsində baş verir.

Klinik praktikada nisbi və mütləq PÇ ayrılmaq zəruridir. Ana orqanizminin hamiləliyə fizioloji adaptasiyasının halqalarından birinin pozulması "xəstəliyin dezadaptasiyasına" gətirib çxarır. Bu da hipertenziv pozuntular, kəskin (ciftin qopması) və ya xronik PÇ-yə, dölün bətndaxili inkişafdan qalmasına səbəb ola bilər. Kompensator reaksiyalar ciftdə qorunduqda müalicəyə tələbat yaranmır, belə halda hamiləlik vaxtında doğuşla başa çatır və sağlam uşaq doğulur. Lakin bətndaxili inkişafdan qalması da mümkündür. Əlverişsiz mamalıq vəziyyətində bu hal dölün hipoksiyasına gətirib çıxarır.

Daha ağır forma ciftin kompensator mexanizmlərinin tükəndiyini göstərən mütləq plasentar çatışmazlıqdır. Patologiyanın bu forması dölün bətndaxili inkişafdan qalması və dölün hipoksiyası, hətta dölün ölümü ilə müşayiət olunur. Belə qadınlarda hamiləlik düşük və ya abort təhlükəsi altında baş verir.

Xronik plasentar çatışmazlıq iki halda baş verə bilər:

1)qidalanma funksiyasının pozulması (trofik çatışmazlıq), bu zaman qidalı məhsulların sovrulması və həzm olunması prosesi pozulur, eləcə də dölün özünün maddələr mübadiləsi məhsullarının sintezi prosesinin pozulması baş verir.

2) oksigen və karbon nəqli pozuntusundan ibarət olan tənəffüs çatışmazlığı,

Cift çatışmazlığının funksiya pozuntusunun 2 forması ya sərbəst şəkildə ola bilər, ya da bir-biri ilə yanaşı ola bilər, eləcə də həm birincili, həm də ikincili plasentar çatışmazlığın əsasını təşkil edə bilər.

PÇ-in əsas patogenetik halqalarına uşaqlıq-cift və döl-cift qan dövranı, metabolik, sintetik funksiya və ciftin hüceyrə membranı vəziyyəti pozuntuları aiddir.

Dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromu parinatal xəstələnmə və ölüm strukturunda xüsusi çəkiyə malikdir. Dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromu olan uşaqların müalicəsinə sərf olunan reproduktiv itgilər və sərfiyyat sosial və iqtisadi baxımdan böyük ziyan vurur. ÜST göstəricilərinə əsasən bətndaxili inkişafdan qalan uşaqların sayı Mərkəzi Asiya ölkələrində 31,1%, Avropanın inkişaf etmiş ölkələrində isə 6,5% təşki edir.ABŞ-da dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromuna doğuşların 10-15%-də rast gəlinir. Bununla yanaşı olaraq boy artımı ləngiməsi olan uşaqların 30%-də intranatal hipoksiya qeydə alınır.

Dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromu azçəkili uşaqların vaxtından əvvəl doğulması sindromundan sonra ikinci yerdədir. Dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromu olan uaşqların sayı vaxtından əvvəl doğulan uşaqların 30,1%-ni təşkil edir. Onlar arasında 23% az çəki ilə doğulan uşaqlar, 38% ekstremal az çəklil uşaqlara rast gəlinir. Dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromu vaxtından əvvəl doğulan uşaqlar arasında xəstələnmə və ölüm dərəcəsi anada preeklampsiyanın olması qədər qabarıq olur. Bundan başqa perinatal itgi strukturunda 20%-i vaxtında aşkar edilməyən dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromu təşkil edir.

PÇ və bəndaxili inkişafdanqalma sindromunun profilaktikasının əsas istiqamətləri uşaqlıq-cift qan dövranının və mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşmasına, qaz mübadiləsinin normallaşmasına, ciftin metabolik funksiyasının yaxşılaşmasına, pozulmuş hüceyrə membranı funksiyasının bərpa olunmasına yönəlmiş olur.

Bir qayda olaraq əsas qüvvələr patogenetik müalicəyə yönəlmiş olur, çünki bətndaxili inkişafdanqalma sindromunun bir çox səbəbləri ya korreksiya olunmur, ya da onları ayırmaq mümkün olmur. Bətndaxili inkişafdanqalma sindromunun patogenezində plasentar çatışmazlıq hellədici rola malikdir. Bu da patogenetik müalicənin, ana-cit-döl kompleksinin fəaliyyətinin, uşaqlıq-cift qan dövarnının və metabolik proseslərin yaxşılaşmasına yönəldilməsinə səbəb olu

Bətndaxili inkişafdanqalma sindromunun uşaqlıq-cift çatışmazlığının müalicə metodunu çox müxtəlif və çox zaman dürüst olaraq effektivliyi təsdiq olunmamış metodlar kimi xarakterizə olunur. Uşağın normal inkişafına rpimsipial təsir göstərən patogenetik mexanizmləri ayırmaq kifəyərət qədər mürəkkəbdir. Bətndaxili inkişafdanqalma sindromu və plasentar çatışmazlığın ənənəvi müalicəsi istifadə olunan preparatların böyük əksəriyəti uşaqlıq və cift basseynində perfuziyanın korreksiyası məqsədilə təyin edilir. Eyni zamanda ciftin infarkt, qopma, kistoz degenerasiya, xorion liflərinin sklerozu və s. kimi cift patologiyalarını aradan qaldırmaq mümkün olmur

Ciftdə metabolizmi və qazlar mübadiləsini yaxşılaşdıran vasitələrə oksigenlə terapiya, dəmir preparatları, hiperbarik oksigenləşmə, qeyri-steroid anabolik vasitələr və s. aiddir.

Son onillikdə mamalıq praktikasında ozonterapiyası geniş istifadə olunur. Insan orqanizminə tibbi ozonun yeridilməsi müxtəlif orqan və sistemlərə geniş diapazonlu təsir göstərir. Ozon preparatları bakterisid, funqisid, virusoloji, immunmoduləedici, antioksidant və reoloji təsirlər göstərir. Ozonun aktivliyi bioloji toxuma ilə birbaşa əlaqədə olduqda mikroorqanizmlərin DNT və RNT-ni pozaraq oksidləşdirici təsir göstərməsi ilə bağlıdır. Tərkibində ozon olan məhlulun infuziyası infeksiyaəleyhinə müdafizənin humoral və hüceyrə halqalarının mobilləşməsinə gətirib çıxarır. Bir sıra antioksidant mexanizmlər prosesə qoşulur. Ion kalium və natriumun nəqli pomplarının aktivliyinin artması hesabına eritrositlərin membranlarının sakitliyinə nail olunur ki, bu da qanın reoloji xassələrinin yaxşılaşmasına, eritrositlərin aqreqasiya və adgeziya qabiliyyətinin yaxşılaşmasına gətirib çıxarır.

Ozonun irinli-iltihabi ağırlaşmalar zamanı profilaktik və müalicə məqsədləri üçün əsas xassə onun bakterisid və virusəaleyhinə təsiridir. Ozonun bakterisid təsiri ondan ibarətdir ki, o, biomembranlara nüfuz edə bilir. Ozonun təsiri zamanı bakteriyanın ölmünün birbaşa səbəbi plazmatik membranların lokal zədələnməsindən ibarətdir ki, bu da bakterial hüceyrənin həyat qabiliyyətinin itirilməsinə və onun çoxalma qabiliyyətinin itirilməsinə gətirib çıxarır. Ozonun orqanizmə bütünlükdə təsir mexanizmini realizə edərək daşıyıcı rolunda ion məhlulları çıxış edə bilirlər (fizioloji məhlul, plazmaəvəzediciləri, mazlar, bitki yağları). Ozon qana təsir göstərir,

nəticədə oksigenin parsial təzyiqi qəfil qalxır, oksidləşdirici-bərpaedici hücərəxarici və hüceyrədaxili prosesləri güclənir. Bununla yanaşı olaraq periferik qanda immunkompetent hüceyrələrin aktvliyi artır və endogen detoksikasiya mexanizmləri prosesə qoşulur.

Həll edilmiş ozonun infuziyası zamanı qanda oksigenin tərkibi 13% artır. Ozonun həmin proseslərə təsir göstərməsi nəzərə alınsa, belə qənaətə gəlmək olar ki, ondan müxtəlif hipoksik vəziyyətlər və plasentar çatışmazlıq zamanı istifadə etmək olar.

Patogeneik təsirdən başqa ozon birbaşa olaraq ciftin patologiyasına təsir göstərir, bununla da virus və bakteriyaların məhvinə səbəb olur. Bətndaxili inkişafdanqalma sindromun özünün təsiri praktik olaraq öyrənilməmişdir, lakin müəlliflərin əksəriyyəti həmin patologiya zamanı onun effektivliyi barədə öz fikirlərini bildirmişlər.

Beləliklə, müasir ədəbiyyatın təhlilindən məlum olmuşdur ki, dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromu zamanı müalicələrə başlandıqdan artıq davamlı olaraq plasentar çatışmazlıq inkişaf etmiş olur. Geniş şəkildə tətbiq olunan ənənəvi müalicə ilk növbədə cift çatışmazlığına yönələrək, çoxkomponentli faktor kimi çıxış edir. Lakin bir çox metodların effektivliyi hələ də öz təsdiqini tapmamışdır. Bununla yanaşı olaraq bətndaxili inkişafdanqalma sindromunun yeni müalicə metodları vardır ki, bunlara müasir nootrop və anabolik preparatları, eləcə də tibbi ozonu misal göstərmək olar.

ƏDƏBİYYAT

1. Федорова М.В. Плацентарная недостаточность // Акушерство и гинекология, 1997, №6, с. 40-43.
2. Серов В.Н. Диагностика и лечение плацентарной недостаточности // РМЖ, 2008, с.35-40.
3. Кузьмин В.Н., Адамян Л.В., Музыкантова В.С. Плацентарная недостаточность при вирусных инфекциях. М., 2005, с.103.
4. Шаповаленко С.А. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадиях гестации // Вестник Рос. Ассоциации акушер-гинекологов. 2001. № 2. с.437.
5. Salafia C.M. Placental pathology and fetal growth restriction // Clin.Obstet.Gynecol., 2007, v.40.
6. Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. М.:РАВУЗДПГ, 1998, с.155-189.
7. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1999, 448с.
8. Михеенко Г.А., Шаталова Е.В. Влияние социально- экономических факторов на формирование гестоза // Акушерство и гинекология, 2005, №3, с.20-23
9. Абдурахманова Р.А., Омаров Влияние гормонов фетоплацентарного комплекса на лактационную функцию у женщин с Н.С.-М. гиперандрогенией / Мать и дитя: Матер. IX Всеросс. науч. Форума. М., 2007, с.5.
10. Xiong X., Saunders L.D., Wang F.L. et al Preeclampsia and cerebral pelsy in low-birth-weight and preterm infans: implication for the current "ischemic model" of preeclampsia // Hypertension in pregnancy, 2001, v.20, p.1-13.
11. Young P.F., Leighton N.A., Jones P.W.et al Fluid management in severe preeclampsia (VESPA): survey of members of ISSHP // Hypertension in pregnanc, 2000, v.19, p.249-259
12. Акулов М.С., Плеханов Т.В., Евстигнеев В.В. Использование озонированных кристаллоидов у больных при интенсивной терапии / Озон в биологии и медицине (Всероссийская научно-практическая конф., 1-я). Тез.докл. Н.Новгород, 1992, с.50-51.
13. Милованов А.П., Гасников В.К., Чертова Т.Л. и др.Экспертнокомпьютерная система прогнозирования состояния здоровья детей по результатам патогистологического исследования плаценты. Метод, реком. Ижевск, 2002, 53 с
14. Алексеева Л.М., Родникова А.А., Зайцев В.Я., Синегур Г.А. Влияние озона на некоторые биохимические системы организма крыс /Озон в биологии и медицине: Тез. докл. I Всеросс. научн. конф. Н.Новгород, 1992, с.19-20.
15. Аржанова О.Н., Кузнецова А.В. Особенности морфологии плацент при компенсированной и субкомпенсированной плацентарной недостаточности / Мать и дитя: Матер. VIII Всеросс. науч. Форума. М., 2006, с.134-135.
16. Аржанова О.Н. Плацентарная недостаточность:1 диагностика и лечение Текст.: учебное пособие СПб.: Нордмед Издат, 2004, 32с.

17.Беришвили М.В. Исследование механизмов действия антиоксидантов-флавоноидов при лечении фетоплацентарной недостаточности / Мать и дитя: Матер. VIII Всеросс. науч. форума М., 2006, с.39-40

18.Гавриков В.И., Мынбаев О.А. Применение гипербарической оксигена-ции при резус-конфликтной беременности // Бюллетень гипербарической биологии и медицины, 2003, №1-4, с.39-40

19.Зарубина Е.Н., Бермишева О.А., Смирнова А.А. Современные подходы к лечению хронической фетоплацентарной недостаточности // Проблемы репродукции, 2000, №5; 16–8

20.Волощук И.Н. Морфологические основы и патогенез плацентарной недостаточности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2002

21.Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. Руководство для врачей. М., 2004, 494с.

22.Макаров О.В., Козлов П.В., Насырова Д.В. Синдром задержки развития плода: современные подходы к фармакотерапии // Российский вестник акушера–гинеколога, 2003, №3 ,с18-22

23.Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М.; Триада-Х, 2002, 304с.

24.Сидорова И.С., Макаров И.О. Клинико–диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности. М.: Медицинское информационное агентство, 2005, 296с.

25.Тютюнник В.Л. Хроническая плацентарная недостаточность при бактериальной и вирусной инфекции (патогенез, диагностика, профилактика, лечение): Автореф дис. ... докт. мед. наук. М., 2002

26.Baptiste-Roberts K., Salafia C.M., Nicholson W.K. et al Maternal risk factors for abnormal placental growth: the national collaborative perinatal project // BMC Pregnancy Childbirth. 2008, v.23, p.44.

27.Chou A.K., Hsieh S.C., Su Y.N. et al. Neonatal and pregnancy outcome in primary antiphospholipid syndrome: a 10–year experience in one medical center // Pediatr Neonatol., 2009, v.50(4), p.143-146.

28.Costa S.L., Proctor L., Dodd J.M. et al Screening for placental insufficiency in high–risk pregnancies: is earlier better? // Placenta, 2008, v.29(12), p.1034-1040

29.Ergaz Z., Avgil M., Ornoy A.Intrauterine growth restriction–etiology and consequences: what do we know about the human situation and experimental animal models? // Reprod Toxicol., 2005, v.20(3), p.301-22

30.Harkness U.F., Mari G. Diagnosis and management of intrauterine growth restriction // Clin Perinatol., 2004, v.31(4), p.743-64

31.Hui L., Challis D. Diagnosis and management of fetal growth restriction: the role of fetal therapy // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol., 2008, v.22(1), p.139-58.

32.Neerhof M.G., Thaete L.G. The fetal response to chronic placental insufficiency // Semin. Perinatol., 2008, v.32, p.201-205

33.Гагаева Ю.В. Роль плацентарного фактора роста в формировании синдрома задержки развития плода /Мать и дитя: Матер. VIII Всеросс. науч. форума М., 2006, с.64-65

34.Гагарина А.В., Старорусская А.Н., Павлова Н.Г. Неинвазивные методы оценки внутриплацентарного кровотока в диагностике плацентарной недостаточности / Мать и дитя: Матер. IX Всеросс. науч. форума М., 2007, с.44-45.

35.Дубровина Н.В., Сокур Т.Н. Состояние вегетативной нервной системы у беременных с ЖДА при лечении медицинским озоно / Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России, М., 2008, с.80-81

36.Дубровина Н.В., Сокур Т.Н. Влияние медицинского озона на исходы беременности и родов для матери и плода у женщин с анемий беременных / Мать и дитя: Матер. 2-го Регионального форума. Сочи, 2008, с.20.

Резюме

Подход к альтернативной терапии фетоплацентарной недостаточности и синдрома задержки внутриутробного развития плода

Н.М.Камилова, Р.Б.Джафарова

Плацентарная недостаточность (ПН) определяется как причина задержки развития плода, внутриутробной гипотрофии и гипоксии и в конечном итоге- возможности внутриутробной

гибели плода. При патологическом течении беременности- гестозе, внутриутробной инфекции, экстрагенитальных заболеваниях, всегда в той или иной степени отмечается ПН. Однако компенсаторные изменения в плаценте чаще всего сдерживают развивающуюся патологию. При тяжелой патологии происходит задержка развития плода, его гибель на различных сроках беременности или рождение плода с гипотрофией и гипоксией. В результате анализа современной литературы можно сделать вывод о том, что при СЗРП лечебные мероприятия начинают предприниматься главным образом уже после формирования стойкой ПН. Широко применяемая традиционная терапия, направленная, главным образом, на компенсацию плацентарной недостаточности, является многокомпонентной, но в то же время эффективность многих подходов остается недоказанной. Однако существуют перспективные возможности терапии СЗРП, связанные с применением современных ноотропных и анаболических препаратов, а также медицинского озона.

Summary

Alternative approach to therapy of placental insufficiency, and the syndrome of intrauterine growth retardation

N.M.Kamilova, R.B.Jafarova

Placental insufficiency (PI) is defined as the cause of fetal growth retardation, fetal malnutrition and hypoxia and end itoge- possible fetal death. In pathological beremennosti- during preeclampsia, intrauterine infection, extragenital diseases, always more or less marked Mon. However, compensatory changes in the placenta often constrain developing pathology. In severe pathology occurs growth retardation, his death at different stages of pregnancy or the birth of a fetus with malnutrition and hypoxia. An analysis of the current literature, we can conclude that in FGR therapeutic measures are beginning to be taken mainly after the formation of resistant Mon. Widely used traditional therapies directed mainly to compensation of placental insufficiency, is a multicomponent, but at the same time, the effectiveness of many approaches remains unproven. However, there are promising opportunities FGR therapy associated with the use of modern nootropic and anabolic drugs and medical ozone.

Daxil olub: 06.05.2014

XOLESTERİN VƏ PİQMENT ÖD DAŞLARININ FORMALAŞMASINDA MÜXTƏLİF NÖV ETİOLOJİ FAKTORLARIN ROLUNUN MÜQAYİSƏLİ ANALİZİ

A.V. Hüseynov, E.A. İskəndərov

Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Acar sözlər: öd daşı xəstəliyi, piqment daşları, risk faktorları

Ключевые слова: желчно каменная болезнь, пигментные камни, факторы риска

Key words: bile stone disease, pigment stones, risk factors

Statistik məlumatlara əsasən öd daşı xəstəliyi geniş yayılmışdır və inkişaf etmiş ölkələrdə orta yaşlı əhalinin 10-15%-nin bu xəstəlikdən əziyyət çəkdiyini təsdiq edilmişdir. Respublikamızda bu xəstəliyin rast gəlmə tezliyi əhalinin təqribən 10-12% hissəsinin payına düşür və son onilliklər ərzində artması diqqəti çəkmişdir. Öd daşlarının əmələ gəlməsi ödün tərkibində xolesterinin midarının artması, ödün fiziki-kimyəvi xüsusiyyətlərinin dəyişməsi və öd evakuasi-yasında yaranmış pozğunluqlar kimi faktorların olması vacib şərtlərdən hesab edilir [1,3,4].

Tərkibinə görə daşlar xolesterin, qara və qəhvəyi piqment daşları olmaqla 3 növdə rast gəlinir. Xolesterin daşları (XD) bütün öd daşlarının arasında ən çox 70-80% hallarda təsadüf olunmaqla, tərkibinin 70%-ni xolesterin təşkil edir. XD adətən ağımtıl-sarı rəngdə, girdə formada parafin və ya mum konsistensiyasında olur, diametri 15-18mm qədər böyüyə bilir, suya

buraxdıqda batmırlar. Piqment daşlarının (qara və qəhvəyi) tərkibinin 90% - ə qədərini bilirubin təşkil edir. Qara daşlar əksər hallarda xroniki hemolizdən əziyyət çəkən insanların öd kisəsində rast gəlinir, adətən kiçik ölçüdə, çoxsaylı və bərk konsistensiyada olurlar. Qəhvəyi daşlar isə daha çox ödün bakterial kontaminasiyası zamanı meydana çıxır və xroniki iltihab fonunda bu növ daşların yaranması riski böyükdür. Daşların növlərindən asılı olaraq onların genezi və formalaşmasında müxtəlif proseslər rol oynayır [2,4,6,7].

Daşlı xolesistitin diaqnostikası və müalicəsi istiqamətində aparılan çoxsaylı elmi-tədqiqat işlərinə baxmayaraq xolesisektomiyadan sonra postoperasion ağırlaşmalar, infeksiyanın yayılması təhlükəsi bu gün də cərrahiyyənin aktual problemlərindən hesab edilir [1,3,5]. Daşların növünə əsasən infeksion ağırlaşmaların proqnozlaşdırılması və adekvat tədbirlər kompleksinin işlənib hazırlanması elmi-tədqiqat işinin əsas **məqsəd** və vəzifələrini təşkil etmişdir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın qarşıya qoyulan vəzifələrinin icrası üçün ilkin olaraq piqment daşlarının epidimiologiyasının araşdırılması lazım gəlmişdir. Bu məqsədilə Ağcabədi Rayon Mərkəzi xəstəxanasında 2 il ərzində kəskin daşlı xolesistit diaqnozu ilə xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalmış 95 xəstənin müayinə və müalicəsinin retrospektiv analizi aparılmışdır. Xəstələrdən 50 nəfərindən əməliyyat zamanı xaric edilimiş daşlar qarışıq xolesterin-piqment, 23 nəfərində qara piqment və 22 nəfərində isə qəhvəyi daşlardan ibarət olmuşdur. Xəstələrin yaşı, cinsi, çəkisi, boyu, Bədən Kütlə İndeksi (BKİ), yaşayış tərzi, qida rasionu, ailə anamnezi, irsi qan xəstəlikləri, yanaşı xəstəliklər, bağırsaq pozğunluğu, duodenostaz, öd kisəsinin deformasiyası, Helikobakter Pylori (Hp) və Escherichia coli infeksiyalarının identifikasiyası, xaric edilmiş daşların sayı, ölçüsü, növü, qanda ümumi xolesterin, ümumi bilirubin və fraksiyalarının miqdarı kimi parametrlər Excel cədvəlində sistemləşdirilmişdir. Parametrlər IBM SPSS-20 proqramında statistik işlənmədən keçmişdir.

Alınmış nəticələr: Xəstələrin yaşı orta hesabla 47,8±1,2 ilə bərabər olmaqla, ən kiçik yaşlı xəstə 24 yaşında, yaşlı xəstəmiz isə 71 yaşında cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. Öd daşlarının yaranmasında yaş faktorunun rolunu daha dəqiqliklə xarakterizə etmək məqsədilə xəstələr 4 yaş qrupuna bölmüşük. Cədvəl 1- də xəstələrin yaş qruplarına görə bölünməsi göstərilmişdir.

Cədvəl 1

Xəstələrin müxtəlif yaş qruplarına görə bölüşdürülməsi

Yaş qrupları	Mütləq say	Ümumi xəstə sayının %-i
30 yaşdan kiçik	9	9,47±3,00
31-40 yaş	15	15,79±3,74
41-50 yaş	30	31,58±4,77
50 yaşdan böyük	41	43,16±5,08

Qadın kişi nisbətinə gəldikdə isə 61 xəstə qadın cinsindən (64,2±3,0%), 34 xəstə isə (35,8±4,9%) kişi olmaqla, qadın kişi nisbəti 2/1 nisbətində olmuşdur. Xəstələrin kişi və qadın cinsləri olaraq 2 qrupa bölünməsi konkret məqsəd daşıyır. Belə ki, qadınların öd daşı xəstəliyinə kişilərə nəzərən daha yüksək tezliklə düçar olmaları, bütün dünya tibbi ədəbiyyat məlumatlarında vurğulanır. Bunu bir çox səbəblərlə: qadınların uşaq doğması, daha kök, piyli olmaları və daha bir faktor kimi kontraseptiv dərman maddələrinin qəbul etməsi ilə izah edirlər. Bizim tədqiqata daxil olan qadınlar arasında yalnız 4 nəfərinin müntəzəm olaraq kontraseptiv dərman maddələrini qəbul etməsi aşkara çıxarılmışdır. Kişilər arasında isə alkohol qəbul etməsi, öd daşlarının yaranmasında qismən də olsa rolunun olmasını nəzərə alaraq öyrənilmişdir. Tədqiqat obyekti olan 34 kişi arasında 14 nəfəri (44,4%) müntəzəm olaraq alkohollu içkilər qəbul etməsi söyləmişdilər.

Xəstələrin antropometrik göstəriciləri müayinə edilmişdir. Orta çəki 89,6±1,2kg, orta boy göstəricisi isə 1,64±0,01m olmuşdur. Ümumi qəbul edilmiş qaydalara əsasən bədən kütləsi / xəstələrin boyunun ölçüsünün kvadratı düsturuna əsasən Bədən Kütlə İndeksi hesablanmışdır ki, bu da orta hesabla 33,5±0,56kg/m^2 – a bərabər kimi hesablanmışdır.

Diqqətli anamnezin toplanması bizə imkan verirdi ki, xəstəliyin əsas kliniki təzahürləri başlanana qədər xəstələrin həyat tərzinin aktiv və ya passiv olmasını aşkara çıxara bilək. İnternet portalından götürülmüş normativlərə əsasən müasir dövr üçün nəzərədə tutulan direktivlərə əsasən həftədə 40 saat televizor və kompyüter

qarşısında oturanlar passiv həyat tərzi; gündəlik 45 dəqiqə və yaxud həftədə 5 saat fiziki hərəkət ilə məşğul olanlar isə aktiv həyat tərzi keçirənlər qrupuna aid edildi. Məlum olmuşdur ki, 75 xəstə passiv, 20 xəstə isə aktiv həyat tərzi keçirmişdir. Aktiv həyat tərzi keçirən şəxslərdə, fiziki hərəkət və ya qaçan zaman qarında ağrıların olması və diskomfort hissinin meydana çıxması bizə əsas verirdi ki, əməliyyatdan əvvəl xəstələrdə pozulmuş həzm sindromunun olması barədə düşünək.

Toplanmış məlumatlar göstərmişdir ki, xəstələrin demək olar ki, yarısı (52,6±5,1%) qarışıq qidalara üstünlük verir. 15 xəstə ət, toyuq, balıq ilə, 25 xəstə isə daha çox xəmir xörəkləri ilə qidalanmalarını qeyd etmişlər. Yalnız 5 xəstənin isə müntəzəm olaraq süd məhsullarından istifadə etməsi aşkara çıxmışdır.

Xolesterin öd daşlarından fərqli olaraq piqment daşılarının formalaşması üçün bir sıra spesifik kriteriləri də nəzərə almaq vacib şərtlərdən biri hesab edilir. Belə qəbul edilmişdir ki, qan xəstəlikləri zamanı eritrositlərin parçalanması, hemoliz zamanı qana atılan külli miqdarda hem, sonrakı kimyəvi reaksiyalar nəticəsində bilirubinə çevrilir. Nəticədə qandan məhz sərbəst bilirubinin miqdarı yüksəlməyə başlayır ki, bu faktor piqment daşlarının yarnaması üçün təkan verici amil hesab edilir. Qan xəstəliklərinin çox vaxt irsi yollar, anadan keçməsi faktını nəzərə alaraq xəstələrdə ata – ana, baba-nənələrində irsi qan xəstəlilərinin olub olmaması faktını da araşdırmağa çalışmışıq. Bu zaman 19 xəstə nəsillərində irsi olaraq qan xəstəliklərinin olması faktını diqqətə çatdırmışlar, 76 nəfər isə bunu inkar etmişdir.

Xəstələrin hamısı əməliyyatönü dövrdə kliniki instrumental müayinələrdən- ultrasəs müayinəsi (USM), həzm traktının kontrast rentgen müayinəsi, elektrokardioqrafiya (EKQ), fibroezofaqoqastroduodenoskopiya (FEQDS), ehtiyac olduğu hallarda isə kompyüter tomoqrafiya (KT) və Maqnit Rezonans Tomoqrafiya (MRT) müayinələrindən keçmişlər.

USM zamanı qaraciyərin ölçüsü, exogenliyi, homogenliyi, parenximanın vəziyyəti; öd kisəsin forması, ölçüləri, divarlarının qalınlığı, möhtəviyyatının qatılığı, daşların sayı, ölçüsü; ümumi öd axarının ölçüsü, konkrementlərin olub-olmaması; mədəaltı vəzinin forması, ölçüləri, parenximasının vəziyyəti, homogenliyi, exogenliyi; dalaq və böyrəkləri sonoqrafik mənzərəsi öyrənilmişdir. Daşların yaranmasında daha bir əhəmiyyətli faktor kimi kisə boynunda deformasiyanın varlığı xəstələrdə diqqətə alınmışdır. Müşahidə altında olan 95 xəstədən 24 nəfərində (25,3±4,5%) öd kisəsinin boynunda deformasiya aşkar edilmişdir.

Həzm traktının kontrast müayinəsi zamanı bizim tədqiqatın məqsəd və vəzifələrinə təsir göstərə biləcək duodenostazın rentgenoloji simptomatikasının olub-olmaması diqqətlə təhlil edilmişdir. Per os verilmiş barium horrasının 74 xəstədə mədədən duodenuma və oradan da nazik bağırsaqlara pasajı normal olmuş, 21 xəstədə isə duodenostaz müşahidə edimişdir.

Aparılan kliniki instrumental və laborator müayinələr zamanı xəstələrdə bir sıra yanaşı xəstəliklər: ürək-qan damar sistemi üzvlərinin xəstəlikıəri- 53 xəstə, şəkərli diabet- 13 xəstə, qaraciyərin xroniki xəstəlikləri- 16, qastrit və duodenit- 13 xəstə, mədə və ya on iki barmaq bağırsağın xroniki xora xəstəliyinin 31 xəstədə olması aşkara çıxarılmışdır.

Qəhvəyi daşların yaranmasında mikrob faktorunun rolunu dəqiqləşdirmək məqsədilə FEQDS zamanı mədə və 12 b.b. xroniki xorası olan xəstələrdən götürülmüş bioptatlarda kart test vasitəsilə müayinəsi aparılmışdır. Bu zaman 14 xəstədə Helikobakter Pilori aşkar olunmuşdur. Nəcisin bakterioloji müayinəsi zamanı Esherichia Coli- miqdarının 10 nəfərdə daha yüksək olması qeyd edilmişdir.

Xora xəstəliyi olan xəstələrdə 12 b.b.-dan götürülmüş bioptatların patomorfoloji müayinəsi zamanı isə 31 xəstədə duodenal metaplaziyanın mikroskopik mənzərəsi müşahidə edilmişdir. Bu isə bir faktı izah etməyə əsas verir ki, Helikobakter Pilori normalda mədənin turş mühitində yaşayır. Onun duodenumda qələvi mühitdə fəaliyyət göstərməsi çətinliklərlə üzləşir. Lakin, xroniki xora xəstəliyi zamanı qeyri – adekvat müalicə sayəsində xəstələrin 12 b.b.- da olan selikli qişanın mədə selikli qişasına bənzər epitel ilə əvəz edilməsi baş verir ki, buna da metaplaziya deyilir. Metaplaziya fonunda mədə epitelinə bənzər selikli qişada vəzilər də transformasiya edərək, mədə şirəsi ifraz etməyə başlayırlar ki, bu da artıq duodenumda olan pH – ın turşulağa doğru dəyişməsinə səbəb olur. 12 b.b. – dan isə Helikobakter Pilori və eləcə də digər infeksiyaların qalxan yolla öd axarlarına və öd kisəsinə kontamanisiyası baş verir.

Xəstələrə əməliyyat qabaq və sonra müxtəlif vaxtlarda qanın ümumi və biokimyəvi analizi yerinə yetirilmişdir. Qanın və sidiyin ümumi analizləri ümumilikdə qəbul edilmiş metodlar əsasında yerinə yetirilmişdir. Qanın biokimyəvi analizi zamanı qanda ümumi xolesterin, ümumi bilirubin və onun fraksiyalarının miqdarı

öyrənilmişdir. Qeyd edilmiş parametrlər daşın növündən asılı olaraq 3 qrupa bölünmüş və qruplar arasında müqayisəli analiz aparılmışdır.

Müzakirə. Tədqiqat materialı üzərində aparılan araşdırmanın əsas mahiyyəti ondan ibarətdir ki, qeyd edilən faktorlar, əlamətlər və kriterilə vasitəsilə müqayisəli analizin aparılması yolu ilə qarışıq-xolesterin, qara və qəhvəyi piqment daşlarının yaranmasında rolu olan, yaxud prosesə təkan verən amillər aşkara çıxarılsın. Tədiqaqatın vəzifələrinə qəhvəyi daşları xaric edilmiş xəstələrdə xəstəliyin kliniki gedişinin daha aqressiv keçməsini, əməliyyatın aparılmasının texniki cəhətdən daha mürəkkəb olmasını, əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmaların rast gəlmə tezliyinin daha yüksək olmasını nəzərə alaraq bu proseslərin qarşısını müəyyən qədər almaq imkanı yaradan kompleks müalicə tədbirlərinin işlənib hazırlanması daxil edilmişdir. Lakin, təəssüflər olsun ki, istər kliniki – instrumental müayinə üsulu, yaxud laborator analizlərdə daxil olmaqla heç bir müayinə üsulu qabaqcadan xəstədə qəhvəyi daşın ola biləcəyi bizə deyə bilməz. Daşın növünü bilmədən konkret tədbirlər aparılması üçün xəstələr kontingentini də müəyyən etmək olmur.

Bir rayon sərhəddində, areal üçün çox da kiçik olmayan xəstə sayı üzərində öd daşlarının yaranmasında rolu ola biləcək müxtəlif faktorların nə dərəcədə əhəmiyyətli təsirə malik olması araşdırılmışdır. Xəstələrin yaşı, cinsi, çəkisi, boyu, Bədən Kütlə İndeksi (BKİ), yaşayış tərzi, qida rasionu, ailə anamnezi, irsi qan xəstəlikləri, yanaşı xəstəliklər, xora xəstəliyi anamnezi, duodenostaz, öd kisəsinin deformasiyası, Helikobakter Pylori (Hp) infeksiyası və s. kimi faktorlar 95 xəstə üçün yoxlanmışdır.

Statistik analiz zamanı məlum olmuşdur ki, yuxarıda adı çəkilən faktorlar içərisində qidalanma zamanı karbohidratla zəngin və xəmir xörəklərinə üstünlük verənlər, rentgenoloji müayinə zamanı qastrodudenit, FEQDS zamanı 12 b.b.-ın çapıq deformasiyası və selikli qişanın metaplaziyası, mədədən götürülmüş bioptatda Hp infeksiyasının pozitiv olması, USM-də öd kisəsinin deformasiyası aşkar edilən xəstələrdə qəhvəyi daşların rast gəlmə ehtimalı yüksəkdir. Bu faktorlardan ən azı 4-nün bir yerdə rast gəlməsi həmin xəstənin öd kisəsində qəhvəyi daşın olması proqnozunu verə bilər. Qeyd edilənlərin hansı səbəbdən risk faktoru olmasını aşağıdakı dəlillərlə izah etmək olar.

Əvvəla qidalanmasında xəmir xörəklərinə üstünlük verən xəstələrin Bədən Kütlə İndeksi-də yüksək rəqəmlərdə olmuşdur ki, bu da özü-özülüyündə artıq risk faktoru hesab edilir. Lakin digər tərəfdən, xəstələrin qida qəbulundan sonra diskomfort hissini qeyd etməsi, bağırsaqlarda həzm prosesinin pis getməsini göstərir. Köp, qəbizlik, bağırsaq motorikasının pozulması, enterokolit kimi iltihabi dəyişikliklərin inkişaf etməsinə, öd duzlarının terminal ileumdan sorulmasının ləngiməsinə səbəb olur. Enterohepatik biliar sirkulyasının pozulması səbəbindən ödün fiziki – kimyəvi xassələrinin bu və ya digər tərəfə dəyişməsi baş verir ki, bu da bizim müşahidəmiz altında olan populyasiyada qəhvəyi daşların yaranması ilə özünü biruzə vermişdir.

Artıq qeyd edilmişdir ki, öd daşı xəstəliyi əksər hallarda qarın boşluğunun yuxarı hissəsində orqanların iltihabi xəstəlikləri ilə yanaşı şəkildə təzahür etmək xüsusiyyətinə malikdir. Bizim araşdırma zamanı qəhvəyi daşlar xaric edilmiş xəstələr qrupunda mədənin selikli qişa büküşlərinin qalınlaşması, 12 b.b. nahiyyəsində spazm və duodenit kimi əlamətlərin digər qruplar ilə müqayisədə daha çox rast gəlməsi müşahidə edilmişdir. Hesab edirik ki, bu faktorların müştərək kimi rast gəlməsi heç də təsadüfi deyil. Qeyd edilən əlamətlər, xroniki və kəskin qastrit, eləcə də duodenit üçün xarakterikdir ki, bu nozologiyaların əsasında son zamanla Helocobakter Pylori-nin rolu yüksək dəyərləndirilir. Bu fakt isə bizə deməyə əsas verir ki, məhz piloroantral nahiyyədə iltihabi prosesin cərəyan etməsi, patoloji prosesə öd kisəsinin qoşulmasına səbəb olur.

Sonrakı araşdırmalar zamanı bu mülahizə bir qədər də möhkəmlənmişdir. Qəhvəyi daşlar qrupunda xora anamnezi olan xəstələrin daha çox müşahidə edilməsi, FEQDS zamanı xoranın çapıq deformasiyasının, duodenal vəzilərin hipertrofiyası, selikli qişanın metaplaziyası kimi amillər burda Hp infeksiyasının yüksək ehtimalla rolunu sübut edir. Sual yarana bilər ki, Hp infeksiyası yalnız turş mühitdə yaşayır və qələvi mühitdə fəaliyyət göstərə bilməz. Bunun izahı belədir ki, uzun müddət duodenit və ya xroniki xorası olan xəstələrdə 12 b.b.-ın selikli qişası mədənin selikli qişasına oxşar epitel ilə əvəz olur (metaplaziya). Metaplaziyanın olması isə artıq duodenumda Hp infeksiyasının yaşaması üçün əlverişli şərait yaradır.

Mədə və 12 b.b.-ın selikli qişasından götürülmüş bioptatlarda Hp infeksiyasının tapılması bizim populyasiyada niyə məhz qəhvəyi daşlar üçün risk faktoru olması fikri də öz təsdiqini tapmışdır. Hesab edirik ki, duodenumda

Hp infeksiyasının yüksək konsentrasiyası qalxan yolla öd axarlarına sirayət edir və təbii ki, öd kisəsinin də kontaminasiyasına səbəb olur. Risk faktoru kimi qəbul etdiyimiz, öd kisəsinin deformasiyası faktorunun varlığında isə kisədə daşların yaranması üçün əlverişli şərait yaranır.

Ədəbiyyatdan məlumdur ki, qəhvəyi öd daşlarının yaranmasında xromofil bakteriyaların rolu böyükdür. Bu fikir bizim tədqiqatda da öz əksini tapmışdır. Belə ki, bağırsaqlarda malabsorbsiya səbəbindən öd duzlarının enterohepatik sirkulyasiyasının pozulması, ödün fiziki – kimyəvi xüsusiyyətlərinin pozulması, öd kisəsi eləcə də piloroantral nahiyyədə olan iltihab, öd pasajının pozulması, durğunluq və ən son faktor olan Hp infeksiyası qəhvəyi öd daşlarının yaranması üçün şərait yaratmış olur. Statistik analiz nəticəsində sübut edilmişdir ki, yuxarıda adı çəkilən beş faktor, qəhvəyi öd daşlarının yaranması üçün risk faktoru sayıla bilər. Bu faktorların bir yerdə rast gəlməsi böyük əminliklə həmin xəstdə qəhvəyi daşın olmasını fikrini təsdiq edir.

ƏDƏBIYYAT

1. Ağayev B.A., Məmmədov K.B., Rüstəmov E.A. və b. Öd kisəsi və öd yollarının cərrahiyyəsinin bəzi məsələləri // Sağlamlıq, 2001, №8, s. 3-7
2. Zeynalov S.M., Sultanov H.A., İsayeva B.R., Zeynalov N.S. Destruktiv daşlı xolesistitin müalicəsində cərrahi taktika // Cərrahiyyə, 2005, №3, s. 21-24
3. Гальперин Э.И., Ветшева П.С. Рук-во по хирургии желчных путей. М.: Видар, 2006, 568с
4. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. СПБ: ЭЛБИ, 2000, 288с.
5. Shaffer E.A., “Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century?” Current Gastroenterology Reports, 2005, v.7, N 2, p.132-140.
6. Wang H. H., Portincasa P., Wang D. Q. H. Molecular pathophysiology and physical chemistry of cholesterol gallstones // Frontiers in Bioscience, 2008, v.13, N2, p. 401-423.
7. Stokes C. S., Krawczyk M., Lammert F. et all. Gallstones: environment, lifestyle and genes // Digestive Diseases, 2011.v. 29, N2, p.19-201.

Резюме

Сравнительный анализ роли разных этиологических факторов в формирование холестериновых и пигментных желчных камней

А.В. Гусейнов, Э.А.Искандаров

В последнее десятилетия повысился встречаемость желчно каменной болезни среди населения и соответственно поднялся число проводимых оперативных вмешательств на желчных путях. Литературные данные утверждают, коричневые пигментные камни в желчном пузыре имеют непосредственное отношение к воспалительным осложнениям после холецистэктомии. Целью исследования было, выявление факторов риска которые сопутствуют формированию коричневых камней. Анамнестические, антропометрические, экологические данные, а также результаты исследований у больных с холестериновыми, черными и коричневыми камнями был сравнительно изучен. Пища богатая карбогидратами, гастродуоденит и хроническая язвенная болезнь с метаплазией слизистого дуоденума, хеликобактериоз в биоптатах взятых с желудка, а также деформация шейки желчного пузыря, были выявлены как факторы риска сопутствующие к формированию коричневых камней.

Summary

The comparable analyse of the role of different aetiological factors in the development of cholesterol and pigment gallstones

A.V. Huseynov, E.A.Iskandarov

The rate of the bile stone disease among people elevated during last decades and according the number of surgical operations on biliary system increased also. Due to literature brown pigment stones directly connected with the different inflammatory complications after cholecystectomy. The aim of present study was to evaluate the risk factors which are responsible to the formation of the brown pigment stones. Anamnestic, anthropometrical, ecological and some other backgrounds, moreover the results of the investigations, were comparable analysed between patients with cholesterol, black and brown pigment stones. The meal with high carbohydrate content, gastroduodenitis, chronic ulcer disease with the metaplasia in duodenal mucosa, helicobacter pillory in biopsies from stomach and the deformation in the neck of the gallbladder identified as risk factors in the development of the brown pigment stones.

Daxil olub: 06.05.2014

MÜNDƏRICAT

İcmallar- обзоры

Персонификация стратегии антивирусной терапии, как перспективный путь повышения эффективности лечения больных гепатитом С
М.К.Мамедов, А.А.Кадырова, А.Э.Дадашева 3

Vaxtından əvvəl doğuşların proqnozlaşdırılması probleminə müasir baxış
O.M. Hüseynova, G.R.Sultanova 7

Reproduktiv yaşlı qadınlarda xroniki çanaq ağrıları sindromu
E.A.Əkbərbəyov, Ş.T.İbadova..... 13

Yeniyetmə-qızlarda reproduktiv sağlamlığın formalaşmasında əsas risk faktorları
N.M.Kamilova, Ş.M.Xəlilova..... 17

Orijinal məqalələr-Оригинальные статьи

Üz nahiyəsinin bazal hüceyrə xərçəngi üçün vahid metodlu müalicə kimi ayaqcıqlı alın flepinin (dəri parçasının) tətbiqi
Ə.C.Əliyev…… 23

Сравнительная оценка эффективности трех программ противовирусной терапии больных хроническим вирусным гепатитом В
Н.М.Нагиева, М.К.Мамедов…… 28

Влияние дефицита железа на иммунной ответ у детей раннего возраста
С.М. Касумова, Г.М. Гасанкулиева, Р.Г. Рзаева, И.А.Алиева, А.Б.Меджидова…….. 32

Патогенетические особенности развития инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у больных раком молочной железы
Т.Н.Мамедова, С.Э.Рагимзаде, М.К.Мамедов……..3

Qadın idmançılar arasında müxtəlif stomatoloji müalicə tədbirlərinin təhlili
Ş.Ə. Məmmədova. Ə.N.Niyazov…… 39

Qarın boşluğu abseslərinin müalicə metodlarının müqayisəli xüsusiyyətləri
E.Y.Bababəyli……...43

Hamiləlik zamanı bədən kütləsi ilə abdominal doğuş ehtimalının əlaqəsi
L.M. Rzaquliyeva, N.A.Qurbanova…….. 48

Diş əti çəkilmələrinin parodontoloji cərrahiyyəsində estetik nəticələrin dəyərləndirilməsi
C.R. Əhmədbəyli, S.R. Yılmaz……... 52

Hərbi qulluqçular arasında intihar davranışının tibbi aspektləri və konsepsiyası
E.S.Mehdiyev 54

Qarnın ön divarinin böyük yırtıqlarının plastikasından sonra baş verən tənəffüs çatışmazlığının korreksiyası üçün tədbiq edilən ağciyərlərin qeyri-invaziv ventilyasiyasının alqoritmi
N.Z.Musayeva…….. 60

Anadangəlmə dodaq-damaq yarıqları olan şəxslərdə diş cərgələrinin xüsusiyyətləri
N.A.Pənahov, E.Y. Həsənli……..65

Hamilə qadinlarda kəskin pielonefrit zamanı maqnit-rezonans tomoqrafiyanın diaqnostik imkanları
Ş.H.Qədimova…… 68

Erkən zahılıq dövrdə hipotonik qanaxmalara görə yüksək risk qrupuna aid olan qadınlarda hamiləliyin gedişatı xüsusiyyətləri
S.S. Həsənova, E.M. Əliyeva, N.Ş.Əliyeva……72

Острые воспалительные заболевания матки и придатков: современные патогенетические аспекты
Ф.А. Тагиева……... 75

Şəkərli diabeti olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə miokardın ağrısız işemiyası
T.Q. Sadıqov, A.B.Baxşəliyev…… 78

Особенности местного иммунитета и цитокинового профиля у беременных с доброкачественными заболеваниями шейки матки
Г.Л.Абдиева…… 82

Synthesis and physicochemical characterization of unfractionated heparin nanoparticles for drug delivery
H.M.Babazada……..87

Эпидемиология основных стоматологических заболеваний в Республике Беларусь
Н.А. Юдина, Т.Ю.Мельникова…….. 92

Особенности электронно-микроскопической картины нейроэндокринного рака кожи.
А.С. Исманлы, А.Ю.Казиев, Х.К.Мурадов……... 98

Выживаемость больных раком пищевода при сочетанной лучевой терапии
И.Г. Исаев, Н.Г. Кулиева, Г.Г. Насирова, Р.Р. Казиева…… 103

Повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта
А.М. Сафаров, А.М. Мамедов……. 108

Гендерные отличия показателей гемодинамики при применении блокаторов рецепторов ангиотензина II и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента у больных при хронической сердечной недостаточности
Г.М.Дадашова…….113

Латентные гиперкоагуляционные нарушения гемостаза
А.А.Керимов……... 116

Parodont xəstəliklərinin müalicə və profilaktikasının optimallaşdırılması
Ə.A. Əliyev, D.N. Haciyev, Ə.N.Niyazov…….. 123

Преэклампсия и инфекционный фактор в репродуктивной проблеме человека
З.Ф. Мехтиева, Л.М. Рзакулиева, Ф.Э.Садыхова…… 127

Tələbə qızların reproduktiv orqanlarının ultrasəs müayinəsinin xüsusiyyətləri
A.M. Bağırova, E.M. Əliyeva, A.C. İsmayılova, R.Ş. Vəzirova, N.Ş.Əliyeva…….134

Erkən yaşlı uşaqlarda bağırsaq infeksiyalarının kompleks müalicəsində ,,Probiocsin kids" preparatının tətbiqi
N.V.Əzizov, R.T.Nəzərova, F.H.Gülməmmədov……...137

Revmatoid artritli xəstələrdə ürək-damar sisteminin struktur zədələnməsi
X.İ. Səfərova, F.Y.Talıbov, G.R.Ələkbərova, C.H.Əhmədov, N.T.Zamanov…….. 140

Azərbaycanda əczaçiliq və tibb təchizatinda innovasion yanaşmalar
M.N. Vəliyeva, S.A.Atakişizadə……..142

Влияние трансплантации аутологических костномозговых стволовых клеток на состояние воротного кровотока у больных циррозом печени алкогольной этиологии
Р.Э.Джафарли …… 145

Изменения провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов при респираторном дистресс синдроме у недоношенных новорожденных детей
З.О. Надирли, Н.Д. Гулиев, Я.К. Масталиев, Н.М.Мустафаева……... 150

К вопросу достижения оптимальных результатов при эндодонтическом лечении зубов
Х.Б. Насирова, А.М.Сафаров…….. 145

Perinatal ensefalopatiyalı uşaqlarda bağırsaq mikroflorasının formalaşmasının prospektiv qiymətləndirilməsi
S.Ş. Həsənov, A.S. Hacıyeva, B.A.Kazımova…….158

Reflüks xəstəliyi zamanı ağiz boşluğunun funksional vəziyyəti
R.Y. Qurbanov, A.C. Paşayev…… 162

Total yuxu deprivasiyası fonunda hippokampin SA_1 sahəsində neyron və sinapslarda əmələ gələn struktur dəyişikliklərinin miqdarı və morfometrik tədqiqi
B.M. Abuşov, Ə.Ə.Səmədov, F.B. Əskərov, M.İ. Səfərov …….. 167

Новые аспекты этиологии и патогенеза некротического энтероколита новорожденных
А.Б.Гусейнова…….171

Şərur rayonunda yaşayan yerli əhali arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin epidemiologiyası
R.M.Cəfərov…….177

İmplantlar üzərinə ortopedik konstruksiyaların tətbiqi zamanı baş verən ağırlaşmaların profilaktikası imkanları
H.H.Musayeva…… 180

Миниинвазивные вмешательства при патологиях внепеченочных желчных путей
К.Р.Юсиф-заде……184

Pubertat yaşda olan qızlarda metabolik sindromun diaqnostika və müalicə-profilaktika tədbirlərinin alqoritminin optimallaşdırılması
N.M.Kamilova, G.M.Xəlilova……190

Təbii preparatların idmançı qadıinların ağız boşluqlarının immunoloji göstəricilərinə təsirinin qiymətləndirilməsi
Y.H. Axundov, Ş.Ə. Məmmədova, Q.X.Əliyev, K.B.Sahbazov……... 195

Особенности ранней адаптации новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития выраженность аутоиммунных реакций у лиц с тиреоидной патологией
С.З.Гараева……. 199

Выраженность аутоиммунных реакций у лиц с тиреоидной патологией
Ф.Х. Саидова, О.М. Шахсуваров, Р.Г. Гусейнов, Л.М. Ахмедова, Н.О.Шахсуварова
С.З.Гараева…… 202

Süd vəzisinin palpasiya olunmayan şişlərinin stereotaktik vakuum biopsiyası
P.R.Quliyev…….. 207

Fetoplasentar çatışmazlıq və dölün inkişafdan qalma sindromunun müalicəsinə alternativ yanaşma
N.M.Kamilova, R.B.Cəfərova……212

Xolesterin və piqment öd daşlarının formalaşmasında müxtəlif növ etioloji faktorların rolunun müqayisəli analizi
A.V. Hüseynov, E.A. İskəndərov……217

Çapa imzalanıb: 29.12.2014
Sayı:250. Həcmi 20.5 çap vərəqi
Formatı 60X841/8. əla növ kağız