ISBN 9952-8091-0-7

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

Современные достижения азербайджанской медицины

Rüblük elmi-praktiki jurnal

Полугодовой научно-практический журнал

№1/2007

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

Rüblük elmi-praktiki jurnal

Jurnal 2006-ci ildən təsis olunmuşdur

Nəşr edən:
Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Dövlət elmi tibb kitabxanası

Baş redaktor:
M.Q.Məmmədov

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

Redaksiya Heyyəti:

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

İCMALLAR - ОБЗОРЫ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗНАЧЕНИИ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ ЛОКАЛЬНО-ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СЕПСИСА И АНТИОКСИДАНТНОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Г.А.Курбанов

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Начиная с 70-х годов XX столетия в литературе накоплен достаточный экспериментальный и клинический материал, на основании которого сформировано единое мнение, указывающее на то, что процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантная недостаточность играют существенную роль в патогенетических механизмах развития многих заболеваний. Пролонгированное накопление первичных и вторичных продуктов ПОЛ в тканях приводит к нарушению равновесия между механизмами антиоксидантной защиты организма и образованию патологических медиатров воспалительных и аллергических реакций липидного происхождения [17, 18, 22, 23].

В тоже время литературные сведения, касающиеся изучения структурно-функционального состояния при сепсисе у детей грудного возраста, единичны, а при локально-инфекционно-воспалительных заболеваниях (ЛИВЗ) - отсутствуют.

Так, Т.А.Даминов и соавторы [13] при изучении структурно-функционального состояния в мембранах клеток у детей грудного возраста с сепсисом установили, что наблюдаемые нарушение в системе ПОЛ - АОЗ организма у больных сепсисом связаны с изменениями функционирования определенных регуляторных систем в условиях гипоксии и интоксикации.

И.И.Рюмина и соавторы [21] при изучении процессов ПОЛ в эритроцитах у недоношенных детей с гнойно-воспалительными заболеваниями установили не только существенные сдвиги в этих показателях, но и обосновали необходимость включения антиоксидантов в комплексную терапию.

Н.И.Тарасов и соавторы [22] считают, что нарушение процессов ПОЛ играет первичную роль в повреждении клеточных мембран и может явиться одним из звеньев патогенеза дистрофии и некроза в клубочках почек. Продукты ПОЛ вызывают вазоконстрикторный эффект и в результате этого еще больше усугубляется имеющаяся гипоксия в почечной ткани. Последняя, в свою очередь, сопровождается усилением процессов ПОЛ.

В последние десятилетия на основании накопленного достаточного клинического материала в литературе сформировалось четкое мнение о том, что при назначении АО необходимо учитывать индивидуальную особенность организма больных и при возможности определить чувствительность мембран эритроцитов к тем или иным АО in vivo [11, 12, 26].

А.Р.Абдуллаев и соавт. считают [1], что при сочетании одного препарата с другим, т.е. при одновременном назначении двух и более АО в адекватной дозе наблюдается взаимопотенцирующее антиокислительное действие.

В.А.Люсов и Ю.А.Гомзикова [16], обнаружив у взрослых больных с гипертрофической кардиомиопатией повышение продуктов ПОЛ в 2-3 раза по сравнению с нормой, назначали пациентам комплекс антиоксидантов в виде аскорбиновой кислоты по 2,5 г в сутки, альфа-токоферола по 100 мг через день, бета-каротина по 5 мг в сутки и глютаминовой кислоты по 500 мг в сутки. Продолжительность курса 20 дней. Наблюдая клинико-биохимический эффект, авторы считают, целесообразным индивидуализировать их дозы и назначать АО исходя из степени нарушения процессов СРО (свободнорадикальное окисление) липидов.

Доказательством сказанному может служить сообщение экспериментаторов, изучающих патогенетические механизмы развития при тех или иных заболеваниях [15]. Указанные авторы подчеркивают, что ха-

рактер выраженности и прогноз развития хронического процесса могут быть тесно связаны с функциональным состоянием энзимной системы антиоксидантной защиты и процессов образования активных форм кислорода (АФК).

Поэтому одной из первоочередных задач, стоящих перед фармакологами, экспериментаторами и клиницистами, является разработка новых фармакологических препаратов, которые могли бы эффективно нормализовать соотношение ПОЛ/АОЗ.

Далее при анализе литературных источников нас интересовал такой вопрос: можно ли использовать показатели процессов ПОЛ в качестве критериев при оценке тяжести патологического процесса и определении его исхода, а также при уточнении эффективности тех или иных методов лечения?

Н.В.Азизов [2] считает, что повышение активности ксантиноксидазы в сыворотке в 2 и более раза и снижение АОА (антиоксидантный антиген) в крови в 2 и более раза по сравнению с нормой являются неблагоприятными прогностическими признаками и могут служить критериями тяжести больного ребенка с токсической пневмонией.

А.О.Атыканов [3] указывает, что фаза восстановления структурно-функционального состояния мембран значительно отстает от фазы клинического выздоровления, что является прогностически неблагоприятным признаком, свидетельствующим о возможности перехода острого процесса в затяжной или хронический.

Использование показателей ПОЛ в качестве дополнительных критериев оценки тяжести заболевания и контроля за эффективностью проводимой терапии указывает также ряд авторов [20, 22].

Учитывая высокую чувствительность метаболических процессов в мембранах клеток к эндо- и экзогенным факторам [6, 12], ряд авторов при оценке эффективности проводимых тех или иных методов лечения, особенно при применении лазеротерапии, в качестве критериев использовали показатели СРО липидов и АОЗ [9, 14].

Т.М.Брук и О.В.Молотков [9] показали, что лазерное излучение у экспериментальных животных, подвергшихся предельно критической нагрузке по сравнению с интактными животными, способствовало снижению содержания МДА в плазме в 4,4 раза, увеличению концентрации тиреоидных гормонов в 1,5-2 раза и нарастанию работоспособности - в 3 и более раза.

Клинико-экспериментальные наблюдения Б.С.Брискина и соавторов (8) показывают, что лазерная терапия стимулирует фагоцитоз, играющий основную роль в процессе заживления раны, и поэтому после нее в основной группе частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений снижается в 2 и более раза (2,1%) по сравнению с контрольной группой (5,6%).

Некоторые авторы при разработке эффективных доз лазерного облучения в качестве критериев благоприятного его воздействия на организм больного использовали параметры ПОЛ в мембранах эритроцитов [7, 19].

Следует подчеркнуть, что в литературе существует неоднородность в отношении трактовки направленности наблюдаемых сдвигов в процессах ПОЛ при тех или иных патологических состояниях: одни авторы на основании увеличения содержания первичных и вторичных продуктов процессов ПОЛ в клетках, в частности накопления МДА в эритроцитах, делают заключение об интенсификации липидной пероксидации [24, 25], а другие считают, что значительное накопление содержания МДА в эритроцитах у новорожденных при тех или иных патологических состояниях следует рассматривать как сниженную активность процессов ПОЛ [5, 6].

В последние годы предложен новый микрометод оценки процессов ПОЛ, который объективно определяет структурно-функциональное состояние в мембранах эритроцитов, в целом в организме больного и облегчает повторное исследование в динамике патологического процесса [5, 6, 12, 26].

Преимуществами этого метода над существующими являются: 1) для определения показателей ПОЛ требуется небольшое количество биологического материала (3-4 капли периферической крови); 2) одновременно в клетке определяется МДА и уточняется степень "очищения" клеток от этого продукта (МДА); 3) создается возможность определения компенсаторно-приспособительной реакции метаболических процессов на клеточном уровне; 4) далее весьма важным является то, что имеется возможность определения чувствительности больного ребенка к тем или иным антиоксидантам и индивидуально подобрать их дозу и уточнить продолжительность курса лечения; 5) методика легко выполнима, высокочувствительна и не требует применения дорогостоящей аппаратуры.

Литературные сведения дают нам основание предполагать, что целенаправленное изучение процессов ПОЛ и назначение адекватной терапии может способствовать ликвидации патофизиологических механизмов проявления тех или иных признаков заболевания у больного ребенка. В этом отношении нам наиболее перспективным представляется разработка методов управления процессов ПОЛ клеточных мембран через АОС организма, так как эта система участвует в регуляции биологического уровня перекиси в тканях. Изучение же гнойно-септических заболеваний и сепсиса с позиций мембранных механизмов повреж-

дения клетки, несомненно, позволит найти новые способы лечения, чтобы ускорить выздоровление больного ребенка, предупредить возникновение осложнений и переход патологического процесса в затяжную форму на основе защиты мембранных структур и целостности организма от различных повреждающих воздействий.

По литературным указаниям [3, 4, 10], изучение патогенетических механизмов развития при различных заболеваниях в аспекте исследования показателей процессов ПОЛ представляет не только научный интерес, но и имеет практическую значимость, поскольку составляет основу повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Из вышеуказанного обзора литературы видно, что одной из основных задач современной клинической мембранологии является поиск более эффективных, и по возможности универсальных средств защиты мембранных структур от повреждающего воздействия эндогенных и экзогенных факторов.

Вышеуказанные предпосылки и недостаточная изученность состояния процессов ПОЛ при гнойно-воспалительных заболеваниях и сепсисе у детей грудного возраста явились основанием для разработки этого вопроса с использованием современного методического подхода в оценке показателей ПОЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев А.Р., Багдасарова Т.А., Масталиев Я.К. и др. Коррекция терапии острых бронхолегочных заболеваний у детей раннего возраста с применением антиоксидантов. - Аз.мед.журн., 1988, N.10, с. 19-22;
2. Азизов Н.В. Значение перекисных процессов в патогенезе токсических состояний у детей. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1986, 23 с.;
3. Атыканов А.О. Оценка структурно-функционального состояния мембран эритроцитов при острых пневмониях у детей раннего возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Фрунзе, 1987, 14 с.;
4. Ахмедов Д.Р. Клинико-патогенетическое значение антиоксидантной системы при инфекционных заболеваниях. - Клин.мед., 1994, N.1, с. 24-26;
5. Банкова В.В., Манкин С.М., Никонорова Т.М. Способ исследования метаболизма малонового диальдегида в эритроцитах. - Бюлл. Открытия СССР, 1988, №14, А.С. №138805;
6. Банкова В.В. Роль малонового диальдегида в регуляции перекисного окисления липидов в норме и патологии: Автореф. дисс. ... док. биол. наук. М., 1990, 38 с.;
7. Бирюков В.С., Шингарев Г.Л. Эритроцитарные эффекты после лазерного облучения крови. - Вест. науч. исслед., 1997, N.1, с.1-11;
8. Брискин Б.С., Савченко З.И., Хачатрян Н.Н. Особенности иммунных реакций при гнойной инфекции брюшной полости. - Клин.мед., 1996, N.2, с.56-57;
9. Брук Т.М., Молотков О.В. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения при действии на организм допустимой физической нагрузки. - Патол. физиол. и экспер. терапия, 1997, N.1, с. 33-34;
10. Вельтишев Ю.Е., Стефании Д.В. Иммунология и иммунопатология детского возраста. - М., 1996, 384 с.;
11. Гаджиев А.А., Гусейнов Г.Г., Масталиев Я.К. Применение антиоксидантов при острой осложненной пневмонии у детей. - Аз.мед. журн., 1997, N.5, с.57-59;
12. Гусейнов Г.Г. Особенности клинического течения и состояния перекисного окисления липидов в эритроцитах при острой пневмонии у детей грудного возраста, проживающих в районах с интенсивным применением пестицидов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Баку, 1996, 18 с.;
13. Даминов Т.А., Каримов Х.Я., Давлетщина Л.Н. и др. Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы при стафилококковом сепсисе у детей грудного возраста и принципы патогенетической терапии. - Педиатрия, 1991, N.8, с.55-58;
14. Корочкин И.М., Бабенко Е.В. Механизмы терапевтической эффективности излучения гелий - неонового лазера. - Сов.мед. 1990, N.3, с.3-8;
15. Логинов А.С., Тутельян А.В., Звенигородская Л.А. и др. Эффективность применения нового пептидного препарата иммунофана в терапии длительно незаживающих язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных ишемической болезнью сердца. - Практич.врач, 1998, N.13, с.18-19;
16. Люсов В.А., Гомзикова Ю.А. Состояние свободнорадикального окисления у больных гипертрофической кардиомиопатией. - Тер.архив, 1997, N.12, с.44-49;
17. Меерсон Ф.З. Роль перекисного окисления липидов в патогензе аритмий и антиаритмическое действие антиоксидантов. - Кардиология, 1984, N.5, с.104-113;
18. Мусаева С.М., Аляви Л.А. Влияние лазеротерапии на энергетический обмен при лечении больных ишемической болезнью сердца. - В кн.: Кардиология: эффективность и безопастность диагностики и лечения: Тезис. докл., М., 2001, с.263;
19. Потапов А.С. Низкоэнергетическая лазеротерапия в комплексе лечения хронических гастродуоденитов у детей. - Педиатрия, 1998, N.4, с.66-72;
20. Прозорова Г.Г., Сильвестров В.П., Символовкий С.И. и др. Эффективность мембраностабилизирующей терапии у больных хроническим обструктивным бронхитом. - Тер. архив, 1997, N.10, с.34-36;
21. Рюмина И.И. Применение витамина Е у новорожденных детей раннего возраста. - Вопр. охр. мат. и дет., 1983, N.6, с.24-27;
22. Тарасов Н.И., Терентьева Н.В., Воронцова Н.Л. и др. Динамика процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты под влиянием терапии дальтепарином при остром коронарном синдроме. - Клин. мед.,

2004, N.3, c.63-66;

23. Чиншайло Г.С. Влияние антиоксидантной терапии на клиническое течение, систему перекисного окисления липидов и ферментный антиоксидантной защиты у недоношенных детей, перенесших перинатальную гипоксию. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Минск, 1993, 18 с.

24. Эюбова А.А., Будагов Ф.Г., Рзакулиева Д.М. Клинико-иммунологическая оценка применения Т-активина при обструктивных бронхитах у детей. - Педиатрия, 1991, N.1, с.108;

25. Эюбова А.А., Панахова Т.Т. Сравнительная клинико-иммунологическая эффективность применения иммуномодуляторов в лечении повторных респираторных заболеваний. - Int. J. on Immunorehabilitation, 1999, 14:42;

26. Юрков Ю.А., Банкова В.В., Хамидова М.М. и др. Свободнорадикальное окисление липидов и устойчивость к гемолизу эритроцитов здоровых и больных детей. - Вопр. мед. химии, 1984, N.4, с.101-106.

SUMMARY

THE MODERN VIEW TO SIGNIFICANCE OF LIPID'S PEROXIDATION PROCESS IN PATHOGENETIC MECHANISMS OF DEVELOPING OF LOCAL-INFECTION-INFLAMMATION DISEASES, SEPSIS AND ANTIOXIDANT CORRECTION AT PECTORAL AGE CHILDREN

G.Gurbanov

The process of lipid's peroxidation (POL) in cell membranes take place in their life activity.

During prescription of antioxidant is necessary to determine the individual condition of sick man's organism and the sensitive of erythrocyte membranes to this perpetrate in vivo.

Last years was suggested the new micro method of marking POL processes, which determines objective structure-functional condition of cell membranes and generally condition of sick man's organism and makes easy again research in dynamics of pathology processes and this fact was object of our search.

Daxil olub: 22.11.2006

О ПРОБЛЕМЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Э.Н.Мамедбеков, Н.Р.Рзаева

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

Туберкулез легких и других органов за последние 10 лет обрел характер важной проблемы, стоящей перед общественным здравоохранением многих стран мира.

Еще весной 1993 г. ВОЗ официально объявила о том, что заболеваемость тубекулезом (ТБ), после многолетнего перерыва, вновь резко возросла и выйдя из под контроля во многих регионах мира, обрела черты пандемии [8]. В настоящее время в мире имеется более 100 млн больных ТБ и это заболевание все еще представляет реальную угрозу для населения многих стран [4, 17].

С другой стороны, инфекции, вызванные вирусами гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС) широко распространены во всем мире и сегодня рассматриваются как одна из самых серьезных проблем современной клинической и профилактической медицины [10, 11].

Важность проблемы сочетания ТЛ и других органов с этими инфекциями предопределяется отмечаемым во многих странах неуклонным повышением частоты случаев сочетанного инфицирования взрослых и детей возбудителями как ТЛ, так и ГВ и ГС, регистрируемых как в туберкулезных стационарах, так и вне их [5, 13, 19].

К настоящему моменту накоплен значительный фактический материал, с определенностью свидетельствующий о том, что инфекции, вызванные ВГВ и ВГС довольно широко распространены среди больных ТЛ, а специфические (серологические и молекулярные) маркеры инфицирования этими вирусами у боль-

ных ТЛ выявляются значительно чаще, чем у здорового населения соответствующих регионов. Это послужило основанием для широко распространенного сегодня мнения о том, что больные ТЛ должны быть отнесены к одной из групп населения, отличающихся высоким риском инфицирования ВГВ и ВГС [6, 9, 12].

Эпидемиологическое значение этих инфекций у больных ТЛ демонстрируется двумя важными обстоятельствами.

Во-первых, будучи широко распространены среди больных ТЛ при определенных условиях и, главное, при низкой эффективности проводимых в этих стационарах санитарно-профилактических мероприятий, эти инфекции могут приобретать характер "внутрибольничных" и создавать вполне реальную угрозу не только для других пациентов, но и медицинского и технического персонала клиник [1, 2].

Во-вторых, инфицируясь ВГВ и/или ВГС в период нахождения в профильном стационаре, больные ТЛ после выписки из них могут оставаться потенциальным источниками этих инфекций и, соответственно становиться причиной появления внутрисемейных случаев заболевания гепатитами В (ГВ) и С (ГС) [3, 4].

Клиническое значение этих инфекций у больных ТЛ не менее важно и демонстрируется следующими обстоятельствами.

Во-первых, поскольку развитие ТЛ и, особеннно его хронических форм сопровождается прогрессирующей иммунодепрессией, а в патогенезе ВГВ- и ВГС-инфекций, важную роль играют иммунопатологические процессы, можно полагать, что в случае сочетания ТЛ с этими инфекциями, отмечаемые у больных ТЛ иммунологические нарушения могут быть более глубокими и более выраженными. Понятно, что такие нарушения могут приводить к обретению ТЛ более быстрого развития и, соответственно, к развитию его более агрессивных форм [15, 16].

Во-вторых, известно, что в значительной части случаев ВГВ- и ВГС-инфекций у больных ТЛ сопровождаются клинически манифестными или субклинически протекающими дисфункциями печени, на фоне которых в организме развивается комплекс биохимических сдвигов, влекущих за собой нарушения и иммунологического гомеостаза. Это позволяет полагать, что поражение печени способно неблагоприятно отражаться на функционировании системы иммунитета и, в частности, неспецифической резистенетности и, тем самым, негативно влиять на течение ТЛ. В этом же контексте определенное значение приобретает отмечаемый в литературе факт нередкого присоединения к основному заболеванию вторичных инфекций.

Наконец, патология печени сопровождается нарушением ее детоксицирующей функции и, соответственно, учащение и усиление токсических проявлений побочного действия противотуберкулезных препаратов, что подтверждается данными о том, что у инфицированных ВГВ и ВГС больных отмечаются не только более частые и более выраженные проявления медикаментозной гепатотоксности, но и более тяжелое течение ТЛ и снижение эффективности его этиотропного лечения [14, 20, 21].

Вместе с тем, проблема взаимосвязи ТЛ с этими вирусными инфекциями, в целом, и ряд ее эпидемиологических аспектов, в частности, все еще нуждается в дальнейшем изучении.

Так, если многие аспекты эпидемиологии инфекции, вызванной ВГВ среди контингента больных ТЛ уже исследованы, то данные, отражающие аналогичные аспекты, сравнительно недавно идентифицированной инфекции, вызванной ВГС среди этой группы больных все еще остаются не полными, будучи основаны на результатах, главным образом, обследования небольших по численности групп пациентов с ТЛ. Кроме того, весьма ограниченными остаются данные об особенностях распространения среди больных ТЛ смешанных инфекциях, вызванных ВГВ и вирусом гепатита D, а также ВГВ и ВГС.

Между тем, дальнейшее расширение информации об эпидемиологических особенностях вызванных ВГВ и ВГС инфекций среди контингента больных ТЛ настоятельно требует необходимости повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий, проводимых в стационарах фтизиатрического профиля и среди больных ТЛ, находящихся на амбулаторном наблюдении и лечении.

С учетом изложенных выше обстоятельств мы полагали, что данные о ГВ и ГС как о нозокомиальных инфекциях во фтизиатрических стационарах могут представлять определенный интерес для широкого круга фтизиатров и эпидемиологов. Это и побудило нас ниже привести важнейшие данные, отражающие особенности распространения вызванных ВГВ и ВГС инфекций среди больных ТЛ.

Прежде всего, отметим, что факт частого развития желтух у больных ТЛ давно привлекал внимание исследователей и уже в 50-60-е гг прошлого века ряд авторов отмечал, что у больных ТЛ имеет место повышенная заболеваемость вирусным гепатитом. Вместе с тем, многие исследователи полагали, что развитие желтух и других признаков поражения печени у больных ТЛ связано с токсикоаллергическим влиянием противотуберкулезных лекарственных препаратов.

Позднее было доказано, что ряд противотуберкулезных препаратов действительно обладают выраженной гепатотоксичностью (изониазид, пиразинамид и рифампицин). Это обстоятельство способствовало тому, что вероятность вирусного поражения печени, проявляющегося на фоне лечения больных ТЛ фтизиатрами часто не учитывалась [14].

Лишь в конце 80-х гг XX в., после появления реальных возможностей лабораторной диагностики ГВ, были проведены сероэпидемиологические исследования, показавшие, что инфекция, вызванная ВГВ довольно широко распространена и среди больных ТЛ.

Несмотря на это, хорошо известная фтизиатрам и широко распространенная у больных ТЛ патология печени, непосредственно связанная с основным заболеванием, до недавнего времени "заслоняла" истинную роль гепатитных инфекций в формировании этой патологии.

Действительно, осуществлен и, в том числе, за последние годы, целый ряд исследований, результаты которых свидетельствуют о том, что в основе высокой частоты поражений печени у больных ТЛ может лежать действие различных факторов.

Среди них, в первую очередь, указывают на гепатотропный компонент туберкулезной интоксикации, неблагоприятный преморбидный фон у больных ТЛ, длительный прием туберкулостатических препаратов, обладающих гепатотоксическими свойствами, широкое распространение среди больных ТЛ хронического алкоголизма и, соответственно, алкогольно-токсической гепатопатии, проявления которой закономерно усугубляются на фоне противотуберкулезного лечения и др.

Более того, в литературе отмечается, что в большинстве случаев у больных ТЛ отмечается сочетанное влияние нескольких неблагоприятных гепатотропных факторов (туберкулезная интоксикаяи, алкоголизм, гепатотоксическое действие лекарств и т.д.). В этих условиях возможные клинические проявления вирусных гепатитов оказываются "смазанными", а сами инфекции зачастую остаются не выявленными [7].

Трудности клинического выявления вирусных гепатитов у больных ТЛ были преодолены только благодаря расширению возможностей применения доступных диагностических систем для лабораторной диагностики этих инфекций и начиная с конца 70-х гг. в туберкулезных стационарах начал выявляться ГВ, а с начала 90-х гг. - и ГС.

Теперь позволим себе кратко остановится на данных литературы, отражающих особенности распространения среди больных инфекций, вызванных как ВГВ, так и ВГС, в отдельности.

Более высокая инфицированность больных ТЛ, чем здорового населения документирована в ряде наблюдений, выполненных еще в 70-80 гг. И именно эти данные первоначально послужили основанием для отнесения этого контигента больных к группам высокого риска заражения ГВ.

Согласно результатам проведенных в России исследований, у больных ТЛ частота выявления HBsAg разными методами колебалась от 8,0 до 28,2%. Судя по результатам проведенного 10 лет назад в г.Баку серологического обследования, частота выявления HBsAg среди больных ТЛ составила, в среднем, 10%.

Столь большие различия могут быть обусловлены различной чувствительностью применяемых лабораторных методов, а также различной интенсивностью циркуляции вируса в регионе проживания больных.

Причинами широкого распространения этой инфекции среди больных ТЛ считаются большой объем различных парентеральных вмешательств при длительном стационарном и амбулаторном лечении.

Эпидемический процесс, обусловленный ВГВ среди больных ТЛ находит проявление в виде случаев заболевания острым ГВ. Такая заболеваемость во фтизиатрических стационарах, как правило, имеет спорадический характер или приобретает характер скрытых или явных вспышек. Она не зависит от сезона, равномерно распределена по всему протяжению года. Отмечено, что чаще всего "желтухи" возникали через 3 месяца после поступления больных, когда пациенты уже подвергались интенсивной антибактериальной терапии. В то же время, установлено, что больные ТЛ часто переносят ГВ в безжелтушных формах.

Групповые заболевания, как правило, развивались в виде вспышек последовательно через 30-60 дней или одномоментно, с формированием очаговости в тех палатах, где находились "первичные источники" инфекции. Кроме того случаи заболеваний регистрировали и после окончания лечения и выписки из больницы.

Вместе с тем, как свидетельствуют результаты ряда наблюдений интенсивность эпидемического процесса ГВ в туберкулезном стационаре, в первую очередь, определяется скрыто протекающей инфекцией, частота которой в несколько раз выше частоты регистрации клинически манифестных форм ГВ. Согласно этим данным, значительная часть случаев инфицирования больных ТЛ приводит к развитию субклинических форм течения инфекции и потому остается невыявленной.

Высокой частоте случаев течения ГВ в форме субклинических инфекций, по-видимому, способствует наличие у немалой части больных ТЛ депрессии иммунологической реактивности, на фоне которой развитие аутоиммуноагрессивных реакций, формируемых в отношение инфицированных гепатитов происходит менее интенсивно, что соответственно, предопределяет отсутствие клинических проявлений ГВ.

Персистирование HBsAg у больных ТЛ приводит к накоплению потенциальных источников инфекции ВГВ, что становиться предпосылкой для поддержания эпидемического процесса в противотуберкулезных учреждениях.

"Здоровые" носители HBsAg среди больных ТЛ выявляются как в момент их госпитализации ("занос"

инфекции), так и на различных сроках лечения больных. При этом, отмечается, что частота выявления HBsAg у детей была выше, чем у взрослых и у мужчин выше по сравнению с женщинами.

Динамическое обследование больных ТЛ, интактных в момент поступления в стационар, проведенное разными исследователями, показало, что при повторном исследовании сывороток крови этих больных, проведенном через 3-6 месяцев после первого обследования, частота выявления HBsAg увеличивалась, по сравнению с таковой при первом обследовании, что однозначно свидетельствовало о внутрибольничном заражении ВГВ.

Соотношение числа "заносов" инфекции и случаев внутрибольничных заражений колеблется в зависимости от особенностей эпидемиологической ситуации, предшествующей развитию эпидемического процесса. Так, уровни носительства и выявление "свежего" инфицирования больных ТЛ в стационарах и отделениях, где ранее регистрировались случаи острого ГВ, как правило были заметно выше, чем в тех отделениях, где эти случаи ранее не отмечались.

С другой стороны, на большой группе больных в туберкулезном стационаре показано, что частота выявления маркеров у первичных больных, еще не подвергавшихся лечению, была в 1,5 раза меньше, чем у лиц, раннее получавших лечение. В этом же исследовании было отмечено, что частота выявления всех маркеров инфицирования увеличивалась с возрастом больных и нарастала с увеличением продолжительности лечения в стационаре.

Эпидемиологическая ситуация с ГС в стационарах туберкулезного профиля менее изучена. Вместе с тем, на настоящий момент доказано, что в этих учреждениях случае эпидемический процесс развивается преимущественно в скрытых формах. При этом, на фоне практического отсутствия случаев заболевании ГС, частота выявления анти-ВГС значительно превышает таковую среди здорового населения. Имеются данные и о распространенности ГС среди диспансерного контингента больных ТЛ.

В отдельных наблюдениях показано, что риск инфицирования ВГС у пациентов туберкулезного стационара возрастает по мере увеличения длительности лечения.

Инфекция, вызванная ВГС рассматривается в качестве одной из причин развития цирроза печени преимущественно у больных деструктивными формами ТЛ и, особенно, после таких операций как резекции легких или торакопластика. Формирование цирроза печени нередко приводит к развитию рецидивов и обострений ТЛ вследствие развития резистентности микобактерий к различным препаратам. Риск развития лекарственного гепатита в 5 раз выше у больных ТЛ, имеющим анти-ВГС, чем у больных без этих антител.

И, наконец, учитывая общность путей передачи ВГВ и ВГС, а также преобладающее при ГС число бессимптомных форм инфекции, можно думать о существование в противотуберкулезных стационарах весьма значительного хронического резервуара ВГС.

Все изложенные выше данные с определенностью указывают на необходимость проведения в стационарах туберкулезного профиля интенсивных профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на борьбу с ГВ и ГС, и внедрения системы эпидемиологического надзора за этими инфекциями.

Кроме того, важным элементом такой борьбы должно стать информирование врачей-фтизиатров о высокой вероятности наличия у части больных ТЛ инфекций, вызванных ВГВ и ВГС. Именно фтизиатрам приходится часто сталкиваться с разнообразными формами сочетаний ТЛ с этими инфекциями и именно им, в первую очередь, необходимо знать о возможных тяжелых последствиях такого сочетания, имеющих отношение не только к пациентам, но и к медицинским работникам.

Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что ряд вопросов в проблеме вирусных гепатитов у больных ТЛ все еще нуждается в уточнении, а некоторые из вопросов пока остаются без ответа. Так, пока малоизвестными остаются данные о различном характере течения туберкулеза в зависимости от формы вирусного поражения, о соответствии различных сывороточных маркеров вируса этим формам. Вследствие этого нет четкой клинико-эпидемиологической тактики фтизиатра при обнаружении у больных тех или иных маркеров инфицирования ВГВ и ВГС.

Важнейшими эпидемиологическими особенностями ГВ и ГС являются: во-первых, множество естественных и искусственных путей передачи возбудителей, которые определяют распространенность этих инфекций, а для ГВ - еще и необыйно высокая резистентность ВГВ к дезинфицирующим воздействиям; во вторых, высокая, особенно в случае ГС, склонность к формированию хронических форм, большинство из которых протекает субклинически.

Картина, характерная для фтизиатрических стационаров имеет определенное сходство с таковой в стационарах онкологического профиля. Это сходство сводилось к тому, что как онкологические заболевания, так и ТЛ отличаются длительным течением и эти больные длительное время находятся в соответствующих клиниках. Кроме того, большинство онкологических больных и больных ТЛ, в определенной степени, являются иммунокомпрометированными. Учитывая эти обстоятельства, можно понять почему в

стационарах именно этих профилей контакт источников инфекций и восприимчивых лиц (и те и другие могут быть представлены как больными, так и медицинским персоналом). Этому же способствует, уже упоминавшийся высокий уровень парентеральной "нагрузки" пациентов, связанный с тяжестью заболеваний, длительностью пребывания в больнице и интенсивностью проводимой терапии.

Серьезность проблемы ГВ и ГС во фтизиатрической клиниках с определенностью демонстрирует важное утилитарное значение их профилактики, повышения эффективности которой сегодня можно добиться, развивая три ее направления [4, 13].

Первое состоит в повышении эффективности методов дезинфекции и стериилизации медицинских инструментов и оборудования и полному переходу на использование одноразовых режущих и колющих инструментов и рационального применения современных дезинфектантов.

Второе направление - повышение эффективности тестирования переливаемой крови и ее препаратов с помощью современных лабораторных методов.

Третье направление - необходимость своевременного выявления инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С предопределяет целесообразность обязательного проведения соответствующих серологических исследований крови всех больных ТЛ уже в момент их поступления в специализированные стационары. При этом, отрицательный результат серологического обследования больных ТЛ на наличие HBsAg и анти-ВГС должен становиться основанием для вакцинации таких больных против ГВ.

Очевидно, что развитие второго и третьего направлений предполагает необходимость оснащения фтизиатрических клиник и стационаров необходимым оборудованием, позволяющим использовать современные возможности серологической диагностики вызванных ВГВ и ВГС инфекций, что позволило бы не только обследовать больных, но и осуществлять эффективный контроль переливаемой крови.

Четвертое направление основано на вакцинации против ВГВ больных, поступающих в эти стационары. Однако, вопрос об эффективности вакцинации у больных ТЛ окончательно не решен и, наряду с сообщениями о ее успешном применении и протективном эффекте, имеются публикации, авторы которых высказывают сомнения в ее целесообразности, поскольку имеющаяся у больных ТЛ иммуносупрессия, усугубляющаяся в ходе ХТ препятствует формированию полноценного протективного эффекта вакцинации.

Тем не менее, это направление считается перспективным, поскольку в литературе есть указания о возможности повышения эффективности вакцинации путем более частого применения более высоких доз антигенов или введения вакцин в комбинации с модификаторами иммунного ответа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алымбаева Ж.Б., Уразалина Т.Н., Симонович Р.К. Выявление HBsAg у больных острыми формами легочного туберкулеза. - В кн.: Тез-сы областн. конференции фтизиопульмонологов. Караканда, 2001, с.5-6;

2. Витько Е.В., Карпенко О.Л. Заболеваемость вирусными гепатитами В и С и туберкулезом в Дальневосточном федеральном округе. - В кн: Гепатиты В, С и D -проблемы диагностики, лечения и профилактики. М., 2001, с.58-60

3. Витько Е.В., Томилка Г.С., Богач В.В. Этиологическая и эпидемиологическая характеристика парентеральных вирусных гепатитов у больных туберкулезом.- В кн: Гепатиты и другие трансфузионные инфекции. Хабаровск, 2004, с.24-25;

4. Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Особенности распространения инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С среди больных туберкулезом легких. - В кн.: Достижения медицинской науки и практики в Азербайджане, 2005, т.1, с.8-12;

5. Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Серологические маркеры инфицирования вирусами гепатитов В и С у больных туберкулезом легких. - Мир вирусных гепатитов, 2005, N.4, с.14-15;

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

7. Лобзин Ю.В. Огарков П.И., Жданов К.В. Вирусные гепатиты у больных острым и хроническим туберкулезом.- Мир вирусных гепатитов, 2002, N.2, с.14;

8. Мамедбеков Э.Н., Шихалиев Я.Ш., Мамедов М.К. Деструктивный туберкулез легких в современных условиях: аспекты диагностики, лечения и профилактики. Баку: Азернешр, 1997, 154 с.;

9. Мамедбеков Э.Н., Шихалиев Я.Ш., Абасов Э.Ю. и др. Маркеры инфицрования вирусами гепатитов В и С у больных острым и хроническим туберкулезом легких.- Здоровье (Баку), 1996, N.4, с.23-25;

10. Мамедов М.К., Михайлов М.И., Семененко Т.А., Дадашева А.Э. Трансфузионные вирусные гепатиты: традиционные и нетрадиционные аспекты медико-социального значения. - Мир вирусных гепатитов, 2005, N.2, с.4-12;

11. Михайлов М.И. Вирусные гепатиты - современные проблемы изучения.- Биомедицина, 2004, N.4, с.3-9;

12. Михайлов М.И., Дадашева А.Э. Соотношение форм течения инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у больных с высокаим риском инфицирования. - Российск. Ж. гастроэнтерологии, 2005, N.1, с.21;

13. Михайлов М.И., Дадашева А.Э. Трансфузионные вирусные гепатиты у больных туберкулезом: клинико-эпидемиологическое значение и особенности распространения. - Биомедицина, 2005, N.1, с.3-8;

14. Нечаев В.В., Михайлов М.И., Сологуб Т.В., Муромцева А.А., Соломой Т.В. Туберкулез и заболевания печени: вчера, сегодня, завтра. - Мир вирусных гепатитов. 2005, N.7-8, с.20-21;

15. Романов В.В., Петренко Т.И., Роньжина Е.Г. и др. Сравнительная оценка иммунного статуса больных с впервые выявленным туберкулёзом лёгких и при сочетании его с хроническим гепатитом. - В кн.: Мат-лы 7-го Российск. съезда фтизиатров. М., 2003, с. 211;

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

17. Туберкулез. Патогенез, защита, контроль. Под ред. Б.Блума. М.: Медицина, 2002, с.543-555;

18. Blal C., Passos S., Horn C. et al. High prevalence of hepatitis B virus infection among tuberculosis patients with and without HIV in Rio de Janeiro, Brazil.- Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis., 2005, v.24, p.41-43.

19. Turktas H., Unsal M., Tulek N., Oruc O. Hepatotoxicity of antituberculous therapy (rifampicin, isoniazid and pyrazinamide) or viral hepatitis? - Tuber. Lung Dis., 1994, v.75, p.58-60;

20. Ungo J., D. Ashkin D., Hollender E. et al. Antituberculosis drug-induced hepatotoxicity: the possible role of hepatitis viruses. - Amer. J. Respir. Crit. Care Med., 1996, v.153, p.410-429.

SUMMARY

CONCERNING PROBLEMS OF VIRAL HEPATITIS B AND C AT TUBERCULOSIS PATIENTS

E.Mamedbekov, N.Rzayeva

The article reviews problem of viral hepatitis B and C among patients with tuberculosis existed in specialized clinics.

The author discusses different aspects of this problem and the its significance for phthysiaters. It is demonstrates the widely spreading of these infections among tuberculosis patients and characterized main specificities of their course and manifestation among tuberculosis patients.

Daxil olub: 27.11.2006

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR - ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ORTA QULAĞIN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN İNKİŞAFININ VƏ GEDİŞİNİN SOSİAL ŞƏRAİTDƏN ASILILIĞI

F.T.Əhmədov

Mir-Qasımov adına Respublika klinik xəstəxanası, Bakı ş.

Son illərdə bir çox iltihabi-infeksion xəstəliklərin sosial şəraitdən asılılığı konsepsiyası orta qulağın iltihabi xəstəliklərinin (OQİX) kəskin formasının və xronik formasının kəskinləşmələrinin inkişafında da getdikcə daha çox öz əksini tapır. OQİX ilə xəstələnmənin, hər şeydən əvvəl isə yaşlı əhali arasında artması bir çox hallarda sosial-iqtisadi amillərin təsiri ilə izah edilir [4, 2, 10, 12]. OQİX ilə xəstələnmə çox vaxt əhalinin maddi cəhətdən imkansız, sanitar-gigiyenik mədəniyyəti yüksək olmayan, qeyri-qənaətbəxş mənzil-kommunal şəraitində yaşayan qrupları arasında aşkar edilir. Onlarla xəstələnmə səviyyəsi inkişaf etməkdə olan ölkələrdə daha yüksəkdir, nəinki iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə [3, 11, 12]. Avropada xəstələnmə dərəcəsi uzunmüddətli soyuq qış iqlimi ilə fərqlənən şimali-skandinaviya regionunda daha yüksəkdir, nəinki qışın qısamüddətli və isti olduğu cənub aralıq dənizi regionunda [6, 7]. Xronik otitin kəskinləşmələri ağır fiziki işlə məşğul olan işçilər, məsələn ağır nəqliyyat vasitələrinin sürücüləri, arasında daha çox qeydə alınır [5]. Orqanizmin qeyri-spesifik müdafiyə funksiyalarının azalmasına gətirib çıxaran tez-tez aclıq çəkən şəxslər arasında xəstələnmə dərəcəsi çox yüksəkdir [8, 9].

OQİX-nin sosial şəraitdən asılılığı barədə məlumatlar bu xəstəliklərin inkişafına və gedişinə əlverişli şərait yaradan sosial-iqtisadi amillərin (yeri gəlmişkən, onlar regional xüsusiyyətlərə malikdir) aşkar edilməsinə dair tədqiqatların aparılmasının vacibliyini aktuallaşdırır. Bu amillərin aktivliyinin azaldılmasına dair tədbirlərin işlənib hazırlanması OQİX-nin profilaktikası sistemini səmərələşdirməyə və onun effektivliyini artırmağa imkan verəcəkdir [3, 5, 6, 10, 12]. Bu cür tədqiqatların aparılması son illərdə yaşlı əhali arasında OQİX ilə xəstələnmənin artması baş verən bizim respublika üçün də mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

MATERİAL VƏ ÜSULLAR. *İş Respublika klinik xəstəxanasının poliklinikasında və stasionarında aparılmışdır. Kəskin orta otitli 129 pasiyent və xronik orta otitli 137 pasiyent müşahidə altında olmuşdur. OQİX diaqnozu vizual və otoskopik müayinələr, həmçinin klinik anamnez toplanması yolu ilə qoyulmuşdur. Prospektiv tədqiqatlarda pasiyentlərdən epidemioloji və sosial-iqtisadi xarakterli məlumatların toplanması, onların qruplaşdırılması və sistemli təhlili nəzərdə tutulmuşdur. Anketləşdirmənin nəticələri pasiyentlərin mövsümü müraciətlərindən, onların cinsindən və sosial-peşə strukturundan asılı olaraq qruplaşdırılmışdır. Alınan nəticələrin statistik işlənməsi 2 meyarının köməyilə aparılmışdır.*

Cədvəl 1. OQİX ilə xəstələnmənin əsas səbəbləri barədə pasiyentlərin fikirləri

OQİX ilə xəstələnmənin səbəbləri	Kəskin otit n=129		Xronik otitin kəskinləşmələri		Fərqin dürüstlüyü	
	müt rəq	%	müt rəq	%	χ^2	P
Tibbi yardıma gec müraciət etmə:						
- maddi səbəblər	61	47,3±4,4	56	40,9±4,2	1,23	> 0,05
- etinasızlıq	29	22,5±3,7	27	19,7±3,4	0,74	>0,05
- vaxt çatmamazlığı	22	17,1±3,3	22	16,1±3,2	0,22	>0,05
Respirator xəstəliklər	94	72,9±3,9	66	48,2±4,3	16,90	<0,01
Qeyri-qənaətbəxş mənzil şəraiti	25	19,4±3,5	17	12,4±2,8	2,04	>0,05
Qulağın gigiyenasına əməl edilməməsi	35	27,1±3,9	31	22,6±3,6	1,26	>0,05
Soyuq yeməklər və içkilər	23	17,8±3,9	20	14,6±3,0	0,65	>0,05
Şaxtalı, küləkli hava	70	54,3±4,4	108	78,8±3,5	18,12	<0,01
Sağalamlığın zəif olması	68	52,7±4,4	62	45,3±4,3	1,57	>0,05
Ağır iş	26	20,2±3,5	33	23,7±3,6	6,82	>0,05

Qeyd: səbəblərin sayı ona görə pasiyentlərin sayından çox olmuşdur ki, onlarda eyni vaxtda bir neçə səbəb olmuşdur

Cədvəl 2. Pasiyentlərin OQİX-yə görə ixtisaslı tibbi yardıma müraciətlərinin mövsümi dinamikası

Aylar	Kəskin otit (n=129)		Xronik otit (n=137)		Fərqin dürüstlüyü	
	Mütrəq	%	Mütrəq	%	χ^2	P
Yanvar	6	4,7±1,9	20	14,6±3,0	7,45	<0,01
Fevral	20	15,5±3,2	23	16,8±3,2	0,42	>0,05
Mart	23	17,8±3,4	19	13,9±3,0	0,87	>0,05
Aprel	8	6,2±2,1	7	5,1±1,9	0,31	>0,05
May	3	2,3±1,3	9	6,6±2,1	1,57	>0,05
İyun	7	5,4±2,0	4	2,9±1,4	1,14	>0,05
İyul	5	3,9±1,7	6	4,4±1,8	0,29	>0,05
Avqust	4	3,1±1,5	8	5,8±2,0	1,30	>0,05
Sentyabr	6	4,7±1,9	6	4,4±1,8	0,08	>0,05
Oktyabr	20	15,5±3,2	5	3,6±1,6	10,96	<0,01
Noyabr	19	14,7±3,1	6	4,4±1,8	8,36	<0,01
Dekabr	8	6,2±2,1	24	17,5±3,3	8,04	<0,01

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏ. Pasiyentlərin anketləşdirilməsi onların OQİX ilə xəstələnmənin əsas səbəbləri barədə fikirlərini aşkar etməyə imkan vermişdir. Onların yekun qiymətləndirilməsi cədvəl 1-də verilmişdir.

Olduqca maraqlı mənzərə gözə çarpır. Məsələn, kəskin otit zamanı xəstəliyin səbəbi kimi respirator xəstəliklər liderlik edir - 72,9±3,9%, bu, kəskin otitin etiologiyasında onların rolunun parlaq təsdiqidir. Səbəblərin ikinci qrupu az-az qeyd olunur (χ^2=9,64; p<0,01), lakin o da kəskin otitin inkişafında əlverişli şərait yaradan amillər kimi mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Onlara maddi vəziyyət, sağlamlığın zəif olması və xüsusən də şaxtalı, kütləkli hava aiddir ki, onları da pasiyentlərin 47,3±4,4%-dən 54,3±4,4%-ə qədəri qeyd etmişdir (χ^2=1,36; p>0,05). Daha az pasiyent aşağıdakı qrup səbəbləri qeyd etmişdir (χ^2=11,21; p<0,01) - sağlamlığa qarşı etinasızlıq vaxt çatmamazlığı, qeyri-qənaətbəxş mənzil-kommunal şəraiti, qulağın gigiyenasına əməl edilməməsi, soyuq yeməklər və içkilər, ağır iş - 17,1±3,3%-dən 27,1±3,9%-ə qədər pasiyent (χ^2=3,81; p>0,05).

Kəskin və xronik otitli pasiyentlər tərəfindən qeyd olunan səbəblər, bəziləri istisna olmaqla, çox vaxt üst-üstə düşür ki, bu da olduqca maraqlı ehtimallara gətirib çıxarır. Kəskin otitin səbəbləri kimi ən çox respirator xəstəliklər qeyd olunmuşdur - 72,9±3,9% hallarda. Bu səbəb xronik otit zamanı da çox rast gəlir, lakin aşağı tezliklə - 48,2±4,3% hallarda (χ^2=16,90; p<0,01). Həqiqətən də kəskin otitdən fərqli olaraq, xronik otitin kəskinləşməsinin səbəbi müxtəlif amillər ola bilər. Lakin şaxtalı, küləkli havanın rolunu xüsusilə qeyd etmək lazımdır. Onun tezliyi kəskin otit zamanı qeyd olunan 54,3±4,4%-dən xronik otit zamanı 78,8±3,5%-ə qədər artır (χ^2=18,12; p<0,01). Bu faktı təsdiq etmək üçün biz pasiyentlərin fikirlərini onların tibbi yardıma olan müraciətləri ilə müqayisə etmişik (cədvəl 2).

Kəskin otit zamanı pasiyentlərin tibbi yardıma müraciət etmələrinə görə, xəstələnmənin yüksəlişinin iki zirvəsi aydın müşahidə olunur: fevral-mart və oktyabr-noyabrda; bu zaman onun göstəriciləri yüksək rəqəmlərə çatır və 14,7±3,1% ilə 17,8±3,4% arasında tərəddüd edir (χ^2=0,88; p>0,05). Bu vəziyyəti biz aşağıdakı kimi izah edə bilərik. Əvvəlcə biz son illər ərzindəki səhiyyə statistikasını nəzərdən keçirək. Buradan aydın olur ki, göstərilən aylarda respirator xəstəliklərin yüksəlişi müşahidə olunur və onların arasında qrip üstünlük təşkil edir. Yəni, kəskin otitin etiologiyasında yuxarı tənəffüs yollarının iltihabi xəstəliklərinin rolu barədə əvvəllər söylənilən fəkir özünün inandırıcı təsdiqini tapır. Belə ki, bu aylar Bakıda ən soyuq və küləkli aylardır ki, bu da, görünür, kəskin otitin etiologiyasında respirator xəstəliklərin rolunu daha da gücləndirir. Bununla yanaşı, kəskin otitlə xəstələnmə qalan aylarda da mümkündür, lakin onların tezliyinin göstəriciləri xeyli aşağıdır (χ^2=5,01; p<0,05) və 2,3±1,3% ilə 6,2±2,1% arasında tərəddüd edir (χ^2=1,71; p>0,05).

İqlim amilinin rolu xronik otitlə xəstələnmənin dinamikasının təhlili zamanı xüsusilə nəzərə çarpır. Onun zirvəsi dekabr-mart aylarında - ən soyuq və küləkli aylarda müşahidə olunur ki, bu zaman xəstəliyin kəskinləşməsinə görə pasiyentlərin müraciətlərinin tezliyi 13,9±3,0% ilə 17,5±3,3% arasında tərəddüd edir (χ^2=1,18; p>0,05). Əgər yuxarıda respirator xəstəliklərin zirvəsinin oktyabr-noyabr və fevral-mart aylarına uyğun olmasının qeyd olunduğu nəzərə alınarsa, onda xronik otitin kəskinləşmələrinin dekabr-mart aylarına təsadüf etməsi iqlim amilinin mühüm rol oynadığını göstərir. Kəskin otitdə olduğu kimi, xronik otitin kəskinləşmələri də digər qalan aylarda da mümkündür, lakin onların tezliyi xeyli aşağıdır (χ^2=3,97; p<0,05) və 2,9±1,4% ilə 6,6±1,9% arasında tərəddüd edir (χ^2=2,73; p>0,05).

Pasiyentlər OQİX ilə xəstələnmənin səbəblərindən biri kimi tibbi yardıma gec müraciət edilməsini göstərirlər. Bu aspektdə kəskin otitin və xronik otitin kəskinləşmələrinin başlanması ilə pasiyentlərin xəstəliyə görə tibbi yardıma müraciətləri arasındakı zaman müddətinin təyin edilməsi maraq doğurur (cədvəl 3).

Cədvəl rəqəmləri iki qanunauyğunluq barədə məlumat verir. Onlardan biri ondan ibarətdir ki, kəskin otit za-

Cədvəl 3. Kəskin otitlə və xronik otitin kəskinləşmələri ilə xəstələnmə və pasiyentlərin tibbi yardıma müraciətləri arasında zaman müddəti

Xəstələnmə ilə müraciət arasında müddət, günlərdə	Ümumi pasiyentlər qrupu		Kişilər		Qadınlar		Fərqin dürüstlüyü	
	Müt rəq	%	Müt rəq	%	Müt rəq	%	χ^2	P
Kəskin otit								
≤ 3	3	2,3±1,3	-	-	3	4,0±2,3	-	-
4-7	8	6,2±2,1	3	5,6±3,2	5	6,7±2,9	0,36	>0,05
8-11	33	25,6±3,9	5	9,3±4,0	28	37,3±5,6	12,99	<0,01
12-15	44	34,1±4,2	23	42,6±6,8	21	28,0±5,2	3,97	<0,05
> 15	41	31,8±4,1	23	42,6±6,8	18	24,0±5,0	4,11	<0,05
Cəmi	129	100,0±0,0	54	100,0±0,0	75	100,0±0,0	-	-
Xronik otit								
< 10	29	21,2±3,5	14	16,3±4,0	15	29,4±6,4	3,31	>0,05
10-19	35	25,5±3,7	19	22,1±4,5	16	31,4±6,6	2,68	>0,05
20-29	25	18,2±3,3	15	17,4±4,1	10	19,6±5,6	0,27	>0,05
30-39	27	19,7±3,4	20	23,3±4,6	7	13,7±4,9	3,45	>0,05
≥ 40	21	15,3±3,1	18	20,9±4,4	3	5,9±3,3	5,72	<0,02
Cəmi	137	100,0±0,0	86	100,0±0,0	51	100,0±0,0	-	-

manı pasiyentlərin erkən müraciət etmələri çox aşağıdır. Məsələn, xəstəliyin başlanmasından sonrakı üç gündə tibbi yardıma pasiyentlərin yalnız 2,3±1,3%-i müraciət etmişdir, halbuki, 12-15 gündən sonra onların 34,1±4,2%-i müraciət etmişdir (χ^2=43,73; p<0,01), pasiyentlərin daha 31,8±4,1%-nin isə müraciət etməsi 15 günü keçmişdir (χ^2=0,74; p>0,05). Bununla yanaşı cədvəldən görünür ki, erkən müraciət etmə qadınlara daha çox xasdır, nəinki kişilərə. Belə ki, əgər kəskin otitin başlanmasından 8-11 gün keçdikdən sonra tibbi yardıma kişilərin yalnız 9,3±4,0%-i müraciət etmişdirsə, qadınlar arasında bu göstərici xeyli çox olmuşdur - 37,3±5,6% (χ^2=12,99; p<0,01). Lakin 12-15 gündən sonra bu nisbət əks xarakter alır - müvafiq olaraq 42,6±6,8% və 28,0±5,2% (χ^2=4,11; p<0,05). Bütövlükdə, kəskin otitə görə gec müraciət etmə (bu zaman müalicənin effektivliyi azalır və çox vaxt iltihab prosesinin xronik hala keçməsi baş verir) çox güman ki, OQİX ilə xəstələnmə dərəcəsinin yüksək olmasının əsas səbəbidir. Qadınlar arasında müraciət etmə göstəricilərinin daha yaxşı olması isə onların xəstələnmə dərəcəsinin kişilərə nisbətən aşağı olmasını təsdiq edir.

İkinci qanunauyğunluq xronik otitlə əlaqədardır. Kəskinləşmələrin çox olması, sağlamlığa və həyatın keyfiyyətinə mənfi təsir ona gətirib çıxarır ki, pasiyentlərin bütün göstərilən müraciət etmə müddətləri təqribən eyni dərəcədə paylanmışdır və 15,3±3,1% ilə 25,5±3,7% arasında tərəddüd edir (χ^2=4,39; p<0,05). Kişilərin müraciət etməsinə görə vəziyyət də belədir, onun göstəriciləri 16,3±4,0% ilə 23,3±4,6% arasında dəyişir (χ^2=1,41; p>0,05). Halbuki, qadınlar arasında kifayət qədər güclü mənfi korrelyasiya asılılığı ilə (r=-0,72±0,21) 10 gündən az müddətdə erkən müraciət etmə daha çoxdur (bu zaman xəstəliyin klinik gedişi daha yaxşı olur və o, effektiv müalicəyə daha yaxşı tabe olur) 29,4±6,4%, nəinki 40 gündən çox olan gec müraciət etmə - 5,9±3,3% (χ^2=9,71; p<0,01). Bu isə qadınların kişilərə nisbətən daha az xəstələnməsinin səbəbini bir daha izah edir.

Bir çox pasiyentlər intensiv, ağır əmək fəaliyyətinin OQİX ilə xəstələnmənin səbəbi hesab edirlər. Artıq qeyd edilmişdir ki, pasiyentlərin 20,2±3,5%-i kəskin otitlə, 23,7±3,6%-i isə xronik otitlə xəstələnməni bu parametrlə əlaqələndirirlər (χ^2=0,82; p>0,05). Bununla əlaqədar olaraq, biz müşahidə etdiyimiz pasiyentlərin sosial-peşə strukturunu təhlil etmişik (cədvəl 4).

OQİX ilə xəstələnmə səviyyəsinə görə ümumi pasiyent qrupunu sosial-peşə strukturuna görə 3 qrupa bölmək olar. Xəstələnmə inşaatçılar və müvəqqəti işçilər (1-ci qrup) arasında daha yüksəkdir - müvafiq olaraq 24,4±2,6% və 28,6±2,8% (χ^2=1,19; p>0,05). İş şəhər tikintilərində çox ağırdır və uzunmüddətlidir, həftədə 2-3 dəfə isə dəmir karkasların taxta qəliblərinə fasiləsiz beton tökülməsinin zəruriliyi ilə əlaqədar olaraq, gecə-gündüz iş rejimi olur. Bundan əlavə, inşaatçılar açıq havada işləyir, soyuğun və küləyin təsirinə məruz qalırlar, yəni onların arasında OQİX ilə xəstələnmə riski yüksəkdir. Müvəqqəti işçilərə biz o şəhər sakinlərini aid etmişik ki, onlar bütün günü küçədə iş axtarırlar və əgər buna nail olurlarsa, onlara təklif olunan iş həddən artıq ağır və iş başa çatana qədər müddətsiz olur. Beləliklə, müvəqqəti işçilər də OQİX ilə yüksək xəstələnmə riskinə məruz qalırlar.

İkinci qrupu qulluqçular, müxtəlif sahə işçiləri və digər şəhər sakinləri təşkil edir. Onların xəstələnmə dərəcəsi az olmuşdur (χ^2=9,51;p<0,01) və 11,3±1,9% ilə 13,9±2,1% hüdudlarında dəyişir (χ^2=0,76; p>0,05).

Üçüncü qrupun xəstələnmə dərəcəsi daha azdır (χ^2=8,38;p<0,01). Onları evdar qadınlar və təqaüdçülər təmsil edir - 3,8±1,2% və 4,5±1,3% (χ^2=0,52; p>0,05).

Sosial-peşə strukturundan asılı olaraq, kəskin və xronik otitlərin göstəricilərində, iki fakt istisna olmaqla, əhəmiyyətli dərəcədə fərq qeyd olunmur. Birinci fakt müvəqqəti işçilər arasında xronik otitin tezliyinin böyük olmasıdır, nəinki kəskin otitin - 35,8±4,1% və 20,9±3,6% (χ^2=7,16;p<0,01). Səbəb işçilərin maddi vəziyyətinin qeyri-qənaətbəxş olmasıdır, ona görə də, onlar tibbi yardıma yalnız iltihab prosesinin xronikləşdiyi hallarda müraciət etməyə məcbur olurlar, buna qədər isə xəstəliyin kəskin formalarının sərbəst müalicəsinə uğursuz cəhdlər göstərirlər. Digər fakt müxtəlif sahələrin (əsasən ofislərin, firmaların və s.) işçiləri arasında əksinə, kəskin otitin tezliyinin böyük olmasıdır, nəinki xronik otitin - 17,0±3,3% və 5,8±2,0% (χ^2=8,35;p<0,01). Maddi imkanın və tibbi mədəniyyətin kifayət qədər yüksək olması onların kəskin otitə görə tibbi yardıma vaxtında müraciət etmələrinə səbəb olur.

Prospektiv tədqiqatın yekunlarının sistemləşdirilməsi göstərir ki, OQİX ilə xəstələnmə sosial statusun səviyyəsi qeyri-qənaətbəxş kimi qiymətləndirilən əhali qrupu arasında daha yüksəkdir - 43,2±3,0%. Sosial statusun səviyyəsi nisbətən qənaətbəxş olan əhali qrupu arasında xəstələnmə nəzərəçarpacaq dərəcədə azalır - 27,8±2,8% (χ^2=13,80;p<0,01) və sosial statusun səviyyəsi qənaətbəxş kimi qiymətləndirilən əhali qrupu arasında xəstələnmə hamısından azdır - 17,3±2,3% (χ^2=8,44;p<0,01).

Beləliklə, OQİX-yə sosial şəraitdən asılılıq xasdır, onun əhalinin sosial statusunun səviyyəsini müəyyənləşdirən çoxsaylı amilləri iltihab prosesinin reallaşması üçün əlverişli fon yaradır. Yuxarı tənəffüs yollarının xəstəliklərinin yüksəlişi dövründə və soyuq, küləkli aylarda OQİX-nin reallaşması xüsusilə tez-tez baş verir. Alınan nəticələr OQİX-nin səmərəli profilaktikasının əsaslarını yaratmağa imkan verir ki, burada da əsas qüvvə bu xəstəliklərin inkişafı və gedişi üçün əlverişli şərait yaradan sosial-iqtisadi amillərin aktivliyinin azaldılmasına yönəldilməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. - М., 2001, 431 с.;
2. Гасымов Д.Л. Медико-социальные аспекты хронического гнойного среднего отита, их активное выявление среди детей, лечение и реабилитация больных. Автореф. дисс..канд.мед.наук, Баку, 2001, 22с.;
3. Козлов М.Я. Острые отиты и их осложнения. - М., 2004, 183с.;
4. Теплов К.М. Социально-экономические аспекты заболеваемости средними отитами и система их профилактики. Автореф. дисс...канд.мед.наук, Н.Новгород, 2005, 22 с.;
5. Уиллиамсон И. Хронический средний серозный отит. - Доказательная медицина. Ежегодник. М., 2003, ч.3., с.2255-2264;
6. De Castro d., sih T. Acute otitis Media - SFOS, 2005, p.17-23;
7. Coldas N. Chranie otitis media complication - IBID, 2004, p.33-42;
8. Zatukaran P.Epidemiology and prevention of otitis media among country people -Malaz.Med.J., 2005, v.36, p.27-33;
9. Berman S. Otitis media in developing countries - Pediatries, 1999, v.98, p.126-131;
10. Barton P., Shoult S., Pak M. Epidemiology of otitis media from the children - Inf. Dis. Child., 2003, N.2, p.16-20;
11. Dorthrs X., Abel R., Featcher S., Smit M. Epidemiology of otitis media during villags population - Afr.Med.d., 2005, v.17, p.31-37;
12. Zeihuis G., Rach G., Brook P. Screening for otitis media with effusion in pre-school children - Lancet, 1999, v.1, p.311-314.

SUMMARY

THE SOCIAL DEPENDENCY OF THE DEVELOPMENT AND CURRENTS OF THE INFLAMMATORY DISEASES AVERAGE FISH EAR

F.T.Ahmedov

On the grounds of visual, the otoscopik of the examination, collection clinical anamnesis and social-epidemiological avenue questionnaire 266 patients are installed that inflammatory diseases average fish ear (IDAE) inherent social dependency, multiple factors which, defining level of the social status of the population, create the favorable background for realization of the inflammatory process. Particularly frequent realization IDAE at period of the ascent to diseases of the upper respiratory ways (quipping form) and cool, wind months (the chronic form). The got results allow to create the necessary base of the rational preventive maintenance IDAE, in which main efforts follows to enclose on reduction of the activities chosen dominant social-economic factor, creating happy circumstances for development and currents of these diseases.

Daxil olub: 02.11.2006

ПРИНЦИПЫ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМЫХ ФАСЦИАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ, ОДНОМОМЕНТНО УКРЫВАЕМЫХ КОЖНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ

Ю.Ш.Эюбов

Ангиологический и микрохирургический центр
МЗ Азербайджанской Республики, г.Баку

ВВЕДЕНИЕ. В 70-х годах прошлого столетия в микрохирургии произошёл революционный прорыв; было положено начало новому её направлению - микрохирургической аутотрансплантации тканей (Трофимов Е.И., 2001; Миланов Н.О. с соавт., 2002). С помощью нового хирургического метода стало возможным закрывать дефекты тканей одноэтапно. На сегодняшний день метод микрохирургической аутотрансплантации тканей и их комплексов, арсенал которого содержит более 60 различных свободных реваскуляризируемых лоскутов, достаточно демонстрирует свою востребованность, надёжность и актуальность в любой области хирургии (Миланов Н.О. с соавт., 1994; Белоусов А.Е., 1998; Калантаров А.М., 2002).

Среди свободных реваскуляризируемых лоскутов имеется группа лоскутов, пересадка которых практически всегда сопровождается одномоментной свободной кожной аутопластикой в реципиентной области. Одним из них является фасциальный лоскут.

Впервые фасциальную ткань в качестве свободного реваскуляризируемого лоскута с височной области на поверхностных височных сосудах успешно применил R. A. Smith (1980) для замещения дефектов на нижней конечности.

Уникальность фасциальной ткани в качестве свободного реваскуляризируемого лоскута определяется её следующими характерными свойствами:

- относительно малая толщина;
- пластичность;
- достаточная прочность;
- одна из поверхностей гладкая (исключение составляет лопаточная фасция);
- наличие в одном тонком слое фасции всех типов сосудов - от ветвей первого порядка до капилляров;
- фасция - носитель относительно крупных сосудов, которые, в свою очередь, являются преимущественно ветвями мышечных или кожных артерий. Микроциркуляторное русло в толще фасциальной ткани по сравнению с прилежащими тканями чаще всего выражено в меньшей степени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. *Представлен и проанализирован опыт свободной пересадки реваскуляризируемого фасциального лоскута, одномоментно укрываемого кожным аутотрансплантатом, выполненной 11 пациентам (все мужчины в возрасте 25-58 лет) с тканевыми дефектами, оперированных в Российском научном центре хирургии имени академика Б.В. Петровского (рисунок).*

Анатомически дефекты тканей располагались в дистальных отделах конечностей: на верхней конечности, начиная с нижней трети предплечья и дистальнее - 7 случаев; на нижней конечности, в области нижней трети голени и на стопе - 4 случая.

В 10 случаях причиной возникновения тканевого дефекта с востребованием свободной пересадки реваскуляризируемого фасциального лоскута с его укрытием кожным аутотрансплантатом была механическая травма; в одном случае дефект тканей в виде лучевой язвы возник после гамматерапии области тыла стопы. Применение фасциальных лоскутов, укрываемых кожным аутотрансплантатом, было продиктовано требованиями реципиентной области и характером тканевого дефекта. У всех без исключения пациентов дефекты были мягкотканными и неглубокими. В большинстве наблюдений дном дефектов являлись обнажённые сухожилия и костные структуры.

В качестве свободного реваскуляризируемого лоскута фасциального лоскута в 6 клинических случаях была применена лопаточная фасция, в 4-х - "зубчатая" фасция (перимизий передней зубчатой мышцы); в одном случае - латеральная фасция плеча.

Все пересадки свободного реваскуляризируемого фасциального лоскута сопровождались непосредственным применением в реципиентной области метода свободной кожной аутопластики. При этом у всех 11 пациентов реваскуляризированный фасциальный лоскут был полностью укрыт кожным аутотрансплантатом. На наш взгляд, причина полного укрытия кожным аутотрансплантатом заключалась в таких размерах и форме дефекта тканей в реципиентной области, какие не позволили использовать местные ткани. Имеющаяся эластичность кожи анатомической области, где располагался дефект тканей, была недостаточна для решения покровной проблемы в реципиентной области хотя бы отчасти.

У 9 пациентов для укрытия свободно пересаженного реваскуляризированного фасциального лоскута использовали

расщеплённый кожный аутотрансплантат. В 2-х клинических случаях применение полнослойного кожного аутотрансплантата в реципиентной области (тыл кисти) для укрытия лоскута было продиктовано эстетическими запросами пациентов.

В 9 клинических случаях забор кожного аутотрансплантата был произведён с латеральной поверхности бедра. При этом если в операции одновременно участвовали две хирургические бригады, то забор кожного аутотрансплантата выполняли с бедра, противоположного по локализации реципиентной области, что, в свою очередь, позволило обеим бригадам работать без помех.

У 2-х пациентов кожный аутотрансплантат забирали с донорской области самого фасциального лоскута. Данной тактики забора кожного аутотрансплантата придерживаемся из эстетических соображений, если позволяют возможности донорской области лоскута. В одном случае был взят лоскут на основе лопаточной фасции (кожно-фасциальный) и пересажен в дефект реципиентной области. Ввиду возникновения в реципиентной области объёмного контура из-за большой толщины лоскута с него полнослойно была забрана прилежащая кожа; подлежащая жировая клетчатка была иссечена. Затем взятый кожный аутотрансплантат был пересажен на поверхность реваскуляризированного лопаточного фасциального лоскута. В другом случае при использовании "зубчатой" фасции кожный аутотрансплантат был взят по краю кожного разреза в донорской области после забора лоскута.

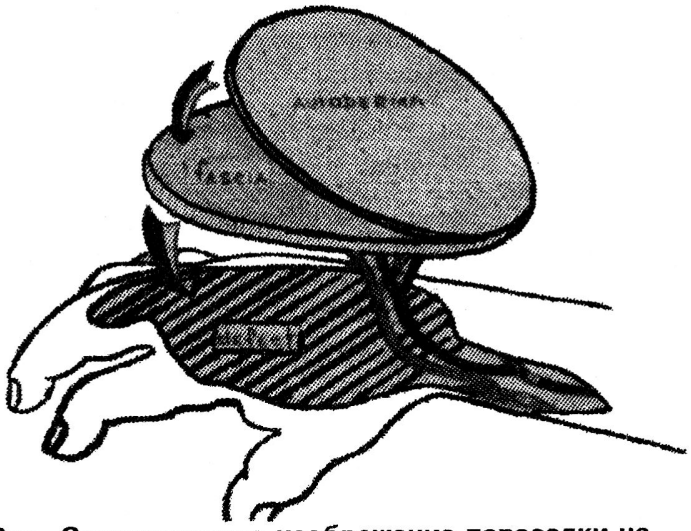


Рис. Схематическое изображение пересадки на тыл кисти свободного реваскуляризируемого микрохирургического фасциального аутотрансплантата с его укрытием свободной аутокожей

В техническом аспекте свободная пересадка реваскуляризируемых лоскутов лопаточной и "зубчатой" фасций, укрываемых кожным аутотрансплантатом, имеет следующие общие положения. У обоих фасциальных лоскутов сосудистый бассейн основан на одной и той же артерии - аксилярной (a. axilaris), расположенной в подмышечной области. Поэтому обращали особое внимание на гигиеническое состояние подмышечной ямки. Она должна быть чистой, волосы выбриты. При использовании как лопаточной, так и "зубчатой" фасций пациента располагали в позиции лёжа на боку с отведённой в плечевом суставе унилатеральной рукой на 90-100°. Выделение фасциального лоскута проводили согласно трафарету, снятому с дефекта реципиентной области, и согласно такой позиции, чтобы ось его сосудов соответствовала таковой у реципиентных сосудов. После забора фасциального лоскута в донорской области подкожную клетчатку соединяли с подлежащими тканями отдельными узловыми швами. В донорской области при ушивании дефекта, возникшего после забора лоскута, оставляли дренажную трубку. Края размещённого лоскута фиксировали под мобилизованные кожные края дефекта тканей. Сквозные насечки на кожный аутотрансплантат наносили до его непосредственной пересадки на поверхность реваскуляризированного фасциального лоскута. В реципиентной области кожный аутотрансплантат размещали таким образом, чтобы сквозные насечки располагались поперечно векторам растяжения смежных тканей. Считаем, что количество насечек должно быть небольшим, а размеры - маленькими, поскольку после восстановления кровообращения фасциальная ткань с поверхности сильно не кровоточит; её объём практически не меняется. Отёк свободно пересаженного реваскуляризированного фасциального лоскута в послеоперационном периоде незначителен; отделяемого с его поверхности, укрытого кожным аутотрансплантатом, немного. В ближайшем послеоперационном периоде на грудную клетку накладывали тугую повязку или надевали компрессионное белье.

Кроме общих положений, отмечены некоторые особенности пересадки свободного реваскуляризируемого лоскута "зубчатой" фасции с его укрытием кожным аутотрансплантатом. При возможности "зубчатую" фасцию забирали с тонким слоем волокон подлежащей ей передней зубчатой мышцы. Тем самым забирается дополнительный объём микрососудистого русла, что повышает, в свою очередь, жизнеспособность лоскута после его реваскуляризации. В дефекте лоскут "зубчатой" фасции размещали гладкой поверхностью вниз, так как она является наиболее оптимальным укрытием обнажённых сухожилий для максимального восстановления их функции скольжения. В свою очередь, поверхность фасции с тонким слоем мышечных волокон передней зубчатой мышцы является идеальным ложем для приживления кожного аутотрансплантата, укрывающего фасциальный лоскут. В одном случае было сделано исключение. Пациенту с поздней лучевой язвой на тыле стопы лоскут "зубчатой" фасции расположили поверхностью с мышечными волокнами вниз к дефекту, дном которого являлись облучённые и изменённые ткани с нарушенным кровоснабжением, так как первостепенной задачей было добиться неореваскуляризации этих тканей с целью профилактики возникновения рецидива поздних лучевых язв.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Оценивая результаты свободной пересадки реваскуляризируемых фасциальных лоскутов рассматривали степень приживления последних. Таким же образом изучены результаты свободной кожной аутопластики, выполняемой в реципиентной области одномоментно с пересадкой фасциальных лоскутов.

У 9 (81,8%) пациентов реваскуляризированный фасциальный лоскут прижилполностью и лишь по одному случаю (9,1%) произошла его частичная и полная гибель.

Кожный аутотрансплантат полностью прижил у 7 пациентов (63,6%), его частичный и полный некроз отмечен у одного (9,1%) и 3-х пациентов (27,3%), соответственно.

ВЫВОДЫ:

1. Свободная пересадка реваскуляризируемого фасциального лоскута показана при наличии поверхностных (неглубоких) мягкотканных дефектов различной этиологии и локализации.

2. Свободная кожная аутопластика поверхности свободно пересаженного реваскуляризированного фасциального лоскута является методом выбора ввиду изначального отсутствия у данного лоскута прилежащей кожи и наличия тканевого дефекта в области пересадки, размеры которого полностью или частично лимитируют возможности местных тканей для закрытия дефекта после привнесения в него лоскута.

3. Приживление в той или иной степени реваскуляризированного фасциального лоскута получено в 90,9% случаев, тогда как кожного аутотрансплантата - в 72,7% клинических случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А. Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. - СПб.: Гиппократ, 1998. - 744 с.;

2. Калантаров А. М. Использование методов пересадки лоскутов и тканей в реконструктивно-пластической хирургии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Тбилиси, 2002, 104 с.;

3. Миланов Н. О., Адамян Р. Т., Адрианов С. О., Зелянин А. С., Карибеков Т. С., Свирщевский Е. Б., Шилов Б. Л. Микрохирургия: прошлое и настоящее. - Анналы РНЦХ РАМН, 1994, Вып.3, с.2-3;

4. Миланов Н. О., Трофимов Е. И., Адамян Р. Т., Карибеков Т. С. Микрохирургическая аутотрансплантация тканей - направление восстанови-тельной хирургии. - Анналы РНЦХ РАМН, 2002, Вып.11, с.13-19;

5. Трофимов Е. И. Микрохирургическая аутотрансплантация тканей - направление восстановительной микрохирургии: Дис. ... д-ра мед. наук в форме науч. доклада. М., 2001, 69 с.;

6. Smith R. A. The free fascial scalp flap. - Plast. Reconstr. Surg., 1980, v.66, N.2, p.204-210.

SUMMARY

THE PRINCIPS OF FREELY REVASCULIZABLE FASCIAL FLAPS TRANSFER, SINGLE-STAGELY COVERED BY SKIN AUTOGRAFT

Y.Eyubov

The work evaluates the experience in 11 clinical cases on the use of the freely revasculizable fascial flap, simultaneously being covered by skin autograft. A full coverage is given to the positions which should be followed during the si-multaneous transfer of this type of flaps and skin autograft. The conclusions made reflect the indications to the use of the fascial flap; the role of the skin autograft with regard to the above-mentioned flap and the results of their engraftment have also been defined. The total percentage of the complete and partial revasculized fascial flap engraftment constituted 90,9% and that of the skin autograft - 72,7%.

Daxil olub: 04.11.2006

PERİODONTİTİN KLİNİK-PATOGENETİK TƏZAHÜRLƏRİNİN SPEKTRİ VƏ ONLARIN DİFERENSİASİYASI

K.M.Babayev

Azərbaycan Beynəlxalq Universiteti, Bakı ş.

Klinik-patogenetik təzahürlərin qammasına, gedişinin ağırlığına və müddətinə görə periodontit stomatoloji patologiyanın ən mühüm nozoformasıdır [1, 3, 4]. Bununla əlaqədar olaraq, hazırkı şəraitdə periodontitin spesifik klinik-patogenetik mənzərəsinin konkretləşdirilməsi və kadastrlaşdırılması olduqca vacibdir, belə ki, o, stomatoloqlara bu xəstəliyi digər stomatoloji xəstəliklərdən fərqləndirməyə imkan verir [2, 5, 6]. Xüsusilə də əgər nəzərə alınsa ki, periodontit çox vaxt kariyes, pulpit, parodontit və s. kimi kütləvi yayılmış xəstəliklər səbəbindən baş verir və onlarla birlikdə keçir və ona görə də ona diaqnoz qoyulmur, qeyri-adekvat müalicə isə iltihab prosesinin müvəqqəti sakitləşməsinə və onun xronik hala keçməsinə gətirib çıxarır [7, 8].

MATERİAL VƏ METODLAR. *Stomatoloji yardıma müraciət edən 298 periodontitli pasiyent müşahidə olunmuşdur, onlardan 122-də xəstəliyin kəskin, 176-da xronik forması aşkar edilmişdir. Pasiyentlərin hər bir müraciəti zamanı ağız boşluğunun ümumi qəbul edilmiş stomatoloji müayinəsi aparılmış və periodontit diaqnozu lokal və ya panoram rentgenoqrafiya yolu ilə təsdiq edilmişdir. Kontrol qrupu əksər hallarda xəstəliklərin xronik formasında olan və konservativ müalicə alan pulpitli 89 pasiyent və parodontitli 237 pasiyent təşkil etmişdir. Alınan nəticələr χ^2 meyarının köməyilə işlənmişdir.*

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏ. Periodontit parodontitdən - dişin kökünü əhatə edən toxumaların iltihabından fərqli olaraq, kökün zirvəsi nahiyəsindəki periodont toxumasının iltihabıdır. Diferensial diaqnostikanın çətinliyi də bununla müəyyən olunur ki, bu zaman bir çox simptomlar üst-üstə toplanır. Periodontitli 298 pasiyent (onlardan 122-si kəskin, 176-sı xronik formalı), həmçinin pulpitli pasiyent üzərində aparılan ətraflı müşahidələr bu xəstəliyin klinik-patogenetik təzahürlərinin bütün spektrini aşkara çıxarmağa imkan vermişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, periodontitin klinik simptomatikasını bu qədər geniş spektral bölməsini və onun funksional qruplaşdırılması aparılmamışdır.Alınan məlumatlar göstərir ki, periodontit aşkar olunan simptomatikaya görə, mühüm sistemli xarakterə malik əsas stomatoloji patologiyalardan biridir. Onun klinik-patogenetik mənzərəsində ağrı sindromu mühüm rol oynamaqda davam edir - pasiyentlərin 10,1±1,7%-dən 20,1±2,3%-ə qədəri zədələnmiş dişdə periodontun iltihab prosesini əks etdirən ağrı təzahürlərini bu və ya digər dərəcədə hiss edirlər (χ^2=11,78; p<0,01). Onu da qeyd etmək lazımdır ki, ağrı sindromunun təzahürləri o qədər geniş hüdudlarda tərəddüd edir ki, onun diaqnostik əhəmiyyəti itir və ona görə də, ağrı əlamətinə görə periodontiti pulpitdən və parodontitdən fərqləndirmək çətin məsələdir. Lakin pulpitdən fərqli olaraq, periodontit üçün ağrı sindromunun daimiliyi xarakterdir. Bununla yanaşı pasiyentlərin kifayət qədər böyük hissəsində zədələnmiş dişin ağrılı olması olduqca zəif ifadə olunur və ya heç olmur - 9,1±1,7% (χ^2=0,25; p>0,05), bu isə periodontitin diferensial diaqnostikasını daha da ağırlaşdırır.

Selikli qişanın vəziyyətinin təyin edilməsi ağrı sindromunun diaqnostik imkanlarını xeyli tamamlayır, belə ki, selikli qişada müxtəlif dərəcədə ifadə olunan hiperemiya və şişkinlik, onda fistul yolunun olması, təzyiq etdikdən sonra alətin izinin qalması, dişin böyüməsi və uzanması hissiyyatının olması pasiyentlərin 14,1±2,0%-dən 21,5±2,4%-ə qədərində müşahidə olunmuşdur (χ^2=5,55; p<0,02). Bununla yanaşı qeyd etmək lazımdır ki, pasiyentlərin 8,4±1,6%-də zədələnmiş diş sahəsində hiperemiya və şişkinlik olmamışdır (χ^2=4,86; p<0,05).

Limfotik reaksiya da diaqnostik cəhətdən o qədər də qənaətbəxşedici deyil, belə ki, onun bütün ölçülən parametrləri eyni dərəcədə təmsil olunmuşdur. Əgər zədələnmiş dişlə əlaqəsi limfa düyününün böyüməsi və ağrılı olması pasiyentlərin 33,2±2,7%-də, onun zəif əllənməsi və zəif ifadə olunan ağrılı olması isə 36,9±2,8%-də müşahidə olunmuşdursa (χ^2=1,23; p>0,05), limfa düyünündə böyümə və ağrının olmaması pasiyentlərin az hissəsində - 29,9±2,7%-də müşahidə edilmişdir (χ^2=2,41; p>0,05).

İndiyə qədər periodontit zamanı temperatur amilinə müvafiq diqqət yetirilməmişdir. Bizim müşahidələrimiz göstərir ki, pasiyentlərin 43,3±2,9%-də temperatur amili olmasa da, qalan pasiyentlərdə olmuşdur. Belə ki, pasiyentlərin 23,8±2,5%-i zədələnmiş diş zonasında selikli qişada yerli ifadə olunan temperatur hiss etmir (χ^2=25,31; p<0,01), 18,8±2,3%-i isə residivləşən subfebrilitetdən şikayət etmişdir (χ^2=2,25; p>0,05). Periodontitin sistemli xarakterini o da göstərir ki, pasiyentlərin 14,1±2,0%-də kifayət qədər uzun müddət (2-4 gün) ərzində 38°C və daha yüksək temperatur müşahidə edilmişdir (χ^2=2,39; p>0,05).

Rentgeneloji mənzərə olduqca müxtəlif və eyni zamanda diaqnostik əhəmiyyətli olmuşdur. Əsasən periodontal yarığın genişlənməsi və ya sümüyün kənarları nahamar olmaqla seyrəlməsi müşahidə olunmuşdur - müvafiq olaraq 38,6±2,08 və 32,2±2,7% (χ^2=2,16; p>0,05). Zədələnmiş dişin kökünün zirvəsində destruktiv ocaqlar xeyli az aşkar edilmişdir - 17,1±2,2% hallarda (χ^2=18,29; p<0,01). Eyni zamanda pasiyentlərin 12,1±1,9%-də rentgenoqramlarında hansısa bir patoloji proseslər olmamışdır (χ^2=2,36; p>0,05).

Bundan başqa, pasiyentlərin 10,7±1,8%-də 9 simptomdan ibarət, çox güman ki, müxtəlif stomatoloji xəstəliklərə, hansı ki, periodontit onların fonunda keçmişdir, xas olan qeyri-xarakter simptomatika aşkar edilmişdir.

Periodontitin təhlil olunan klinik simptomatikası onun klinik formalarından asılı olaraq, bir sıra mühüm fərqlərə malikdir ki, bu da diferensial-diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Əvvəlcə ağrı sindromunu nəzərdən keçirək. Əgər xronik periodontit zamanı onun təzahürlərinin bütün variantları, ağrı sindromunun olmaması və ya onun zəif ifadə olunması da daxil olmaqla, təqribən eyni tezliklə təmsil olunmuşdursa - 11,9±2,4%-dən 17,1±2,8%-ə qədər (χ^2=1,67; p>0,05), kəskin periodontit zamanı bütün simptomatikanı ifadə olunma dərəcəsindən asılı olaraq 3 qrupa bölmək olar. Birinci qrupa pasiyentlərdə daha çox müşahidə olunan simptomlar daxildir, o cümlədən, "zədələnmiş dişdə qısa fasilələrlə arasıkəsilməz güclü ağrı" və "zədələnmiş dişdə təzyiq, çeynəmə və tıqqıldatma zamanı ağrının güclənməsi" - müvafiq olaraq 30,3±4,2% və 27,9±4,1% (χ^2=0,51; p>0,05). İkinci qrupu tezliyi xeyli az olan simptomlar təşkil edir (χ^2=8,15; p<0,01): "zədələnmiş dişə uzunmüddətli təzyiq etdikdə ağrının azalması", "zədələnmiş dişin palpasiyası və perkussiyası zamanı ağrının olması" və "zədələnmiş dişin vaxtaşırı, özbaşına keçib gedən ağrılı olması" - 11,5±2,9%-dən 13,1±3,1%-ə qədər (χ^2=0,38; p>0,05). Üçüncü qrupa daxil olan simptomların tezliyi daha da azdır (χ^2=6,35; p<0,02) - "bərk və isti yemək qəbulu zamanı zədələnmiş dişin ağrılı olması" və "zədələnmiş dişdə ağrının zəif olması və ya heç olmaması - müvafiq olaraq 3,3±1,6% və 2,5±1,4% (χ^2=0,22; p<0,05). Ümumilikdə qeyd etmək olar ki, kəskin periodontitə ağrı sindromunun daha güclü ifadə olunması xasdır, nəinki xronik periodontitə. Lakin bununla yanaşı o da görünür ki, hazırkı şəraitdə periodontitin əsas diaqnostik əlaməti kimi kəskin ifadə olunan daimi ağrı hissiyyatının mütləq xarakter daşıması getdikcə öz əhəmiyyətini itirir. Belə ki, ağrı sindromu getdikcə daha çox yumşaq xarakter alır.

Selikli qişanın vəziyyətinə gəldikdə, o da xəstəliyin kəskin və xronik formaları arasında müəyyən fərqlərə malikdir. Xronik periodontit zamanı həm kəskin ifadə olunan hiperemiya və şişkinlik, həm də onların olmaması bir qədər az rast gəlir - müvafiq olaraq 8,5±2,1% və 10,2±2,3% (χ^2=0,46; p>0,05), nəinki selikli qişanın müxtəlif səpkidə aşkar olunan daha yumşaq zədələnmələri (χ^2=5,31; p<0,02) - 18,8±3,0%-dən 22,2±3,1%-ə qədər (χ^2=0,54; p>0,05). Kəskin periodontit zamanı çox vaxt kəskin ifadə olunan hiperemiya və şişkinlik, alətlə təzyiq etdikdən sonra izin qalması və dişin böyüməsi, uzanması hissiyyatı aşkar edilir - 23,0±3,8%-dən 27,0±4,0%-ə qədər (χ^2=0,38; p>0,05). Selikli qişanın daha yumşaq simptomatikası nəzərə çarpacaq dərəcədə az müşahidə olunur - 10,7±2,8% hallarda (χ^2=6,60; p<0,02). Periodontitin hər iki forması zamanı az dərəcədə olsa da, selikli qişada şişkinlik və hiperemiya hallarının ümumiyyətlə olmaması halları da müşahidə olunmuşdur, müvafiq olaraq 5,7±2,1% və 10,2±2,3% (χ^2=1,12; p>0,05), yəni bu xəstəlik zədələnmiş dişin selikli qişa zonasının zədələnməsi olmadan da keçə bilər.

Limfa düyününün iri böyüməsi və güclü ağrılı olması ilə limfatik reaksiyanın bu simptomlarının az ifadə olunması arasındakı nisbət kəskin periodontit zamanı 47,5±4,5% və 32,0±4,2% (χ^2=6,18; p<0,02), xronik periodontit zamanı isə əksinə, 23,3±3,2% və 42,0±3,7% (χ^2=11,79; p<0,01) təşkil etmişdir, yəni bu reaksiya periodontitin birinci forması zamanı daha çox təzahür edir, nəinki ikinci forması zamanı. Hər iki forma zamanı pasiyentlərin xeyli hissəsində limfatik reaksiya ümumiyyətlə olmamış, lakin onun tezliyi kəskin forma zamanı xeyli az olmuşdur, nəinki xronik forma zamanı - 20,5±3,7% və 36,4±3,6% (χ^2=8,67; p<0,01).

Temperaturun uzun müddət 38°C-dən yüksək olmasının tezliyi kəskin forma daha zamanı yüksək olmuşdur, nəinki xronik forma zamanı - 22,1±3,8% və 8,5±2,1% (χ^2=11,02; p<0,01). Zədələnmiş dişin selikli qişa sahəsində temperatur hissiyyatının tezliyi də birinci forma zamanı yüksək olmuşdur - 32,0±4,2% və 18,2±2,9% (χ^2=7,54; p<0,01). Halbuki residivlərin subfebrilitetin tezliyi əks nisbətdə olmuşdur - 6,6±2,3% və 27,3±3,4% (χ^2=20,26; p<0,01). Lakin kəskin periodontitli pasiyentlərin çoxunda temperatur amili tamamilə olmamışdır - 39,3±4,4% hallarda. Bu cür hadisələr xronik periodontitli pasiyentlər arasında daha çox olmuşdur - 46,0±3,8% (χ^2=1,31; p>0,05).

Kəskin periodontitli pasiyentlərin əksər hissəsində rentgenoqramda periodontal yarığın genişlənməsi görünmüşdür - 50,0±4,5% hallarda. Sümüyün kənarları nahamar olmaqla seyrəkləşməsi halları xeyli az olmuşdur - 27,9±4,1% hallarda (χ^2=12,57; p<0,01) və zədələnmiş dişin kökünün zirvəsində destruktiv ocaq olan hallar isə ümumiyyətlə müşahidə edilməmişdir. Xronik periodontitli pasiyentlər arasında sadalanan rentgenoloji simptomlar təqribən eyni dərəcədə müşahidə edilmişdir - 29,0±3,4%-dən 35,2±3,6%-ə qədər hallarda (χ^2=0,82; p>0,05). Lakin əgər kəskin periodontit zamanı rentgenoqramlarda patoloji proseslərin olmaması 22,1±3,8% hallarda müşahidə edilmişdirsə, xronik periodontit zamanı o, cəmi 5,1±1,7% hallarda müşahidə edilmişdir (χ^2=19,65; p<0,01). Əksinə, digər simptomatika birinci forma zamanı 5,7±2,1% hallarda, ikinci forma zamanı isə 14,2±2,6% hallarda təmsil olunmuşdur (χ^2=5,71; p<0,02).

Göründüyü kimi, periodontitə aydın, çox spektrli klinik simptomatika xasdır. O, xəstəliyin kəskin forması zamanı özünü daha aydın şəkildə göstərir, bir sıra simptomlar isə yalnız bu formaya xasdır ki, bu da nəinki xəstəliyin özünə diaqnoz qoymağa, həm də onun müxtəlif klinik formalarını diferensiasiya etməyə imkan verir.

Təcrübədən alınmış məlumatlar göstərir ki, periodontitə çox vaxt düzgün diaqnoz qoyulmur, adətən onun əvəzinə digər stomatoloji xəstəliklərin, ən çox da kariyesin, pulpitin və ya parodontitin müalicəsi aparılır. Əgər nəzərə alınsa ki, periodontit bu xəstəliklərlə birlikdə keçir, bizim apardığımız tədqiqatlar da bunu təsdiq edir, onda

əksər hallarda ona diaqnoz qoyulmamasının səbəbi aydın olur. Ona görə də, periodontitin stomatoloji xəstəliklərin digər nozoformalarından diferensiasiya edilməsi olduqca mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Боровский Е.В., Иванов В.С., Банченко Г.В. и др. Терапевтическая стоматология. М., 2004, 798 с.;
2. Левченко Л.Т. Профилактика и консервативное лечение периодонтита. Методические рекомендации. Омск, 2003, 33 с.
3. Максимовский Ю.М., Гринин В.М., Колесникова Д.А. Пероральная антибактериальная терапия в лечении деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита. - Стоматология для всех, 2002, N.3, с.18-20;
4. Степанов Р.С. Этиология возбудителей верхушечного периодонтита и их чувствительность к антибактериальным средствам: Автореф. дисс....канд.мед.наук, Новосибирск, 2005, 21 с.;
5. Чулаева Н.А. Выбор методов лечения больных острым периодонтитом и обострением хронического периодонтита на основании клинико-имперголоrических показаний: Автореф. дисс.... канд.мед.наук., М., 2000, 20 с.;
6. Bright R., Cimmerman M. Periodontidas. - Oxford, 2003, 242 p.;
7. Danin J. Clinical management of non healing perriadicular pathosis. Surgery versus endodonic retreatment . - Oral.Surg., 1996, v.82, N.2, p.213-217;
8. Ferrera P. Uncommon complications of odontogenic infections. - Am. J.Emerg. Med., 1996, v.14, N.3, p.317-322.

SUMMARY

SPECTRUM CLINIC-PATOGENETIC SYMTPOM PERIODONTITIS AND ITS DIFFERENTIAL VALUE

K.M.Babayev

On the grounds of all-round and long observations are chosen variants combination symtpom, allowing differentiate not only quip and chronic form periodontitis, but realistically exclude him from pulpit and parodontitis. As a result called on studies is installed that in the current condition periodontitis inherent broad spectrum specific clinical symtpom. Well-timed and efficient diagnosis periodontitis presents important importance for rational choice tacticians his complex conservative treatment.

Daxil olub: 06.11.2006

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Н.Д.Гаджиев, Ч.М.Джафаров

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

ВВЕДЕНИЕ. Гидатидный эхинококкоз (ЭК), как одно из самых широко распространённых паразитарных заболеваний человека представляет серьёзную медицинскую и социальную проблему во многих странах мира в связи с возрастающим числом больных и существованием эндемических очагов [1, 3, 10]. Наиболее часто поражается печень (70-80%) и у 42,3 % больных наблюдается осложнённые формы эхинококкоза печени (ЭКП) [5, 9]. В настоящее время, можно сказать, что хирургическому методу лечения ЭКП нет альтернативы, поскольку консервативная терапия малоэффективна и поэтому единственным радикальным и надёжным методом лечения является оперативное вмешательство [2, 4, 8, 11].

Однако, на фоне значительных достижений современной хирургии, частота послеоперационных осложнений, летальности и рецидива заболевания не имеет тенденцию к снижению [6, 7] и требует пересмотра хирургической тактики на современном этапе [10].

Существенно и то, что проблема ликвидации остаточной полости (ОП) после эхинококкэктомии остаётся неразрешённой.

МАТЕРИЛЫ И МЕТОДЫ. *С 1998 по 2003 годы в клинике находилось 124 больных, оперированных по поводу различных форм ЭКП. Из них мужчин было 51 (41,1%), женщин 73 (58,9%) в возрасте от 13 до 70 лет. Среди больных преобладали лица наиболее трудоспособного возраста (71,8%). Большинство больных (54,8%) составили жители сельских районов. Длительность заболевания с момента появления первых симптомов до поступления больного в стационар составила: до 2 лет -13 (10,5%), от 2 до 5 лет - 35 (28,2%), от 5 до 10 лет - 42 (33,8%), свыше 10 лет - 34 (27,4%). У 115 (92,7%) больных был первичный, а у 9 (7,3%) - рецидивный ЭКП. Правосторонняя локализация поражения была у 87 больных (70,2%), левосторонняя - 21 (16,9%) и у 16 (12,9%) отмечено поражение обеих долей печени. В ряде случаев наблюдалось сочетанное поражение органов: печени и лёгких (1), печени и селезёнки (3), множественное поражение органов брюшной полости (2). У 124 больных обнаружены 189 кист печени, из них у 89 (71,8%) - солитарные, а у 35 (28,2%) - множественные. Эхинококковые кисты с размерами до 5 см были 39 (20,6%), от 6 до 10 см - 77 (40,7%), 11 - 20 см - 44 (23,3%) и свыше 20 см - 29 (15,4%) наблюдений. Из 124 больных ЭКП осложнённые формы заболевания имели место у 31 (25,0%). Наиболее частыми осложнениями были нагноение кисты (14) и формирование цистобилиарных свищей (9), а у 1 одного больного наблюдался прорыв нагноившейся кисты в правую плевральную полость с образованием цистобронхиального свища.*

У 33 (26,6%) больных выявлены сопутствующие заболевания: хроническая ишемическая болезнь сердца (12), гипертоническая болезнь (10), сахарный диабет (5), калькулёзный холецистит (2) и др.

У 124 больных было выявлено 189 эхинококковых кист печени и 9 кист других органов. Наиболее часто кисты располагались в VII и VIII сегментах печени. Комплексное обследование установило нижеуказанную локализацию паразитарных кист: поверхностные - 21 (16,9%) больных, поддиафрагмальные - 57 (46,0%), внутрипеченочные - 39 (31,5%) и на нижней поверхности печени - у 7 (5,6 %) больных.

В зависимости от стадии жизнедеятельности паразитарных кист было выявлено 4 категории кист: одиночная (молодая) киста без дочерних пузырей - 33 (17,5%), одиночная киста с дочерними пузырями - 58 (30,6%), многопузырная (старая) киста с дочерними и внучатыми пузырями - 61 (32,1%) и осложнённая киста - 37 (19,6%).

При нагноении эхинококковой кисты клиника гнойной интоксикации была у 10, а клиника холангита наблюдалась у 3 больных.

С целью установления точного диагноза у всех больных использовали комплекс клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

При общеклиническом анализе крови чаще всего наблюдались ускорение СОЭ (30,6 %), лейкоцитоз (10,4%) и эозинофилия (7,2%).

Информативность обзорного рентгенологического исследования грудной и брюшной полости только у 11 больных помогло постановке диагноза, но оно позволило выявить одновременное поражение лёгких.

Всем больным выполнялось УЗИ печени и органов брюшной полости. Диагностическая достоверность УЗИ составляла 98,1%. С помощью УЗИ было выявлено количество кист, их локализация, размеры, объём содержимого, наличие или отсутствие дочерних пузырей, жизнеспособность паразита, а также наличие осложнений - нагноение, обызвествление и изменение желчных протоков.

Диагностическая ценность рентгеновской компьютерной томографии (КТ) наиболее высокая и она была применена у 11 больных. Магниторезонансная томография проведена 2 больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Все 124 больные оперированы. Операционный доступ выбран адекватно локализации, количеству, размерам кист и наличию осложнений. Верхне-срединный разрез применён в 28,2% случаев при локализации кист в левой или обеих долях печени и сочетанном поражении ее и брюшной полости.

Наиболее часто (66,1%) пользовались косым подрёберным доступом, который являясь наиболее универсальным и удобным не ограничивал хирургические манипуляции.

В 5,7% случаев нами применён правосторонний трансплевральный доступ при поддиафрагмальной локализации эхинококковых кист.

При оперативных вмешательствах у больных с ЭКП к выбору методов операции также подходили дифференцированно с учётом локализации, размеров и числа кист, а также наличия и характера осложнений и общего состояния (табл.).

Как видно из таблицы, закрытая эхинококкэктомия выполнена у 66 больных. При кистах небольшого и среднего размера при наличии эластичной фиброзной капсулы ОП удалось ликвидировать путём капитонажа у 60 (48,4%) больных. При расположенных кистах вблизи магистральных сосудов и желчных протоков ОП ликвидировали путём инвагинации краёв и свободных участков фиброзной капсулы внутрь [6].

При осложнённых кистах нагноением и цисто-билиарными свищами, при больших размерах и центральной локализации её, когда выполнение закрытой эхинококкэктомии было невозможно, использовали полузакрытую эхинококкэктомию у 20 (16,1%) больных путём уменьшения ОП с помощью частичного ушивания или оментопластики с наружным дренированием. В послеоперационном периоде проводили промывание ОП через дренаж антибиотиками и антисептическими растворами, а также выполняли чрездренажную фистулографию для установления размеров ОП, наличие или отсутствие цистобилиарных сообщений.

Марсупилизация выполнена у 3 больных, в послеоперационном периоде у которых наблюдалось длительное желчеистечение.

"Идеальную" эхинококкэктомию выполняли при краевом расположении кисты или при свисании её в брюшной полости. Она выполнена у 15 (12,1%) больных.

Таблица. Характер оперативных вмешательств и способы ликвидации остаточной полости

Название операции	Количество больных	
	Абс.	%
Закрытая эхинококкэктомия		
- с ликвидацией ОП путём капитонажа по Дельбе	60	48,4
- путём инвагинации избытков фиброзной капсулы	6	4,8
Полузакрытая эхинококкэктомия		
- частичный капитонаж+наружное дренирование	11	8,9
- оментопластика+наружное дренирование	9	7,2
Открытая эхинококкэктомия		
- марсупилизация	3	2,4
«Идеальная» эхинококкэктомия	15	12,1
Перицистэктомия	8	6,5
Различные виды резекции печени	12	9,7
Всего	124	100

Учитывая травматичность и опасность повреждения магистральных сосудов и желчных ходов перицистэктомия была выполнена всего в 6,5% случаев.

Резекцию левой доли печени, как наиболее радикальное вмешательство выполняли у 11 больных при кистах занимающих всю долю или когда в ней имелся обезизвествленный большой конгломерат и множество нагноившихся кист. А у 1 больного была выполнена при огромной кисте гемигепатэктомия.

При кистах с внутрипеченочными цистобилиарными свищами после ушивания внутренних коммуникаций в 11 случаях удалось полностью ликвидировать ОП. А у 3 больных после частичного ушивания ОП проводили наружное дренирование её, у 2 из них с одновременным наружным дренированием холедоха по Холстеду. При больших размерах ОП с нагноением и несколькими карманами в труднодоступных локализациях не всегда удаётся выявить свищевое отверстие и поэтому в таких случаях двойное дренирование билиарной системы, показало, что оно предотвращает формирование наружного желчного свища и ускоряет срок ликвидации ОП.

У 4 больных при вовлечении в процесс желчного пузыря и у 2 с калькулёзным холециститом одновременно проводили холецистэктомию.

У больных с сочетанными поражениями печени и других органов, наряду с вмешательством на печени одномоментно выполнены следующие операции: эхинококкэктомия из правого лёгкого (1), спленэктомия (2), аппендэктомия (1), удаление эхинококковых кист из малого и большого сальника, малого таза и забрюшинного пространства (1).

Анализ непосредственных результатов хирургического лечения ЭКП показал, что у 40 (32,3%) из 124 больных в послеоперационном периоде возникли различные осложнения. Специфичные осложнения, связанные непосредственно с оперативным вмешательством наблюдались в 13,7% случаях. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были нагноение ОП (14) и формирование наружного желчного свища (3).

В послеоперационном периоде умер один больной (0,8%) на фоне тяжелой гнойной интоксикации от острой сердечно-дыхательной недостаточности.

ВЫВОДЫ:

1. Выбор метода хирургического вмешательства у больных с ЭКП требует дифференцированного и индивидуального подхода с учётом состояния больного, локализации, количества, размеров кист и форм заболевания.
2. При неосложнённом ЭКП предпочтенье следует отдавать закрытой эхинококкэктомии.
3. В связи с наибольшим числом гнойных послеоперационных осложнений, применение открытой эхинококкэктомии должно быть ограничено.
4. При ригидном и кальцинированном фиброзном ложе кисты, наиболее целесообразна перицистэктомия.
5. Резекция печени должна выполняться при гигантских и многокамерных кистах, занимающих левую долю или значительную анатомическую область органа при атрофии окружающих кисту печеночной паренхимой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abasov B. X., Hajıyev J.N., Əmiraslanov H.Ə. və başq. Qarajiyər exinokokkozunun müalijəsinə dair təjrubəmiz. - I Avrasiya Qastroenteroloci konqresi, Baku, 1997, s.59;

2. Hadıyev S. İ., Abbasov P. A., Məmmədzadə F. T. Qarajiyərin residiv və rezidual exinokokkozu. - Jərrahiyyə, Bakı, 2006, N.1, s.74-79;

3. Агаев Б. А., Агаев Р. М., Гасанов И. А и др. Лазерное облучение остаточной полости после эхинококкэктомии из печени. - Азярбайъан Тибб Журналы, 2002, N.4, с.8-12;

4. Агаев Р. М., Джафарли Р. Э. Применение озонотерапии при хирургическом лечении больных эхинококкозом печени. - Jərrahiyyə (Surgery), Bakı, 2005, N.4, s.42-48;

5. Алиев М. А., Сейсембаев М. А., Ордабеков С. О. и др. Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение. - Хирургия, 1999, N.3, с 15-17;

6. Вафин А.З., Айдемиров А.Н. Применение плазменных технологий в хирургии эхинококкоза печени. - Вест. хир., 2002, N.4, с.56-59;

7. Иванов С. А. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения гидатидозного эхинококкоза печени: Автореф. дисс. д-ра мед. Наук, СпБ, 2002, 32 с.;

8. Насиров М.Я., Панахов Д.М., Ахмедов Г.Х. Пути улучшения результатов лечения эхинококкоза печени. Анналы хир. гепатологии, 2002, т.7, N.1, с.23-26;

9. Черныпев В.Н., Панфилов К.А., Богданов В.Е. Лечение гидатидного эхинококкоза печени. - Хирургия, 2005, N.9, с.39-41;

10. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Самохвалов А.В., Лотов А.Н. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. - Хирургия, 2004, N.7, с.49-55;

11. Chautems R., Buhler L., Gjld B et. al., Long term results after complete or incomplete surgical resection of hydatid disease. - Swiss Med. Wkly., 2003, v.3, N.133, p.258-262.

SUMMARY

DETERMINING OF SURGICAL METHOD OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

N.Hajiyev, C.Jafarov

Analyzing of results of outcome of 124 patients with surgical treatment of liver echinococcosis. Complicated form of diseases was noted in 31 (25%) of patients. Diagnosis estimated by means of complexed clinico-laboratorial and instrumental methods of investigations. The main place in diagnosis of echinococcosis of liver takes USI and CT. For choosing of surgical involvement methods approached differentially and individually by taking into consideration the condition of patient, localization, quantity, size of cyst and form of diseases 35 patients undergone radical operations: ideal echinococcectomy, pericystektomy and liver resection. Specific post operative complications had 13,7% of patients which had been eliminated with conservative treatment. Lethality mode 0,8%.

Daxil olub: 08.11.2006

MƏDƏALTI VƏZİ XƏRÇƏNGİNDƏ SELEKTİV ANGİOQRAFİYANIN DİAQNOSTİK ƏHƏMİYYƏTİ

R.B.Bayramov

Azərbayjan Tibb Universiteti, Bakı ş.

Mədəaltı vəzinin yerləşdiyi anatomik zonanın magistral vaskulyar strukturlarla zəngin olması və mədəaltı vəzinin parenximasının qalın olmaması qeyd edilən üzvün xərçənginin inkişafının müəyyən dövründə prosesin müvafiq damarlara (yuxarı müsariqə venası, qapı venası, qarın kötüyü, yuxarı müsariqə arteriyası, ümumi qaraciyər arteriyası və s.) sirayətinə şərait yaradır. Ona görə də mədəaltı vəzi xərçəngində inrezektabelliyin əsas səbəblərindən birini məhz şişin göstərilən damarlara invaziyası təşkil edir. Adı çəkilən üzvün xərçənginin magistral damarlara sirayəti bir sıra hallarda intraoperasion təftiş zamanı mobilizasiyanın müəyyən mərhələsində aşkar edilir. Odur ki, preoperativ dövrdə şişin mərhələsinin dəqiq qiymətləndirilməsini və beləliklə də müvafiq üzvün inrezektabel xərçənginin rezektabel prosesindən fərqləndirilməsini təmin edən müayinə üsulunun müəyyənləşdirilməsi son dərəcə vacibdir [1, 2]. Ona görə də, bir sıra mərkəzlərdə qeyd edilən damarlara sirayəti preoperasion dövrdə müəyyənləşdirmək üçün angioqrafiyanın bir qayda olaraq aparılması tövsiyə olunur [3, 4]. Lakin bu barədə başqa qrup mütəxəssislərin [5] fikri isə ziddiyyət təşkil edir və belə bir müayinənin, rutin olaraq, aparılmasına ehtiyacın olmadığını göstərirlər.

Cədvəl. Angioqrafiyanın nəticəsinə görə mədəaltı vəzi xərçəngində magistral arteriya və venaların zədələnmə tezliyi

	Sayı	%
Mədəaltı vəzi başının xərçəngi		
tr. coeliacus	9	5.9
a. hepatica communis	7	4.6
a. lienalis	7	4.6
a. mesenterica superior	4	2.6
a. gastroduodenalis	60	36.8
v. porta	3	2.0
v. mesenterica superior	13	8.5
v. lienalis	2	1.3
magistral damarlarda dəyişiklik yoxdur (hipo-, yaxud hipervaskulyar ocaq mövcuddur)	34	22.2
vaskulayar strukturlarda dəyişiklik yoxdur (hipo-, yaxud hipervaskulyar ocaq mövcud deyildir)	24	15.7
Cisim və quyruq hissənin xərçəngi		
tr. coeliacus	17	22.1
a. hepatica communis	4	5.2
a. lienalis	31	40.3
a. mesenterica superior	1	1.3
a. gastroduodenalis	2	2.6
v. porta	0	0
v. mesenterica superior	4	5.2
v. lienalis	15	19.5
magistral damarlarda dəyişiklik yoxdur (hipo-, yaxud hipervaskulyar ocaq mövcuddur)	10	13.0
vaskulayar strukturlarda dəyişiklik yoxdur (hipo-, yaxud hipervaskulyar ocaq mövcud deyildir)	4	5.2

Hazırkı tədqiqat işinin məqsədi mədəaltı vəzi xərçənginin diaqnostikasında selektiv angioqrafiyanın informativliyini KT və MRT müayinələrinin müvafiq göstəriciləri ilə müqayisəli şəkildə öyrənməkdən ibarətdir.

MATERİAL VƏ ÜSULLAR. *Hazırkı tədqiqat işinin materialını 1990-2003-cü illərdə A.T.Abbasov adına BŞOD-da, MOM-da, Bakı şəhər 5N-li ŞKX-da və RTEA ROEM-də mədəaltı vəzi başının xərçənginə görə müayinə və müalicə olunmuş xəstələr təşkil etmişdir. Qeyd olunan müddət ərzində adı çəkilən tibb müəssisələrində stasionar şəraitdə 758 mədəaltı vəzi xərçəngli xəstə müayinə və müalicə olunmuşdur. Təsadüflərin 516-da (68.1%) şiş mədəaltı vəzin başından, 232-də (30.6 %) onun cismindən və quyruğundan inkişaf etmiş, 10 (1.3%) təsadüfdə isə qeyd olunan üzv total zədələnməyə məruz qalmışdır. Xəstələrin 463-ü kişi və 295-i qadın (1.57:1) olmuş, yaşları orta hesabla, 56.9 (15-86) təşkil etmişdir.*

Qeyd edilən xəstələrin 234-də selektiv angioqrafiya aparılmışdır. Angioqrafiya mədəaltı vəzi başı xərçəngli xəstələrin 153-də, mədəaltı vəzi cisminin və quyruğunun xərçəngi olan xəstələrin 77-də, total mədəaltı vəzi xərçəngi təsadüflərinin isə 4-də tətbiq edilmişdir.

Şişin ölçüsü preoperasion instrumental müayinələrin və/ya intraoperasion təftişin nəticələri əsasında xəstələrin 514-də müəyyənləşdirilmişdir. Qeyd olunan parametr mədəaltı vəzi başının xərçəngi üçün, orta hesabla, 5.4±0.2 sm (1.0-20.0 sm) cisminin karsinoması üçün isə 7.0±0.3 sm (1.5-25.0 sm) təşkil etmişdir ($p<0.001$). Xərçəngin patohistoloji variantını hadisələrin 609-da (80.3%) adenokarsinoma, 14-də (1.8%) mutsinoz xərçəng, 4-də (0.5%) adenoskvamoz xərçəng, 44-də (5.8%) bədxassəli karsinoid, 13-də (1.7%) papillyar kistoz neoplazma (12-də mutsinoz sistoadenokarsinoma, birində epitelial solid və papilyar şiş), 8-də (1.1%) asinar hüceyrəli xərçəng, 3- də (0.4%) anaplastik karsinoma, 63-də (8.3%) diferensiasiya etməmiş xərçəng təşkil etmişdir.

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏ. Qeyd olunan müayinə vasitəsilə mədəaltı vəzi başının xərçəngi təsadüflərin 84.3%-də (129/153), cisim və quyruq hissənin xərçəngi isə xəstələrin 94.8%-də (73/77) aşkar edilmişdir. Mədəaltı vəzi başı xərçəngi təsadüflərinin 78-də həm angioqrafiya, həm də KT müayinəsi aparılmışdır. Ümumilikdə, hadisələrin 48-də (61.5%) şiş prosesi hər iki müayinə vasitəsilə aşkar edilmişdir. Qalan 30 xəstənin 12-də şiş yalnız KT, digər 12-də yalnız angioqrafiya vasitəsilə vizualizasiya edilmiş, 6-da isə proses heç bir müayinə vasitəsilə tutula bilməmişdir. Beləliklə, hər bir müayinə ayrılıqda təsadüflərin 60-da (76.9%) şiş prosesini aşkar etdiyi halda, hər iki müayinənin birlikdə aparıldığı xəstələrin 72-də (92.3%) ilkin ocaq vizualizasiya oluna bilmişdir. Angioqrafiyanın mədəaltı vəzi xərçənginin rezektabelliyi barədə informativliyini qiymətləndirmək üçün cərrahi əməliyyata məruz qalmış xəstələrdə qeyd edilən müayinənin rəyini intraoperasion təftişin nəticəsi ilə müqayisəli şəkildə təhlil etdik. Cərrahi əməliyyat aparılmış mədəaltı vəzi başının xərçəngi olan xəstələrin 136-da, cisim və quyruğunun xərçəngi olan xəstələrin 64-də selektiv angioqrafiya aparılmışdır. Mədəaltı vəzi başı xərçənginin qonşu anatomik strukturlara sirayət edib-etməməsini angioqrafiya 47.5% həssaslıq, 52.8% spesifiklik və 50.9% dəqiqliklə müəyyənləşdirmişdir. Qeyd olunan göstəricilər mədəaltı vəzi cisminin xərçəngi üçün müvafiq olaraq, 68.4%, 38.1% və 56.7% təşkil etmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, istər birincili ocağın aşkar edilməsi və istərsə də şiş prosesinin qonşu anatomik strukturlara sirayətinin müəyyənləşdirilməsi baxımından angioqrafiya mədəaltı vəzi cisminin xərçəngində onun baş hissəsinin karsinoması ilə müqayisədə daha yüksək həssaslıq ($p<0.05$) nümayiş etdirmişdir (müvafiq olaraq, 94.8%-ə qarşı 84.3% və 68.4%-ə qarşı 47.5%).

Mədəaltı vəzi xərçəngində angioqrafik mənzərə mədəaltı vəzi qonşuluğunda olan arteriya və venaların uzurasiyası, itələnməsi, deformasiyası, "amputasiyası" və mədəaltı vəzi toxumasında hipo-, yaxud hipervaskulyar ocaq şəklində təzahür etmişdir. Mədəaltı vəzi xərçəngində qonşuluqdakı maqistral arteriya və damarlarının prosesə cəlb olunma tezliyi aşağıdakı cədvəldə göstərildiyi kimi olmuşdur.

Cədvəldən göründüyü kimi, mədəaltı vəzi başı xərçəngində ən yüksək zədələnmə teziliyinə malik olan damar a.gastroduodenalis (36.8%), cisim və quyruq hissənin xərçəngində isə a.lienalis (40.3%) olmuşdur. Müvafiq zonanın magistral damarları arasında ən az zədələnəni v. porta olmuş və baş hissənin xərçəngi təsadüflərinin 2.0%-də müşahidə edilmiş, cisim və quyruq hissənin karsinomasında isə hadisələrin heç birində prosesə cəlb olunmamışdır. Ümumiyyətlə, mədəaltı vəzi başı xərçəngi təsadüflərinin 58-də (37.9%), cisim və quyruq hissənin karsinoması təsadüflərinin 14-də (18.2) şiş prosesi vaskulyar stukturları zədələməmişdir. Beləliklə, bizim tədqiqat qrupumuzda mədəaltı vəzinin cisim və quyruq hissəsinin xərçəngində onun baş hissəsinin karsinomasına nisbətən qonşu vaskulyar strukturlar daha çox hallarda zədələnməyə məruz qaldığı müşahidə edilmişdir.

Bir sıra tədqiqatların nəticələrinə görə mə'dəaltı vəzi xərçəngində angioqrafiyanın yüksək diaqnostik əhəmiyyətə malik olduğu müəyyənləşdirilsə də [5], bu müayinələr hazırkı dövrdə qeyri-invaziv müayinələr tərəfəndən sıxışdırılmışdır [6]. Angioqrafiya hal-hazırda USM və KT əsasında mə'dəaltı vəzi xərçənginə şübhə olan hallarda diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün ehtiyatda saxlanılan bir müayinədir. Aparılan tədqiqatlardan birinin nəticəsinə görə mə'dəaltı vəzi başı xərçənginin diaqnostikasında angioqrafiyanın həssaslığının 75%, spesifikliyinin isə 72% olduğunu müəyyən etmişlər [6].

Bizim tədqiqatımızın nəticəsinə görə angioqrafiya mədəaltı vəzi başının xərçəngi olan xəstələrin 84.3%-də, cisim və quyruq hissənin xərçəngi təsadüflərinin 94.8%-də şişi aşkar etmişdir. Müqayisə üçün qeyd etmək istəyirəm ki, əvvəlki tədqiqatlarımızın [7] nəticəsinə görə KT-nin və MRT-nin müvafiq şişlərin aşkar edilməsindəki həssaslıqları, müvafiq olaraq, 82.7% və 91.7% təşkil etmişdir ($p>0.05$). Bundan başqa yuxarıda göstərildiyi kimi, angioqrafiya və KT-nin birlikdə aparıldığı təsadüflərin 92.3%-də ilkin ocaq vizualizasiya oluna bilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, mədəaltı vəzi xərçənginin aşkar edilməsində venadaxili kontrastlı MRT-nin müvafiq göstəricisi 91.7% təşkil etmişdir ($p>0.05$) [7]. Beləliklə, müqayisədən göründüyü kimi, yüksək maliyyə tələb edən və invaziv müayinə olan angioqrafiyanın mədəaltı vəzi xərçənginin aşkar edilməsində həssaslığı qeyri-invaziv müayinə olan KT və MRT-nin müvafiq göstəricisindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmişdir.

Mədəaltı vəzi cisminin xərçənginin onun baş hissəsinin karsinoması ilə müqayisədə qeyd edilən müayinə vasitəsilə daha çox hallarda aşkar edilməsi, fikrimizcə, onunla əlaqədardır ki, birinci lokalizasiyanın şişləri müraciət zamanı daha böyük ölçüyə çatmış olur. Bizim tədqiqat kontingentimizdə müraciət zamanı qeyd olunan parametr mədəaltı vəzi başının xərçəngi üçün orta hesabla, 5.4±0.2 sm cisminin karsinoması üçün isə 7.0±0.3 sm təşkil etmişdir ($p<0.001$).

Warshaw et al. (1990) apardıqları tədqiqat nəticəsində müəyyənləşdirmişlər ki, mədəaltı vəzi xərçənginin rezektabelliyinin qiymətləndirilməsində KT angioqrafiya qədər informativliyə malikdir [4]. Bizim tədqiqat qrupumuzda, yuxarıda göstərildiyi kimi, mədəaltı vəzi başı xərçənginin qonşu anatomik strukturlara sirayət edib-etməməsini angioqrafiya 47.5% həssaslıq, 52.8% spesifiklik və 50.9% dəqiqliklə müəyyənləşdirmişdir. Qeyd olunan göstəricilər mədəaltı vəzi cisminin xərçəngi üçün, müvafiq olaraq, 68.4%, 38.1% və 56.7% təşkil etmişdir. Müqayisə üçün qeyd etmək istəyirəm ki, venadaxili kontrastla aparılmış KT-nin qeyd edilən parametr üzrə həssaslıq, spesifiklik və dəqiqliyi, müvafiq olaraq, 70.6%, 92.1% və 81.9% ($p<0.05$), venadaxili kontrastla aparılmış MRT-nin qonşu orqalara sirayətin qiymətləndirilməsində müvafiq göstəriciləri 80.0%, 85.7% və 83.3% ($p<0.05$) olmuşdur. Beləliklə, apardığımız müqayisəli təhlil nəticəsində müəyyən etdik ki, mədəaltı vəzidə xərçəng prosesinin aşkar edilməsində venadaxili kontrastlaşdırma ilə aparılan KT və MRT-nin həssaslıqlarının angioqrafiyanın müvafiq göstəricisindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənmədiyi halda, şişin qonşu anatomik strukturlara sirayətinin müəyyənləşdirilməsində KT və MRT əhəmiyyətli dərəcədə yüksək informativlik nümayiş etdirmişdir. Mədəaltı vəzi xərçənginin rezektabelliyinin qiymətləndirilməsində KT-nin angioqrafiya ilə müqayisədə daha yüksək informativlik nümayiş etdirdiyini digər tədqiqatçılar da təsdiqləyirlər [8, 9]. Fikrimizcə, vaskulyar zədələnmə izolə olunmuş şəkildə müvafiq damarların zədələnməsi kimi qəbul edilməməlidir və bu ətraf anatomik strukturlara sirayətin bir komponentidir.

Beləliklə, mədəaltı vəzi xərçənginin aşkar edilməsində şiş prosesinin qonşu anatomik strukturlara sirayətinin və beləliklə də prosesin rezektabelliyinin qiymətləndirilməsində angioqrafiyanın informativliyi qeyri-invaziv müayinələr olan KT və MRT-nin müvafiq göstəricilərinidən yüksək deyildir və qeyd edilən informasiyanın əldə edilməsində yüksək maliyyənin invazivliyin müqabilində adı çəkilən müayinənin tətbiqi, fikrimizcə, məqsədəuyğun müayinə taktikası deyildir. Çünki birincisi, şişin mövcudluğu və mərhələsi barədə angioqrafiyadan əldə etdiyimiz məlumatlar daha yüksək informativliklə MRT, yaxud KT vasitəsilə əldə edilə bilir. İkincisi, sonuncu

müayinələrdən fərqli olaraq angioqrafiya N status, biliar blokun mövcudluğu və səviyyəsi barədə məlumat vermə imkanına malik deyildir.

ƏDƏBİYYAT

1. Fargnoli R., Fusi I. Computerized tomography of pancreatic tumors. Tumori, 1999; 85 (Suppl 1); p. 3-5.
2. Nghiem H.V., Freeny P.C. Radiologic staging of pancreatic adenocarcinoma. Radiol Clin North Am 1994; 32; p. 71-79.
3. Dooley W.C., Cameron J.C., Pitt H.A. et al. Is preoperative angiography useful in patients with periampullary tumors? Ann Surg, 1990; 211; p. 649-654.
4. Warshaw A.L.L., Gu Z.Y., Wittenberg J., Waltman A.C. Preoperative staging and assessment of resectability of pancreatic cancer. Arch Surg 1990; 125; p. 230-233.
5. Furukawa H., Kosuge T., Mukai K. et al. Helical computed tomography in the diagnosis of pertal vein invasion by pancreatic head carcinoma. Arch Surg, 1998; 133; p. 61-65.
6. Hoover H.C. Pancreatic and periampullary carcinoma. In: Torcotte J.G. (ed) Schackelford's surgery of the alimentary tract. Philadelphia, 1996; Vol III; p. 81-113.
7. R.B.Bayramov. Mədəaltı vəz xərçənginin diaqnostikasında USM, KT və MRT Müayinələrinin informativliklərinin müqayisəli təhlili. Sağlamlıq, 2005; N:8; s. 104-110.
8. Lacheheb D, Belkacem A, Levesque M. Involvement of superior mesenteric vessels and portal vein in pancreatic adenocarcinoma: detection with CT during arterial portography. Abdom Imaging, 1994; 19(5): p. 413-416.
9. Jin Z, Li X, Cai L. Assessing the resectability of pancreatic ductal adenocarcinoma: comparision of dual-phase helical CT arterial portography with conventional angiography. Chin Med Sci J, 2001;16(1):p. 40-45.

SUMMARY

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF SELECTIVE ANGIOGRAPHY IN PANCREATIC CANCER

R.Bayramov

We comparatively analyzed diagnostic value of selective angiography in 234 patients with pancreatic cancer. We found that sensitivity of the indicated method in detecting of pancreatic head and corpus cancer was 84.3% and 94.8%, respectively, which was not superior to that of CT and MRI ($p>0.05$). Furthermore, sensitivity, specificity and accuracy of selected angiography in determining resectablity of pancreatic head and corpus cancer was 47.5%, 52.8% and 50.9% versus 68.4%, 38.1% and 56.7% respectively. The latter parameters were 70.6%, 92.1% and 81.9% ($p<0.05$) for contrast enhanced CT, 80.0%, 85.7% and 83.3% ($p<0.05$) for contrast enhanced MRI. The received data allow us to say believingly that selective angiography should not be used routinely in pancreatic cancer as a diagnostic tool.

Daxil olub: 11.11.2006

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ж.И.Гагиева, А.О.Кулиева, Ф.Д.Насирова, О.К.Ширалиев

Республиканский Диагностический Центр, г.Баку

Обычно врожденная аномалия развития щитовидной железы заключается в задержке её миграции, недоразвитии ткани (гипоплазия или аплазия долей) и в наличии добавочной пирамидальной доли - остатка протока ductus thyreoglossus [2, 3]. Нами наблюдались два случая из выше-перечисленных редких аномалий. В обоих случаях были проведены радионуклидные (сканирование с Tc-99m технецием - пертехнетатом) и ультразвуковые исследования (УЗИ).

ПРИМЕР 1.

Больная Н, 35 лет, пальпаторно обнаружены два образования в верхней части шеи, по средней линии. Со слов больной образования медленно растут. Жалобы: на сердцебиение, быструю утомляемость, пучеглазие и плаксивость.

У пациентки отмечается экзофтальм 2-ой степени. Анализ крови на тиреоидные гормоны: общие Т3 и Т4 повышены, а TSH значительно снижен.

УЗИ области шеи: ткань щитовидной железы в обычной проекции не обнаружена. По средней линии в верхней части шеи выявляется округлой формы масса с размерами 3х4х3,5см. с гомогенной эхоструктурой, похожей на ткань щитовидной железы. Доли и перешеек железы не дифференцировались.

Сканирование с Tc-99m - пертехнетатом обнаружило: отсутствие накопления радиофармпрепарата (РФП) в анатомическом ложе железы и два фокуса накопления овальной формы: 1) в области корня языка - небольших размеров (1,2 см х 1,5 см) и 2) активное поглощение РФП, в прощупываемом образовании на шее, в виде "горячего" узла. Коэффициент поглощения РФП в этом узле был равен 11,7%, что выходит за пределы верхней границы нормы.

Больная получила курс лечения тиреостатиками, затем была прооперирована. Большой узел был удален, взята биопсия. Морфологически: атипичные клетки не обнаружены. Повторная сцинтиграфия щитовидной железы представлена на рисунке 1. Белыми стрелками указана оставшаяся тиреоидная ткань у корня языка. На рисунке 2 представлена сцинтиграфия нормального положения щитовидной железы.

Больной был назначен тироксин для предупреждения развития гипотиреоидной функции. Рекомендовано длительное наблюдение у эндокринолога. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

ПРИМЕР 2.

Больная А., 9 лет. Физическое и умственное развитие нормальные. Выраженных жалоб не имеет. Клинически - эутиреоидное состояние. Пальпаторно определяется перешеек щитовидной железы.

УЗИ области шеи обнаружило небольшое увеличение объема щитовидной железы с наличием добавочной доли, отходящей от перешейка вверх. Сканирование с Tc 99м - пертехнетатом определило функционирующую ткань щитовидной железы в виде: правая и левая доли в форме "бабочки", как обычно, и вдобавок - пирамидальная доля над перешейком. Накопление технеция - пертехнетата достаточное, распределение активности равномерное, максимальное накопление в центральных сегментах правой и левой долей. Гормональный тиреоидный статус в пределах нормы.

Основываясь на клинических данных, сканировании, УЗИ и показателях гормонов поставлен диагноз - гиперплазия щитовидной железы с наличием добавочной доли, эутиреоидное состояние.

ОБСУЖДЕНИЕ. Щитовидная железа эмбриологически развивается из первого жаберного кармана, позади непарного зачатка языка. Foramen cecum языка указывает на место выроста железы . Вырастающий отсюда эпителиальный тяж до деления на две доли получает просвет - ductus thyreoglossus. К пятой неделе он обычно атрофируется и исчезает. Дополнительная пирамидальная доля представляет собой остаток ductus thyreoglossus, которая может простираться от перешейка до подъязычной кости [1].

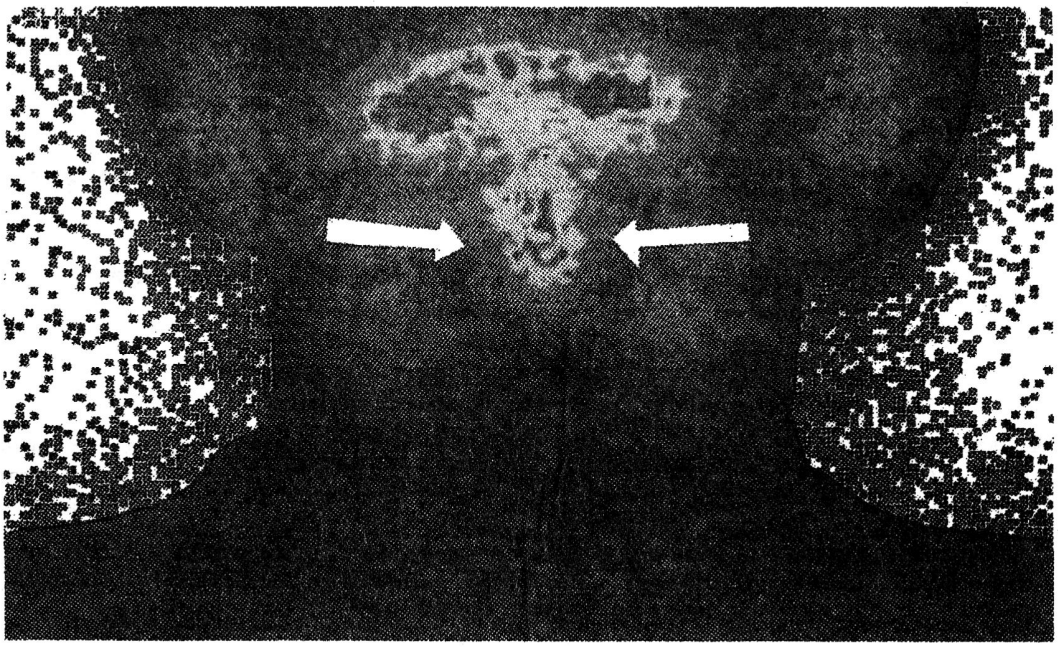


Рис. 1. Сцинтиграфия щитовидной железы больной Н., 35 лет.

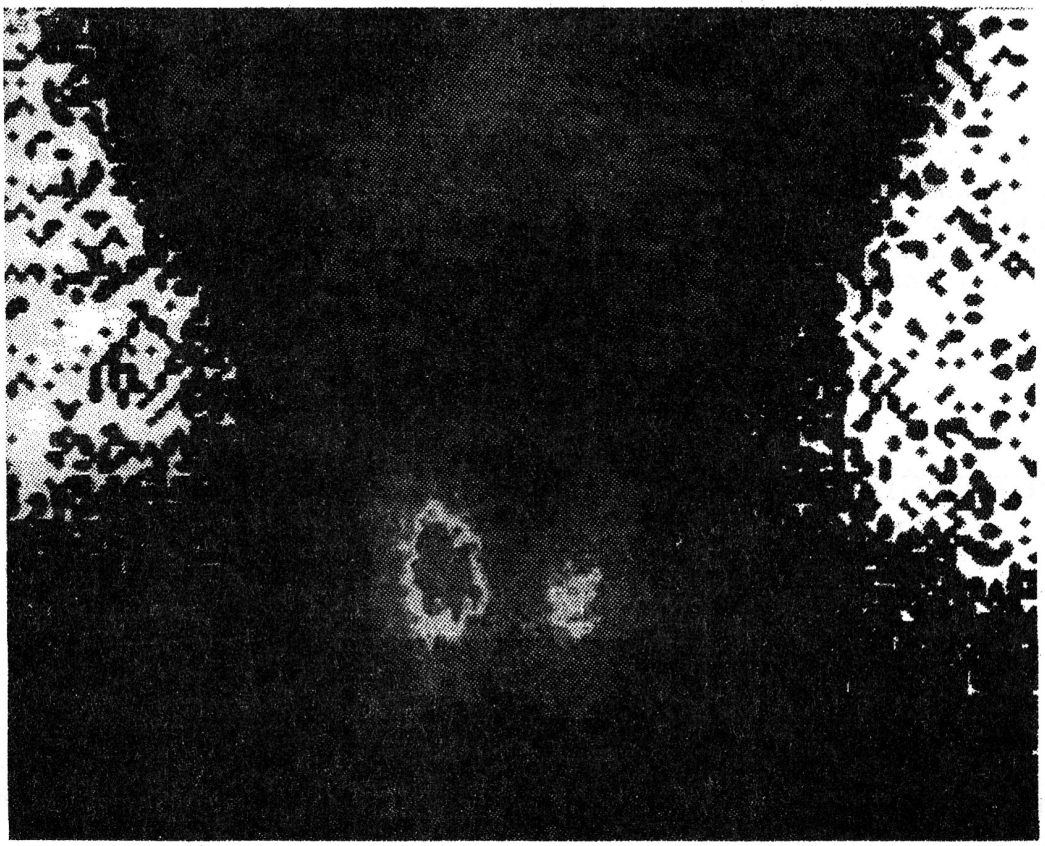


Рис. 2. Сцинтиграфия нормального расположения щитовидной железы

Задержка миграции железы в основном встречается одиночная, она чаще располагается у корня языка. Двойная эктопия щитовидной железы является наиболее редким видом аномалии развития щитовидной железы [4]. При этом, гормональный статус может быть различным: гипотиреоз, эутиреоидное или нормальное состояние и гипертиреоз. Клиника развивается в любом возрасте: от момента рождения ребенка до более позднего возраста, от симптомов прощупывания небольшого образования на шее до дисфагии. Преимущественно встречается у женщин.

Что касается недоразвития одной из долей щитовидной железы, то она встречается относительно часто. Проявляется в виде субклинического гипотиреоза. Другая доля, компенсаторно увеличиваясь, выполняет функцию обеих долей. Гипоплазия и аплазия обеих долей щитовидной железы (кретинизм) проявляется с момента рождения ребенка необычным криком, похожим на ржание лошади [2]. В старину по такому необычному плачу ребенка устанавливали заболевание и проводили необходимую коррекцию.

ВЫВОДЫ. Аномалии развития щитовидной железы могут быть обнаружены как случайные находки. Однако, при нарушении её функции пациенты могут попасть на прием ЛОР-врача, кардиолога, терапевта и т.д. Необходимо помнить, что железа может не пальпироваться и располагаться атипично, например, в сублингвальной или загрудинной области. Поэтому необходимо рекомендовать консультацию врача узкой специальности - эндокринолога и тщательное обследование, включая анализ крови на гормоны щитовидной железы и лучевые методы исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека. Л. Медицина, 1974, 672 с;
2. Edis A, Ayala L, Egdahl R. Manual of endocrine surgery. NewYork. 1975, 274 p.;
3. Gallo A. et al.. Ectopic lingualthyroid as unusual cause of severe dysphasia. - Dysphasia, 2001, N.16, p.220-223;
4. Samuel A.M.. Dual Ectopia of the Thyroid. - World J. Nuclear Medicine, 2006, v.5, N.2, p.93-95.

SUMMARY

ANOMALIES OF DEVELOPMENT OF THYROID GLAND
J.Qaqiyeva, A.Quliyeva, F.Nasirova, O.Shiraliyev

Anomalies of development of a thyroid gland can be found out as casual finds. However, at infringement of its function patients can get on reception of different doctors, for example, to cardiologist or to therapist etc. It is necessary to remember, that thyroid can not be palpated and settle down abnormally. Therefore it is necessary to recommend consultation of endocrinologist and careful inspection, including the analysis of blood for hormones of a thyroid gland and beam methods of research.

Daxil olub: 14.11.2006

DÜZ BAĞIRSAĞIN BƏZİ PATOLOGİYALARININ MÜALİCƏ VƏ PROFİLAKTİKASINDA BİZİM TAKTİKAMIZ

R.M.Novruzov

Bərpa Müalicəsi Xəstəxanası, Sumqayıt ş.

Proktoloji xəstəliklərin bir qismini təşkil edən düz bağırsağın sallanmaları (DBS) proqressivləşən və müalicəsi kifayət qədər çətin olunan patologiyalardandır [4, 7,]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatına görə, bu xəstəliyin əhali arasında rastgəlmə tezliyi 4,2:1000; 65 yaşdan yuxarı insanlarda 1:100-dir. Kişi cinsindən olanlar üstünlük təşkil edirlər (uşaqlarda 3:1, böyüklərdə isə 5:1). Konservativ müalicənin effektsizliyi çoxsaylı cərrahi üsulların yaranmasına şərait yaratmışdır [2, 4, 7]. Buna baxmayaraq M.Corman (1992) haqlı olaraq DBS-nın cərrahi müalicəsində çoxillik axtarışlara baxmayaraq "mükəmməl" üsulun tapılmaması qənaətindədir (sitat A.Ö Titova görə [3]). DBS-nin cərrahi yolla müalicəsinin nəticələri mübahisəlidir və tam qənaətbəxş hesab oluna bilməz [1, 3, 5]. Çünki ayrı-ayrı müəlliflərə görə, bu məqsədlə aparılan əməliyyatlardan sonrakı residivlər 1-50% hallarda müşahidə olunur [3, 7]. Bununla yanaşı, əməliyyat aparılmış xəstələrin demək olar ki, 50% qəbizlikdən, 88% isə defekasiya aktının müxtəlif şəkildə pozulmalarından şikayətlənirlər [3, 4, 6].

DBS iki formada olur: daxili və xarici. Ədəbiyyatın təhlili göstərir ki, DBS formalarından yalnız onun xarici sallanması geniş tədqiq olunub [3, 4, 5, 6]. Düz bağırsağın daxili sallanması barədə xarici ədəbiyyat qaynaqlarında məlumatlar epizodikdir [5]. Bu patologiyanın hər iki formasının təzahürləri müxtəlif olsa da, xəstələr üçün diskomfort yaradan simptom kompleksi arasında xeyli oxşarlıq mövcüddur [4, 5, 6]. Çox vaxt yoğun bağırsağın instrumental müayinələri və abdominal əməliyyatlar zamanı təsadüfən təyin edilən düz bağırsağın daxili sallanmasına əməliyyat aparılan əsas xəstəlik fonunda diqqət yetirilmir [5]. Bu patologiya sonralar xəstələri çox narahat edərək, onların həyat tərzinə və əmək fəaliyyətinə mənfi təsir göstərir [5]. DBS-nin xarici forması kifayət qədər tədqiq olunmuş problemlərdən olsa da, aktuallığını saxlamaqdadır və özünün radikal həllini tapmamışdır [1, 4, 7]. Düz bağırsağın distal hissəsinin patologiyaları (sallanma, babasil, anal çat, müxtəlif lokalizasiyalı fistulalar, doğuş və digər səbəblərdən cırılmalar) zamanı aparılan əməliyyatlardan sonra baş verən ağırlaşmalardan biri də anal dəliyin daralmasıdır [7]. Daralmış anal dəliyin və kanalın sonrakı müalicəsi (təkrari əməliyyatlar, uzun müddətli və çoxsaylı bujlama, müxtəlif üsullarla divulsiya) xəstələr və həkimlər üçün ilkin patologiyadan heç də az problem yaratmır. Bu da, problemin aktual olaraq qalması deməkdir [7].

TƏDQİQATIN MƏQSƏDİ. Hazırki tədqiqatın məqsədi düz bağırsağın daxili sallanması müşahidə olunan xəstələrdə qarnın çəp əzələlərinin aponevrozundan hazırladığımız loskutla ventrosuspenziyanın aparılmasının və anorektal nahiyədə aparılan əməliyyatlardan sonra baş verən ağırlaşmalardan biri olan daralmanın profilaktikasında istifadə etdiyimiz metodun məqsədəuyğunluğunu klinik nümunələrlə nümayış etdirməkdir.

MATERİAL VƏ ÜSULLAR. *Tədqiqat işində Sumqayıt şəhər Bərpa Müalicəsi Xəstəxanasında 1998 - 2006-ci illər ərzində düz bağırsaq patologiyalarına görə aparılmış əməliyyatlar və bu əməliyyatların bir qismindən sonra anusda əmələ gələn daralmanın profilaktikası məqsədilə tətbiq olunan yeni metodun nəticələri araşdırılmışdır. Qeyd edilən müddət ərzində 94 (100%) proktoloji xəstə müayinə və müalicə olunmuşdur. Onlardan 65 (69,1%) nəfəri kişi, 29 (31,9%) nəfəri isə qadındır.*

Xəstələrin yaş diapozonu 18,0 - 65,0 arasındadır. 37 (39,6%) xəstədə babasil, 25 (26,8%) xəstədə babasil və anal çat, 3 (3,2%) xəstədə doğuşdan sonra aralığın cırılması və sfinkter çatmamazlığı, 1 (1,06%) xəstədə "anus vestibulyaris", 6 (6,4%) xəs-

tədə düz bağırsaqda keçirilən əməliyyatdan sonra anusun daralması, 12 (12,8%) xəstədə düz bagırsağın fistulası, 10 (10,6%) xəstədə isə düz bağırsağın müxtəlif dərəcəli sallanmaları olmuşdur. DBS-nın daxili forması ilə 7 xəstə , xarici forması ilə 3 xəstə müalicə olunmuşdur. DBS-ın daxili forması ilə müalicə olunan 7 xəstədən 6-da diaqnoz, kiçik çanaq üzvlərinin sallanmasına görə aparılan abdominal əməliyyatlar zamanı təyin edilmişdir. Bu qrupdan olan 6 xəstədə "colon pelvinum", 1 xəstədə isə, invaqinativ forma düz bağırsaq sallanması müşahidə olunub. Sonuncu xəstənin diaqnozu fibrokolonoskopiya zamanı dəqiqləşdirilmişdir.

3 xəstədə Duqlas boşluğunu hissəvi obliterasya etməklə rektouteropeksiya, 1 xəstədə rektosakropeksiya, 2 xəstədə isə təklif etdiyimiz metodla: - qarnın çəp əzələlərinin aponevrozundan hazırladığımız loskutla düz bağırsağın ventrosuspenziyası aparılmışdır. Bir xəstədə klassik Kümmel - Zerenin əməliyyatı aparılmışdır.

METODUN QISA TƏSVİRİ. Simfizüstü aponevrotik kəsiklə sol qalça çuxurunda qarnın çəp əzələlərinin aponevrozundan təxminən 1,5 sm enində loskut hazırlanır. Loskut aponevroz lifləri istiqamətində kəsildiyi üçün möhkəm olur, qidalanması pozulmur. Loskutun sağ kənarı, qarnın çəp əzələlərinin aponevrozu başlayan yerdən kəsilir. Bu kəsiklə aponevrozdan kifayət ölçüdə loskut ayırmaq çətinlik törətmir. Bu növ loskutun yaşama ehtimalı çoxdur. Çünki fassial transplantat daxili və xarici çəp əzələlərdən adekvat qidalanır.

Əməliyyat zamanı qarnın çəp əzələlərinin aponevrozundan hazırladığımız loskutun "canlı" olmasına xüsusi fikir verilir. Düz bağırsağın daimi "işlək üzv" olmasını nəzərə alaraq aponevrotik loskut "bağ" şəklinə salınır. Bunun üçün onun kənarları boylama istiqamətində 3-4 mm diametrində steril boru ətrafında bir-birinə tikilir və onun möhkəmliyini qat- qat artırmaq üçün 5-6 mm enində prolen tipli parça ilə protezləşdirilmişdir.

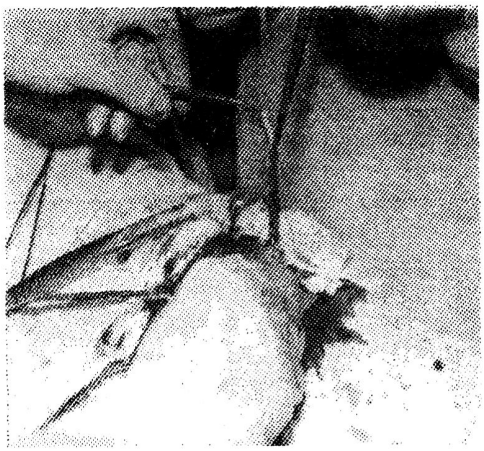
Protezləşdirmə aşağıdakı qaydada aparılır. Aponevrozdan hazırlanmış loskut-bağın uzunluğuna müvafiq ölçüdə, eni isə 5-6 mm olan prolen parça kəsilir. Loskutdan hazırlanmış "bağ"ın mənfəzindəki boru ilə prolen parça uc-uca tikilir. Borunu lateral istiqamətdə çəkməklə prolen parça "bağ" şəklinə salınmış aponevrotik loskutun içinə salınır və nəticədə ikiqat aponevroz - prolen dəsti alınır. Aponevroz qatları prolen torun məsamələrinə asanlıqla nüfuz edərək vahid "aponevroz-prolen plastı" yaradır (şəkil).

Düz bağırsağı mobilizə etmək üçün onun serozası presakral nahiyədə sol tərəfdən açılır və arxa divarı küt üsulla omaönü kövşək birləşdirici toxumadan təcrid edilir. Hazırlanmış loskut düz əzələ arxasından keçirilir və barmaqla açılmış ekstraperitoneal sahədən kiçik çanağa, əvvəlcədən hazırlanmış düz bağırsağın mobilizə və disseksiya olunmuş yerinə endirilir. Assistent düz bağırsağı proksimal və önə tərəfə çəkərkən geniş operativ sahə əmələ gəlir. Loskut həmin nahiyəyə asanlıqla tikilir. Dartılmış vəziyyətdə olan loskut 2-3 tikişlə promontoriuma tikilir və serozanın tamlığı bərpa edilir.

Ümumilikdə, adları çəkilən patologiyalara görə digər xəstələrin hamısında cərrahi əməliyyat aparılmışdır və 6 xəstədə anusun daralması müşahidə olunmuşdur. 4 xəstədə anusun daralması residivləşən hemorroyektomiyadan, 1 xəstədə düz bağırsağın xarici sallanmasına görə aparılmış Mikuliç əməliyyatından və 1 xəstədə büz bağırsağın dəfələrlə residivləşən mürəkkəb fistulasının ləğvi əməliyyatınlan sonra əmələ gəlmişdir. 3 xəstədə rektal güzgü ilə "məcburi divulsiya", 3 xəstədə isə anorektal nahiyyədə radial kəsiklər aparmaqla anusun daralması ləğv edilmişdir.

Əməliyyatın sonunda məlhəmlənmiş tənziflə sarınmış və anal kanala qoyulmuş boru, adətən əməliyyatdan sonrakı 3-cü gündə çıxarılır. Klinik müşahidələr göstərir ki, bu prosedura xəstələrdə çox narahatlıq yaradır. Səngimeyən ağrı, düz bağırsaqdakı yad cism və daimi tenezm hissiyatı, siyimə aktının reflektor pozulması kimi simptomlardan, demək olar ki, xəstələrin hamısı şikayətlənir. Ona görə də anal kanala qoyulmuş borunun erkən çıxarılmasının tərəfdarıyıq (1gündən sonra).

Ağrının və daralmanın qarşısını almaqdan ötrü aşağıdakı üsuldan istifadə edirik. Anal kanala 18-24 №-li vazelin yağıyla yağlanmış Foley kateteri yeridilir və kateterun balonuna 5ml maye doldurulur. Kateterlə düz bağırsaq mənfəzinə işlədiyimiz xəstəxananın adına uyğun şərti olaraq "BƏRPA" adlandırdığımız, bir neçə dərman preparatının qarışığından ibarət məhluldan 20ml yeridilir və həmin məhlulla isladılmış salfet anorektal nahiyəyə qoyulur. Məhlulun tərkibinə aşağıdakı preparatlar daxil edilmişdir: dimeksid - 20ml, papaverin-hidroxlorid 2,0% - 20 ml, lidokain 2,0% - 20 ml, diklofenak-Na 75mq - 15ml, levomikol məlhəmi 30qr və 100 ml bidistillə suyu. Dərmanların seçimində onların ayrı-ayrılıqda və müştərək şəkildə aşağıdakı xüsusiyyətləri nəzərə alınmışdır. Belə ki, dimeksid bioloji baryerlərdən, o cümlədən dəridən və selikli qişadan asanlıqla keçir, yüksək ağrısızlaşdırma effektinə malikdir, yerli qızdırıcı təsiri vardır, antiseptik və fibrinolitik təsirə malikdir. Ona görə də yaranı toxuma detritlərindən, nekrotik kütlədən və irinli ifrazatdan təmizləyir. Bu preparat toxuma qatlarına nüfuz edərkən, qarışıqda olan digər dərman preparatlarının da, müxtəlif toxuma səddlərindən keçməsinə və



Şəkil. Qarın ön divarı çəp əzələləri aponevrozundan hazırlanmış loskut və prolen tipli alloplastik protezdən hazırlanmış "bağ"ın yekun təsviri.

toxumalar tərəfindən mənimsənilməsinə yardım edir. Papaverin-hidroxloridin yüksək miotrop spazmolitik təsiri mövcuddur. Saya əzələlərin tonusunu aşağı salmaqla damargenişləndirici və spazmolitik effekt yaradır. Dimeksidlə qarışdırılmış lidokain çox yüksək yerli keyitmə yaradır, təsiri uzun müddətlidir və bütün növ yerli anesteziyalar üçün yararlıdır. Diklofenak-Na kifayət qədər güclü iltihabəleyhinə və ümumi ağrısızlaşdırma xassəsinə malik olan qeyri-steroidlərin ən çox yayılmış nümayəndəsidir. Levomikol infeksiyalaşmış və ya şərti-infeksiyalaşmış yaraların sağalması üçün çox önəmli sayılan iki preparatdan ibarətdir: levomisetin və metilurasil. Levomisetin geniş spektrli antibiotikdir. Metilurasil hüceyrə reqenerasiyasını və yaraların sağalma prosesini sürətləndirir, hormonal müdafiə sistemini tənzimləyərək toxumaların reparasiyasını gücləndirir. Nəzərə alsaq ki, düz bağırsaqda aparılan əməliyyatlar zamanı yaralar bu və ya digər dərəcədə infeksiyalaşır, onda, bu preparatın istifadəsi heç bir şübhə doğura bilməz. Bu məhlulla gün ərzində 2-3 dəfə bağırsaq mənfəzini və anorektal nahiyəni applikasiya etmək lazımdır. Beləliklə, əməliyyat nahiyəsində kifayət qədər keyfiyyətli ağrısızlaşmaya nail oluruq. Foley kateteri balonundakı hava boşaldılmadan, düz bağırsaqdan çıxarılır. Sonrakı günlərdə əməliyyat olduğu kimi təkrarlanır, lakin kateterin balonundakı havanın həcmi hər dəfə 1-2ml artırılır və 10-15-ml-ə çatdırılır. Bu həcmdə kateter balonunun anal kanalda maneəsiz hərəkəti əməliyyatlardan sonrakı daralmaların qarşısını alır. Foley kateteri yumşaq, səthi hamar, balonu mütəhərrik və balondakı həcmi lazımı miqdarda tənzimləmək mümkün olduğu üçün onun istifadəsi çox önəmlidir. Beləliklə, anal kanalda aparılmış əməliyyatdan sonra xəstə həm adekvat yerli, həm də ümumi müalicə alır.

NƏTİCƏLƏR. Düz bağırsağın sallanmasının (DBS) hər iki təzahür formasının müalicəsi öz aktuallığını saxlamaqdadır. DBS-nin daxili forması xəstələrin müayinəsi və müalicəsi zamanı nəzərdən qaçırılmamalıdır. Bu patologiya ya ayrıca, ya da simultan əməliyyat nəticəsində ləğv edilməlidir. Təklif etdiyimiz üsulla DBS-nin daxili formasının müalicəsi texniki cəhətdən çətin deyildir və dayanıqlı rektopeksiya alınır. Düz bağırsağın distal hissəsində aparılmış əməliyyatlardan sonra daralmanın profilaktikası və müalicəsi üçün təklif olunan metod effektlidir. Təklif edilən, adekvat yerli ağrısızlaşdırma və iltihabəleyhinə təsirə malik olan, reparasiyanı gücləndirən dərman qarışığı baha deyildir, əlavə təsirləri yoxdur və istifadəsi səmərəlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. R.M.Novruzov. Kiçik çanaq üzvlərinin sallanmasının cərrahi üsulla müalicəsində təsbit edici vasitə kimi xarici çəp əzələlərin aponevrozundan və alloplastik materialdan istifadənin yeni üsulu. - Cərrahiyyə, 2005, N.4, s.74-78;

2. Беспалько В.П. Методика оперативного лечения сочетанного выпадения прямой кишки и матки. - Клиническая хирургия, 1985, N.2, с.70;

3. Титов А.Ю. Виды выпадения прямой кишки и выбор способа их лечения: дисс. ... доктора мед. наук, Москва, 1999, 241 с.;

4. Титов А.Ю., Воробьев Г.И., Лангнер А.В.Diagnosis of the Internal prolaps of the rectum. ISUCRS XVth biennal congress. Abstracts. Singapore, 1994, p.23;

5. Титов А.Ю., Лангнер А.В. Внутреннее выпадение прямой кишки. - Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1995, N.2;

6. Титов А.Ю., Лангнер А.В. Современные методы диагностики и лечения больных выпадением прямой кишки. Методические рекомендации, 1996;

7. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. - М., 1994.

SUMMARY

OUR TACTIC IN TREATMENT AND PROPHYLACTIC DURING SOME PATHOLOGY RECTUS

R.Novruzov

We prepared the power method of rectopexy during form of ptosys of rectus (PR) and taking away narrowing the anal channel surgery intervention in some proctology pathology.

The contingent of search was consisted of 94 patients of other sexes. Pr was diagnosed in 10 patients: 7 - internal forms: 3 - inside forms of ptosys of organs.

n aid of taking away of anal channel after surgery intervention on different pathologies of organs we offer divultion of anus with using of Foley catheter. Capacity of balloon was getting more from 5.0 to 15.0 ml. The fixing volume allows to suggest of adequate diameter lumen of the anal channel. At this time providing of adequate local anesthesia, contraposition effect and acceleration reparations was offered rectus pushing throw catheter and perinal applications medicine state in original condition.

Daxil olub: 15.11.2006

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ГЕРМАНИИ

Р.Ю.Мамедова

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, г.Баку

За последние 15 лет произошли существенные изменения в понимании сущности бронхиальной астмы (БА), методов ее диагностики и лечения. Повышение качества диагностики явилось основной причиной роста распространенности БА в последние годы (от 5 до 15% населения планеты), а улучшение качества лечения - основной причиной снижения числа тяжелых и жизнеугрожающих обострений заболевания [4]. Это явилось результатом внедрения в практику здравоохранения многих стран с середины 90-х годов международной программы GINA - Глобальной инициативы по бронхиальной астме. В современных руководствах по лечению больных БА подчеркивается необходимость использования функциональных методов обследования для подтверждения диагноза, мониторирования течения заболевания и оценки эффективности терапии.

Данное исследование проводилось в 2003 г. во время проведения научно - исследовательской работы, проводимой в аллергологической клинике Центра помощи детям и подросткам, Фрайбургского Медицинского Университета (Германия).

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 406 детей с бронхиальной астмой различной степени тяжести. Эти дети прошли обследование и лечение в детской аллергологической клинике, в период 2000 - 2003 гг. Возраст детей составил от 5 до 17 лет. Тяжесть бронхиальной астмы оценивалась по 5-бальной шкале (от 1 до 5), основанной на схеме этапов лечения. Шкала разработана Британским торакальным обществом (British Thoracic Society - BTS) и учитывает те лекарства, которые больной принимал в течение последнего года по предписанию врача. Сбор аллергологического анамнеза осуществлялся по специально разработанной схеме. Обязательными для включения в блок "анамнез" являлись сведения о длительности основного заболевания, возрасте начала приступов, чувствительности к аллергенам (сравнение результатов аллергологического обследования с клиническими данными), чувствительности к неспецифическим факторам, триггерах обострений, наследственности, перенесенных заболеваниях и курении (с указанием индекса табакокурения).

Крайне важным являлось описание характера предшествующей терапии БА в блоке "анамнез", как наиболее значимого фактора, определяющего течение БА, сохранение симптомов заболевания и риск возникновения обострений. На первом этапе оценивалась адекватность базисной терапии и тяжесть течения БА. Характеристика базисной терапии была зашифрована следующим образом: 1 - отсутствие базисной терапии, 2 - нерегулярная терапия, 3 - недостаточная доза ингаляционных стероидов и 4 - адекватная терапия. Применялось продолжительное слежение за астмой с помощью дневников и ежедневного измерения максимальной скорости выдоха. Все дети страдали приступообразной астмой, по крайней мере, в течение 3 лет, причем диагноз был окончательно установлен минимум за год до начала исследования. Многие из них получали профилактическую терапию ингаляционными кортикостероидами в сочетании с периодическими курсами или постоянным приемом бронходилататоров. Врач - пульмонолог контролировал ведение каждого ребенка с астмой. Профилактическая терапия постоянно пересматривалась для обеспечения, по крайней мере, минимально приемлемого уровня подавления симптомов.

Дети (часто с помощью родителей) следили за течением астмы путем измерения и записи 2 раза в день максимальной скорости выдоха, а также ведения еженедельного "журнала симптомов". Журналы изучались бронхопульмонологом при каждом запланированном осмотре больного, который проводился, по крайней мере, каждые 3 месяца. При посещении врача пациент отдавал свой журнал, заполненный за прошедший период, и получал новый.

После назначения противовоспалительной терапии больной посещал врача ежемесячно в течение 5 месяцев после начала лечения. В рамках каждого визита оценивали выраженность дневных и ночных симптомов астмы, потребность в короткодействующих бронхолитиках, проводили анализ показателей пикфлоуметрии, исследовали функцию внешнего дыхания, выполняли бронхопровокационную пробу с физической нагрузкой.

Оценку качества жизни (КЖ) проводили с использованием астма - специфичных опросников КЖ: Childhood Asthma Questionnaries [7] Paediatric fsthma guality of life questionnaire.

Функцию внешнего дыхания (ФВД), с оценкой показателей кривой "поток-обьем" в различные периоды заболевания, изучали по данным динамической спирографии на аппарате "SPIROSIFT 3000"; О бронхиальной про-

ходимости судили по показателям кривой "поток - объем" (л/с). Оценивались следующие параметры: ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких, ОФВ1-объем форсированного выдоха за 1 сек., ПСВ - пиковая скорость выдоха, МОС25, МОС50, МОС75 - максимальные объемные скорости потока на уровне 25%,50%, и 75% жизненной емкости легких. Для каждого ребенка динамика максимальной скорости выдоха выражалась в виде графика с помощью компьютерной программы, при этом выявляли наилучшую величину данного показателя. Кроме того, применялись специальные графики - для того, чтобы точно определить время падения максимальной скорости выдоха. Считали, что обострение астмы (приступ) имело место тогда, когда этот показатель уменьшался, по крайней мере, на 30% по сравнению с наилучшей его величиной для данного больного.

Большинство приступов сопровождалось повышением балла выраженности симптомов, по данным еженедельного журнала (пробуждения ночью, одышка при нагрузке, применение "препаратов спасения"). Рассматривалась также и другая информация: осложнения астмы, посещение врача общей практики в связи с этим заболеванием, пропуски занятий в школе.

Оценку эффективности терапии проводили по динамике ведущих клинических симптомов болезни (кашель, одышка), физикальным данным (наличие хрипов в легких) и показателей функции внешнего дыхания (ФВД): форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объему форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), пиковой объемной скорости выдоха (ПСВ) во время приступа БА и через 10 дней после лечения. Проводили мониторинг пикфлоуметрии с оценкой показателей среднесуточной бронхопроводимости (СПБ) и суточной лабильности бронхов (СЛБ).

Бронхопровокационный тест проводился 0,1% раствором дигидрохлорида гистамина на приборе "Бронхоскрин" фирмы "Jaeger (Германия), снабженном дозирующим устройством, с последующей регистрацией показателей кривой поток- объем на пневмотахографе после каждой ингаляции. За 6-12 часов до начала проведения бронхоконстрикторного теста отменялись пероральные и ингаляционные бронходилататоры (с учетом продолжительности их действия), за 48 часов - ингаляционные глюкокортикостероиды и препараты кромонового ряда, за 4 дня - антигистаминные препараты.

Началом тестирования являлось определение исходного состояния функции внешнего дыхания пациента, при этом исходный показатель ОФВ1 должен был составлять не менее 70% от должного уровня. Затем проводилась ингаляция контрольного вещества, состоящего из 0,5% раствора хлорида натрия и 0,25% раствора гидрокарбоната натрия. Если падение ОФВ1 после ингаляции контрольного вещества составляла не более 10% от исходного значения, то ребенку проводилась первая ингаляция 0,1% раствора дигидрохлорида гистамина - 25 мкг. Контроль ФВД проводился через 30 и 180 секунд после ингаляции гистамина. При отсутствии снижения ОФВ1 проводились повторные ингаляции гистамина с 5 минутным интервалом в повышающихся дозировках под контролем функции внешнего дыхания до значимого снижения параметра ОФВ1. Провокационный тест оценивали как положительный при снижении после ингаляции значения ОФВ1 на 20% и более от исходного уровня. Для каждого больного рассчитывали дозу гистамина, вызывающую падение ОФВ1 на 20% от исходного значения, т.е. провокационную дозу (ПД20) по диаграмме пороговой дозы гистамина (приложение к прибору " Бронхоскин" для определения ПД20).

При ПД20 менее 50 мкг степень гиперреактивности оценивалась как высокая, при ПД20 от 51 до 175 мкг - как средняя, при ПД20 в пределах 176 - 575 мкг - как низкая степень. Индуцированный бронхоспазм купировали ингаляцией вентолина.

Провокационная проба с физической нагрузкой проводилась детям в течение 5 минут в виде бега на шаговой дорожке "Tredmil" (США). До нагрузки, и на 4-5 минуте после окончания бега регистрировали показатели кривой поток-объем. Реакция на дозированную физическую нагрузку считалась положительной при снижении показателя ОФВ1 по сравнению с исходными на 15% и более, а скоростных показателей - более чем на 20%.

Из лабораторных методов диагностическую ценность у больных БА представляют результаты общеклинического исследования мокроты. В формализованную историю болезни были включены результаты макроскопического и микроскопического исследований мокроты. В статистический анализ включались такие результаты микроскопии, как количество лейкоцитов (в поле зрения) после окраски по Романовскому, и процентное содержание эозинофилов и их абсолютное количество (в поле зрения). В клинической практике нередко сложно получить мокроту для анализа у больных БА [1, 3]. В этой связи применялись методы получения индуцированной мокроты с помощью ингаляций растворов хлорида натрия через ультразвуковой ингалятор, а также исследование жидкости бронхоальвеолярного лаважа. Уровень эозинофилии крови и мокроты отражает тяжесть течения БА и имеет корреляционную зависимость от выраженности обструктивных нарушений [1, 3]. Однако следует помнить, что у больных БА, получающих ингаляционные и/или системные глюкокортикостероиды зачастую не выявляется эозинофилия периферической крови и мокроты. Использование биохимических "острофазовых" показателей для верификации активности воспалительного процесса в бронхах у больных БА, получающих базисную терапию, представляется неинформативным.

Наиболее информативными показателями для мониторирования активности воспалительного процесса у больных БА являются концентрация оксида азота в выдыхаемом воздухе [2, 5, 6, 8].

Исследование оксида азота проводили хемилюминисцентным анализатором Logan Reseach 2149 (Великобритания), согласно рекомендациям Европейского респираторного общества [8, 9]. Уровень оксида азота (NOexh) в выдыхаемом воздухе определяли хемилюминесцентным методом (измеряли в единицах "часть на миллион" - ppb). Пациент находился в покое в положении сидя. Для измерения выдыхаемого NO пациент после максимального вдоха производил один выдох с постоянной скоростью (10-15 л/мин.), ориентируясь на показания устройства обратной связи. Ограничитель потока создавал небольшое (5-20 см водного столба) положительное давление, при этом мягкое небо закрывало вход в носоглотку. Воздух для анализа забирался через Т-образно подсоединенную трубку. Уровень выдыхаемого NO измерялся в фазе плато, до и после проведения провокационного теста с гистамином.

Таким образом, использование приведенной программы обследования детей с бронхиальной астмой, позволяло подтвердить диагноз, исключить различные заболевания, протекающие со свистящим дыханием (муковисцидоз, повторная аспирация молока, синдром первичной дискинезии ресничек, первичные иммунодефициты, врожденные пороки развития сердца, аномалии, приводящие к сужению просвета дыхательных путей, аспирацию инородного тела). Указанные диагностические критерии позволяли определить пути повышения эффективности противорецидивной терапии, а именно выбор противорецидивной терапии по клинико-функциональной характеристике заболевания, а также на основании результатов измерения бронхиальной гиперреактивности и уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н., Анаев Э.Х., Чучалин А.Г. Применение метода индуцированной мокроты для оценки интенсивности воспаления дыхательных путей. - Пульмонология, 1998, т.8, N.2, с.81-87;

2. Анаев Э.Х., Чучалин А.Г. Исследование конденсата выдыхаемого воздуха в пульмонологии. - Пульмонология, 2002, т.12, N.2, с.57- 66;

3. Базилевский А.В., Рожков А.Н., Фаустова М.Е. Реологический контроль муколитической терапии больных неспецифическими заболеваниями легких. - Пульмонология, 1992, N.4, с.17-20;

4. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Под. ред. А.Г. Чучалина. - М.: Атмосфера, 2002, 160 с.;

5. Харитонов С.А., Барнс П.Д., Чучалин А.Г. Выдыхаемый оксид азота: новый тест в оценке функции легких. - Пульмонология, 1997, т.7, N.3, с.7-13;

6. Antczak A., Kurmanowska Z., Kasielski M., Nowak D. Inhaled glucocorticosteroids decrease hydrogen peroxide level in expired air condensate in asthmatic patients. - Respir. Med., 2000, v.94, N.5, p.416-421;

7. Bousquet J., Knani J., Dhivert H., Richard A., Chicoye A., Ware JE Jr., Michel F.B. Quality of life in asthma. I. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire. - Am. J. Respir. Crit. Care Med., 1994, v.149, N.2, p.371-375;

8. Hanazawa T., Kharitonov S.A., Barnes P.J. Increased nitrotyrosine in exhaled breath condensate of patients with asthma. - Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2000, v.162, p.1273-1276.

SUMMARY

MODERN APPROACHES OF BRONCHIAL ASTHMA DIAGNOSTIC AT CHILDREN IN GERMANY

R.Mamedova

With rising incidence of allergic diseases and their comorbidities allergy today can be rightfully considered as an "epidemic of the 21 century" affecting up to 50% of people globally. Around 150 million people suffer asthma in the world. Various aspects of the new effective methods of diagnosis bronchial asthma in children. Monitoring of a bronchial asthma - a pledge of successful treatment.

Exact definition of inflammation level and "oxidizing stress" is important for the clinical control and treatment of bronchial asthma, allows doctors to watch development of disease and estimate efficiency of anti - inflammatory therapy.

Daxil olub: 20.11.2006

ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ИНФИЦИРОВАННОСТИ СМЕШАННЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН

Ф.Г.Оруджева

Республиканская клиническая больница им.М.А.Мир-Касимова, г.Баку

В последнее десятилетие среди женщин многих стран мира отмечен рост инфекций влагалища, которые прочно занимают первое место в структуре акушерско-гинекологических заболеваний [2, 4, 5].

Бактериально - вирусные инфекции влагалища являются наиболее распространенными заболеваниями, встречающимися в гинекологической практике. Их частота в различных популяциях женщин варьирует от 30 до 80%. Такие социальные процессы, как урбанизация общества, ухудшение экологической обстановки, а также последствия бесконтрольного применения лекарств (в первую очередь антибиотиков), оказывают отрицательное влияние на здоровье человека [3, 6, 7]. На общем фоне увеличения частоты ЦМВИ, ВПГ, папилломавирусной инфекции, хламидиоза, трихомоноза, гонореи и других сексуально-трансмиссионных заболеваний (СТЗ) наблюдается увеличение частоты инфекций влагалища, протекающих с участием микроорганизмов из состава нормальной микрофлоры влагалища. Стало очевидным, что нормальная флора половых путей при определенных условиях приобретает патогенные свойства, а ее представители становятся возбудителями целого ряда болезней бактериальной этиологии [8]. Это побуждает более пристально исследовать состояние микробиоценоза влагалища как потенциального резервуара микробов-возбудителей при смешанных инфекциях гениталий, которые могут вызывать патологический прогресс.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. *Для получения достоверной картины распространенности смешанных вирусных инфекций гениталий среди женщин репродуктивного возраста мы провели специальные исследования среди двух групп женщин. Первую группу составили 334 женщин, обратившихся за гинекологической помощью, т.е. имевших на период проведения работы ту или иную гинекологическую заболеваемость. Вторую группу составили 201 женщина, которые в отмеченном периоде не имели текущую гинекологическую заболеваемость. Статистическую обработку результатов проводили с помощью критерия χ^2 [1].*

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В результате проведенных исследований было установлено, что для женщин репродуктивного возраста характерна высокая инфицированность смешанными вирусными инфекциями гениталий, составляющая в среднем 58,3±2,1%. Мы, наряду с иммунологическим фактором, важное значение придаем и гигиеническому фактору. Так, частота инфицированности смешанными вирусными инфекциями гениталий среди небеременных женщин выше, чем среди беременных - соответственно 64,5±3,1 и 53,1±2,9% (χ^2=10,44, p<0,01). Оно справедливо как в отношении обследованных 1-й группы - 79,1±3,3 и 63,5±3,6% (χ^2=9,67, p<0,01), так и в отношении обследованных 2-й группы - 40,2±5,1 и 35,8±4,6% (χ^2=0,42, p>0,05), недостоверность разницы в последнем случае связана с малым числом наблюдений. В связи с этим мы провели тщательные расспросы обследованных о соблюдении ими личной гигиены и в зависимости от характера их выполнения разделили их на 3 группы: в полном объеме выполняющие гигиенические процедуры, выполняющие их в не полном объеме и редко выполняющие эти процедуры.

Суммарно из выявленных 312 инфицированных смешанными вирусными инфекциями большей частью выполняли гигиенические процедуры в неполном объеме - 39,4±2,8%. Диаметрально противоположный выполняемый объем гигиенических процедур - полный и редкий наблюдался у меньшей части инфицированных, причем, почти с одинаковой частотой - соответственно 31,3±2,6% (χ^2=4,75, p<0,05) и 29,5±2,7% (χ^2=0,37, p>0,05).

Так, среди небеременных показатель полного выполнения объема гигиенических процедур довольно низок и составляет всего 20,9±3,2%, тогда как среди беременных этот показатель намного больше - 41,6±4,0% (χ^2=19,81, p<0,01). В то же время среди небеременных, в отличие от беременных превалирует показатель редкого выполнения общепринятого объема гигиенических процедур - соответственно - 41,1±3,9 и 17,5±3,1% (χ^2=31,39, p<0,01). Т.е. меньшая инфицированность женщин смешанными вирусными инфекциями гениталий обусловлена их большим вниманием и поддержанием мер личной гигиены в удовлетворительном состоянии.

На ведущую роль гигиенического фактора указывает и то, что с повышением возраста гигиеническим процедурам уделяется все меньшее внимание и этим можно также объяснить высокую инфицированность смешанными вирусными инфекциями гениталий в старших возрастных группах женщин. Например по

мере повышения возраста показатели выполняемости гигиенических процедур среди небеременных последовательно снижается с 32,9±3,7 до 10,8±2,5% (χ^2=22,71, p<0,01), среди беременных - с 66,2±3,8 до 33,1±3,8% (χ^2=33,78, p<0,01).

Выявленные закономерности распространения смешанных вирусных инфекций гениталий среди женщин репродуктивного возраста показывают насколько они адаптированы к организму женщин и наряду с этим, их распространенность находится в зависимости от уровня иммунологических и гигиенических статусов организма женщин.

Ультразвуковая семиотика при смешанных вирусных инфекциях гениталий чрезвычайно разнообразная и поэтому каждый случай заболевания женщин должен врачами тщательно разбираться и анализироваться. Целый ряд симптомов имеет одинаковую значимость среди женщин с типичной смешанной вирусной инфекцией и атипичной формой инфекции. Среди них следует отметить наличие гиперэхогенных включений в плаценте, частота встречаемости которых составляет - 56,6±5,7 и 55,8±7,5% (χ^2=0,24; p>0,05), аномальное количество околоплодных вод - 37,8±5,7 и 38,4±7,4% (χ^2=0,39; p>0,05), отек плаценты - 42,4±5,8 и 46,6±7,6% (χ^2= 1,06; p>0,05), синдром задержки развития плода - 73,0±5,2 и 75,6±6,5 (χ^2=0,21; p>0,05). Вполне понятно, что при меньшей встречаемости эти симптомы не могут служить основанием для диагностирования смешанной вирусной инфекции гениталий. Тогда как, симптомы, встречаемость которых превышает 70%, например, синдром задержки развития плода имеют диагностическую значимость.

Столь же диагностически значимыми симптомами при типичной форме смешанной вирусной инфекцией гениталий, дифференцирующего его относительно атипичной формы инфекции, являются расширение чашечно-лоханочной системы почек плода, гепатомегалия, контрастирование базальной пластины плаценты и кистозные изменения или очаги кальцификации (некроз) в перивентрикулярной зоне мозга, так как встречаемость их очень высокая и варьирует от 68,1±5,4 до 88,9±3,7% (χ^2=9,99; p<0,01). Встречаемость этих же симптомов при атипичной форме заметно ниже и они уже не представляют диагностической значимости (χ^2=14,91; p<0,01) от 8,4±4,2 до 24,8±6,5% (χ^2= 3,62; p>0,05).

При атипичной форме смешанной вирусной инфекции гениталий диагностическую значимость имеют такие симптомы, как асцит, варикозное расширение сосудов плаценты, гипоэхогенный кишечник, повышение эхогенности ткани мозга. Их встречаемость превышает 70% и варьирует от 78,3±6,2 до 92,3±4,0% (χ^2= 3,79; p>0,05). Встречаемость этих симптомов и их диагностическая значимость при типичной форме намного ниже (χ^2=29,08; p<0,01) - от 3,6±2,7 до 21,3±4,8% (χ^2=10,26; p<0,01). Следует отметить, что асцит отмечался очень редко. Надо отметить, что при атипичной форме довольно част и такой симптом, как водянка плода - 46,6±2,6%, который при типичной форме составляет - 9,5±3,4% (χ^2= 57,76; p<0,01).

Таким образом, решение вопросов о проведении мероприятий, направленных на снижение невынашивания, других осложнений течения беременности, раннюю и своевременную диагностику смешанной вирусной инфекции, профилактику внутриутробного инфицирования плода дает возможность получения полноценного потомства у больных со смешанной вирусной инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаев Т.А., Мурсалов Р.С., Мамедзаде А.И. Применение вычислительной техники и математической теории эксперимента в научных исследованиях (учебной пособие). Баку, 1999, 86 с.;

2. Голубцов П.С. Перинатальные аспекты внутриутробного инфицирования: Дис. ... канд. мед. наук., Омск, 1999, 149 с.;

3. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. - М., 1990;

4. Зыкин Б.И. Проблемы безопасности ультразвуковых исследований на современном этапе. - Ультразвуковая диагностика, 1998, N.1, с.13-20;

5. Курбанова Ф.А., Шамсадинская Н.М. Прогностическая значимость ультразвуковых критериев развития плода при недонашивании беременности. Труды III съезда акушеров-гинекологов Азербайджана, 2003, с.264-273;

6. Bosu W.K. Syndrome management of sexually transmitted diseases: is it rational or scientific? - Department of Infections and Tropical Diseases, 1999, v.4, N.4, p.114-119;

7. Bueno M., Peres-Gonsales I., Bueno f. Bacterial infection in the newborn. - Helf. Paediat. Acta., 1987, v.6, N.11, p.855-860;

8. Brown P., Zimmermans S. Fetoplacental function in pregnant women at a high risk of intrauterine infection. - J. Microbiol., 2001, v.114, N.3, p.416-420.

SUMMARY

CHARACTER AND FREQUENCY OF MIXED VIRAL GENITAL INFECTIONS AMONG WOMAN

F.Orudzheva

A lot of symptoms have an identical significance among women with the typical mixed virus infection and women with atipik by the form of an infection. Among them it is necessary to mark availability hyperecho of inclusions in placenta, the frequency which makes - 56,6 5,7 and 55,8 7,5 %, abnormal amount about a fruit of

waters - 37,8 5,7 and 38,4 7,4 %, has swelled placenta - 42,4 5,8 and 46,6 7,6%, syndrome of delay of development of a fruit - 73,0 5,2 and 75,6 6,5.

For want of atipik to the form of the mixed virus infection a diagnostic significance have such symptoms, as ascitis, varikozis the extension of vessels placenta, increase echo of a fabric of a brain. They meeting are exceeded by 70 % and varies from 78,3 6,2 up to 92,3 4,0%. It is necessary to mark, that for want of atipik to the form such symptom is rather often also, as wather of a fruit - 46,6 2,6%, which for want of to typical form makes - 9,5 3,4%.

Daxil olub: 23.11.2006

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ Г.БАКУ

Р.Р.Рахманова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Среди факторов питания, имеющих особо важное значение для поддержания здоровья, работоспособности и активного долголетия человека, важнейшая роль принадлежит полноценному и регулярному снабжению его организма всеми необходимыми микронутриентами; витаминами и минеральными веществами [1, 3, 5, 8, 9].

В течение многих лет одним из важнейших направлений социальной политики многих стран является организация питания детей и подростков. Учитывая большую социально-гигиеническую значимость организации здорового питания дошкольников и школьников, этот вид деятельности стал одним из приоритетных для органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора [2, 4, 6, 7, 10].

На основе результатов углубленного изучения условий и организации питания в школах города, с учетом данных социально-гигиенического мониторинга, нами была проведена большая организационно-методическая работа по этому направлению. На основе проведенной работы проведен анализ доступных методов управления фактором питания детей и подростков и сформирована концепция организации надзора, включающая следующие этапы:

1) Оценка состояния здоровья детей и подростков, определение приоритетных задач по его сохранению и укреплению.

2) Оценка рационов питания детей и подростков в организованных коллективах.

3) Оценка форм организации питания в организованных коллективах, и фактических условий его организации.

4) Проблемный анализ фактора питания детей и подростков.

5) Определение методов управления фактором питания.

Ухудшение качества и структуры питания, способствуют росту распространенности среди детей алиментарно-зависимых заболеваний.

При организации надзора следует исходить из необходимости профилактики тех или иных алиментарно-зависимых заболеваний. Безусловно, практически все нозологические формы заболеваний, так или иначе связаны с фактором питания, однако при определении приоритетных задач следует учитывать роль фактора питания в их возникновении, а также социально-гигиеническую и социально-экономическую значимость этих заболеваний.

Приведем далеко не полный перечень некоторых алиментарно-зависимых заболеваний, при развитии которых фактор питания играет решающую роль: анемии, атеросклероз, болезни щитовидной железы, кариес зубов, кишечные инфекции, инвазии и пищевые отравления, кишечный дисбактериоз (дисбиоз), подагра, ожирение, остеопороз, сахарный диабет.

Конечно, не все эти заболевания проявляются в детском возрасте, но в детском возрасте формируется модель пищевого поведения, которая впоследствии определяет развитие этих заболеваний. Так, алиментарно-зависимыми являются болезни органов кровообращения, которые занимают в структуре смертности населения Азер-

байджана первое место. Между тем, такие особенности пищевого поведения, как привычка к избыточному потреблению поваренной соли, избыточное потребление животных жиров и недостаточное - продуктов с благоприятным составом ненасыщенных жирных кислот, формируются уже в дошкольном или школьном возрасте. То же самое можно сказать и об избыточной массе тела и ожирении, которые значительно распространены среди населения нашей страны.

Другие нозологические формы и донозологические проявления недостаточности тех или иных пищевых веществ, напротив, обусловливают нарушения роста и развития детей, в том числе интеллектуального. Поэтому профилактика анемии, недостаточности йода, витаминов также имеет исключительное социально-гигиеническое значение. Профилактика пищевых отравлений и кишечных инфекций, безусловно, также необходима, однако при определении приоритетов необходимо учитывать, в первую очередь, реальный ущерб здоровью населения, а также социально-экономические потери вследствие того или иного заболевания.

В условиях недостаточной гигиенической грамотности родителей, которые не уделяют необходимого внимания организации питания своих детей, возрастает роль организации бесплатного питания, которое помимо возможности обеспечить каждого ребенка основными пищевыми веществами, в том числе, незаменимыми (такими, как витамины и минеральные вещества), приобретает огромное воспитательное значение, так как позволяет сформировать у ребенка оптимальное пищевое поведение в соответствии с принципами здорового питания.

С учетом того, что большинство способов технологической обработки продуктов, их сохранения и обеспечения эпидемиологической безопасности приводит к понижению их пищевой ценности, крайне важный принцип выбора продуктов для детей и подростков для использования в организованных коллективах заключается в нахождении разумного компромисса, "золотой середины" между высокой пищевой ценностью пищевых продуктов и эпидемиологической безопасностью при их использовании для питания детей и подростков.

Наиболее перспективным путем обогащения рациона питания детей и подростков незаменимыми микронутриентами является использование пищевых продуктов промышленного производства с повышенной пищевой и биологической ценностью.

Питание детей должно организовываться с учетом дифференцированного подхода к рациону питания детей младшего, среднего и старшего школьного возраста. Школьный завтрак (для учащихся второй смены - полдник) должен составлять не менее 20-25%, а обед не менее 35% от суточной потребности в пищевых веществах и энергии.

Рацион двухразового питания в образовательном учреждении должен обеспечивать не менее 55% суточной потребности детей школьного возраста в пищевых веществах и энергии. Соотношение в рационе питания детей и подростков количества основных питательных веществ - белков, жиров и углеводов - должно составлять 1 : 1 : 4 (по массе). Удельный вес животного белка в рационе должен быть не менее 60 % от общего количества белка. Жиры растительного происхождения должны составлять в рационе не менее 30% от общего количества жиров. Наряду с подсолнечным маслом в питании детей можно использовать другие растительные масла, в т.ч. кукурузное, рапсовое, оливковое и соевое.

Легкоусвояемые углеводы (сахара) должны составлять около 20-30% от общего количества углеводов. Рацион должен содержать достаточное количество пищевых волокон (не менее 15-20 г/сутки). Завтрак должен состоять из закуски, горячего блюда, горячего напитка, обед - из закуски, первого, второго и третьего блюда.

Рацион питания учащихся должен соответствовать примерному меню, которое составляется с учетом требований настоящих санитарных правил, других действующих санитарных правил и норм, методических рекомендаций и подлежит периодическому пересмотру (не реже, чем один раз в год). При составлении примерного меню обязательно составляется меню-раскладка с указанием всех продуктов, входящих в состав каждого блюда, их количества, пищевой и энергетической ценности, выхода блюд.

При составлении примерного меню проводится расчет суммарного содержания основных пищевых веществ и энергии за каждый прием пищи, определяется средняя пищевая и энергетическая ценность завтраков, обедов или полдников за неделю.

Меню должно быть разнообразным. Разнообразие достигается путем использования достаточного ассортимента продуктов и различных способов кулинарной обработки. В рационе должны ежедневно присутствовать мясо или рыба, молоко и молочные продукты, сливочное и растительное масло, хлеб и хлебобулочные изделия, овощи и фрукты. В течение недели в рационе обязательно должны присутствовать крупы и макаронные изделия, сметана, сыр, яйца, творог, кондитерские изделия. В меню обязательно должны включаться свежие овощи, зелень, фрукты и ягоды, картофель, натуральные соки и витаминизированные продукты, в том числе витаминизированные напитки промышленного производства.

Важным элементом в организации рационального питания учащихся является правильное распределение объема дневного потребления между отдельными приемами пищи.

В общеобразовательных учебных заведениях, где нет группы продленного дня, должно быть организовано одноразовое горячее питание (завтрак). Рекомендуется соблюдать следующий примерный рацион питания в столовых общеобразовательных учебных заведений.

У детей школьного возраста потребность в основных пищевых веществах и энергии остается высокой и обусловлена физиолого-биохимическими особенностями: ускоренным ростом и развитием, дифференцировкой различных органов и систем, особенно ЦНС, напряженностью метаболических процессов.

Большое значение для детей школьного возраста имеет правильно установленный режим питания, который зависит от учебного процесса. Распределение калорийности в течение суток рекомендуется следующее: завтрак - 25%, обед - 35-40%, школьный завтрак (или полдник) - 10-15%, ужин - 25%. Очень важно обеспечить разнообразие рациона школьника, следить за тем, чтобы одни и те же блюда не повторялись в течение дня, а в течение недели не более 2-3 раза. И хотя в этот период используются все существующие продукты питания, преимущество все же отдается полноценным белковым продуктам, легкоусвояемым углеводам, количеству сливочного масла и растительных жиров (20% всех жиров в рационе).

Таким образом, при надзоре за организацией питания школьников следует учитывать огромное количество факторов, как очевидных, так и неявных, требующих глубокого анализа и изучения.

Огромное количество возможных методов управления фактором питания детей и подростков требует обоснованного их выбора в каждом конкретном случае, но, вместе с тем, предоставляет реальную возможность совершенствования школьного питания, ликвидации пищевого дисбаланса, улучшения состояния здоровья детей и подростков за счет эффективных мер профилактики инфекционных и неинфекционных алиментарно-зависимых заболеваний и состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев В.А., Андреева В.П. Антропометрические, гематологические и цитохимические параллели у школьников в норме и при отклонениях физического развития. - Гигиена и санитария, 1999, N.9, с.13-16;
2. Ахмедов И.Р., И.Р.Алескерова, М.С.Касумов и др. Содержание витамина А в рационах питания детей, проживающих в сельских районах республики. - Ямяқдар елм хадими, профессор Т.Я.Таьызадянин 80-иллик йубилейиня щяср олунмуш елми конфрансын материаллары, Бакы, 2003, с.102-105;
3. Багирова Б.А. Научное обоснования рационализации питания населения Азербайджанской Республики: Автореф.дисс...докт. мед.наук, Баку, 2004, 46 с.;
4. Кучма В.Р. Задачи гигиены детей и подростков в свете федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (1999 г.). - Гигиена и санитария, 2000, N.1, с.36-40;
5. Михалюк Н.С. Возрастные особенности питания детей. Вопросы питания, 2005, N.2, с.12-14;
6. Онищенко Г.Г., Поздняковский В.М. Политика здорового питания. Федеральный и региональный уровни. Новосибирск: Издательство Сибирского университета, 2002, с.344.
7. Branca F., Burkholder T. Helth and nutrition survey of internally displanced and resident population of Azerbaijan. - Fourth regional congress of pediatric societies of Turkish speaking countries with international participation. Baku, Azerbaijan, 1997, p.126-128;
8. Chandra R.K. Nutrition and immunity; lessons from the past and new insightsinto the future. - Am J Clin Nutr, 2003, 53(5): 1087-101;
9. Fomon, S.J. Nutrition of normal infants. - St Louis, MO, Mosby, 2003. 242 p.;
10. UNICEF. First Call for children - world declaration and plan for action from the world summit for children - Convention on the rights of the child, UNICEF publication, New York, 2000, p.33.

SUMMARY

THE MODERN PRINCIPLES OF THE RATIONAL FEEDING OF SCHOOLCHILDREN OF SECONDARY SCHOOLS OF BAKU

R.Rahmanova

Feeding children must be organized with provision for different approach to ration of the feeding children younger, average and senior school age.

Big importance for children of the school age has it is correct stated mode of the feeding, which depends on scholastic process. Distribution to calorie content during day is recommended following: morning meal - 25%, dinner - 35-40%, school morning meal (or mid-afternoon snack) - 10-15%, supper - 25%.

The most perspective by enrichments of the ration of the feeding children and teenager irreplaceable nutrition is a use the food-stuffs industrial production with raised food and biological value.

Daxil olub: 27.11.2006

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТЕРИ, СВЯЗАННЫМИ И НЕ СВЯЗАННЫМИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ОСЛОЖНЕНИЯМИ РОДОВ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Л.М.Рзакулиева

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

ВВЕДЕНИЕ. Изучение причин осложнения родов и родоразрешения является актуальной задачей акушерства и занимает особое место в научных исследованиях многих учёных [1, 3, 4, 5]. В литературе приводятся сведения о роли заболеваний матери, осложнений беременности, а также факторов внешней среды в повышении риска осложнений родов. При значительном объёме таких исследований сведения о многоэтапной причинно-следственной связи между заболеваниями матери (являющимися факторами риска осложнений беременности), осложнениями беременности (являющимися факторами риска осложнений родов) и осложнениями родов (являющимися факторами риска перинатальной патологии и потерь) отличаются скудностью. В этой связи мы попытались исследовать причинно-следственную связь между заболеваниями матери (связанными и не связанными с беременностью) и осложнениями родов и родоразрешения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. *Из числа наблюдаемой нами большой совокупности (10571) беременных и рожениц мы выделили 7 групп по характеру заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время беременности: инфекционные и паразитарные болезни (500), анемия (500), дисфункция щитовидной железы (250), артериальная гипертензия (120), хронические заболевания верхних дыхательных путей (500), нелеченный кариес зубов (500), воспалительные заболевания половых органов (250). В 8-ю группу включены практически здоровые женщины (500). Каждая группа разделена на две подгруппы, одна из которой включала женщин с заболеваниями, преимущественно связанными с беременностью (с осложнениями беременности), а другая - с нормальным течением беременности. Для каждой подгруппы определялась частота осложнений родов и родоразрешения: преждевременные роды, затяжные и затруднённые роды, нарушения родовой деятельности, кровотечения во время родов, акушерские травмы, послеродовое кровотечение и другие осложнения. Проводилось сравнение между подгруппами в пределах каждой группы (для доказательства существенности влияния осложнений беременности на риск осложнений родов) и между соответствующими подгруппами 7 опытных групп (с заболеваниями, предшествовавшими беременности или возникшими во время беременности) и контрольной группы (практически здоровые женщины). При этом достоверность различия определялась в основном критерием t Стьюдента. В случаях относительной многочисленности подгрупп и невозможности использовать этот критерий дополнительно применялся критерий соответствия (c_2) Пирсона. При доказательстве достоверности различия между сравниваемыми подгруппами ($P<0,05$) вычислялся размер относительного риска путём использования нормированных интенсивных показателей. В качестве нормирующей величины была использована частота осложнений родов в подгруппе практически здоровых женщин с нормальным течением беременности. Методологической основой всех расчётов была методика анализа качественных признаков [2].*

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Частота осложнений родов и родоразрешения по изученным нами подгруппам приведена в таблице 1. Среди подгрупп с нормальным течением беременности максимальная частота преждевременных родов составила 106,5±1,9‰ (у женщин с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей), а минимальная - 73,0±11,3‰ (у практически здоровых женщин). Между этими параметрами различия статистически незначимы ($P>0,05$). Следовательно, заболевания, предшествовавшие беременности или возникшие во время беременности, в случаях нормального течения беременности не влияют на риск преждевременных родов.

Среди подгрупп с осложнениями беременности максимальная величина преждевременных родов наблюдалась при артериальной гипертензии у матери (216,2±47,8‰), статистически достоверно не отличаясь от соответствующих показателей во всех остальных подгруппах ($P>0,05$). На данном примере также видно, что на фоне осложнений беременности заболевания матери не повышают риск преждевременных родов.

Обращает на себя внимание то, что во всех 8 группах между подгруппами (с осложнениями и без осложнений беременности) различие по частоте преждевременных родов достоверное ($P<0,05$). Следовательно, ведущим фактором риска преждевременных родов являются осложнения беременности. Заболевания матери, не осложняющие течение беременности, существенно не повышают риск преждевременных

Таблица 1. Частота осложнений родов и родоразрешения в зависимости от заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время беременности

Наименование заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время беременности	Болезни матери, связанные преимущественно с беременностью	Осложнения родов и родоразрешения					
		Преждевременные роды	Затяжные и затруднённые роды, нарушения родовой деятельности	Кровотечение во время родов	Акушерские травмы	Послеродовое кровотечение	Другие осложнения
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (500)	имеются (245) не имеются (255)	38 (155,1±23,1) 21 (82,3±17,2)	34 (138,8±22,1) 19 (74,5±16,4)	13 (53,1±14,3) 7 (27,5±10,2)	52 (212,2±26,1) 40 (156,9±22,8)	10 (40,8±12,6) 5 (19,6±8,7)	9 (36,7±12,0) 4 (15,7±7,8)
Анемия (500)	имеются (304) не имеются (196)	40 (131,6±19,4) 18 (91,8±20,6)	39 (128,3±19,2) 16 (81,6±19,6)	14 (46,0±12,0) 6 (30,6±12,3)	68 (223,7±23,9) 30 (153,1±25,7)	17 (55,9±13,2) 8 (40,8±14,1)	18 (59,2±13,5) 7 (35,7±13,3)
Дисфункция щитовидной железы (250)	имеются (161) не имеются (89)	27 (167,7±29,4) 7 (78,7±28,5)	26 (161,5±29,0) 8 (89,9±30,3)	9 (55,9±18,1) 2 (22,5±15,7)	36 (223,6±32,8) 15 (168,5±39,6)	8(49,7±17,2) 3 (33,7±19,2)	9 (55,9±18,1) 2 (22,5±15,7)
Артериальная гипертензия (120)	имеются (74) не имеются (46)	16 (216,2±47,8) 4 (86,9±41,5)	17 (229,7±48.9) 3 (65,2±36,3)	6 (81,1±31,7) 2 (43,4±30,0)	16 (216,2±47,8) 6 (130,4±49,6)	6 (81,1±31,7) 2 (43,4±30,0)	8 (108,1±36,0) 2 (43,4±30,0)
Хронические заболевания верхних дыхательных путей (500)	имеются (237) не имеются (263)	37 (156,1±23,6) 28 (106,5±10,0)	36 (151,9±23,3) 25 (95,1±18,1)	12 (50,6±14,2) 9 (34,2±11,2)	50 (210,9±26,5) 45 (171,1±23,2)	16 (67,5±16,3) 8 (30,4±10,5)	18 (75,9±17,2) 7 (26,6±9,9)
Нелеченный кариес (500)	имеются (235) не имеются (265)	34 (144,7±22,9) 20 (75,5±16,2)	33 (140,4±22,6) 19 (71,7±15,8)	11 (46,8±13,8) 6 (22,6±9,1)	62 (263,8±28,7) 56 (211,1±25,1)	17 (72,3±16,9) 9 (34,0±11,1)	19 (80,8±17,8) 8 (30,2±10,5)
Воспалительные заболевания половых органов (250)	имеются (203) не имеются (47)	31 (152,7±25,2) 3 (63,8±35,6)	30 (147,8±24,9) 4 (85,1±40,6)	10 (49,3±15,2) 1 (21,3±21,1)	49 (241,4±30,0) 6 (127,6±48,9)	15 (73,9±18,4) 2 (42,5±29,4)	16 (78,8±18,9) 2 (42,5±29,4)
Практически здоровые (500)	имеются (66) не имеются (434)	10 (151,5±44,1) 32 (73,0±11,3)	11 (166,7±45,8) 3 (71,2±11,1)	4 (60,6±29,4) 11 (24,3±6,7)	13 (196,9±48,9) 39 (89,9±12,4)	5 (75,8±32,5) 13 (30,0±7,4)	4 (60,6±29,4) 1(22,5±6,4)

родов. Сходная закономерность выявляется при сравнении суммарной частоты затяжных и затруднённых родов, нарушений родовой деятельности.

Уровень кровотечений во время родов был максимальным в подгруппе женщин с осложнениями беременности на фоне артериальной гипертензии (81,1±31,7‰), а минимальным - в подгруппе с осложнённым течением беременности на фоне анемии (46,0±12‰). По сравнению с контрольной группой (60,6±29,4‰) достоверное различие частоты кровотечений во время родов было отмечено только при артериальной гипертензии у матери. Надо отметить, что в остальных группах на фоне и без осложнений беременности достоверное различие по частоте кровотечений во время родов не выявлялось, несмотря на то, что имеет место общая тенденция - относительно высокая частота кровотечений во время родов у женщин с осложнённым течением беременности. Сходная ситуация отмечалась при сравнении частоты послеродовых кровотечений.

Более выраженные и статистически значимые различия были выявлены при сравнении частоты акушерских травм. Среди подгрупп женщин с нормальным течением беременности частота акушерских травм колебалась в пределах от 89,9±12,4‰ (практически здоровые женщины) до 211,1±25,1‰ (женщины с нелеченным кариесом зубов). Сравнительно высокие показатели наблюдались также в группах женщин с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (171,1,0±23,2‰). Как видно, наличие хронических очагов инфекции у женщин сопровождается повышением риска акушерских травм.

Таким образом, основными факторами риска осложнений родов являются заболевания матери, преимущественно связанные с беременностью (осложнения беременности). В ряде случаев заболевания матери, предшествовавшие беременности или возникшие во время беременности, непосредственно могут повысить риск осложнения родов, не влияя при этом на риск осложнения беременности.

Размеры относительного риска (по сравнению с группой практически здоровых женщин с нормальным течением беременности) осложнения родов и родоразрешения в связи с заболеваниями, предшествовавшими беременности или возникшими во время беременности в сочетании с осложнениями беременности и без них, представлены в таблице 2.

Из полученных данных следует, что осложнённое течение беременности, независимо от наличия или отсутствия у матери заболеваний, предшествовавших беременности (или возникших вовремя беременности), повышают риск преждевременных родов в 1,8 - 2,96 раз, затяжных, затруднённых родов и нарушений родовой деятельности в 1,8 - 3,23 раза, кровотечений во время родов и после родов в 1,89 - 3,34 и 1,86 - 2,7

Таблица 2. Размер относительного риска (по сравнению с группой практически здоровых женщин с нормальным течением беременности) осложнений родов и родоразрешения в связи с заболеваниями, предшествовавшими беременности или возникшими во время беременности в сочетании с осложнениями беременности и без них (приведены только статистически достоверные данные, P<0,05)

Наименование заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время беременности	Болезни матери, связанные преимущественно с беременностью	Осложнения родов и родоразрешения					
		Преждевременные роды	Затяжные и затруднённые роды, нарушения родовой деятельности	Кровотечение во время родов	Акушерские травмы	Послеродовое кровотечение	Другие осложнения
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	имеются	2,12	1,95	2,18	2,36	-	-
	не имеются	-	-	-	1,75	-	-
Анемия	имеются	1,80	1,80	1,89	2,49	1,86	2,63
	не имеются	-	-	-	1,70	-	-
Дисфункция щитовидной железы	имеются	2,29	2,27	2,30	2,49	-	2,48
	не имеются	-	-	-	1,87	-	-
Артериальная гипертензия	имеются	2,96	3,23	3,34	2,40	2,70	4,80
	не имеются	-	-	-	-	-	-
Хронические заболевания верхних дыхательных путей	имеются	2,14	2,13	2,08	2,35	2,25	3,37
	не имеются	-	-	-	1,90	-	-
Нелеченный кариес	имеются	1,98	1,97	-	2,93	2,41	3,59
	не имеются	-	-	-	2,35	-	-
Воспалительные заболевания половых органов	имеются	2,09	2,08	-	2,69	2,46	3,50
	не имеются	-	-	-	-	-	-
Практически здоровые	имеются	2,08	2,34	-	2,19	-	-
	не имеются	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

раза, акушерских травм - в 1,87 - 2,93 раза.

Заболевания матери на фоне нормального течения беременности повышают уровень риска только акушерских травм не более чем в 2,35 раз. Широкий предел колебания степени риска осложнений родов при осложнённых течениях беременности на фоне различных заболеваний свидетельствует о том, что эти заболевания в сочетании с порождаемыми ими осложнениями беременности более опасны для развития осложнений родов. Однако, по сравнению с этими заболеваниями, более опасными для развития осложнений родов являются патологии, преимущественно связанные с беременностью, могущие стать факторами риска даже у практически здоровых женщин.

Таким образом, борьба с осложнениями родов и родоразрешения должна быть нацелена не только на профилактику заболеваний матери, но и на патогенетические механизмы возникновения осложнений беременности. К сожалению, современная акушерская служба не обладает возможностями для управления процессом нормального развития беременности в связи с недостаточными научными сведениями о патогенезе возникновения заболеваний, связанных преимущественно с беременностью.

ВЫВОДЫ:

1. Заболевания матери, преимущественно связанные с беременностью, являются ведущим фактором состояния здоровья женщин, определяющим исход родов. Заболевания, предшествовавшие беременности или возникшие во время беременности, в основном, влияют на риск осложнений родов и родоразрешения путём повышения риска осложнений беременности.

2. Размеры относительного риска (по сравнению с группой практически здоровых женщин с нормальным течением беременности) осложнений родов и родоразрешения, обусловленные состоянием здоровья матери (заболевания, связанные и не связанные с беременностью), колеблются в пределах 1,0-4,8 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерско-гинекологическая помощь. - Под ред. Акад. РАМН В.И. Кулакова., М., 2000, 512 с.;

2. Гланц Стентон. Медико-биологическая статистика. - М., 1998, 459 с.;

3. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Под ред. А.Н. Стрижакова и др. - Ростов н/Д.: ФЕНИКС, 2000, 512 с.;

4. Кулаков В.И., Фролова О.Г. Здоровье матери и новорожденного. - Акушерство и гинекология, 1994, N.1, с.3-6;

5. Кошелева Н.Г. Патогенез осложнений беременности, влияние их на фетоплацентраный комплекс и новорожденных у работниц химической промышленности. - Российский вестник акушерства и гинекологии, 1997, N.3, с.23-26.

SUMMARY

RELATIONSHIP OF CAUSE AND EFFECT BETWEEN THE DISEASES OF MOTHER WHICH CONNECTED BOTH HAVE BEEN NOT CONNECTED TO PREGNANCY AND COMPLICATIONS OF LABORS AND DELIVERY

L.Rzakuliyeva

The diseases of mother mainly connected to pregnancy, are the leading factor of a state of health of the women, determining an outcome of labors. The diseases which previous to pregnancy or have arisen during pregnancy, basically, influence risk of complications of labors and delivery by increase of risk of complications of pregnancy.

The sizes of relative risk (in comparison with group of practically healthy women with normal current of pregnancy) complications of labors and delivery, mothers caused by a state of health (the diseases which connected and have been not connected to pregnancy), change within the limits of 1,0 - 4,8 times.

Struggle against complications of labors and delivery should be aimed not only at preventive maintenance of diseases of mother, but also on pathogenetic mechanisms of occurrence of complications of pregnancy.

Daxil olub: 29.11.2006

КОМПОНЕНТНОЕ РАЗЛОЖЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ ДИСПЕРСИИ ПОЛИНОДОЗНОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА НА ОСНОВЕ КОРРЕЛЯЦИЙ МЕЖДУ РОДСТВЕННИКАМИ

Ф.Х.Саидова, Ф.А.Султанова

НИИ Клинической Медицины им. М.А.Топчибашева, г.Баку

Полинодозный эутиреоидный зоб (ПЭЗ) - одно из клинических проявлений поражения щитовидной железы (ЩЖ) - имеет значительный удельный вес среди мультифакториальных заболеваний (МФЗ) человека. Наряду с общеизвестными экзогенными факторами (алиментарными, медикаментозными и др.), оказывающими струмогенный эффект, обнаружено не менее семи аутосомных локусов, изменения которых способны обусловить тиреопатию [1]. Кроме аутосомных локусов, подверженность к болезни может определяться взаимодействием большого числа генов, изменяющих адаптивные возможности организма. С другой стороны, характерное для МФЗ неравномерное распределение по полу пораженных индивидов, а точнее, преобладание среди больных ПЭЗ лиц женского пола, обусловливает необходимость оценивать при проведении генетического анализа эффект сцепленных с полом генов. В данном сообщении представлены анализ генетических параметров ПЭЗ методом разложения общей фенотипической дисперсии (ОФД) и дифференциация генетической дисперсии на аутосомные и гоносомные компоненты на основании коэффициентов корреляции между различными классами родственников.

В анализе использованы генеалогические данные больных (пробандов) ПЭЗ отделения эндокринной хирургии НИИКМ им. М.А.Топчибашева с повторными (секундарными) случаями заболевания в семье (таблица 1). Среди родственников первой степени 143 пробандов (родители, сибсы и потомки) в 66 семьях (46%) зарегистрированы повторные случаи заболеваний ЩЖ (ПЭЗ, гиперплазия, гипотиреоз). Распространенность заболевания в популяции оценивалась на основании данных о лицах контрольной выборки - этнических азербайджанцев не родственных пробанду. Из 460 таких лиц выявлено 23 индивида с ПЭЗ, что составило популяционную частоту Qp = 0,05. Коэффициенты корреляции между родственниками в альтернативной модели подверженности вычислялись по формуле [2], частота гена и пенетрантности генотипов находились на основании дисперсионных уравнений [2]. Разложение ОФД для идентификации аутосомных и гоносомных компонент проводилось табличным методом [3].

С учетом характера поражения ЩЖ у пробанда, выделены три анализируемые группы. 52 семьи составили выборку с первичным ПЭЗ пробанда; в выборку с рецидивирующей формой ПЭЗ вошло 14 семей;

Таблица 1. Характеристика обследованной выборки

Клинические формы ПЭЗ	Пробанды		Больные родственники 1-ой степени		Общее число больных	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
аденоматозный	2	25	9	28	11	53
коллоидный	1	6	2	7	3	13
другие формы	2	16	7	23	9	39
рецидивирующий	2	12	3	28	5	40
всего	7	59	21	86	28	145

из обеих групп выделено 25 семей со случаями гипотиреоза. В каждой сформированной выборке проводился анализ генетических параметров с использованием генеалогических данных о родственниках первой степени, при допущении, что наличие или отсутствие мультифакториального заболевания определяется аутосомно-диаллельной системой. Отмечается неравномерное распределение выборки по полу. Так, среди пробандов соотношение полов составило - 7 мужчин : 59 женщин, а среди пораженных родственников - 21 м. : 86 ж. (таблица 1). Наблюдаемое преобладание среди пораженных лиц женского пола (не противоречащее данным литературных источников) обуславливает неравномерное распределение по полу в целом по выборке, поскольку супруги пробандов при анализе не учитывались, т.к. не являлись кровными родственниками первой степени.

Для определения частоты гена и пенетрантностей генотипов в монолокусной аутосомной модели рассчитывались коэффициенты частот распределения заболевания среди родственников в парах "родитель-ребенок" - Rop и "сибс-сибс" - Rsb на основании данных о частоте заболевания в анализируемых категориях родственников с поправкой на популяционную частоту поражения ЩЖ Qp = 0,05. Эти показатели использовались для вычисления компонент дисперсии, т.е. доли аддитивной (Ga) , доминантной (Gd) и средовой (Ew) компонент. Полученные результаты представлены в таблице 2.

Рассчитанные компоненты дисперсии свидетельствуют о существенном вкладе в наследственность аддитивных компонент и незначительной доле доминантных компонент , что характерно для мультифакториальной модели нарушения.

Далее решением дисперсионных уравнений для каждой выборки находились частоты аллелей предрасположенности (p), на основании которых вычислялись значения пенетрантностей гомозиготных и гетерозиготных генотипов. Полученные результаты позволили рассчитать частоты встречаемости генотипов гомо- и гетерозигот в популяции и доли их среди лиц анализируемых выборок, отражающие степень предрасположенности к данной форме поражения ЩЖ (таблица 3).

Результаты вычисления генетических параметров в монолокусной диаллельной аутосомной модели развития различных форм поражения ЩЖ свидетельствуют о том, что при всех изученных формах ПЭЗ частота аномального аллеля существенно не отличается и колеблется в пределах 5-6%. Однако, несмотря на сходство аллельных частот, распределение клинических форм в популяции существенно отличается. Это связано с различиями пенетрантностей генотипов каждой из форм. Так, наибольшая пенетрантность регистрируется при рецидивирующем течении (гомозиготы - 66%, гетерозиготы - 51%), несколько ниже - в группе первичного ПЭЗ (гомозиготы - 50%, гетерозиготы - 43%). Значимо низкая пенетрантность отмечается у пациентов с ПЭЗ, осложненным гипотиреозом (гомозиготы - 27%, гетерозиготы - 25%). При всех формах нарушения разница между пенетрантностями гетеро- и гомозигот не существенна, что свидетельствует о незначительном эффекте двойной дозы гена. Этим и объясняется распространенность поражений ЩЖ, поскольку, даже у гетерозигот заболевание пенетрирует с большой частотой. К тому же расчеты по-

Таблица 2. Коэффициенты корреляции между родственниками и компоненты дисперсии в монолокусной модели распределения поражений ЩЖ

Клиническая форма ПЭЗ	Число пар и повторных случаев		Коэффициенты Корреляции		Компоненты дисперсии		
	Родители-дети (op)	Сибсы (sb)	Rop	Rsb	Ga	Gd	Ew
первичная	49/218	35/154	0,184	0,186	0,368	0,008	0,624
рецидивирующая	15/54	17/60	0,24	0,243	0,48	0,006	0,514
гипотиреоз	24/108	21/93	0,18	0,19	0,36	0,04	0,6

Таблица 3. Параметры моногенной модели поражений ЩЖ

Клиническая форма ПЭЗ	Частота гена	Пенетрантность		Распределение генотипов	
		гомозигот	гетерозигот	гомозигот	гетерозигот
основная	0,06	0,50	0,43	3,6%	96,4%
рецидивирующая	0,05	0,66	0,51	3,3%	96,7%
гипотиреоз	0,06	0,27	0,25	1,9%	98,1%

казывают, что в исследуемой выборке больных доля гомозигот не превышает 3,6%.

Примечательно, что варианты клинического течения ПЭЗ у пробандов, проявляющиеся наличием рецидивирующих форм и случаев, осложненных гипотиреозом, с одной стороны характеризуются преобладанием аддитивной компоненты фенотипической дисперсии, с другой же - различными показателями пенетрантностей гомо- и гетерозигот. Это свидетельствует об отсутствии эффекта главного гена и подтверждает мультифакториальную природу исследуемых поражений ЩЖ.

В этой связи представляется целесообразным исследовать влияние генетических и средовых эффектов на частоту проявления патологии ЩЖ в мультифакториальной модели нарушения методом компонентного разложения общей фенотипической дисперсии (ОФД). В вычислениях использовались коэффициенты частоты других категорий родственников первой степени: "мать-дочь" - Rmd, "отец-дочь" - Rfd, "мать-сын" - Rms, "отец-сын" - Rfs, "сестра-сестра" - Rss, "сестра-брат" - Rsb, "брат-брат" - Rbb . Полученные коэффициенты представленные в таблице 4 отражают наследуемость подверженности к заболеванию индивидов различного пола и указывают на наличие пороговых отличий между полами. Рассчитанные коэффициенты показывают, что популяция женщин более чувствительна к изменениям, вызванным аддитивным (совместным) действием струмогенных факторов.

Составные части ОФД представлены средовыми факторами (Ew) и генетической компонентой (G). С учетом преобладания в выборке больных женского пола генетическая компонента представлена локализованными в аутосомах аддитивной (Ga) и доминантной (Gd), а также сцепленной с Х-хромосомой - гоносомной дисперсиями . В свою очередь гоносомная дисперсия подразделяется на три компоненты: Gf - доля аддитивной гоносомной дисперсии в популяции женщин; Gm - аналогично для мужчин и Gu - вклад аддитивной гоносомной дисперсии в корреляции между разнополыми родственниками. Относительно Gu следует заметить, что эта компонента дисперсии является функцией от Gf и Gm и в конечном итоге служит лишь указанием на влияние сцепленных с Х-хромосомой генов на межиндивидуальное разнообразие по исследуемому признаку.

Компонентное разложение ОФД с помощью вспомогательных матриц [3] во всех анализируемых выборках привело к необходимости использовать редуцированные таблицы. Во всех трёх выборках была исключена доминантная компонента дисперсии, что свидетельствует об отсутствии доминантного эффекта аутосом (таблица 5).

Однозначные результаты получены о влиянии генов сцепленных с Х-хромосомой. Так, исключение аддитивной гоносомной дисперсии при анализе выборок больных всех рассматриваемых форм поражения ЩЖ свидетельствует об отсутствии эффекта Х-хромосомы, несмотря на различия оценок генетической компоненты у лиц противоположного пола. Интерпретация этих случаев требует определенной осторожности.К примеру, при первичной и осложненной гипотиреозом формах ПЭЗ в выборке мужчин отмечаются более высокие значения генетических компонент, чем в выборке женщин. Это свидетельствует о том, что для проявления заболевания у лиц мужского пола необходима большая доля наследственных факторов. Поэтому мужчины болеют реже, но их потомки более подвержены заболеванию. Однако при рециди-

Таблица 4. Коэффициенты корреляции между различными классами родственников первой степени пробандов с различными клиническими вариантами ПЭЗ

Клиническая форма ПЭЗ	Коэффициенты корреляции и число пар					
	сестра-сестра ss	сестра-брат sb	брат-брат bb	Мать-дочь md	мать-сын отец-дочь ms-fd	отец-сын fs
первичная	0,21 18/73	0,155 15/76	0,368 2/5	0,34 2/85	0,08 12/95	0,09 5/38
рецидивирующая	0,43 12/26	0,09 4/30	0,21 1/4	0,49 13/25	0,02 2/29	_
гипотиреоз	0,3 15/45	0,06 5/45	0,3 1/3	0,36 19/48	0,023 4/56	0,05 1/10

Таблица 5. Компонентное разложение фенотипической дисперсии в мультифакториальной модели различных клинических вариантов ПЭЗ

Клиническая форма ПЭЗ	Компоненты фенотипической дисперсии				
	Генетическая G (%)			Средовая Ew (%)	
	Gf (%)	Gm (%)	Ga (%)	В выборке женщин	В выборке мужчин
первичная	21,5	53,8	19,8	58,7	26,4
рецидивирующая	62	31,8	10,2	27,8	58
гипотиреоз	40,8	49	11	48,2	40

вирующем течении нарушения генетическая компонента в выборке женщин вдвое превышает таковую в выборке мужчин. Вероятно у лиц женского пола с рецидивирующим ПЭЗ характер течения заболевания определяется двойной дозой Х-хромосомы, тем более, что (14%) пробандов в этой выборке являются потомками кровнородственных и (50%) - эндогенных (между жителями одного села) браков, способствующих гомозиготизации аномальных генов, в том числе и локализованных в Х-хромосоме.

Наряду с аутосомными локусами, мутационные изменения которых способны обусловить тиреопатию [1], подверженность к болезни может определяться взаимодействием большого числа генов, изменяющих адаптивные возможности организма.

Таким образом, анализ генетических параметров ПЭЗ показал:

- при первичной, рецидивирующей и осложненной послеоперационным гипотиреозом формах ПЭЗ детерминация фенотипа колеблется в пределах 5-6%;
- наиболее высокая пенетрантность генотипа характеризует рецидивирующую форму ПЭЗ;
- генетические компоненты ОФД первичного и осложненного гипотиреозом ПЭЗ в выборке мужчин выше, чем в таковой женщин, что свидетельствует об участии большей доли наследственных факторов в детерминации нарушения;
- генетическая компонента ОФД рецидивирующей формы ПЭЗ в выборке женщин вдвое превышающая таковую в выборке мужчин, вероятно, обусловлена двойной дозой генов Х-хромосомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошечкин В.А., Трубников В.И., Гиндилис В.М., Полесский В.А., Задоя А.А. Генетический анализ соотношения концентраций холестерина липопротеидов плазмы крови. - Генетика, 1981, т. XVII, N.11, с.2025 - 2033;

2. Трубников В.И., Агеев С.В., Гиндилис В.М. Табличный метод компонентного разложения фенотипической дисперсии для идентификации эффекта Х-хромосомы на основе корреляций между родственниками. - Генетика, 1981, т.XVII, N.11, с.2034-2043;

3. Mc Kusik V.A. Mendelian Inheritanse in Man. Baltimore, Johns Hopkins Universitety Press, Aries Sistem Corporation, 1995.

SUMMARY

COMPONENT DISTRIBUTION OF PHENOTYPICAL DISPERSION OF MULTINODULAR EUTIROID QOITER BASED ON THE CORRELATION BETWEEN RELATIVES

F.Saidova, F.Sultanova

The diseases of mother mainly connected to pregnancy, are the leading factor of a state of health of the women, determining an outcome of labors. The diseases which previous to pregnancy or have arisen during pregnancy, basically, influence risk of complications of labors and delivery by increase of risk of complications of pregnancy.

The sizes of relative risk (in comparison with group of practically healthy women with normal current of pregnancy) complications of labors and delivery, mothers caused by a state of health (the diseases which connected and have been not connected to pregnancy), change within the limits of 1,0-4,8 times.

Struggle against complications of labors and delivery should be aimed not only at preventive maintenance of diseases of mother, but also on pathogenetic mechanisms of occurrence of complications of pregnancy.

Daxil olub: 01.12.2006

REVMATOİD ARTRİT ZAMANI YUXU ARTERİYALARININ ATEROSKLEROTİK ZƏDƏLƏNMƏSİNİN C-REAKTİV ZÜLALIN KONSENTRASİYASI İLƏ ƏLAQƏSİ

A.Ə.Axundbəyli, N.T.Zamanov, Z.Ə.Əliyeva, R.M.Qasımova, S.M.Məmmədhəsənov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.

Ürəyin koronar xəstəliyinin (ÜKX) inkişaf tapmasında klassik risk amilləri ilə yanaşı yeni risk amillərinin (homosistein, protrombotik amillər, sistem iltihabın seroloji markerləri və s.) öyrənilməsinə son illər xüsusi diqqət yetirilir [9].

ÜKX-nın ağırlaşmış formaları (kəskin koronar sindrom, kəskin miokard infarktı) iltihabın kəskin faza zülalları olan C-reaktiv zülal (C - RZ), fibrinogen, ferritin və s. konsentrasiyasının artması ilə müşahidə edilir [13].

Hal hazırda ateroskleroza xroniki iltihabi xəstəliyin özünəməxsus forması kimi baxılır [13]. Kəskin faza zülalı olan C-RZ-nın sintezi interleykin-6, eləcə də digər iltihabönü sitokinlərlə - şiş nekrozlaşdırıcı amil, interleykin - 1 nizamlanır.

Sağlam şəxslərin qan zərdabında CRZ izlər şəklində - < 1 mq/l tapılır. Aşkar səbəblərin (infeksiyalar, travmalar, şişlər) olmadığı hallarda C-RZ-nın miqdarının azacıq yüksəlməsi aterosklerotik proseslə bağlı damar divarında subklinik iltihabı əks etdirir. Buna görə də yüksək həssaslıq və yaxşı standartlaşmış üsulların köməyi ilə ateroskleroz və aterotrombozun inkişaf və proqressivləşməsini qiymətləndirmək üçün C-RZ-ya informativ laborator test kimi baxılır [13, 14, 15].

ÜKX olan xəstələrdə kəskin faza zülallarının funksional rolu tam aydınlaşmamışdır. Hesab edirlər ki, onlar bir sıra adgeziv molekulların, xüsusilə İCAM - 1 və VCAM - 1-in ekspressiyasını yüksəldərək iltihabönü xassə kəsb edirlər. Prospektiv müşahidələr göstərir ki, onların səviyyəsi ilə ÜKX-nın inkişafı arasında müsbət korrelyativ əlaqələr mövcuddur .

David Hürlimann və b. revmatoid artritli xəstələrdə α-ŞNA əleyhinə infliksimabla müalicə kursundan sonra endotelial funksiyanın yaxşılaşması nəticəsinə gəlib çıxmışlar.

Bir sıra müəlliflər [13, 15] insultlarda iki, miokard infarktında üç, periferik damar xəstəliklərində isə C-RZ-ın miqdarının dörd dəfə artdığını göstərirlər.

Matteo Pirro və b. [12] C-RZ-ın miqdarı ilə triqliseridlərin (r = 0,21, p< 0,01), ümumi xolesterinin (r= 0,06, p=0,04), aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin (r =-0,16),yüksək sıxlıqlı lipoproteinlərin (r=-0,21), yaş (r =0,17) və sistolik arterial təzyiqin (r=0,18) arasındakı korrelyativ əlaqələrə fikir verərək CRZ-nın ÜKX-nın müstəqil risk amili ki-

Cədvəl 1. RA-lı xəstələrin klinik xarakteristikası

Göstərici	RA-lı (ÜKX risk amilləri ilə) (n=36) I qrup	RA-lı (ÜKX risk amillərsiz) (n=36) II qrup
Yaş, illər	37,4 ± 10,2	36,7 ± 9,8
Bədən kütləsi indeksi kq/m^2	26,6% ± 3,93	24,2 ± 4,6
Seropozitiv forma	26 (723 %)	22 (61,1%)
Seroneqativ forma	10 (27,7%)	14 (38,9%)
Aktivlik dərəcəsi		
I	10 (27,7%)	12 (33,3%)
II	17 (47,2%)	16 (44,1%)
III	9 (35,1%)	8 (22,6%)
Davam müddəti		
1 ilədək	8 (22,3%)	10 (27,4%)
1-5 il	16 (44,4%)	10 (27,4%)
> 5 ildən çox	12 (33,3%)	16 (45, 2%)
Anemiya		
yüngül (101-120)	10 (27,4%)	8 (22,3%)
orta ağır (HB-81-100q/l)	10 (27,4%)	16 (44,4%)
ağır (HB<80 q/l)	16 (45,2%)	12 (33,3%)

mi qəbul edirlər. Bir qisim müəlliflər isə [4] iltihabın kəskin faza zülalları olan ferritin, C-RZ, fibrinogenin konsentrasiyasının qeyri-stabil stenokardiyalarda artdığını xüsusi vurğulayırlar. Ürək-damar katastrofları riskinin həssas və spesifik üsullarından biri yuxu arteriyalarının ultrasəs müayinəsidir. Müayinənin köməyi ilə intima-media kompleksin (İMK) qalınlığını, aterosklerotik lövhəcikləri, yuxu arteriyalarının diametrini aşkar etmək mümkündür. Belə ki, İMK-nın qalınlığının hər 0,1 mm artması miokard infarktının inkişaf riskinin 11% artması deməkdir [10]. Son illər ümumi populyasiyada CRZ-ın səviyyəsinin və İMK-nın qalınlığının müştərək yüksəlməsini insult və infarktların inkişafında müstəqil amillər hesab edirlər [18].

Cədvəl 2. Risk amillərinin paylanması

Göstərici	n=36	%
Papirosçəkmə	12	33,3%
ABK	9	25,0%
Arterial hipertenziya	20	55,5%
Sistolik AH	12	33,3%
Diastolik AH	8	22,2%
Şəkərli diabet	4	11,1%
ST seqmentində işemik dəyişikliklər	18	50,0%
Hiperxolesterinemiya	12	33,3%
İrsiyyət	8	22,2%

Makita S [2] aşkar etmişdir ki, İMK-nın qalınlığının 1 mm-dən çox olması 42-60 yaşlı kişilərdə miokard infarktının tezliyini 2,17 dəfə, yuxu arteriyalarında aterosklerotik lövhəcikləri isə 4,4 dəfə artırır. Bir çox müəlliflər [2, 5, 12] İMK-nın qalınlığının artmasını ürəyin koronar xəstəliyinin proqnostik amili kimi qiymətləndirirlər.

Kardioloqların Avropa cəmiyyətinin sonuncu tövsiyyələrinə görə istənilən qeyri-koronar lokalizasiya aterosklerotik dəyişikliklərə ÜKX-nın I-li profilaktikasını aparmağa, ürək-damar ağırlaşmalarının qarşısını almağa imkan verir [7].

Del Rincon [8] 204 RA-lı, 102 sağlam şəxslərdə İMK-nın qalınlığını tədqiq etmiş, bu zaman İMK-nın qalınlığı ilə eritrositlərin çökmə sürəti və C-reaktiv zülalla əlaqələrə fikir vermiş, müsbət korrelyativ əlaqələr aşkar etmişdir.

Son illər ədəbiyyat araşdırmaları RA-lı xəstələrdə damarların aterosklerotik zədələnməsi ilə C-RZ-nın konsentrasiyası arasında olan əlaqələrin ziddiyyətli xarakter daşıdığını göstərir. Bütün bunları nəzərə alaraq RA-nın forma, aktivlik dərəcəsi, davam müddəti, xəstəliyi əksər təsadüflərdə müşayiət edən anemiyanın ağırlıq dərəcəsi ilə C-RZ-nın konsentrasiyası arasındakı əlaqələri öyrənmək qərarına gəldik.

MATERİALLAR VƏ ÜSULLAR. *Müayinəyə 72 revmatoid artritli xəstə cəlb olunmuşdur. Xəstələrin 18 nəfərini kişilər (25,0%), 54 nəfərini isə qadınlar təşkil etmişdir (75,0%). Xəstələrin orta yaşı 15-dən 55-ə dək tərəddüd etmişdir (orta yaş 37,8±10,6 il). Xəstəliyin davam müddəti 3 aydan - 32 ilədək (orta hesabla 16,4±10,2 il) təşkil etmişdir. Bütün xəstələrdə ürəyin koronar xəstəliyinin klassik risk amillərini (yaş, arterial hipertoniya, şəkərli diabet, papirosçəkmə, artıq bədən kütləsi, ürək-damar xəstəliyinə münasibətdə irsiyyət, dislipoproteinemiya) və RA-ya xas olan spesifik amillər (xəstəliyin formaları, aktivlik dərəcəsini, gediş müddətini, RA-nı müşayiət edən anemiyanın ağırlıq dərəcəsi) təyin olunmuşdur.*

Ağrısız forma ÜKX-nın təyinində Rose anket sorğusu tətbiq edilmiş, bütün xəstələrə EKQ təyin olunmuş, EKQ lentləri Minnesot şifrələməsinə məruz qalmışdır. RA-lı xəstələrin klinik xarakteristikası 1 saylı cədvəldə öz əksini tapmışdır. Cədvəldən göründüyü kimi RA-lı xəstələr iki qrupda verilmişdir. I qrupdakı 36 RA-lı xəstədə ÜKX-nın risk amilləri olmamışdır. II qrupda isə ÜKX-nın risk amilləri olan 36 xəstə qeydə alınmışdır.

Cədvəl 3. RA-nın forma, aktivlik dərəcəsi, davam müddətindən asılı olaraq CRZ-ın konsentrasiyası

Göstərici	I qrup	II qrup	
Seropozitiv forma	20 ± 12	16,4 ± 10,2	p<0,05
Seroneqativ forma	14 ± 8 p<0,01	13,4 ± 8,3	
Aktivlik dərəcəsi			
I	7,2 ± 3,4	6,5 ± 2,4	
II	15,3 ± 2,4	14,3 ± 3,1	
III	22,4 ± 6,4	18,2 ± 4,5	p<0,05
Davam müddəti			
1 ilədək	26,4 ± 3,4	24,3 ± 4,3	
1-5 il	19,3 ± 4,2	18,7 ± 3,1	
5 ildən çox	18,4 ± 3,2	15,4 ± 2,1	p<0,05
Anemiyanın ağırlıq dərəcəsi			
Yüngül	12,3 ± 1,4	10,0 ± 1,2	
Orta ağır	17,4 ± 2,5	14,3 ± 1,2	p<0,05
Ağır	22,3 ± 1,7	20,1 ± 2,3	

ÜKX-nın risk amilləri olan 36 xəstə aşağıdakı kimi paylanmışdır (Cədvəl 2).

Bütün xəstələrdə CRZ-ın konsentrasiyası qan zərdabında yüksək həssas immunoferment üsulu ilə təyin olunmuşdur.

Eləcə də bu şəxslərdə yuxu arteriyalarının ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. İMK-nın qalınlığının 1,2 mm-dən çox olduğu hallar lokal böyüməsi halları aterosklerotik lövhəcik adlandırılmışdır.

Xəstəliyin revmatoid amilin tapıldığı formanı seropozitiv, digərləri isə sero-

Cədvəl 4. İMK-nın qalınlığı və aterosklerotik lövhəciklərlə RA göstəriciləri arasında əlaqə

RA göstəriciləri	I qrup RA ÜKX-nın risk amilləri ilə		II qrup risk amilsiz	
	İMK qalınlığı	Aterosklerotik lövhəciklər n=16	İMK qalınlığı	Aterosklerotik lövhəciklər n=12
Seropozitiv forma	0,85 ± 0,24	10 (62,2%)	0,78 ± 0,23	8 (66,6%)
Seroneqativ forma	0,72 ± 0,21	6 (37,8%)	0,67 ± 0,21	4 (33,4%)
Aktivlik dərəcəsi				
I	0,78 ± 0,20	4 (25, 2%)	0,70 ± 0,31	3 (24,9%)
II	0,84 ± 0,19	10 (62,2%)	0,76 ± 0,21	5 (41,7%)
III	0,79 ± 0,17	2 (12, 6%)	0,76 ± 0,18	4 (33,4%)
Davam müddəti	0,72 ± 0,21	2 (12,6%)	0,66 ± 0,25	3 (24,9%)
1 ilədək	0,85 ± 0,22	5 (31,2%)	078 ± 0,31	4 (33,4%)
1-5 il	1,1±0,45 mm	9 (56,2%)	0,94 ± 0,32	5 (41,7%)
5 ildən çox				
Anemiyanın ağırlıq dərəcəsi				
yüngül	0,76 ± 025	2 (12,6%)	0,68 ± 0,31	3 (24,9%)
orta ağır	0,95 ± 0,32	8 (50,6%)	0,84 ± 0,27	5 (41,7%)
ağır	0,78 ± 0,20	6 (37,8%)	0,69 ± 0,21	4 (33,4%)

neqativə aid edilmişdir.

Aktivlik dərəcəsi EÇS-in səviyyəsinə uyğun təyin edilmişdir. Belə ki,

I aktivlik dərəcəsi - EÇS - 0 - 20 mm/saat

II aktivlik dərəcəsi - EÇS - 21 - 30 mm/saat

III aktivlik dərəcəsi EÇS - 40 mm/saat

Anemiyaya gəldikdə isə

Yüngül anemiya HB - 101 - 119 q/l

Orta ağır anemiya HB 81 - 100 q/l

Ağır anemiya HB 80 q/l təyin olunmuşdur.

C-RZ-ın konsentrasiyasının ÜKX-nın risk amilləri olan və olmayan RA-lı xəstələrdə öyrənilməsi 3 saylı cədvəldə verilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi ÜKX-nın risk amilləri olan seropozitiv forma RA-lı xəstələrdə CRZ-ın konsentrasiyası (20±12 mq/l) ÜKX-nın risk amilsiz RA-lı xəstələrdən (16,4±10,2 mq/l) yüksək olmuşdur ($p<0,05$). Hər iki qrup xəstədə SP forma RA-da CRZ-ın miqdarının ayrı-ayrı aktivlik dərəcələri üzrə miqdarı qruplar üzrə ciddi fərqlənməmişdir (P etibarlı deyil (ed). Hər bir qrup daxilində isə CRZ-ın miqdarı ən yüksək həddini III aktivlik dərəcəsində alır. I qrupda bu rəqəm 22,4±6,4 olmaqla I aktivlik dərəcəsindən (7,2±3,4 mq/l) seçilmişdir ($p<0,01$).

RA-nın davam müddəti ilə C-RZ-nın konsentrasiyası arasındakı əlaqələrə nəzərə yetirsək ÜKX-nın risk amilləri olan RA-lı I qrup xəstələrdə ən yüksək konsentrasiya 1 ilədək xəstəlik müddəti olanlarda müşahidə edilmişdir (26,4±3,4 mq/l). Davam müddəti 5 ildən çox olan I qrup RA-lı xəstələrdə C-RZ-nın konsentrasiyası risk amilsiz II qrupdan ciddi fərqlənmişdir (uyğun olaraq 18,4±3,2 mq/l və 15,4±2,1 mq/l $p<0,05$).

1 ilədək davam müddətli xəstələr arasında CRZ-ın konsentrasiyasının çox olması, bu xəstələrin əvvəllər müalicəyə cəlb olunmadıqlarından irəli gəlir. RA-nı müşayiət edən anemiyanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq CRZ-ın konsentrasiyası məlum olur ki, anemiyanın ağırlıq dərəcəsi yüngüldən ağıra artdıqca artır. I qrup xəstələrdə ağır anemiya zamanı CRZ 22,3±1,7, II qrupda 20,1±2,3 mq/l olmaqla yüngül dərəcəli anemiyadan (12,3±1,4 mq/l və 10,0±1,2 mq/l) ciddi fərqlənmişdir ($p<0,001$). Bu bir daha anemiyanı RA-nın aktivlik dərəcəsinin göstəricisi kimi qəbul etməyə imkan verir. C-RZ-la yanaşı I və II qrup xəstələrdə İMK-nın qalınlığı və aterosklerotik lövhəciklərlə RA-nın forma, aktivlik dərəcəsi, davam müddəti və anemiya arasındakı əlaqələrə fikir verilmişdir. Bu əlaqələr 4 saylı cədvəldə öz əksini tapmışdır.

Cədvəldən aydın görünür ki, ÜKX-nın risk amillərinin üstün olduğu I qrupda İMK-qalınlığı seropozitiv forma RA (0,85±0,24 mm), II aktivlik dərəcəsi (0,84±0,19 mm), 5 ildən çox davam müddəti (1,1±0, 35 mm), orta ağır anemiya (0,95±0,32 mm) ÜKX-nın risk amilləri olmayan II qrup RA-lı xəstələrdən yüksək olmuşdur. Uyğun

Cədvəl 5. C-RZ-ın konsentrasiyası və İMK-nın qalınlığı ilə RA-nın göstəriciləri arasında korrelyativ əlaqələr (r)

RA göstəriciləri	CRZ-ın konsentrasiyası	İMK-nın qalınlığı
Seropozitiv forma RA	+ 0,46	+ 0,41
Seroneqativ forma	+ 0,16	+ 0,14
Aktivlik dərəcəsi		
I	+ 0,09	ed
II	+ 0,34	+ 0,44
III	+ 0,51	+ 0,32
Davam müddəti		
1 ilədək	+ 0,46	+ 0,39
1-5 il	+ 0,16	+ 0,40
5 ildən çox	+ 0,39	+ 0,46
Anemiyanın ağırlığı		
yüngül	+ 0,21	+ 0,32
orta ağır	+ 0,58	+ 0,40
ağır	+ 0,67	+ 0,54

olaraq 0,78±0,23, 0,76±0,21, 0,94±0,32 və 0,84±0,27 mm təşkil etmişdir.

RA-nın davam müddətinin çox, eləcədə ÜKX-nın risk amillərinin mövcudluğu aterogenezə münasibətdə ciddi narahatçılıq doğurur. 3 və 4 saylı cədvəllərin müqayisələri göstərir ki, RA-nın bir sıra göstəriciləri ilə C-RZ-ın konsentrasiyası,eləcədə İMK-nın qalınlığı eyni korrelyativ əlaqəlidir. Bu özünü 5 saylı cədvəldə əyani şəkildə göstərir.

Belə ki, həm C-RZ-ın konsentrasiyası, həm İMK-nın qalınlığı, eləcədə aterosklerotik lövhəciklərin mövcudluğu sistem əlamətləri ilə gedən və ÜKX-nın risk amillərinin mövcud olduğu seropozitiv forma RA-da özünü qabarıq göstərir. Bu bir daha ürək-damar patologiyasının RA-ya qoşulması baxımından SP-formaya xüsusi diqqət yetirilməsini gündəmə gətirir. Aktivlik dərəcəsinə gəlincə CRZ-ın konsentrasiyasının ən yüksək olduğu III dərəcədir ki, bu CRZ-ın yüksək konsentrasiyası ilə RA-nın aktivlik dərəcəsi arasında güclü düz korrelyativ əlaqələrdən xəbər verir.

Davam müddətinə gəlincə İMK-nın ən çox qalınlığı və aterosklerotik lövhələrin (%)-i xəstəliyin 5 ildən çox davam müddətli formalarında daha çox rast gəlmişdir. Bu kateqoriya xəstələrdə CRZ-ın konsentrasiyası daha az olmuşdur. anemiya ilə yuxarıdakı göstəricilərin (C-RZ və İMK-nın qalınlığı) əlaqələrinə nəzər salsaq görərik ki, ağır anemiya CRZ-ın yüksək konsentrasiyası ilə müşayiət olunur. İMK-nın qalınlığı isə orta ağır anemiya ilə korrelyasiya olunur və burada anemiyanın ağırlığı ilə RA-nın aktivlik dərəcəsinin arasındakı düz mütənasiblik anemiyanı RA-nın aktivlik göstəricisi kimi qiymətləndirməyə imkan verir.

Aterosklerotik lövhəciklər cədvəl 4-dən göründüyü kimi I qrup xəstələrin 16 nəfərində (44,4%) aşkar edilmişdir. Bu göstərici ÜKX-nın risk amilləri olmayan II qrupda isə cəmi 33,3% təşkil etmişdir ($p<0,05$).

Bu bir daha ÜKX-nın risk amillərinin RA-nın gedişinə daha da neqativ təsirindən xəbər verir. Həm ÜKX-nın risk amilləri, həm də RA-nın 5 ildən çox davam müddəti olan xəstələrdə aterosklerotik lövhəciklər 56,2%-də təsadüf etmişdir. Bu rəqəm II qrupda uyğun olaraq 41,6%-ə uyğun olmuşdur. Aterosklerotik lövhəciklərin faizlə paylanması hər iki qrupda orta ağır anemiyalı RA zamanı təsadüf olunmuşdur.

Beləliklə C-RZ-ın konsentrasiyası bütün məqamlarda aterogenezi əks etdirmir. İMK qalınlığı və aterosklerotik lövhəciklərlə birgə onun konsentrasiyasının yüksəlməsi ÜKX-nın birincili profilaktikasını zəruri edir. Bütün bunlar aşağıdakı nəticələrə gəlməyə əsas verir.

NƏTİCƏLƏR:

1. C-reaktiv zülalın ən yüksək konsentrasiyası ÜKX-nın risk amilləri müşahidə olunan (I qrup) həm də risk amilsiz (II qrup) RA-lı xəstələrdə seropazitiv formada çox rast gəlmişdir.
2. Hər iki qrup RA-lı xəstələrdə C-RZ-nın ən yüksək konsentrasiyası aktivlik dərəcəsinə görə II aktivlik dərəcəsinə uyğun olmuşdur.
3. RA-nın davam müddəti 1 ilədək olan xəstələrdə C-RZ-nın miqdarı 1-5 il və 5 ildən çox davam müddətli RA-lı xəstələrdən yüksəkliyi ilə fərqlənmişdir.
4. C-reaktiv zülalın konsentrasiyası ilə RA-nı müşayiət edən ağır anemiya arasında güclü, düz və müsbət korrelyativ əlaqələr mövcud olmuşdur.
5. C-reaktiv zülalın konsentrasiyası ilə yuxu arteriyaları intima-media kompleksinin qalınlığı arasındakı müsbət korrelyativ əlaqələr özünü RA-nın seropozitiv forma, II aktivlik dərəcəsi, 5 ildən çox davam müddəti və ağır anemiya hallarında daha çox göstərmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ильина А.Е., Клюквина Н.Г., Е.Н. Александрова, Понкова Т.В., Насонов Е.Л. Атеросклеротическое поражение сосудов при системной красной волчанке у мужчин: связь с концентрацией Ж-реактивного белка. - Тер.архив, 2005, N.6, с. 61-65;

2. Мазуров В.И., Стопов С.В., Зарайский М.И. Иммунологические механизмы в патогенезе коронарного атеросклероза. - Тер. архив, 2005, N.9, с. 24-28;

3. Насонов Е.Л., Панюкова Е.В., Александрова Е.Н. С-реактивный белок - маркер воспаления при атеросклерозе (новые данные).- Кардиология 2002; 42(7):53-62;

4. Параманов А.Д., Моисеев С.В., Фомин В.В., Копелева М.В. и др. Ферритин и другие белки острой фазы при различных формах ишемической болезни сердца. - Клиническая медицина, N.2, 2005, с. 25-29;

5. Чазов Е.И. К вопросу об антитромботической болезни. - Кардиология, 2001; 4:4-7.

6. Cao J.J., Thach C., Manolio T.A. et al. C-reactive protein, carotid intima-media thickness and incidence of ishemic stroke in the elderly. - Circulation, 2003, 108: 166-170;

7. Danesh John, Whincup Peter, et al. Low grade inflammation and coronary heart disease: prospective study and updated meta-analyses. - BMJ, 2000, 321: 199-204;

8. European quidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Third Joint Task Forse of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. - Eur. Heart J. 2003, 24: 1601-1610;

9. Kitas G.D., Erb N. Tackling ischaemic heart disease in rheumatoid arthritis. - Rheumatology, 2003, 42: 607-613;

10. Makita S., Nokamura M., Hiramori K. The association of C-reactive protein levels carotid intima-media complex thickness and plaque formation in the general population. - Stroke, 2005 Oct; 36 (10): 2138-42;

11. Mancini J. Carotid intima-media thickness s a measure of vascular target organ damage. - Curr. Hupertens. Rep., 2000, 2:71-77;

12. Matteo Pirro, MD, Jean Bergerov, MD. Age and duration of follow up as modulators of the risk for ischemic heart disease associated with high plasma C-reactive protein levels in Men. - Arch. İntern Med. 2001, 161: 2474-2480,

13. Ridker P.M., Cushman M., Stampfer M. et al. Plasma concentration of C-reactive protein and risk of developing peripheral vascular disease. - Circulation, 1998: 97: 425-428;

14. Ridker P.M. A simple test to help predict risk of heart attack and stroke. - Circulation, 2003, 108: p.81-85;

15. Ridker Paul M. Prospective Study of C-reactive protein and the risk of future cardiovascular events among apparently Healthy women. - Circulation, 1998, 98: 731-733;

16. Ross R. Atherosclerosis - an inflammatory disease. - N. Engl J. Med., 1999, 340: 115-126;

17. Wang T.J., Nam B.H. Wilson P.W.F. et al. Common carotid intima-media thickness and risk of stroke and myocardial infarction. - Circulation, 1997, 96: 1432-1437;

18. Wang T.J., Nam B-H., Wilson P.W.F. et al. Association of C-reactive protein with carotid atherosclerosis in men and women the Framingham Heart Study Arterioseler. - Thromb. Vas. Biol., 2002, 22: 1662-1667.

SUMMARY

ATHEROSCLEROTIC DISTURBANCES OF CAROTID ARTERIES WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND ITS DEPENDENCE ON CONCENTRATION C-REACTIVE PROTEIN

A.Achunbeyli, N.Zamanov, Z.Aliyeva, R.Gasımova, S.Mamedhasanov

In total 72 patients with rheumatoid arthritis (RA) are surveyed. From them 18 men (25,0 %) and 54 women (75,0 %). Middle age 37,8 ± 10,6 years, duration of disease from 3 months till 32 years (16,4 ± 10,2 year).

Patients are divided into 2 groups: I the group was made by patients with risk factors of coronary heart disease (CHD). II group of patients without risk factors CHD.

It has appeared, that concentration CRP in patients with seropozitive form RA with risk factors CHD were more (20 ± 12 mg/l), than in patients without risk factors CHD (16,4 ± 10,2) r<0,05.

In both groups of patients concentration CRP mainly above in patients in CRP degree of activity RA.

İt has been established, that concentration CRP in patients with duration of disease about one year (26,4 ± 3,4 mg/l) above, (19,3 ± 4,2) than since from above 5 years (18,4 ± 3,2).

Concentration CRP in patients RA increases in process of increase of heavy with accompanying anemia. So, in patients from a severe degree (22,3 ± 1,7 mg/l) easy (12,3 ± 1,4 mg/l) and middle heavy (17,4 ± 2,5 mg/l).

As a result of research in patients RA the direct, strong correllative communication between thickness of intima-media complex of carotid arteries and concentration CRP in blood has been revealed.

Daxil olub: 04.12.2006

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНАЦИИ ГЕПАТОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КАЧЕСТВЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ, НЕ ИМЕЮЩИХ ПРЯМЫХ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Х.Ф.Ахмедбейли, М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева

Центральная больница нефтянников Государственной нефтяной компании Азербайджанской Республики, Центр гепатологии мемориальной клиники Н.Туси, г.Баку

Как известно, при лечении больных хроническими гепатитом В (ХГС) и гепатитом С (ХГС) сегодня оптимальным считается применение препаратов альфа-интерферона в комбинации с ламивудином (при ХГВ) и рибавирином (при ХГС). Однако, вопрос о целесообразности применения такой терапии и ее эффективности у пациентов с умеренно повышенной активностью аминотрансфераз пока не нашел окончательного решения и большинство исследователей рекомендует наблюдать таких больных, постоянно мониторируя у них активность печеночных ферментов в крови [3]. Это ставит перед клиницистом вопрос об оптимальном режиме применения у таких пациентов поддерживающей терапии.

В данном сообщении мы представляем результаты наших наблюдений, отражающих достаточную терапевтическую эффективность комбинированной гепатотропной терапии больных ХГВ и ХГС, не имевших прямых показаний к немедленному проведению противовирусной терапии препаратами альфа-интерферона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. *Под нашим наблюдением, осуществленном на протяжение периода с 2002 г. по 2006 г. находилось 15 больных ХГВ и 27 больных ХГС, предъявлявших жалобы, в основном, на немотивированную слабость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье и периодические диспептические расстройства.*

У всех этих пациентов в момент выставления соответствующих диагнозов активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) была повышена лишь умеренно и не превышала двух "норм". Повышение активности аспартатаминотрансферазы (АсАТ) было отмечено лишь у 9 больных ХГВ и у 11 больных ХГС, причем ни в одном случае этот показатель не превышал 50% от верхней границы диапазона физиологических колебаний этого показателя у здоровых лиц. Умеренное повышение активности сывороточной гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) отмечалось у 3 больных ХГВ и у 16 больных ХГС. Уровень билирубина в крови у всех больных оставался в пределах нормы.

Эти обстоятельства послужили основанием для решения отложить назначение этиотропной комбинированной терапии и попытаться снизить активность патологического процесса в печени путем назначения этим пациентам пробного одномесячного курса комплексной гепатотропной терапии, на фоне рекомендации всем пациентам придерживаться строгой диеты, исключающей жаренную пищу.

С этой целью была использована комбинация трех, перорально принимаемых, таблетированных препаратов с разными механизмом действия: урсофалька, симепара и солкосерила.

Урсофальк назначался в разовой дозе 250 мг дважды в сутки (днем и вечером) в течение месяца. Симепар назначался в по 1 капсуле трижды в сутки в течение месяца. Солкосерил в таблетированной форме больные получали в разовой дозе 200 мг трижды в сутки в течение месяца.

Эффективность такой терапии оценивались не только субъективно, но и объективно по изменению активностей АлАТ, АсАТ и ГГТ, которые определяли через две недели после начала лечения и сразу после завершения лечения, а также спустя 1, 2 и 3 месяца после его окончания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Включая в данную программу три названных препарата, мы руководствовались следующими соображениями.

Урсофальк, наряду с желчегонным действием, способствующим выведению желчных кислот из организма и торможению их всасывания из тонкого кишечника обладает и рядом других свойств. Согласно современным данным, урсодезоксихолевая кислота, являющаяся действующим началом этого препарата, не будучи ксенобиотиком (она содержится в желчи человека), в рекомендуемых терапевтических дозах оказывает многокомпонентное гепатотропное действие и, в том числе, антиапоптотическое (повышающее жизнеспособность гепатоцитов) и мембраностабилизирующее действие, за счет которого просходит уменьшение проницаемости клеточных мембран для низкомолекулярных водорастворимых соединений, транспортируемых путем свободной и обменной диффузии [5]. Кроме того, мы имели определенный пози-

тивный опыт применения урсофалька не только для лечения больных хроническими гепатитами [2], но и в качестве средства для профилактики гепатотоксичности противоопухолевых препаратов [1, 7].

Симепар, фармакологически активными компонентами которого являются силимарин и специфический витаминный комплекс, защищает мембраны печеночных клеток от свободно-радикальных соединений и препятствует их деструкции при гепатотоксических воздействиях на печень, улучшает клеточный обмен, отток лимфы и микроциркуляцию, а также стимулирует синтез рибосомной РНК - основного интермедиата биосинтеза белков, способствующего активации репаративных процессов в печени. Более того, препараты, содержащие силимарин широко и успешно используются в клинической гепатологии [5].

Применение солкосерила мы считали патогенетически обоснованным в силу следующих обстоятельств. Известно, что солкосерил способен угнетать активность прооксидантных веществ и, в том числе, тормозить перекисное окисление липидов клеточных мембран, активизировать функцию антиоксидантных систем гепатоцитов и снижать внутриклеточную концентрацию свободно-радиакальных соединений, а также повышать, особенно в условиях гипоксии, интенсивность утилизации кислорода в тканях и ускорять функциональную регенерацию энзимов [4]. Последнее могло предотвращать развитие в гепатоцитах "оксидативного" взрыва, инициируемого вирусной инфекцией и составляющего один из важных механизмов деструкции инфицированных клеток печени и развития цитолитического синдрома и снижение пула функционально активных гепатоцитов.

Иными словами, включая солкосерил в программу лечения, мы, учитывали важную роль активации перекисного окисления липидов в патогенезе ХГВ и ХГС, а также тот факт, что повышение внутриклеточной концентрации глутатиона и других тиолсодержащих веществ способно тормозить репродукцию вирусов [6]. Именно поэтому, принимая во внимание отмеченные выше биологические свойства солкосерила, мы расчитывали добиться повышения эффективности защиты клеток печени от гепатотоксического действия ксенобиотиков и одновременно стимулировать регенераторные процессы в ее тканях.

Полученные нами результаты подтвердили обоснованность избранного нами подхода к поддерживающей терапии указанных больных.

Так, судя по полученным результатам, уже через две недели лечения у большинства пациентов было отмечено снижение активности сывороточной АлАТ и нормализация активности АсАТ.

После завершения месячного курса приема этих препаратов у 11 (73,3%) больных ХГВ и у 25 (92,6%) больных ХГС были отмечены существенное улучшение самочувствия, а у 9 (60,0%) больных ХГВ и у 23 (85,2%) больных ХГС была отмечена нормализация всех печеночных ферментов.

Лишь у 6 больных ХГВ и у 4 больных ХГС активность АлАТ заметно не снизилась, а сами пациенты продолжали отмечать повышенную утомляемость (особенно, в конце дня) и другие "малые" признаки заболевания. Это послужило основанием для рекомендации этим пациентам пройти обследование с применением пункционной биопсии печени для решения вопроса о целесообразности проведения противовирусной терапии.

Необходимо отметить, что у тех, строго соблюдавших рекомендованную диету, пациентов, у которых сразу после курса поддерживающей терапии была отмечена биохимическая ремиссия, активность АлАТ, АсАТ и ГГТ оставалась ниже верхней границы нормальных значений этих показателей на протяжение всего трехмесяного курса наблюдения. Более того, у абсолютного большинства пациентов, обследовавшихся после завершения указанного срока и раз в год получавших аналогичные курсы поддерживающего лечения нормальное самочувствия и стабильные уровни активности печеночных ферментов сохранялись на протяжение длительного времени (максимальный срок наблюдения - 53 месяца).

Таким образом, полученные нами результаты показали, что применение комбинации трех гепатотропных препаратов в течение месяца в большинстве случаев позволило стабилизировать неактивную фазу ХГВ и ХГС, отказаться от немедленного проведения интерферонотерапии и обеспечить пациентам нормализацию самочувствия и улучшение качества их жизни.

Учитывая вышеизложенное, а также сравнительно невысокую стоимость и широкую доступность названных выше лекарственных препаратов, считаем возможным рекомендавать их комбинированное применение при проведении указанному контингенту больных поддерживающей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Д.А., Гиясбейли С.Р., Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Средство для ослабления токсического действия противоопухолевых препаратов при лечении онкологических больных. - Патент Азербайджанской Республики на изобретение No.I 2006 0051. Приоритет от 29.07.2003. Баку, 2006;

2. Ахмедбейли Х.Ф., Дадашева А.Э., Мамедов М.К. и др. Опыт применения урсодезоксихолевой кислоты в сочетании с альфа-интерфероном при лечении хронического гепатита С. - В кн.: Актуальн. проблемы современной медицины. Баку, 2001, с.188-191;

3. Мамедов М.К., Кадырова А.А.. Интерфероны и их применение в клинической медицине. М.: Крис-

талл, 2005, 288 с.;
4. Николаева А.И., Курбатов Ф.Р., Туманов В.Л. Антиоксидантные свойства ангиопротекторов. - В кн.: Современные направления развития кардиологии. Сб. научн. трудов. Новосибирск, 1999, с.86-97;
5. Оковитый С.В., Шуленин С.Н. Клиническая фармакология гепатопротекторов. СПб.: Изд-вл ВМА, 2006, 80 с.;
6. Ciriolo M., Palamara A., Incerpi S. et al. Loss of GSH, oxidative stress and decrease of intracellular pH as sequential steps in viral infection. - J. Biol. Chem., 1997, v.272, p.2700-2708.
7. Mamedov M.K., Dadasheva A.E., Kadyrova A.A. Ursodeoxycholic acid application for the prevention of different types side-effects of chemotherapy at Non-Hodgkin's lymphomas patients. - In: Abstr. Int. Falk Symp. 157. Chronic hepatitis: metabolic, cholestatic, viral and autoimmune. Freiburg, 2006, p.125.

SUMMARY

APPLICATION OF HEPATOTROPIC DRUGS COMBINATION AS A SUPPORTIVE TREATMENT OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS PATIENTS HAD NO DIRECT INDICATIONS TO ANTIVIRAL THERAPY

Kh.Akhmedbeylee, M.Mamedov, A.Dadasheva

The authors presented their own clinical experience reflected therapeutical effectivity of combined application ursofalk, simepar and solcoseryl in supportive hepatotropic treatment of patients had no immediate antiviral therapy with interferons.

Daxil olub: 05.12.2006

QARACİYƏRİN RESİDİV VƏ REZİDUAL EXİNOKOKKOZUNUN PROFİLAKTİKASININ MÜASİR ASPEKTLƏRİ

E.Y.Bababəyli

Naxçıvan Respublika Xəstəxanası M.A.Bağırov adına
Naxçıvan Cərrahiyyə Mərkəzi, Naxçıvan ş.

Exinokokkoz ümumdünya səhiyyəsinin ciddi problemlərindən biri olan epidemik, regional parazitar tibbi-sosial xəstəlikdir. Hər bir cərrahi xəstəlik kimi, qaraciyər exinokokkozunun da müalicəsinin effektivliyi exinokokkoektomiyanın yaxın və uzaq nəticələrinin qiymətləndirilməsi əsasında verilir. Exinokokkozun müalicəsində əldə olunan nailiyyətələrə baxmayaraq onun residivinə müxtəlif müəlliflərə görə 3,2-22,3% (5-25%) arasında rast gəlinir [5, 2, 7, 8]. Residiv və rezidual exinokokkozun profilaktikasının müasir aspektləri haqqında araşdırmalar aparmağı qarşıya məqsəd qoymuşuq.

MATERİAL VƏ ÜSULLAR. Tədqiqat işində M.A.Bağırov adına Naxçıvan Cərrahiyyə Mərkəzində 1996-2006-ci illərdə qaraciyərin exinokokkozu diaqnozu ilə cərrahi əməliyyata məruz qalmış 127 xəstənin müalicəsinin nəticələri araşdırılmışdır. Xəstələrin böyük əksəriyyəti 96 (75,6%) xəstə yüksək əmək qabiliyyətli yaşda (21-60) olmuşdur ki, bu da problemin sosial əhəmiyyətini göstərir. Qadınlar 87 (68,5), kişilər 40 (31,5%) təşkil etmişdir. Qadınlar kişilərə nisbətən 2,2 dəfə çox olmuşdur. Exinokokk sistinin qaraciyərdə yerləşməsinə görə sağ payda 74 (58,3%), sol payda 37 (29,1%) və hər iki payda 16 (12,6%) xəstədə rast gəlinmişdir. Təksaylı 78 (61,4%), çoxsaylı 35 (27,5%), müştərək 14 (11,1%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Sistlərin diametrinə görə d=5sm-ə qədər olan 17 (13,4%), d=5-10sm arasında 76 (59,8%), d=10sm çox 34 (26,8%) xəstədə müşahidə edilmişdir.

Residiv və rezidual exinokokkoz ehtimalını aradan qaldırmaq məqsədi ilə əməliyyatdaxili müayinə (USM, KT) və proseduralardan (ultrasəs kavitasiyası, plazma texnologiyası lazer və ozonoterapiya və s.) geniş istifadə olunmaqdadır. Həqiqi residiv dedikdə, exinokokkoza görə əməliyyata məruz qalmış və sağalmış hesab edilənlərin təkrari parazitə yoluxması nəzərdə tutulur. Rezidual exinokokkoz birinci əməliyyat dövründə kiçik sistlərin vizual müayinə üsulları ilə aşkarlana bilməyən parazit rüşeymlərinin sonradan inkişaf tapması nəticəsində baş verir. Ədəbiyyatda "residiv, rezidual və implantasion", "həqiqi yalançı residiv", "birincili, təkrari, "əməliyyatdaxili səbəb-

lərlə əlaqəli residiv" və s. ifadələrlə qeyd olunur [4, 6, 8]. Residiv və rezidual exinokokkozun əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrlərdə inkişaf etməsi aşağıdakı amillərlə əlaqələndirilir:

1. Əməliyyata qədər ki, dövrdə exinokokk sistinin tamlığının pozulması, perforasiyası, qarın və döş boşluğuna, öd yoluna açılması və s.;
2. Birincili exinokokkozun qeyri mükəmməl diqanostikası;
3. Əməliyyatönü və ə/daxili kobud buraxılan səhvlər (cərrahi kəsiyin, taktikanın və sist boşluğunun ləğvinin düzgün qiymətləndirilməməsi və s.);
4. A(anti)parazitar prinsiplərin pozulması;
5. Sistin əməliyyatdaxili disseminasiyası (sistləri-metastatik, implontansion, digər üzv və toxumalara dağılması və s.);
6. Təkrar yoluxma (reinvaziv sistlər).

Residiv exinokokkozunun diaqnostikasında məlum labarotor, seroloji və instrumental müayinələrdən istifadə olunur. Qanın ümumi analizi, qeyri-düz hemoaqlütenosiya reaksiyası (QHAR), lateksaqlütenasiya reaksiyası (LAR), geldə ikiqat diffuziya reaksiyası (GİDR), immunoferment analizi reaksiyası (İFAR), rentgen, USM, KT, NMRT və s. aiddir.

Serorloji reaksiyalardan sonra müxtəlif növ ağırlaşmalar (anaflaktik şok) olduğuna görə son zamanlar bu üsuldan az istifadə edilir. Həmçinin əməliyyatdan sonra 5-15 il ərzində, həmin reaksiyalar "yalançı müsbət" ola bilər. Ona görə də residivlərin diaqnostikasında bu müayinənin əhəmiyyəti çox azdır. QHAR-RE-da 70-75%; QHAR və GİDR birgə analizi birincili exinokokkozlarda 80-85% halda düzgün diaqnoz qoymağa imkan verir. GİDR-RE-da 2,5-3,5% halda yalançı müsbət olmasına rast gəlinir. İFAR-BE-da informativliyi 90-95%-dır. Belə ki, kifayət qədər düzgün nəticə parazitin ikinci (ölmüş parazit) və üçüncü (ağırlaşmış) mərhələsində alınır [3, 5, 6, 8].

Qaraciyər exinokokkozunda USM-in yüksək informasiyalı (91,2-96,8%) olduğunu nəzərə alaraq əksər xəstələrdə aparılmışdır. Residiv və rezidual exinokokkozun profilaktikası məqsədilə bizim təcrübəmizdə 14 xəstədə əməliyyatdaxili USM tətbiq olunmuşdur [5, 1, 2].

Radioizotop müayinəsi exinokokk sistlərini qeyri parazitar sistlərdən, bəd, xoş xassəli şişlərdən differensasiya etmək çətinliyi olmasına baxmayaraq, metodun üstünlüyü onun qeyri-invazivliyində və qaraciyərin normal payseqment sahələrində parenximanın funksiyası haqqında dürüst məlumat verir.

KT-nın yüksək informativliyi, diaqnostik dəqiqliyi residiv və rezidual exinokokkozun profilaktikasında əvəzolunmaz müayinə üsuludur. KT müayinəsi yalnız diaqnozu dəqiqləşdirmir həmçinin sistin hansı inkişaf dövründə olmasını göstərməklə, yaxın və uzaq nəticələrin düzgün qiymətləndirilməsinə əsas verir.

NMRT qaraciyərin çoxsaylı, ağırlaşmış, residiv və rezidual exinokokkozunda əvəzolunmaz metoddur. Parenximadaxili, diafraqmaaltı VII-VIII seqmentləri səviyyəsində yerləşmiş sistləri aşkar etmək mümkündür.

Hal-hazırda, əməliyyat zamanı ən çox istifadə olunan hermisid preparatlar-spirt (70-96%), xörək duzunun hipertonik məhlulu (15-30%), yodfiksanalın 1%-lı məhlulu, xlorheksidinin spirtdə məhlulu (0,5-1%), hidrogen peroksid (3%) və s.-dir.

Son zamanlar dünyanın bir çox aparıcı klinikalarında qliserinin 80-100%-li və sitrimidinin 2-10%-li məhlullarından, istifadə olunur. Son onilliklərdə təklif olunmuş termiki təsir, plazma texnologiyası, aşağı tezlikli ultrasəs, lazer fotokoaqulyasiyası, fokusu dəyişdirilmiş lazer və ozonoterapiya kimi fiziki agentlər hələlik kifayət qədər geniş tətbiqini tapmamışdır. Bu metodlar bir çox müəlliflər tərəfindən antiparazitar təsirindən daha çox, kiçik qan damarlarının və öd axarlarının koaqulyasiyası üçün istifadə olunur. Belə tədbirlərin tətbiqi qalıq boşluğa qanaxmaların və öd sızmalarının, eləcə də irinləmənin inkişafının qarşısını alır, belə ki, əmələ gəlmiş infeksiyaya qarşı bioloji baryerə çevrilir [5, 1, 6, 8].

Residiv və rezidual exinokokkozunun inkişafının profilaktikası məqsədi ilə son illər "UZOR" və "ORİON" lazer portativ aparatlarından geniş istifadə olunmaqdadır. Şüalandırma 1500 Hs tezlikdə, 6-10 Vt , 5 dəqiqə müddətində, 2-3 sm məsa-fədən həyata keçirilir. Əməliyyatdan sonrakı şüalandırma 7-10 seansla drenaj borunun içərisindən xüsusi işıq ötürücü vasitəsi ilə aparılır.

Exinokokkoektomiyalardan sonra xəstələrin 5-10%-də qalıq boşluğunda qeyri-parazitar sistlər əmələ gəlir. Qalıq boşluğunun ləğvi üsulları məsələsi mübahisəli olaraq qalır və hazırkı vaxta qədər də birmənalı həllini tapmamışdır. O.B.Milonov s. soavt təsnifatına əsasən sistin xaric edilməsindən sonra qalıq boşluğun ləğvi üçün xarici drennləşdirmə, kapitonaj, piyliklə tamponada, kleyləmə və s. müştərək üsullar tətbiq oluna bilər. Perisist boşluğunun irinləməsi və biliar fistulaların əmələ gəlməsi, xaric edilmiş sistin yerində qaraciyərin qeyri-parazitar sistlərinin formalaşmasına şərait yaradır. Məsələn, A.N. Perxurovun məlumatlarına əsasən əməliyyat zamanı plazma texnologiyasının tətbiqi əməliyyatdan sonrakı residiv və ağırlaşmaların 2 dəfə, letallığı isə 2,6 dəfə azalmasına səbəb olmuşdur. Analoji məlumatları F.Q. Nazırov s soavt. təqdim etmiş və göstərmişdilər ki, fiziki metodlarla qalıq boşluğun işlənməsi, ənənəvi üsullarla müqayisə etdikdə fəsadların rastgəlmə tezliyinin 3,8-7,8 dəfə azaltmağa imkan vermişdir [1, 8].

Residiv sistlərin müalicəsi üçün biz öz təcrübəmizdə cərrahi əməliyyatlarla yanaşı USM və KT nəzarəti altın-

da qalıq boşluğun punksiyası-aspirasiyası, drennləşdirilməsi və irriqasiyası metodu işləyib hazırlamışıq. İrriqasiyası müddəti antibakterial terapiyanın, proteolitik fermentlərin, antiparazitar preparatların tətbiqindən geniş istifadə edirik [5, 1].

Residiv və rezidual qaraciyər exinokokkozunun profilaktikası aşağıdakı tədbirlərdən ibarət olmalıdır.

1. Exinokokkozun topik diaqnostikasını (say, növ, inkişafını və s.) aparmaq;
2. Cərrahi taktikanın, əməliyyatın xarakterini və həcmini düzgün qiymətləndirmək;
3. Exinokokk sisitinin həcm və tutumunun məlum düsturla əməliyyatönü dəqiqləşdirmək, bununlda işlədiləcək antiparazitar məhlulun növünün və miqdarının təyini;
4. Əməliyyatdaxili USM və KT-nın tətbiqi;
5. Əməliyyat dövrü a(anti)parazitar və a(anti)septik prinsiplərə ciddi riayət edilməsi;
6. Əməliyyatönü və əməliyyatdan sonra kimyaterapiyanın tədbiqi;
7. Fiziki agentlərdən (yüksək-aşağı temperaturadan, plazma texnolagiyası, ultrasəs kavitasiyası və s.)
8. Fibroz boşluğun əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı lazer və ozonoterapiyası terapiyası;
9. Çoxsaylı və müştərək exinokokkozda texniki çətinlik olarsa mərhələli müalicə üsulu seçilməlidir;
10. Əməliyyata məruz qalmış xəstələri 3-8 il ərzində ciddi nəzarətdə saxlamaqla, mütəmadi olaraq azı ildə bir dəfə yoxlanılmalıdır (laborator, seroloji analizlər, şüa müayinələri və s.).

Qaraciyər exinokokkozunun cərahi müalicəsində mövcud klassik diaqnostika və müalicə metodları ilə yanaşı müasir üsullardan istifadə etməklə, müalicə effektinin yüksədilməsinə, residiv, ağırlaşmaların bir neçə dəfə azalmasına, letallığın aradan qaldırılmasına nail olmaq olar.

ƏDƏBİYYAT

1. **Bababəyli E.Y. Qaraiyərin residiv exinokokkozunun proflaktikası və cərrahi müalicəsinin bəzi məsələləri haqqında. - Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri. Bakı, 2002, s.163-168;**
2. **Bababəyli E.Y. Fəsadlaşmış qaraciyər exnokokkozunun cərrahi müalicəsi. - Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri, Elmi sərələr toplusu. Bakı, 2004, s.634-638;**
3. Ахмедов И.Г., Могамедов А.Г., Нестеров М-З.И. Диагностические аспекты профилактики рецидивного и резидуального эхинококкоза. - Cərrahiyyə, 2005, N.1, c.78-82;
4. Бабабейли Э.Ю. Хирургическое лечение рецидивного и резидуального эхинококкоза органов брюшной полости. - Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана. Баку, 2001, с.609-613;
5. Бабабейли Э.Ю., Джейранов Ф.Дж., Джафаров Дж.Г., Мамедов М.М. К определению понятия осложенный и рецидивный эхинококкох печени. - **Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri, Elmi əsərlər toplusu.** Bakı, 2004, c.165-169;
6. Вафин А.З. Хирургическое лечение рецидивного и резидуального эхинококкоза. - Хирургия, 1980, N.1, c.73-78;
7. Гилевич Ю.С., Вафин А.З., Гилевич М.Ю. К определению понятия "рецидив эхинококкоза". - Хирургия, 1984, N.4, c.71-73;
8. Русаков В.И., Гилевич М.Ю. Некоторые проблемы рецидивов эхинококковой болезни. Диагностика и лечение эхинококковой болезни. - Сборник научных трудов. Ставрополь, 1983, с.179-190.

SUMMARY

MODERN ASPECT OF THE RECIDIVE AND RESIDUAL ECHINOCOCCUS OF LIVER

E.Bababayli

The main aspect of the research work is the scientific analysis of 127 patients who have been operated on the echinococcus of liver and its result as well. Majority of the patients operated on the echinococcus of liver are able-bodied people from 21 to 61 years old and it reflects the main social-medical meaning of the problem. Despite of progressing development of surgery, the diagnosis, treatment and prevention of recurrent echinococcosis of liver are still as issues. The researches made by author are mainly directed to the correct choice of parasitic and ant parasitic methods, as well as preventing intraoperative dissemination and choosing more radical operation tactics.

Daxil olub: 06.12.2006

ЗНАЧЕНИЕ АПОПТОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ, ВЫЗВАННЫХ ГЕПАТОТРОПНЫМИ ВИРУСАМИ

А.Э.Дадашева, М.К.Мамедов

Отделение биомедицины Международной экоэнергетической академии, г.Баку

Апоптоз, под которым в настоящее время понимается высокорегулируемая форма генетически запрограммированной смерти клетки с развитием характерных для нее морфологических и биохимических признаков, будучи процессом, альтернативным по направленности делению клеток и обеспечивая своевременное и биологически целесообразное удаления "нежелательных" (старых, мутировавших или сублетально поврежденных) для организма клеток, является одним из ведущих механизмов обеспечения структурного гомоеостаза [3, 5].

Апоптоз играет важнейшую роль как в физиологических, так и в патологических условиях, а его подавление, равно как и неадекватное усиление апоптоза ведет к патологическим изменениям органов и тканей. Если, избыточная активация апоптоза приводит к деструкции тканей, то ослабление интенстивности апоптоза может выступать как один из важнейших факторов канцерогенеза [4].

Несмотря на то, что появление в ткани печени телец Каунсильмена (эозинофильных образований, часто содержащих пикнотичное ядро), представляющих собой не что иное, как гепатоциты в состоянии апоптоза за много лет до идентификации апоптоза, как такового, считалось характерным гистологическим признаком вирусных гепатитов, патогенетическое значение апоптоза при этих заболеваниях оставалось неясным. Лишь за последнее десятилетие выяснилось, что апоптоз играет важную роль в патогенезе и, в первую очередь, хронических вирусных гепатититов.

О том, что в большинстве случаев хронического поражения печени, в том числе, при инфекциях, вызванных вирусами гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС), основным механизмом гибели клеток служит апоптоз, косвенно свидетельствуют две морфологические особенности этих инфекций. Во-первых, в ткани печени, в отличии от многих других органов, выявляются лишь участки печеночной дольки, замещенные мононуклеарными инфильтратами и практически отсутствуют некротизированные гепатоциты. Во-вторых, морфологические признаки стереотипной воспалительной реакции на некроз при хронических гепатитах (кроме алкогольного) отличаются от таковой отсутствием в зоне деструкции гепатоцитов полиморфноядерных лейкоцитов.

Здесь уместно кратко охарактеризовать механизмы апоптоза гепатоцитов в условиях инфекций, вызванных ВГВ и ВГС.

Начало апоптоза гепатоцитов знаменуется лиганд-рецепторным взаимодействием с участием Fas-рецептора (Fas-R или APO1/CD95), рецепторов фактора некроза опухоли (TNF-R1 и TNF-R2), "рецептора смерти-3" (DR-3) и др. [7].

Fas-R не только экспрессируется в печени на мембранах гепатоцитов, холангиоцитов, звездчатых ретикулоэндотелиоцитов и клеток Купфера, но и существует в растворимой форме. Последняя, вероятно, служит для связывания Fas-лиганда (Fas-L) как на CD8+цитотоксических лимфоцитах и естественных киллерных клетках (ЕКК), так и на Th1-лимфоцитах, которые также могут проявлять цитотоксическую активность. Связывание же Fas-L растворимым Fas-R уменьшает повреждение печени цитотоксическими иммунными клетками.

Экспрессия Fas-R на мембране гепатоцитов индуцируется рядом провоспалительных цитокинов - интерлейкинов 1, 2, 6, гамма-интерферона (г-ИФН), фактора некроза опухоли альфа (ФНО) и др. Иначе говоря, воспаление любой природы может способствовать Fas-R-зависимому повреждению печени. Более того, цитокины стимулируют увеличение количества молекул Fas-L на Т-лимфоцитах и ЕКК.

Связывание Fas-R ведет к его олигомеризации и активации адапторного белка FADD (Fas accociated death domain), что в свою очередь вызывает активацию специфического протеолитического фермента каспазы 8; этот ступенчатый процесс представляет собой основной механизм инициации как физиологического, так и патологического апоптоза клеток печени.

На этом этапе дальнейшее развитие апоптоза может быть заблокировано активацией ряда факторов, таких как I-FLICE (эндогенная доминантно-негативная форма каспазы-8), bcl-2 и так называемые, X-связанные ингибиторы апоптоза [8].

Внутриклеточный домен TNF-R1 также интенсивно экспрессируется на гепатоцитах и клетках Куп-

фера. Его экспрессия резко повышается при гепатите любой этиологии (вирусный, алкогольный, аутоиммунный и др.). Известно, что HBx-протеин ВГВ и Core-белок ВГС сенсибилизируют культуру гепатоцитов к ФНО-индуцированной цитотоксичности. Персистенция ВГВ и ВГС также сенсибилизирует гепатоциты к ФНО-опосредованному апоптозу.

Апоптоз, индуцированный связыванием TNF-a с TNF-R1, подобно взаимодействию Fas-R - Fas-L, требует олигомеризации рецептора и может осуществляться через путь FADD - каспаза 8, а также сходный с ним белок TRADD. Интересно, что гиперэкспрессия TRADD ведет не только к запуску процессов апоптоза, но и к активации ядерного фактора NFkB, предотвращающего ФНО-индуцированную гибель клетки.

Отметим, что даже в здоровой печени ЕКК и CD8+лимфоциты печеночных синусоидов содержат больше интерлейкинов 15, 18, ФНО и г-ИФН по сравнению с периферическими клетками, что свидетельствует о повышенной готовности к осуществлению апоптоза гепатоцитов в случае возникновения их изменений, в том числе, при инфицировании вирусом. Экспрессия Fas-R существенно повышена на мембране гепатоцитов, инфицированных ВГВ и ВГС, и тесно коррелирует с их гистологической активностью.

При вирусных гепатитах апоптоз может быть результатом прямого воздействия вируса, а также опосредованным иммунной реакцией.

Запуск апоптоза при проникновении в гепатоцит вируса следует рассматривать как своего рода защитный механизм - "в интересах" вируса - подавить апоптоз и сохранить клетки жизнеспособными, а значит и пермиссивными для репродукции вирусов. И действительно, некоторые кодируемые вирусами белки обладают антиапоптозной активностью, которая осуществляется подавлением функции проапоптогенного белка p53, инактивацией каспаз, а также усиленной экспрессией мощного ингибитора апоптоза bcl-2 (последний в норме обнаружен в печени только в эпителии желчных протоков, постоянно контактирующих с желчью, но не в гепатоцитах [1].

Однако чаще причиной апоптоза при инфекции гепатотропными вирусами служит не прямое цитотоксическое действие вируса, а иммунная реакция ЕКК и Т-лимфоцитов на его антигены, расположенные на поверхности инфицированных гепатоцитов. Т-лимфоциты могут вызывать апоптоз в клетках печени двумя путями.

Первый путь реализуется за счет выброса из Т-клеток перфорина, который образует "поры" в плазматических мембранах гепатоцитов. Через них в клетки проникают гранзимы - протеазы Т-лимфоцитарных гранул, вызывающие расщепление ряда внутриклеточных ферментов, в том числе каспаз, запускающих апоптозный каскад.

Второй путь осуществления апоптоза под воздействием активированных Т-лимфоцитов связан с рассматривавшимся выше взаимодействием Fas-R - Fas-L. Уже упоминалось, Fas-R усиленно экспрессируется на мембране инфицированных гепатотропными вирусами гепатоцитов, но особенно часто их обнаруживают на гепатоцитах, окруженных лимфоцитами на границе ступенчатого некроза и паренхимы [2].

В свою очередь, на соответствующих лимфоцитах выявляется повышенная экспрессия Fas-L. О связи экспрессии Fas и последующего апоптоза с действием вируса гепатита С свидетельствует и то, что после успешного лечения а-интерфероном количество Fas-положительных клеток резко уменьшается и коррелирует как со снижением активности трансаминаз, так и с уменьшением выраженности портальной и лобулярной лимфоидной инфильтрации ткани печени. Наконец, продуцируемый преимущественно макрофагами в избыточных количествах ФНО - цитокин с наиболее выраженным проапоптогенным действием, также ведет к апоптозу клеток путем взаимодействия с соответствующим рецептором.

Понимание механизмов, ведущих к апоптозу клеток печени, в том числе при хроническом вирусном гепатите, позволяет не только углубить представления о патогенезе названных выше инфекций. Оно может послужит теоретической базой для оптимизации стратегии и тактики этиотропного и патогенетического лечения хронических вирусных гепатитов. В частности, представления о причинах апоптоза гепатоцитов побуждают изыскания в области разработки новых методов терапии, уменьшающих избыточную гибель гепатоцитов и, в частности, поиск эффективных ингибиторов "проксимальных" каспаз. И, наконец, эти представления, позволяя трактовать причину низкой корреляции между активностью сывороточных аминотрансфераз, вирусной нагрузкой и интенсивностью апоптоза гепатоцитов (а значит и, выраженностью гистологических изменений в ткани печени) [6], дает основание для дальнейших поисков путей повышения эффективности отбора пациентов, подлежащих этиотропной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И. Апоптоз и патология печени. - Российск. Ж. гастроэнтерол., гепатологии и колопроктол., 1998, N.2, с.136-140;

2. Буеверов А.О., Тихонина Е.В., Москалева Е.Ю. и др. Апоптоз периферических лейкоцитов при хронических вирусных гепатитах. - Там же, 2000, N.6. с.30-33;

3. Введение в молекулярную медицину. Под ред. М.А.Пальцева. М.: Медицина, 2004, с.414-444;
4. Мамедов М.К. Концепция тканевого гомеостаза и развитие взглядов на патологию.- Азерб. Ж. онкологии, 2006, N.2, с.114-124.
5. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Современные представления о гомеостазе. - Там же, 2003, N.2, с.129-138;
6. Calabrese F., Pontisso P., Pettenazzo E. Liver cell apoptosis in chronic hepatitis C correlates with histological but not biochemical activity or serum HCV-RNA levels. - Hepatology, 2000, v.31, p.1153-1159;
7. Faubion W., Gores G. Death receptors in liver biology and pathobiology. - Ibid., 1999, v.29, p.1-4;
8. Jonsson J., Edwards-Smith C., Catania S. et al. Expression of cytokines and factors modulating apoptosis by human sinusoidal leucocytes.- J. Hepatol., 2000, v.32, p.392-398.

SUMMARY

SIGNIFICANCE OF APOPOSIS AT CHRONIC INFECTIONS CAUSED BY HEPATOTROPIC VIRUSES

A.Dadasheva, M.Mamedov

The paper contains brief information characterized the significance of apoptosis in pathogenesis chronic viral hepatitis and the theoretical base for researches dedicated creation of new method of these infections therapy.

Daxil olub: 06.12.2006

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ РАСПЫЛИТЕЛЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Л.В.Али-заде

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

В 1999 году в Женеве стартовала всемирная программа "Ликвидация устранимой слепоты в мире. Зрение 2020". По данным ВОЗ - в мире 45 млн. слепых, до 80% случаев можно предупредить или излечить.

Воспаление роговицы составляет 25% всей глазной патологии. Трудности лечения связаны с ростом резистентных возбудителей, ростом более чем в 2 раза удельного веса грамотрицательных бактерий, ведущих к бурному разрушению стромы, увеличения герпетического поражения - более 60% случаев роговичной слепоты, а также смешанной инфекции и иммунодефицита. Как предупредить тяжелые последствия, осложнения, рецидивы? Необходимы минимальное общее и максимальное местное противовоспалительные действия, новые пути введения лекарственных средств.

Для практического применения предлагается ультразвуковой распылитель лекарственных препаратов, разработанный на основе соответствующих экспериментально-клинических исследований.

Известно, что НЧУЗ подавляет жизнеспособность патогенной флоры, предупреждая генерализацию бактериальной инфекции [1, 2]. Одна из причин -механическое разрушение бактериальных клеток (у синегнойной палочки (Bact. pyocyaneum) и клепсиеллы клеточная стенка тоньше, чем у грам+ стафилакокка). Поэтому НЧУЗ лучше действует на грам- бактерии [1].

НЧУЗ стимулирует имунный статус [6]. НЧУЗ является физическим фактором лимфостимуляции [7]. Водорастворимые лекарственные препараты (л.п.) под действием НЧУЗ (20-70 кГЦ) амплитуда 40-60 мкм образуют аэрозоль, которая увеличивает площадь соприкосновения л.п. с поврежденными тканями (лечебное действие аэрозолей также известно). Мелкие частички аэрозолированого л.п. кумулируют энергию УЗ волн и превращаются в мельчайшие энергоносители. Л.п. активизируются и приобретают дополнительный лечебный эффект [4]. НЧУЗ применяется для стимуляции дренажной системы глаза и является физиотерапевтическим лечением открытоугольной глаукомы [3, 5, 8].

Установлено, что под влиянием НЧУЗ происходит своеобразный массаж (микромассаж) тканевых элементов, способствующих лучшему обмену веществ, ускорению репаративных процессов, образованию

молодого коллагена, нормализации лимфообразования, облегчению проникновения лекарстваенных веществ в ткани, обработанные НЧУЗом [4].

Клинический эффект обусловлен совокупностью действия лекарственного препарата и НЧУЗ. В качестве лекарственного препарата могут применяться водорастворимые антибиотики, сульфаниламиды, антисептики, антивирусные препараты, препараты ускоряющие эпителизацию, улучшающие метаболизм и т.д. [5, 8]. Данный метод уже успешно применяется в хирургии, травматологии, отоларингологии, стоматологии, гинекологии.

Нашей целью было изучить влияние данного метода на структуры глаза, выработать режим работы аппарата. Это позволило нам применить данный метод в лечении кератитов различной этиологии. Для оценки иммунного статуса у пациентов в процессе лечениями исследовались полиморфноядерные лейкоциты периферической крови.

Используя 30 кроликов в эксперименте, обрабатывали глаза одной группы НЧУЗом, другой группы - аэрозолированной НЧУЗом дистилированой водой. Мы подбирали и определяли режим воздействия и изучили влияние данного метода на структуры глазного яблока.

Итак, при использовании данного метода изменения в структурах глаза при световой микроскопии не обнаружены. Однако, при гистохимических и морфологических исследованиях роговицы экспериментальных животных выявлено, что воздействие более 28-35 суток приводит к обратимым дистрофическим изменениям со стороны эпителия. Не наблюдалось деструкции компонентов роговицы даже после 4-5 недельного воздействия с различных дистанций и при различной разовой экспозиции.

Выработан режим: оптимальная дистанция (аппарат-роговица) 30-50мм,длительность одноразового воздействия - от 30 до 90 секунд, общее количество ультразвуковых процедур (в зависимости от клинического проявления заболевания) 1 или 2 в сутки, 10-20 дней.

Экспериментально выявлено: использованные параметры стимулируют синтез гликозоаминогликанов, обуславливающих прозрачность роговицы. НЧУЗ стимулирует пластические процессы в роговице и энергообразование в ее эпителиальных клетках на уровне их митохондрального дыхания, следовательно, усиливает и регенераторные свойства этих клеток.

2 этап эксперимента: создание экспериментального бактериального кератита - 9 кроликов (18 глаз) и 5 кроликов (10 глаз) составили контрольную группу. Через 24 часа экспериментальным животным стали аэрозолировать гентамицин - антибиотик широкого сектора действия. В контрольной группе - инсцилляции гентамицина. Проводили микробиологические исследования мазков, изучали степень тяжести кератитов. Критериями эффективности служили исчезновение гноеотделения, отечности роговицы, эпителизация роговицы, гиперемия конъюнктивы. Клиническое выздоровление отмечалось при исчезновении всех клинических симптомов воспаления. К концу первой недели у животных, озвученных НЧУЗ, наблюдалось стихание воспалительного процесса и регенерация, тогда как у животных контрольных групп к концу первой недели оставалась выраженная воспалительная реакция. Роговица продолжала оставаться отечной, конъюнктива гиперемированой. Клиническое выздоровление при озвучивании НЧУЗом отмечалось на 4-6 дней раньше, чем в контрольной группе. Бактериальная обсемененность уменьшается на 2-6 порядков, в контрольной - на 1-2 порядка, то есть НЧУЗ оказывает бактерицидное, бактериостатическое действие.

3 этап: при лечении 75 больных с различными формами кератитов вышеописанным методом (патент №970040 от 15.07.1997), с первых же сеансов субъективно отмечалось улучшение, воспаление купировалось быстрее, осложнения наблюдались реже, тяжесть осложнений намного уменьшилась. Больные отмечали частичный анестезирующий эффект от примененного метода. НЧУЗ также повышает проницаемость роговицы и лекарственные препараты используются в меньших концентрациях. Особо эффективным НЧУЗ оказался при лечении гнойных язв роговицы.

В процессе лечения НЧУЗом, нами исследовались полиморфноядерные лейкоциты (ПМЯЛ) периферической крови больных кератитами (до, в середине и после лечения). Эти клетки играют первостепенную роль в процессах иммунного воспаления, повреждения тканей, а также фагоцитоза. Среди иммуноцитов, обусловливающих немедленную реализацию имунного ответа на локальный воспалительный процесс, наиболее многочисленными являются нейтрофильные лейкоциты - клетки-предшественники микрофагов.

Итак, лекарственные препараты, аэрозолированные НЧУЗом, способствуют коррекции иммунных показателей по состоянию лизомального аппарата клеток микрофогальной системы организма.

Качество лечения различных больных отличалось, оно зависело от этиологии кератита, возраста больных, времени начала лечения, исходного иммунного статуса, сопутствующих осложнений, однако, в процессе лечения, у всех отмечалась стимуляция иммунного ответа. При лечении осложнений наблюдалось, что имеющиеся бельма в процессе озвучивания НЧУЗом становятся нежнее. Быстрое купирование воспалительного процесса и предупреждение осложнений позволяло максимально сохранять прозрачность роговицы, а значит и высокую остроту зрения (НЧУЗ регулирует содержание гликозоаминогликанов в клетках роговицы, что способствует сохранению ее прозрачности).

Преимуществами данного метода - аэрозолирования низкочастотным ультразвуком (НЧУЗ) водорастворимых лекарственных препаратов - является также то, что процедуру больному проводят сидя, анестезия не требуется. Аппарат легок и удобен. Данный метод рекомендован к применению в амбулаторных и клинических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиханова Л.Т, Изучение влияния ультразвука на морфологические и биологические свойства некоторых возбудителей гнойно-воспалительных процессов: Автореф. канд. дисс., Баку, 1990, 23с.;

2. Батманов Б.Е., Антонов А.А., Талал Хабуш и др. Применение низкочастотного ультразвука в предоперационной подготовке коньюнктивальной полости - Вест.офтальмологиию, 1991, т.107, N.6, с.21-23;

3. Должич Г.И., По применению низкочастотного ультразвука в терапии глаукомы - Вест. Офтальмологии, т.103, N.3, 1987, с.5-7;

4. Горкмазов Б.М., Мехтиев Д.Ф., Алинагиев С.Н. и др.Новое применение НЧУЗ в хирургии, травматологии, дерматологии, отоларингологии и стоматологии при лечении гнойных ран и воспалительных заболеваний. - Методические указания, Баку, 1990, 20 с.;

5. Кодзов М.Б., Малютина Г.Д.Ультразвук в офтальмологии. - Вест офтальмологии, т.116, N.5, с.21-24;

6. Сологуб Е.Н., Синякина Л.П.. Москаленко Е.П.. Возможность использования НЧ для коррекции имунодефицитных состояний. - Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физ. культуры, 1991, N.1, с.44-49;

7. Субботина И.Н., Влияние НЧ на ткани глаза и возможность его применения в офтальмохирургии. Дис.канд.мед.наук., М., 1971;

8. Фридман Ф.Е., Гундорова Р.А., Кодзов М.Б.,Ультразвук в офтальмологии. - М.:Медицина, 1989, 256 с.

SUMMARY

ULTRASOUND SPRAYER DRUG PREPARATIONS IN OPHTHALMOLOGY

L.Alizade

This method is recommended in treating keratitis of various etiology and their complications. The biological effect of low-frequency ultrasound on eyeball structure has been studied and the optium regimen of work has been elaborated the structure of cornea has been studied morphologically and histo- chemically in the different regimens. While using low-frequency ultrasound with or without drugs on any stage of treatment decreases in inflammatory process, vascularuzation and duration of the treatment are to be observed. Low-frequency ultrasound raises the cornea permeability. The method of water- soluble drugs spraying has been successfully used in the treatment keratitis of various etiologies.

Daxil olub: 08.12.2006

QISA MƏLUMATLAR - КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

MİKROORQANİZMLƏRİN MÜXTƏLİF ŞTAMMLARINDA KATALAZA VƏ SUPEROKSİDDİSMUTAZA FERMENTLƏRİNİN AKTİVLİYİNİN MÜQAYİSƏLİ XARAKTERİSTİKASI

A.İ.Qurbanov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.

Katalaza və superoksiddismutaza (SOD) fermentləri mikroorqanizmlərin antioksidant fermentlər sistemini təşkil etməklə mübadilə proseslərində əmələ gəlmiş sərbəst oksigen radikallarını neytrallaşdırmaqla onları oksidləşdirici amillərin təsirindən qoruyur. İnkişaf etməkdə olan mikrob hüceyrələrindən fərqli olaraq stasionar fazada olan mikroorqanizmlərin həyat qabiliyyəti fasiləsiz oksidləşdirici stress təsirinə məruz qaldığından antioksidant fermentlərin sintezinin adaptiv sürətlənməsi baş verir [4]. Göstərilən fermentlər həm də, mikroorqanizmlərə xaricdən təsir edə biləcək oksidləşdirici amillərə, məsələn, faqositlərin oksidləşdirici stressinə qarşı müəyyən müdafiə vasitəsi rolunu oynayır [3, 5]. Beləliklə, antioksidant fermentlər həm metabolizm proseslərində, həm də mikroorqanizmlərlərin virulentliyində rol oynayaraq istər xarici mühitdə, istərsə də orqanizmdə onların yaşama qabiliyyəti üçün vacibdir. Lakin eyni növə mənsub olan ştammlar belə ətraf mühitin amillərinə qarşı müxtəlif dözümlülük nümayiş etdirə bilir, eləcə də onların virulentliyi kifayət qadər fərqli ola bilər. Eyni növə mənsub olan ştammlar içərisində antioksidant fermentlərin aktivliyindəki fərqləri aydınlaşdırmaq mikroorqanizmlərin göstərilən xüsusiyyətlərindəki növdaxili fərqlərin səbəblərini müəyyənləşdirmək üçün əhəmiyyətli ola bilər.

Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa bakteriyaların və Candida albicans göbələyinin laborator şəraitdə saxlanılan ştamlarında katalaza və SOD fermentlərinin aktivliyi müqayisəli tədqiq edilmişdir.

MATERİAL VƏ ÜSULLAR. *S.aureus, E.coli, P.aeruginosa, C.albicans ştammlarında katalaza və SOD fermentlərinin aktivliyini təyin etmək üçün spektrofotometrik üsuldan istifadə edilmişdir. Fermentlərin aktivliyi ultrasəs dalğaları ilə parçalanmış bakteriya hüceyrələrinin lizatında təyin edilmişdir. Bunun üçün müayinə edilən bakteriyaların ət-pepton aqarında kultivasiya edilən birgünlük kulturasından kalium fosfat buferində (pH 7,8) hazırlanmış suspensiyası (1 ml-də 1 mlrd. bakteriya hüceyrəsi olmaqla) -20oS temperaturda 18 saat müddətində dondurulub-əridildilmiş, sonra İD-20 markalı ultrasəs dezinteqratorunda (Polşa istehsalı) buz içərisində hər biri 45 san. olmaqla üç dəfə ultrasəs dalğaları təsirinə məruz qoyulmuşdur. Mikroorqanizm hüceyrələrinin lizatında katalaza aktivliyi vahidi kimi 1 mkmol H_2O_2 1 dəqiqə ərzində parçalayan fermentin aktivliyi qəbul edilmişdir. SOD aktivliyi vahidi kimi tetranitrotetrazol abısının reduksiyasını dəqiqədə 50% inhibisiya edən fermentin aktivliyi götürülmüşdür [1, 2]. Hər bir ştammda antioksidant fermentlərin aktivliyi biri-birindən asılı olmadan üç dəfə təkrar edilmiş və alınan nəticələrin orta qiyməti təyin edilmişdir.*

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏ. Müəyyən edilmişdir ki, müayinə edilən mikroorqanizm ştammlarında katalaza və SOD fermentlərinin miqdarı geniş diapazonda dəyişilir. Belə ki, katalaza fermentinin aktivliyi S.aureus ştammlarda 63,8 - 166,7 vahid/mq, SOD fermentinin aktivliyi isə 9,2 - 27,8 vahid/mg arasında dəyişilmişdir. E.coli ştammlarında katalaza fermentinin aktivliyi 2,6 - 14,3 vahid/mq, SOD fermentinin aktivliyi isə 5,2 - 13,9 vahid/mg arasında dəyişilmişdir. P.aeruginosa ştammlarda katalaza fermentinin aktivliyi 67,3 - 241,5 vahid/mq, SOD fermentinin aktivliyi isə 9,6 - 37,5 vahid/mg arasında dəyişilmişdir. C.albicans ştammlarda katalaza fermentinin aktivliyi 18,5 - 43,5 vahid/mq, SOD fermentinin aktivliyi isə 198,4 - 384,2 vahid/ mg arasında dəyişilmişdir.

İstər bakteriya, istərsə də göbələk ştammlarında antioksidant fermentlərin aktivliyini müqayisə etdikdə həm də məlum olur ki, eyni növlü mikroorqanizm ştammlarında belə antioksidant fermentlərin aktivliyi bir-birindən müəyyən qədər fərqlənilir. Bu, göstərilən miroorqanizmlərin eyni növü daxilində antioksidant fermentlərin - SOD və katalazanın miqdarının xeyli tərəddüd etməsini təsdiq edir.

Müayinə edilən bakteriya növlərində həm katalaza, həm də SOD fermentlərinin aktivliyini müqayisə etdikdə məlum olur ki, bu fermentlərin aktivliyi ilk növbədə bakteriyaların tənəffüs tipi ilə müəyyənləşir. Belə ki, obliqat aerob olan P.aeruginosa ştammlarında bu fermentlərin miqdarı fakültətiv anaerob bakteriyalar olan E. coli və S. aureus ilə müqayisədə daha yüksəkdir. Fakültətiv anaerob olan E.coli və S.aureus bakteriyalarında bu fermentlərin aktivliyini müqayisə etdikdə məlum olur ki, E.coli ştammlarında antioksidant fermentlərin aktivliyi,

tənəffüs tipinə görə eyni olan S.aureus ilə müqayisədə daha aşağıdır.

Tənəffüs tipinə görə eyni olan bakteriya ştammlarında antioksidant fermentlərin aktivliyinin belə fərqlənməsini bu bakteriyaların metabolizm tipindəki fərqlərlə izah etmək olar. Güman etmək olar ki, hər iki bakteriya fakültətiv anaerob olmasına baxmayaraq S.aureus-un metaboizmində oksidləşdirici, E.coli-nin metabolizmində isə əsasən qıcqırma prosesləri üstünlük təşkil edir. Beləliklə, bu bakteriyalarda antioksidant fermentlərin aktivliyindəki fərqləri nəzərə alsaq, belə bir fikir yürütmək olar ki, S.aureus E.coli-yə nisbətən daha "aerobdur". Başqa sözlə, S.aureus fakültətiv anaerob olmasına baxmayaraq aerob mühitlərdə daha yaxşı inkişaf edir. E.coli isə fakültətiv anaerob olmasına baxmayaraq anaerob mühitlərdə daha yaxşı inkişaf edir.

Beləliklə, ayrı-ayrı bakteriyalarda antioksidant fermentlərin aktivliyinin öyrənilməsi göstərmişdir ki, bu fermentlərin aktivliyi ilk növbədə mikroorqanizmin tənəffüs tipindən asılıdır. "Anaerobioza getdikcə" bakteriyalarda hər iki fermentin aktivliyinin proqressiv azalması müşahidə edilir. Tədqiq edilən bakteriyaları göstərilən sıra ilə - "anaerobioza doğru" düzsək, onda bakteriyaların sıralanması bu şəkildə olacaqdır: P.aeruginosa - S.aureus - E.coli. Bu sırada antioksidant fermentlərin aktivliyi getdikcə azalır, ona görə də göstərilən sırada E.coli-dən sonra anaerob bakteriyaları yerləşdirmək olar. Çünki anaerob bakteriyalarda katalaza fermenti yoxdur. SOD fermenti isə anaeroblarda çox cüzi aktivliyə malikdir və onun anaeroblarda mövcudluğu son illər müəyyənləşdirilmişdir.

Eyni növlü mikroorqanizmlərin bəzi bioloji xassələrinin onların müxtəlif ştammlarında fərqlənməsi bu mikroorqanizmlərin antioksidant sisteminin vəziyyəti ilə izah edilə bilər. Belə ki, bu fermentlər mikroorqanizmlərin həm metabolizmində, həm də ətraf mühit amillərinə uygunlaşmasında, həm də patogenlik və virulentliyində müəyyən rol oynayır.

ƏDƏBİYYAT

1. Чевари С., Чаба И., Секей И. Роль супероксиддисмутазы в окислительных процессах клетки и метод определения ее в биологических материалах. - Лаб.дело, 1985, N.11, с.678-681;

2. Catalase. Biochemical information. Germany, 1975, v.2, p.45-47;

3. Knight J.A. Review: Free radicals, antioxidants, and the immune system. - Ann. Clin. Lab. Sci. 2000, v.30, N.2, p.145-158;

4. Segler K.,Chaloupka J, Brozmanova J, et al. Oxidativ stress in microorganisms - I. Microbial vs. higher cells - damage and defenses in relation to cell aging and death. - Folia Microbiol., 1999, 44(6), p.587-624;

5. Storz G, Imlay G.A. Oxidativ stress. - Curr.Microbiol. 1999, v.2, p.188-194.

SUMMARY

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF CATALASE AND SUPEROXIDE DISMITASE ACTIVITIES OF DIFFERENT STRAINS OF MICROORGANISMS

A.Qurbanov

The catalase and superoxide dismitase activities of the antioxidant ferments in different strains of Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa and Candida albicans was examined. We funded that the activities of the antioxidant ferments depended on oxygen requirements. We also determined the variety of the antioxidant ferments levels in the different strains of the same kind. We propose that the different levels of the antioxidant ferments may determine the other biological features of microorganisms.

Daxil olub: 08.12.2006

AZƏRBAYCANDA ERKƏN YAŞLI UŞAQLARDA MİKST BAKTERİAL-VİRUS BAĞIRSAQ İNFEKSİYASI

L.İ.Rüstəmova, K.N.Əliyev, X.Ş.Mehdiyev, E.Q.Muradova, S.B.Zeynalova

V.Axundov adına Milli Elmi-Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutu, Bakı ş.

Yayılmasına görə respirator infeksiyalardan sonra ikinci yeri tutan kəskin bağırsaq infeksiyaları (KBİ) bütün dünyada səhiyyənin aktual problemlərindən olmuş və olaraq qalmaqdadır [2, 11]. ÜST-ün məlumatına əsasən yer kürəsində hər il 1-1,2 milyard diarreyalı xəstə qeydə alınır ki, onların 4 milyonu tələf olur və xəstələnənlərin 60-70%-ni 14 yaşınadək uşaqlar təşkil edir [4, 12].

Çox hallarda KBİ-nin etioloji agenti kimi məlum olan törədiciləri təcrid edilmir [6, 8]. Respublikamızda da etiologiyası məlum olmayan bağırsaq infeksiyalarının xüsusi çəkisi son 5 ildə orta hesabla 81,2% təşkil etmişdir. Müxtəlif ədəbiyyat mənbələrinə görə uşaqlarda KBİ-nin 7,3-70%-ni qarışıq infeksiyalar təşkil edir [5, 7, 12].

O.T.Furqunbaev və N.M.Zlatkovskaə qeyd edirlər ki, erkən yaşlı uşaqlarda KBİ zamanı ölüm hadisələrinin 80%-i qarışıq infeksiyaların payına düşür [10]. Erkən yaşlı uşaqlarda bakterial və son illər geniş yayılmış rotaviruslu bağırsaq infeksiyalarının birgə inkişafı müxtəlif müəlliflər tərəfindən qeyd olunmuşdur [6, 7]. Hazırda qarışıq bakterial - virus mənşəli bağırsaq infeksiyalarının etiologiyasında müxtəlif bağırsaq viruslarının - entero-, adeno-, astro-, korona- və kalisivirusların rolu qeyd olunur [3, 8]. Azərbaycanda da keçən əsrin 90-cı illərində aparılan tədqiqatlar 2 yaşına qədər uşaqlar arasında kəskin bağırsaq infeksiyalarının etiologiyasında rotavirusların mono-halda 41,6±3,6%, mikst-infeksiya formasında 19,1±4,3% təsadüfdə qeydə alınmasını aşkar etmişdir [9].

Hazırkı işin əsas məqsədi 2001-2004-cü illərdə erkən yaşlı uşaqlar arasında bakterial və virus mənşəli mono- və mikstinfeksiyaların rastgəlmə tezliyinin müəyyən edilməsidir.

MATERİAL VƏ ÜSULLAR. *Tədqiqat obyekti kimi 152 xəstə uşağın fekali nümunəsi müxtəlif bakteriyalara, rotavirus və enteroviruslara görə müayinə olunmuşdur. Tədqiqatlarda klassik bakterioloji üsullardan istifadə edilmişdir [1]. Rotavirusların seroloji diaqnostikasında Biocard-Rota test sistemindən (Finland) istifadə edilməklə lateks-aqlütinasiya reaksiyası aparılmışdır. Enterovirusların identifikasiyası Moskvanın M.P.Çumakov adına Poliomielit və viruslu ensefalitlər institutundan alınmış tipospesifik immun zərdablarla hemaqlütinasiyanın tormozlanma reaksiyası və neytrallaşma reaksiyalarında aparılmışdır.*

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏLƏR. Tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, bakterial mono-infeksiya 34 halda, virus mono infeksiya 34 halda virus mono infeksiya 27 təsadüfdə qeydə alınmışdır. Mikst bakterial-virus bağırsaq infeksiyası 2 və 3 növ smikroorqanizm assosiasiyaları şəklində aşkar olunmuşdur. Xüsusilə 3 növ

Cədvəl. Bakterial və virus mənşəli mono- və mikst bağırsaq infeksiyalarının aşkar olunma tezliyi (2001-2004-cü illər)

Nümunələrin sayı	Mono-kultur		Assosiasiyaların variantları			
			2 növ mikroorqanizm		3 növ mikroorqanizm	
n=139	Bakterial	Virus	Bakterial	Virus	Bakterial	Virus
	34	27	15	41	2	33
	Pr-2 Kl-4 Psa-5 Sal-8 Cand-15	Rv-17 Ent-10	Kl+Sa-1 Kl+Cand-3 Kl-Pr-1 Pr+Cand-1 Pr+Sa-1 Pr+Psa-2 Sa+Cand-2 Psa+Cand-1 Psa+Sal-1 Cand+Sal-1 Pr+sh-1	Kl+Rota-4 Pr+Rota-4 Sa+Rota-3 Sal+Rota-5 Sal+ Cand-1 Cand+ Rota-13 Acine+Rota-1 Rota+ent-10	Pr+Sa+Cand-1 Sa+Acine+Cand-1	Pr+Cand+Rota-2 Pr+Sa+Rota-1 Pr+Psa+Rota-3 Kl+Cand+Rota-1 Sa+Cand+Rota-1 Psa+Cand+Rota-1 Sal+Cand+Rota-1 Sal+Strep+Rota-1 Cand+Citro+Rota-1 Pr+Rota+ent-11 Cand+Rota+ent-10

Qeyd: Rota-rotavirus, Pr-protey, Kl-Klebsiella, Psa – pseudomonas aeruginosa, Sal – salmonella, Cand – Kandida, Sa – staphylococcus aureus, Sh – şigella, Acine – asinetobakter, Ent – enterovirus, strep – streptokok, citro – citrobakter.

assosiantın iştirak etdiyi bakterial-virus bağırsaq infeksiyası üstünlük təşkil etmişdir. Bakterial assosiantlar arasında proteylər və Candida cinsindən olan göbələklər çox təcrid olunmuşlar. 3 növ assosiantın iştirakı ilə qeydə alınan mikst bakterial-virus bağırsaq infeksiyası zamanı rotavirusların daha çox proteylər və Candida cinsli göbələklərlə assosiasiyada təcrid olunması müəyyən edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Биргер М.О. Справочник по микробиологии и вирусологическим методам исследования, М., Медицина, 1982, 461 с.;

2. Бродов Л.Е., Ющук Н.Д., Малеев В.В. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций. - Журн. гастроэнтеролог., гепатологии, 1997, N.4, с.46-49;

3. Букринская А.Г., Грачева Н.М., Васильева В.И. Ротавирусная инфекция. - М.: Медицина, 1989, 222 с.;

4. Горелов А.В., Милютина Л.Н., Воротынцева Н.В. и др. Изучение острых кишечных инфекций у детей. - Журн. эпидемиол. и инфекц. болезни, 1999, N.2, с.41-46;

5. Коршунов М.Ф. Полимикробные диареи у детей. - Воронеж, 1989, 262 с.;

6. Мазанкова Л.Н., Воротынцева Н.В. Значение ассоциаций ротавирусов и эшерихий при диарейных заболеваниях у детей. - Педиатрия, 1988, N.8, с.55-58;

7. Мазанкова Л.Н., Воротынцева Н.В. Клинические особенности смешанной ротавирусной-дизентерийной инфекции у детей. - Педиатрия, 1989, N.2, с.52-53;

8. Новокшенов А.А., Мацулевич Т.В. Острые кишечные инфекции - актуальная проблема здравоохранения. - Консилиум, 1999, N.9, с.30-32;

9. Рустамова Л.И. Сероэпидемиологические исследования ротавирусных гастроентеритов среди детей в Азербайджане. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Баку, 1997, 18 с.;

10. Тургунбаев О.Т., Златковская Н.М. Острые желудочно-кишечные заболевания смешанной бактериальной этиологии у детей первого года жизни. - Л.: Медицина, 1986;

11. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение. - М., Медицина, 2001;

12. Яцык Г.В., Захарова Н.И. Диареи новорожденных. - М.: Медицина, 1997, с.51-82.

SUMMARY

THE MIX BACTERIAL-VIRAL ENTERIC INFECTION AT CHILD OF EARLY AGE IN AZERBAIJAN

L.Rustamova, K.Aliyev, Kh.Mekhdiyev, E.Muradova, Sh.Zeynalov

The etiological structure of mix bacterial-viral enteric infection at child of early age in Azerbaijan was studied. The microbiological screening showed that the bacterial-viral infection with participation of 3 assosiants compounds the more percent of mix infection.

Among viruses-associants the rotaviruses were more than enteroviruses.

Daxil olub: 11.12.2006

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ПРОТЕКАЮЩЕМ НА ФОНЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ

М.Г.Гасанова

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

Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек и мочевыводящих путей инфекционного генеза, занимающий 2 место по частоте после инфекции верхних дыхательных путей [2, 4, 6].

В настоящее время уже не вызывает сомнений тот факт, что в патогенезе пиелонефрита (ПН) одним из основных механизмов его прогрессирования, рецидивирования является иммунный [2, 4, 7]. И если ПН протекает на фоне гиперурикемии ГУ, что встречается не так уж редко, то естественно предположить, что ГУ ещё в большей степени влияет на состояние иммунного статуса у этих больных [7, 8]. Несмотря на успехи, достигнутые в медикаментозной терапии ПН, связанные с применением нового поколения антибактериальных средств, уроантисептиков, остаются нерешенными вопросы лечения больных при наличии побочных реакций и резистентности к лекарственным препаратам [2, 4]. В связи с этим приобретает актуальность подбор немедикаментозных методов лечения, базирующихся на активации собственных защитных сил организма и его функциональных резервов. Такими свойствами обладает лазеротерапия [1, 3, 5].

Целью настоящего исследования стало применение низкоинтенсивного гелий-неонового лазерного облучения (ГНЛО) в комплексном лечении больных ПН на фоне ГУ.

ГНЛО проводилось чрезкожным методом лазерным терапевтическим аппаратом "Helios-01m" путем направления луча на поясничную область с двух сторон поочередно, продолжительность сеансов от 10-30 минут, количество сеансов на курс 5-6, мощность луча, 0,5-0,6 мВт, режим импульсивный.

У больных Iа подгруппы улучшение состояния (нормализация температуры, исчезновение болей в поясничной области, нормализация мочевого осадка) наблюдалась на 6-8 сутки после начала лечения, тогда как в Iб подгруппе улучшение клинико-лабораторных данных наступило уже на 3-4 сутки после начала лечения. ГНЛО в комплексном лечении больных оказало положительное влияние и на иммунологические показатели. Сравнительный анализ лечения больных 1 и 2 групп выявил, что все иммунологические показатели клеточного иммунитета (Ел-РОК-$p<0,001$;Ен-РОК-$p<0,001$; Т-хелперы-$p<0,05$; Т-супрессоров - $p<0,05$; Дн-фаг.(фагоцитоз)-$p<0,001$), иммуноглобулины (IgG $p>0,05$; IgA $p>0,05$; IgM $p< 0,001$), а также циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК $p<0,001$) нормализуются в случае комплексного лечения в отличие от патогенетического, при котором ни у одного больного восстановления показателей клеточного и гуморально иммунитета до уровня нормы не произошло. Важно также отметить , что уровень ГУ ($p<0,01$) и клиренс мочевой кислоты ($p<0,01$) у больных ПН на фоне ГУ, леченных комплексным методом нормализовались, в отличие от больных, леченных традиционным методом, где требовалось более длительное применение урикодепрессантов.

Итак, сравнительный анализ больных Iа и Iб подгрупп указывает на эффективность и перспективность применения ГНЛО в комплексной терапии больных хроническим ПН на фоне гиперурикемии. Не менее важно, что предлагаемый метод практически не вызывает побочных реакций и легко выполним.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманова С.П. Терапевтическая эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения. Ташкент, 1995, 105 с.;

2. Аль-Шукри С.Х., Горбачев А.Г., Смирнов В.С., Кузьмин И.В. Иммунное состояние у больных первичным и вторичным хроническим пиелонефритом. - Урология и нефрология. 1996, N.3, с.17-20;

3. Белоусов С.С. Применение лазера в урологии. Лазеры в медицинской практике. - М., 1992, с.11.

4. Калугина Г.В., Клушанцева М.С., Шехаб Л.Ф. Хронический пиелонефрит. - Клиническая медицина, 1996, N.2, с.54-56;

5. Москвин С.В. Низкоинтенсивное лазерное излучение. М., 2001;

6. Тареева И.Е., Борисов И.А. Пиелонефрит. - В кн.: Нефрология. Руководство для врачей. Под редакцией Тареевой И.Е., М. 2000, гл.15, с.383-399;

7. Сардарлы Ф.С., Мехтиева З.С., Исмайлов Х. Некоторые аспекты лечения больных с гиперурикемической нефропатией. - Материаллы научно-практической конференции. Гянджа, 1991, с.11

8. Ichida K. Renal function in hyperuricemia. - Ryoikibetsu Shokogun Shirizu, 1997, p.1125-1134.

SUMMARY

USING OF LASER THERAPY IN CHRONIC PIELONEFRITIS, TAKING ON THE BACKGROUND OF HYPERURIKEMIA

M.Q.Qasanova

The patients with chronic pielonefritis (ChP) background of hyperurikemia(HU) divided into two groups:1 group received conventional drag therapy(CDT), group 2 - CDT with low intensive lazer radiation (LILR). Positive clinical response to laser therapy manifested with improvement of clinical and immulogical indices. The methods is well tolerated, safe, easy to make and suggested for use in combined treatment of CHP background of HU.

Daxil olub: 11.12.2006

ÜRƏK-QAN DAMAR SİSTEMİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN FARMAKOTERAPİYASINDA PRESTARİUMUN YERİ

A.A.Bəydəmirova, S.Ş.Quliyeva, T.X.Quliyeva, B.A.Əliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.

Müasir dövrdə angiotenzin çevirici fermentin inhibitorlarının (AÇFİ) farmakoloji effektlərinin müxtəlifliyi qrupun tibbi təcrübədə geniş tətbiqinə imkan yaratmışdır. Məlumdur ki, bu qrupun istifadəsinə göstəriş arterial hipertenziyanın, xroniki ürək çatmamazlığının, kəskin miokard infarktından sonrakı ağırlaşmaların profilaktikasında, şəkərli diabet zamanı nefropatiyaların profilaktik müalicəsində təyini əsas yer tutur.

Arterial hipertenziyanın müalicəsində prestariumun rolu. Arterial hipertenziyanın (AH) differensial farmakoterapiyasında AÇFİ-ı əsas yerlərdən birini tutur. Bu qrupa daxil olan uzun müddət təsirə malik prestarium (Noliprel, noliprel forte) fərqləndirici effektlərinə görə digər nümayəndələrdən seçilir. Çox saylı elmi tədqiqatlar göstərir ki, preparatın mütəmadil qəbulu (4-8 mq /sut-da) 50-92% mülayim və mətədil gedişli AH xəstələrdə müsbət nəticələr əldə etməyə və arterial təzyiqin (AT) göstəricilərinin orta hesabla 30/20 mm.c.st. enməsinə imkan verir [1, 2, 9, 10].

Xəstələrdə preparatın qəbulu zamanı təsadüf edilən əlavə təsirlər digər nümayəndələrlə müqayisədə minimal xarakterli olub, 1,3% təşkil edir [2]. Əlavə təsirlərin təsadüf etmə göstəricisinin aşağı olması onun uzun müddətli təyininə əsas verib, xəstələrdə AH-ı zamanı digər fəsadların profilaktikasının təşkilinə imkan verir. Belə ki, ədəbiyyatlarda qeyd olunduğu kimi, preparatın vazodilatasion effekti antiateroqen təsirə birgə müşahidə edilib, xəstələrdə periferik və koronar aterosklerozun zəifləməsinə zəmin yaratmış oldu [3, 5].

Prestariumun və onun analoqlarının digər hipotenziv preparatlara xüsusən tiazid qrup (hipotiazid, oksodolin) beta-adrenoblokatorlar (metoprolol) ləng kalsium kanallarının blokatorları (amlodipin) ilə antihipertenziv effektivini və xəstələr tərəfindən qəbulunu müqayisə etdikdə onun daha qənaətbəxş təsirə malik olduğu qeyd edilir [2].

Son illərdə AH-lı xəstələrdə qeyri-invaziv partativ aparatla sutkalıq AT-in qeydə alınması yüksək diaqnostik və proqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Məlumdur ki, sağlam şəxslərdə fizioloji olaraq AT-in göstəriciləri gündüz saatlarında bir-birindən fərqlənir. Belə ki, AT-gündüz saatlarında bir qədər çox, (gümrahlıq) və fiziki aktivlik dövrünə üyğyn (gecə saatlarında isə / yuxu zamanı) enməyə meyllidir. Lakin AH-lı xəstələrdə AT-in sutkalıq göstəriciləri kəskin dəyişib, gecə saatlarında yüksəlməyə meylli xarakter daşıyır. Təzyiqlə yüklənmə ilə bağlı olaraq digərlərinə nisbətən hədəf orqanlarının zədələnməsi 10 dəfə çox təsadüf edilir. Xüsusilə sol mədəciyin hipertrofiyası (SMH) mikroproteinuriya /miokard infarktı, beynin işemik insultu daha çox rast gəlir. Belə hallarda isə antiaterogen xüsusiyyətə malik, orqan aprotektiv xassəli, kardiotonik, hipotenziv effektli prestariumun təyin xüsusilə məqsədə uyğun hesab edilir.Prestariumun bu üstünlükləri ilə bərabər onun 24 saat müddətində AT-in stabil olaraq nəzarətdə saxlanılmasıdır ki, bu preparatın müntəzəm olaraq sutkada 1-2 dəfə qəbulu əsasında plazmadakı konsenrasiyasının sabit qalması ilə izah edilir [4, 5, 6, 7].

Xroniki ürək çatmamazlığında prestariumun rolu. Hal-hazırda xroniki ürək çatmamazlığının (1-4 sinf.) farmakoterapiyasında kardiotonik və kardioprotektiv təsirinə malik. Prestariumun kiçik dozalarda 3-6 ay müddətinə təyin mərkəzi hemadinamik göstəricilərin (dəqiqlik həcm və ürəyin qovulma fraksiyası) artması hesabına sol mədəciyin yığılma qabiliyyətinin yaxşılaşması geniş tədqiqatların nəticələrində öz əksini tapmışdır [5, 8, 10]. Aparılan farmakoterapiyada sol mədəciyin maksimal dolma sürətinin artması isə prestariumun SM-in diastolik funksiyasına qənaətbəxş təsirinə (beta-adrenoblokatorlardan fərqli olaraq hipotenziv effekt olmur) onlarda həyat keyfiyyətinin yüksəlməsinə və proqnozun yaxşılaşmasın səbəb olur.

Ədəbiyyatlarda göstərilir ki, sol mədəciyin disfunksiyası ilə formalaşan ürək çatmamazlığı zamanı preparatın istifadəsi letallıq göstəricilərinin 23%-enməsinə səbəb olmuşdur [8, 9].

Prestariumun miokard infarktının farmakoterapiyasında rolu. Çox saylı elmi tədqiqat işlərinin nəticələrində əsasən qeyd etmək olar ki, prestariumun kəskin miokard infarktı zamanı istifadəsi miokardda işemik zonanın tezliklə kiçilməsinə və plazma fermentlərinin zəifləməsinə səbəb olur [10, 11]. Məlumdur ki, endotelial disfunksiya angiotenzin II-nin əmələ gəlməsini aktivləşdirir. Bu isə öz novbəsində trombun əmələ gəlməsini, damar divarında iltihabi proseslərin aktivləşməsinə, vazokonstruksiyaya səbəb olur. Buna görə də prestariumun KMİ-nin kompleks müalicəsi daha məqsədəuyğun hesab edilir [8, 9,10, 11].

Beləliklə, AÇFİ-ı ürək-qan damar sistemi xəstəliklərinin farmakoterapiyasında istifadəsinin vacibliyini nəzərə alaraq, toxuma spesifikliyinə malik prestariumun arterial hipertenziyanın, xroniki ürək çatmamazlığının, kəskin miokard infarktının müalicəsində geniş tədbiqi məqsədəüyğun hesab edilə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Беленков Ю.Н., Мареев Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности, 2000, 266 с.;
2. Дедов И.И. Диабет как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. - Сердечн. Недостаточность, 2003, N.1, с.15-16;
3. Ивлева А.Я. Клиническое применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и антагонистов II. - М.: Миклош, 1998, 158 с.;
4. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения. - М.: Реафарм, 2003, 243 с.;
5. Карпов Ю.А. Профилактические эффекты ингибиторов АПФ при стабильной ИБС доказаны: практическое значение результатов исследования EUROPA. - Сердце, 2003, N.6, с.308-311;
6. Карпов Ю.А. Практическая реализация концепции применения ингибиторов АПФ у больных стабильной ИБС. - Сердце, 2003, N.4., с.207-209;
7. Кобалоа Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония в вопросах и ответах. - М., 2002, 99 с.;
8. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск IV. Под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Вялкова, Ю.Б. Белоусова, В.В. Яснецова, М.: Эхо, 2003, 928 с.;
9. Оганов Р.Г. Артериальная гипертония как основной фактор риска сердечно-сосудистых осложнений. X Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". - Тез. докл. М., 2003;
10. Pieniazek W., Dimitrow P.P., Jasinski T. Cardiovasc Drugs Ther. 2001; 16: 63-67.
11. Jerums G., Allen T.J. etal. Am J Kidney Dis. 2001, 37: 890-899.

SUMMARY

PLACE OF PRESTARIUM IN THE PHARMACOTHERAPY OF CARDIOVASCULAR DISEASES

A.Beydamirova, S.Guliyeva, T.Guliyeva, B.Aliyeva

The authors presents some data reflected different aspects of prestarium application in pathogenic therapy of arterial hypertension, chronic heart failure and myocardial infarct.

Daxil olub: 12.12.2006

ПУРИНОВЫЙ ОБМЕН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Л.Б.Бахтиярова, Х.Р.Эминбейли

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

В последние годы серьёзное внимание уделяется нарушениям пуринового метаболизма как одному из факторов, способствующих поражению почек и формированию артериальной гипертензии (АГ) [6]. С другой стороны, на сегодняшний день проведено популяционное эпидемиологическое исследование, где была выявлена ассоциация гиперурикемии (ГУ) с сахарным диабетом (СД) и основными факторами риска СД - АГ, гиперлипедемией и гиперинсулинемией [1, 2, 4, 6]. Есть также эксперементальные данные, где показано, что ГУ способствует развитию СД [3, 5]. В связи с этим изучение нарушений пуринового обмена при СД является актуальной темой практической и теоретической медицины.

Было обследовано 106 больных с СД 2 типа в возрасте от 42 до 80 лет. Длительность заболевания составила от 1 года до 30 лет. Средние значения индекса массы тела -34 кг/кв.м и индекса талия/бедро - 1,2. Систолическое артериальное давление (АД) (среднее значение - 160 мм.рт.ст.) и диастолическое АД (среднее значение - 100 мм.рт.ст.). Определялись уровни мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови, в суточной моче, а также клиренс МК.

Из 106 больных СД 2 типа нарушение пуринового обмена выялено у 60 больных (56,6%). Из них у 41 (38,6%) больного отмечалась гиперурикозурия (ГУЗ).При этом в 31,4% случаев у больных данной группы отмечалась "бессимптомная" ГУЗ и в 6,7% случаев выявлялся уратный нефролитиаз. Стадия ГУ была зафиксирована у 19 больных (17,8%).

Для детального анализа причин ГУ при СД сопоставляли основные параметры, определяющие баланс МК в организме, - МК в крови , МК в моче, клиренс МК, на основании которых выделили 3 типа ГУ: метаболический (гиперпродуктивный), почечный (гипоэкскреторный) и смешанный (гиперпродуктивно-гипоэкскреторный).

Метаболический тип характеризовался повышенной продукцией МК в организме (высокий уровень МК в крови при нормальном или повышенном клиренсе МК),почечный - снижением ренальной экскреции МК (низкие клиренс МК и уровень МК в моче) и смешанный - комбинацией гиперпродукции и гипоэкскреции МК (умеренно повышенный или нормальный уровень МК в крови при сравнительно низком клиренсе МК).

При СД 2 типа в реализации ГУ имеют значение как метаболические, так и почечные факторы. Их сочетание встречалось практически у каждого второго больного с ГУ. Гиперпродукция МК отмечена у 75,6% больных, а ренальная гипоэкскреция уратов - у 68,9 % больных.

Исходя из полученных в ходе исследования результатов, рекомендовано у всех больных СД 2 типа определение суточной экскреции МК в качестве скринингового метода. Это позволит выявлять нарушения пуринового обмена на ранних стадиях заболевания. Кроме того, выявление "бессимптомной" ГУЗ может служить превентивной мерой в плане возникновения нефролитиаза и эпизоде острых мочекислых блокад. Ибо хорошо известно, что усиленный транспорт МК через почку, что имеет место при ГУЗ, не бесследно проходит для самой почки, и в 6-26% случаев по данным разных авторов развивается гиперурикозурическая нефропатия, являющаяся ранней стадией уратной нефропатии [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бугаева Н.В., Балкаров И.М., Колодин В.А. Уратная нефропатия у больных артериальной гипертонией. - Терапевтический архив. 1994, N.6, с.30-32;

2. Донсков А.С. Клиническое значение выявления гиперурикемии, гиперурикозурии и уратного поражения почек у лиц с артериальной гипертонией и повышенной массой тела: Дисс. канд. мед. наук. М., 1999, с.7-10.

3. Мадянов И.В. Мочевая кислота и диабет. Проблема взаимосвязи. Урикемия и частота различных вариантов содержания мочевой кислоты в крови на этапах развития сахарного диабета (клинико-эпидемиологическое исследование). - Тезисы докладов III съезда терапевтов Чувашской ССР. Чебоксары, 1991;

4. Мадянов И.В., Балаболкин М.И., Марков Д.С. и др. Основные причины гиперурикемии при сахарном диабете. - Терапевтический архив, 2000, N.2, с.55-58;

5. Мухин Н.А., Балкаров М.В., Лебедева В.В. и др. Уратная нефропатия - от "бессимптомной" гиперурикозурии до хронического гемодиализа. - Нефрология, 1997, т.1;

6. Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б.Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента в кардиологической практике. М., 1996.

SUMMARY

PURINE METABOLISM IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS 2 TYPE
L.Bakhtiyarova, H.Eminbeyly

Purin metabolism was examined in patients with diabetes mellitus 2 type. Hyperuricemia and hyperuricozuria occur significantly more frequently than the population (17,8% and 38,6% respectively). In patients with diabetes mellitus 2 type hyperuricemia genesis is stronqly related with renal lesions.

Daxil olub: 15.12.2006

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЖЕНЩИН

А.Г.Эфендиева, И.Н.Эфендиев

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Климактерический синдром (КС) - процесс, сопровождающийся общими возрастными инволюционными нарушениями в организме и отражает общие процессы старения. Многочисленные исследования указывают на сложный, многообразный патогенез КС, формирование которого связано с нарушением деятельности механизмов адаптации, метаболических процессов в нейроэндокринной системе, прогрессирующей гипофункции яичников. Проблема лечения при КС до настоящего времени далека от своего разрешения. В последнее время все больше в клиническую практику внедряются методы экстракорпоральной гемокоррекции, в частности плазмаферез.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. *Под нашим наблюдением находилось 30 женщин с тяжелой формой климактерического синдрома. Эффекта от проводимой традиционной терапии не наблюдалось, что явилось обоснованием включения в комплексную терапию мембранного плазмафереза от 3 до 5 сеансов с эксфузией 28-30% ОЦП. Плазмовозмещение производилось коллоидными и кристаллоидными растворами в соотношении 1:1,1. Курс лечения состоял из 3-4 сеансов с интервалами в 1-2 дня.*

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Уже после первого сеанса плазмафереза больные отмечали улучшение самочувствия, купировались головные боли, на 15-20% снижалась артериальная гипертензия. После 2-3 сеансов плазмафереза достоверная положительная динамика фиксировалась и по результатам клинических, биохимических и интоксикационных показателей.

Известно, что с увеличением возраста снижается функция печени, почек, что наряду с другими возрастными изменениями способствует накоплению метаболических продуктов жизнедеятельности организма, которые в свою очередь оказывают токсическое действие на эндокринную и нервную системы. Нами отмечалась нормализация уровня эндогенной интоксикации у больных с КС под влиянием эфферентной терапии. Уровень ЛИИ составил к концу лечения 1,3±0,1 у.е. (до начала лечения 2,0±0,15 у.е.); а средних молекул 0,24±0,05 у.е. (до начала лечения 0,55±0,08 у.е.); $p<0,05$. Стабилизовался и суммарный индекс интоксикации, составивший к концу лечения 6,2±0,39 у.е. (до начала лечения 21,3±0,65 у.е.); $p<0,05$.

Кроме того, для КС характерна гиперкоагуляция, которая в сочетании с синдромом вегетативной дистонии, гипертонической болезнью, атеросклерозом может способствовать нарушению микроциркуляции в жизненно важных органах. Под влиянием проводимой эфферентной терапии у больных нормализовались показатели коагулограммы - снижались плазменные факторы коагуляции, что позволило купировать явления гиперкоагуляции и восстановить нормальный фибринолиз.

По достижении положительного результата мы проводили сеансы плазмафереза в поддерживающем режиме 1 раз в 7 дней на протяжении 1 месяца. Длительность ремиссии после проводимой терапии колебалась от 6 до 18 месяцев после прекращения лечения.

Отсутствие видимого положительного эффекта наблюдалось только у 20% больных. Следует отметить, что при отсутствии эффекта от 3 сеансов плазмафереза дальнейшее проведение этого метода нецелесообразно.

ВЫВОДЫ. Плазмаферез является методом выбора при наличии противопоказаний или резистентности к гормональному лечению. Комплексное лечение КС с включением плазмафереза позволяет предупредить развитие тяжелой соматической патологии и формирование стойкого климактерического синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Əzizov V.Ə., Əfəndiyev I.N., Maqsudov A.S. Kliniki toksikologiya (dərs vəsaiti). Bakı: Azərbaycan Tibb Universitetin Nəsriyyatı, 2004, 284 s.;
2. Костюченко А. Л. Эфферентная терапия. Санкт-Петербург, 2000, 432 с.

SUMMARY

EFFERENT THERAPY IN TREATMENT OF THE CLIMACTERIC SYNDROME OF WOMEN

A.Efendieva, I.Efendiev

Plasmapheresis is a method of a choice at presence of contraindications or a resistance to hormonal treatment of climacteric syndrome. Complex treatment climacteric syndrome with including plasmapheresis allows warning development of a serious somatic pathology and formation of a proof climacteric syndrome.

Daxil olub: 15.12.2006

ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Е.В.Маринченко, Н.А.Мирза-заде, Н.Ч.Надирова

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

В условиях стремительного расширения ассортимента медикаментов выявление лекарственных средств (ЛС) с преимущественной терапевтической эффективностью и незначительными побочными эффектами, т.е. конкурентоспособных, считается своевременным.

Применительно к ЛС определение конкурентоспособности можно дать следующее - это совокупность характеристик медикамента, определяющих степень притягательности средства перед аналогом, отражающих отличие препаратов по определенным параметрам и способных наиболее оптимально удовлетворить потребности пациентов.

Вышеотмеченные характеристики могут оцениваться группой экспертов, владеющих суммарной информацией о медикаментах.

Цель работы - оценить конкурентоспособность гипотензивных ЛС.

Для оценки конкурентоспособности ЛС ранее [1] был успешно апробирован метод расстановки приоритетов (МРП), основанный на качественном сравнении объектов экспертами по одному или нескольким критериям, с последующей количественной обработкой, полученных результатов.

Кафедра Организации и экономики фармации проводила оценку конкурентоспособности ЛС по анкетам-матрицам в экспертной группе, состоящей из 9 сотрудников I Кафедры Внутренних болезней и Функциональной диагностики АзГИУВ. Высказывания на качественном уровне о предпочтительности медикамента производили в терминах : "лучше" - , "хуже" - , "также" - =. Далее качественная оценка переводилась в количественную путем подбора расчетного коэффициента по упрощенному варианту "лучше" - 1,5; "хуже" - 0,5; "также" - = 1,0.

Таблица 1. Совокупные данные анкеты-матрицы экспертной оценки гипотензивных срдств по критерию "терапевтическая эффективность"

Наименование ЛС	небиволол	лизиноприл	валсартан	гипотиазид	дилатренд
небиволол	= / 1,0	> / 1,5	> / 1,5	= / 1,5	> / 1,5
лизиноприл	< / 0,5	= / 1,0	> / 1,5	> / 1,5	> / 0,5
валсартан	< / 0,5	< / 0,5	= / 1,0	< / 1,5	< / 0,5
гипотиазид	= / 0,5	< / 0,5	> / 0,5	= / 1,0	> / 0,5
дилатренд	< / 0,5	< / 1,5	> / 0,5	< / 1,5	= / 1,0

Таблица 2. Результаты количественной обработки экспертной оценки гипотензивных средств по критерию "терапевтическая эффективность"

Наименование ЛС	Нормированный относительный приоритет			
	Сумма абс.	Ротн.1	Рабс.	Р отн.2
небиволол	7,0	0,29	32,5	0,28
лизиноприл	6,5	0,27	24,5	0,21
валсартан	4,0	0,17	19,3	0,17
гипотиазид	3,0	0,12	15,6	0,13
дилатренд	3,5	0,14	23,5	0,20
Сумма	24,0	1,00	115,2	1,00

Членам экспертной группе было предложено высказать субъективные суждения о терапевтической эффективности следующих препаратов: небиволол (небилет) , лизиноприл (диротон), дилатренд (карведилол), гипотиазид, валсартан, применяемых как гипотензивные средства.

Совокупность мнений после обработки была представлена в виде таблицы 1, что позволило рассчитать среднюю арифметическую по строкам и получить групповую оценку терапевтической эффективности отдельного препарата.

Далее определялся относительный (Р.отн) и абсолютный приоритет средства (Р.абс), а также уточненный относительный приоритет (Р.отн.2) (таблица 2). Если для сравнения объектов выбирается несколько характеристик, то можно определить комплексный приоритет.

Результаты опроса методом расстановки приоритетов показали, что приоритет по терапевтической эффективности среди препаратов, применяемых в качестве гипотензивных средств принадлежит небивалолу (небилет) - наивысшие показатели относительного приоритета Р.отн 0,29, абсолютного приоритета Р.абс 32,5 и уточненного относительного приоритета Р.отн 0,28. Следовательно, из сравниваемой совокупности ЛС конкурентоспособным является небиволол.

ЛИТЕРАТУРА

1. Максимкина Е.А., Лоскутова Е.Е., Дорофеева В.В. Конкурентоспособность фармацевтической организации в условиях рынка. - М.:МЦФЭР, 1999, с.175-186.

SUMMARY

VALUATION OF COMPETITIVENESS OF HIPOTENSIVE MEDICINES

H.Marinchenko, N.Mirza-zade, N.Nadirova

The competitiveness of hipotensive medicines by their therapeutic efficiency has been determined. The calculation of priorities discovered competitive advantage of nebivolol.

Daxil olub: 18.12.2006

НЕКОТОРЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С

Н.А.Алиева

НИИ клинической медицины им.М.Топчибашева, г.Баку

Ранее мы серологически исследовавав сыворотки крови соматических больных, находившихся в многопрофильном хирургическом стационаре, установили, что, в среднем, у 11,5% этих больных оказалось инфицированными вирусом гепатита В (ВГВ) или/и вирусом гепатита С (ВГС). Вместе с тем, в абсолютном большинстве случаев у этих пациентов не выявлялись какие-либо клинические признаки соответствующих заболеваний, а у значительной их части не отмечалось даже повышения активности сывороточных аминотрансфераз. Последние обстоятельства указывали на наличие у них субклинических форм инфекций, вызванных ВГВ и/или ВГС [1, 4].

Данный факт поставил перед нами вопрос - могут ли такие инфекции у больных хирургического профиля выступать в качестве возможных противопоказаний к применению в лечении этих больных хирургических операций?

Этот вопрос вполне закономерен, поскольку известно, что любое хирургическое вмешательство являет собой агрессивное воздействие как на организм, в целом, так и на его функциональные системы и, в первую очередь, на печень [6]. Более того, известно, что патология печени даже при субклиническом течении может сопровождаться развитием расстройств в метаболическом гомеостазе, на фоне которых вероятность возникновения осложнений хирургических вмешательств может возрасти [5].

Проанализировав результаты проведенных нами иммунологических исследований, мы установили, что наличие субклинически протекавших ВГВ- и/или ВГС-инфекций не сопровождалось ощутимым снижением иммунологически обусловленной резистентности организма пациентов. Это позволило придти к выводу о том, что наличие у больных указанных вирусных инфекций вряд ли могло заметно повысить частоту развития после хирургических операций гнойно-септических осложнений [2].

В связи с этим, мы поставили перед собой задачу косвенно оценить риск развития у инфицированных и не инфицированных ВГВ и ВГС больных таких наиболее частых осложнений хирургического лечения, как интра- и постоперативные кровотечения, а также связанные с хирургической операцией и наркозом эндотоксикозы.

Проведеннное нами лабораторное исследование крови этих больных включало определения: 1) показателей свертывания крови (время свертывания крови и протромбиновый индекс) и 2) показателей, отражающих состояние биохимической системы детоксикации свободнорадикальных соединений (концентрация в крови восстановленного глутатиона и активность глутатионпероксидазы).

Сравнив определенные нами коагулологические показатели крови у больных, инфицированных и неинфицированных мы сделали вывод о том, что наличие у больных субклинически протекающих гепатотропных инфекций не оказывало обнаруживаемого негативного влияния на показатели, отражающие состояние системы свертывания крови. Из этого вытекало, что наличие таких инфекций едва ли может стать причиной геморрагических осложнений ХВ.

Аналогичное сравнение показателей, отражающих состояние системы детоксикации показало, что статистически достоверное различие между этими показателями у больных в указанных трех группах также отсутствовало. Это позволило полагать, что субклинически протекающие инфекции, вызванные ВГВ и ВГС не оказывали заметного влияния и на показатели функционального состояния системы антирадикальной защиты организма. Данный факт указывал на то, что на фоне течения таких форм этих инфекций риск развитие осложнений в форме эндотоксикозов, связанных с ХВ и медикаментозным обезболиванием (наркозом) существенно не повышается.

Таким образом, проанализировав результаты проведенного нами лабораторного обследования инфицированных ВГВ или ВГС и сравнив их с результатами группы аналогичных неинфицированных этими вирусами больных, мы сделали заключение о том, что наличие у хирургических больных названных субклинических вирусных инфекций не оказывает ощутимого негативного влияния на коагулологические свойства крови и функциональное состояние биохимической системы детоксикации ксенобиотиков. Это означает, что наличие этих инфекций не должно учащать развитие таких осложнений хирургического ле-

чения, как послеоперационные кровотечения и эндотоксикозы [3].

Изложенные выше соображения привели нас к выводу о том, что обнаружение у нуждающихся в хирургическом лечении больных инфекций, вызванных ВГВ и ВГС, при условии их течения в субклинической форме без повышения активности сывороточных аминотрансфераз, не должны считаться серьезным противопоказанием для применения у этих больных хирургических методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Н.А. Распространенность инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С среди пациентов многопрофильного хирургического стационара.- Биомедицина, 2006, N.3, с.32-34;

2. Алиева Н.А., Гулиева А.А. Показатели иммунологической реактивности у больных с хирургической патологией и субклиническими инфекциями, вызванными вирусами гепатитов В и С. - Современные достижения азербайджанской медицины, 2006, N.2, с.50-52;

3. Алиева Н.А., Рахмани С.А., Мамедов М.К. Значение субклинических инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у больных с хирургической патологией. - Здоровье, 2006, N.10, с.92-95;

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

5. Comprehensive clinical hepatology. Eds.B.Bacon et al.2-nd ed. Philadelphia: Elsevier ltd, 2006, p.15-24;

6. Kuntz E., Kuntz H. Hepatology. Berlin: Springer, 2002, p.367-416.

SUMMARY

SOME LABORATORY PARAMETERS OF PERIPHERIC BLOOD AT SURGICAL PATIENTS WITH SUBCLINIC INFECTIONS CAUSED BY HEPATITIS B AND C

N.Aliyeva

The author compared results of coagulologic and biochemical laboratory examinations of surgical patients infected with HBV and HCV and concluded that such infections are not considered as a contraindication to surgical treatment application.

Daxil olub: 18.12.2006

ƏVƏZEDİCİ PROQRAM HEMODİALİZ MÜALİCƏSİ QƏBUL EDƏN ŞƏKƏRLİ DİABET XƏSTƏLƏRİNDƏ ARTERİAL HİPERTENZİYA VƏ ONUN TƏNZİMLƏNMƏSİ

X.M.Hüseynov, B.V.Yusubov

M.Topçuboşov adına Elmi Tədqiqat Kliniki Təbabət İnstitutu, Bakı ş.

Əvəzedici proqram hemodializ (ƏPH) müalicəsi qəbul edən xəstələrin 35 %-dən çoxu şəkərli diabet xəstələrin payına düşür. Bu qrupdan olan xəstələrin ƏPH müalicəsi ilə təmin edilməsi qarşıya çıxan mürəkkəb məsələlərdən biri olaraq qalmaqda davam edir. DOQİ-nin məsləhətinə əsasən kreatinin klirensi artıq 15 ml/dəqiqə olduqda şəkərli diabet xəstələrinə ƏPH müalicəsi başlanılmalıdır.

Diabetli xəstələrin ƏPH müalicəsində yaşama müddəti digər qrupdan olan dializ müalicəsi qəbul edən xəstələrə nisbətən az olur. ƏPH müalicəsi qəbul edən bu qrupdan olan xəstələrin ölümünün əsas səbəbi ağır ürək-damar xəstəlikləri və arterial hipertenziyadır. Şəkərli diabet (ŞD) xəstələrində arterial təzyiq (AT) hələ xəstəliyin ilk mikroalbuminuriya dövründə epizodik olaraq artmağa başlayaraq proteinuriya və xroniki böyrək çatışmazlığı (XBÇ) mərhələsində yüksək həddə çatır. Demək olar ki, ŞD-li xəstələrin 90-95%-də XBÇ-ya qədər artıq AT 140/90 mm.c.s. qədər yüksəlir. AT-nin getdikcə yüksəlməsinə səbəb isə hipervolemiya, toxuma renin-angiotenzin sisteminin aktivləşməsi, endoteldən asılı vazodilatatsiyanın pozulması və XBÇ-nın klassik ağırlaşması olan anemiyaya qarşı aparılan eritropoetin müalicəsidir.

ƏPH müalicəsinə başlanılmış ŞD xəstələrdə müşahidə edilən AT sutkalıq norma dəyişikliklərinin pozulması ağır ürək-damar xəstəliklərinin yaranmasına səbəb olaraq hemodializ (HD) seanslarının aparılmasına da mənfi təsir göstərir.

Əgər sağlam şəxslərdə gecə vaxtı sistolik AT 15%-ə qədər, diastolik AT isə təqribən 20%-ə qədər azalırsa

("dipper") ƏPH müalicəsi qəbul edən ŞD xəstələrində isə çox zaman gündüz və gecə vaxtlarındakı AT bərabər ("non-dipper") ya da gecə AT gündüz AT-dən yüksək olur ki, ("nayt-piker") bu da ağır ürək-damar xəstəliklərinin yaranmasına səbəb olur. Digər tərəfdən HD seansında diabetik neyropatiyanın hesabına simpatik sinir sisteminin aktivliyinin zəifləməsi və damar tonusunun kompensator funksiyasının pozulması dializ daxili hipotenziya ilə müşahidə olunur ki, bu da HD seansları zamanı arzuolunmaz hal sayılır.

HD müalicəsi qəbul edən ŞD xəstələrində stabil hemodinamik göstəricilərin əldə edilməsi HD seanslarının aparılmasına əlverişli şərait yaratmaqla yanaşı xəstələrin yaşama müddətini də uzadır.

Yuxarıda qeyd olunanlara istinad edərək ETKTİ-nin "Hemodializ" laboratoriyasında ƏPH müalicəsi qəbul edən xəstələrdə istər seans zamanı, istərsə də seanslar arası müddətdə AT-nin tənzimlənməsi yollarının araşdırılması qarşıya məqsəd qoyulmuşdur.

Müayinə üçün klinikamızda ƏPH müalicəsi qəbul edən 26-80 yaş həddində olan 14 ŞD xəstələrinin hamısı nəzarətə götürülmüşdür. Xəstələrin ƏPH müalicəsində olmaq müddəti 3 ayla 2 il intervalında olmuşdur. Müayinələrdə xəstələrin cinsi əsas götürülməyib.

Xəstələrdə AT HD-dən əvvəl, HD müddətində (hər 30 dəqiqədən bir) və HD-dən sonra təyin edilmişdir. HD-dən sonrakı müddətdə isə növbəti HD seansına qədər AT sutkada 3 dəfə (səhər, günorta və axşam) təyin edilmişdir. Seans başlanmazdan öncə cəmi 3 (21%) xəstədə AT norma daxilində (120/80-120/60 mm.c.s. intervalında) olmuş, qalan xəstlərdə isə yüksək (140/90-180/110 mm.c.s.) olmuşdur. AT yüksək olan 11 xəstənin hamısı planlı şəkildə angiotenzin çevirici ferment inhibitorlarından istifadə etmişlər. Bu xəstələrdə HD seansının ortasında (2 saatdan sonra) AT 3 xəstədə normallaşmış, 5 xəstədə isə azalmağa meylli olmuş, 3 xəstədə isə normadan aşağı düşmüşdür. HD-dən 1 sutka sonra isə xəstələrin AT göstəricisi yenidən yüksələrək dializdən əvvəlki səviyyəyə çatmışdır. 3 xəstədə non - dipper müşahidə edilsə də 11 xəstədə nayt - piker müşahidə edilmişdir. Nayt-piker müşahidə edilən xəstələrdə xroniki ürək çatışmamazlığı və ürək ritminin mədəciyin ekstrasistoliya tipli pozulmalarına təsadüf etmişdir.

Məlum olduğu kimi düzgün qida rejiminə əməl olunmaması, duzlu qidaların qəbulu toxumalarda maye ləngiməsinə və AT-nin yüksəlməsinə səbəb olur. Çox zaman belə hallarda dializ vaxtı normal AT-yə nail olmaq üçün dializatda Na səviyyəsi 135-138 mmol/l səviyyəsində saxlanılır, lakin bəzən bu aparılan tədbirlər də əsaslı effekt vermir. Müayinə üçün nəzarətə götürülmüş xəstələrdə qida rejiminin tənzimlənməsi ilə yanaşı HD seansı zamanı natriumun azaldılması da əsaslı effekt verməmişdir.

Xəstələrdə AT-nin tənzimlənməsi üçün istifadə edilən angiotenzin çevirici fermentin inhibitorlarının təyini isə bir çox xəstələrdə dializ seansları zamanı daha da arzuolunmaz hal sayıla biləcək idarəolunmaz hipotenziya yaradır. Nəzarətimiz altında olan HD seansları qəbul edən xəstələrdə seanslar arası müddətdə AT-nin normallaşması üçün qəbul edilən angiotenzin çevirici ferment inhibitorları dializdaxili hipotenziyaya səbəb olmuşdur. Bu xəstələrdə HD günü yuxarıda qeyd edilən dərman preparatlarının qəbulunun dayandırılması dializdaxili hipotenziyanın qarşısını almışdır.

Düzgün maye qəbuluna ciddi riayət edən xəstələrdə (AT normal olan 3 xəstədə) ultrafiltrasiyanın yüksək olmaması (1-2.5 l) dializdaxili hipotenziyanın qarşısını almaqla yanaşı dializlərarası AT-nin də normallaşmasına şərait yaradır. AT yüksək və qeyri-stabil olan bütün xəstələr demək olar ki, su rejiminə düzgün əməl etməmiş , dializ arası müddətdə çəkini 4-5 l-ə qədər artırmışlar. Yaranmış hiperhidratasiya AT-nin yüksəlməsi ilə yanaşı HD xəstələrində "su zəhərlənməsi" sindromunada səbəb olur.

Beləliklə, HD qəbul edən xəstələrdə dializarası və dializ müddəti ərzində AT 120/80- 140/90 mm c. süt. intervalında olması ağırlaşmaların qarşısını almağa şərait yaradır. Bunun üçün AT-nin sutka ərzində təyini məqsədəuyğun sayılır. Bu isə ƏPH müalicəsi qəbul edən xəstələrdə AT-nin normallaşdırılması üçün dərman preparatları ilə yanaşı qida rejiminə də düzgün əməl olunmasına şərait yaradır. Müayinələrimizdən məlum olduğu kimi AT dializ zamanı azalmağa meylli olur. Buna görə də AT-nin korreksiyası üçün təyin edilən hipertoniya əleyhinə preparatların (angiotenzin çevirici ferment inhibitorlarının) qəbulu hemodializ günü dayandırılmalıdır. Xəstələrin su balansına riayət edilməsinə ciddi nəzarət edilməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Бах Д. Артериальная гипертензия и лечение рекомбининтным эритропоэтином: актуальные аспекты. Сборник материалов международного нефрологтческого симпозиума. "Современные аспекты заместительной терапии при почечной недостаточности". - М., 1998, с.25-27;

2. Доброкравов Б.А.,Смирнов А.Б., Бабарыкина Е.Б. и соавт. Возраст и артериальное давление у больных на гемодиализе. - Нефрология, 2005, 1: 34-38;

3. Николаев А.Ю. Особенности диализной гипертонии. - Нефрология, 2000, 1: 96-98;

4. Руководство по диализу. Дж. Т. Даугирдрас, Питер Дж. Блейк и др. (пер. с. анг. под ред. А.Ю. Денилсова и В. Ю. Шило - Третье издание. - М.: Центр диализа. - Тверь; ООО. Издательство "Триада", 2003, 744 с.;

5. Abdelfatab A.B. Motte GDucloux D, Cbalopin J.M.Deberminats of mean arterial pressure and pulse pressure in chronic hemodialysis patients. - J.Hum. Hypertens 2001, 15(11): 775-779;

6. Fishbane S, etal. Roleof volume overload in dialysis-refractoryhypertension. - Am J Kidney Dis, 1996, 28:257-261;

7. Ligtengerg G., et ae. Reduction of sypathrtic hyperactivity by enalapril in patients with cronic renal failure. - N engi W Med 1999, 1321-1328;
8. Schjmig M, et. al The diabetic foot in the dialyzed patient. - J. Am. Sok. Nefrol., 2000, 11: 1153-1159;
9. Collins A. et. al. IV Jron dosinqg pafterns and mortality. - J. Am Sok Nefrol., 1998; 9: 988;
10. Guidelines. Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiokogy guideliensfor the management of arterial hypertension. - J. Hypertension 2003; 21: 1011-1053.

SUMMARY

ARTERIAL HYPERTENSION AND ITS REGULATION AT DIABETUS MELLITUS PATIENTS UNDERWENT REPLACEMENT TREATMENT WITH PROGRAMMED HEMODIALYSIS

Kh.Husseynov, B. Yusubov

The article is dedicated to problem of application programmed hemodialysis as a mean of replacement treatment at patients with diabetus mellitus and arterial hypertension and its usage different approaches to drug correction of homeostasis.

Daxil olub: 20.12.2006

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ В Г.БАКУ

Ш.Н.Алиева, Р.Г.Ибрагимова, А.А.Рамазанова, И.Н.Шамхалова

НИИ акушерства и гинекологии; Городские женские консультации N.2, N.6 и N.7, г.Баку

Как известно, инфекции, вызванные вирусами гепатита В (ГВ) и гепатита С (ГС) отличаются глобальным распространением и регистрируются на всех континентах. Этими вирусами в мире ежегодно инфицируются сотни миллионов человек, а общее число лиц с хроническими инфекциями, вызванными этими вирусами приближается к миллиарду [1, 10].

Инфекции, вызванные вирусами ГВ и ГС имеют распространение в нашей стране, хотя многие эпидемиологические особенности этих инфекций в Азербайджане все еще остаются не изученными [2].

Проблема ГВ и ГС, объединенных под общей рубрикой парентеральных вирусных гепатитов, по своему медико-социальному значению выходит далеко за рамки инфекционной патологии и сегодня отличается мультидисциплинарным характером. Немалое значение она имеет и для специалистов, работающих в области не только гинекологии, но и акушерства [5, 7].

В частности, проблема парентеральных вирусных гепатитов довольно актуальна, прежде всего, в связи с высоким уровнем инфицированности их возбудителями лиц молодого репродуктивного возраста и, в том числе, беременных женщин.

Известно, что наличие у беременных женщин инфекций, вызванных вирусами ГВ и ГС может сопровождаться не только отягощением течения самой беременности и осложнить процесс подоразрешения, но и послужить причиной перинатального инфицирования новорожденных как в процессе родов, так и в периоде грудного вскармливания детей [4, 8].

В силу изложенных причин особенности распространения ГВ и ГС среди беременных женщин и характер взаимного влияния этих инфекций и беременности интенсивно изучается во многих странах [9].

Между тем, согласно имевшийся у нас информации и исходя из ранее опубликованных в научной литературе данных, систематическое изучение широты распространения этих инфекций среди беременных женщин, проживающих в г.Баку, ранее не проводилось.

Поставив перед собой цель исследовать некоторые аспекты этих инфекций в нашей стране, в первую очередь, мы попытались хотя бы ориентировочно оценить широту их распространения среди беременных женщин.

С этой целью мы проанализировали результаты серологического обследования группы беременных женщин, обратившихся на протяжение периода с августа 2005 по декарбрь 2006 гг для взятия на соответствующий учет только в три женские консультации г.Баку. При этом, учитывались только результаты их исследования на наличие в сыворотке их крови поверхностного антигена вируса ГВ (HBsAg) и анти-тел к вирусу ГС.

Согласно имевшимся у нас данным эти исследования были проведены в лабораториях различных медицинских учреждений города с помощью иммуноферментного метода, воспроизводимого на основе соответствующих коммерческих наборов реактивов.

На наличие в сыворотке крови HBsAg всего было обследовано 1500 женщин, из которых 38 (2,5%) оказались HBs-анитигенпозитивными. На наличие в крови антител к вирусу ГС было обследовано 158 женщин, причем 5 (3,2%) из них оказались серопозитивными в отношение вируса ГС.

Судя по полученным результатам, средние частоты выявления специфических маркеров инфицирования вирусами ГВ и ГС у обследованных в женских консультациях беременных женщин, проживающих в г.Баку оказалась несколько ниже средних величин этих показателей, ранее определенных в общей популяции (без дифференциации по половому признаку) населения.

Так, согласно имеющимся в литературе данным, вычисленные методом прямой аппросимации средние частоты выявления HBsAg и антител к вирусу ГС среди работоспособного населения г.Баку составляют 3,0% и 4,0%, соответственно [3, 6].

Это обстоятельство могло бы восприниматься как косвенное указание на то, что, по всей вероятности, женщины в репродуктивном возрасте инфицируются вирусами ГВ и ГС несколько реже, нежели мужчины того же возраста.

Однако, более низкая частота выявления специфических маркеров инфицирования вирусами ГВ и ГС у беременных женщин могла быть обусловлена другими причинами и, в том числе не одинаковой чувствительностью использованных тест-систем и др. Поэтому очевидно, что для того, чтобы сделать такой вывод необходимо провести обследование более крупных по численности и сопоставимых между групп мужчин и женщин одного и то же возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Иоанниди Е.А. Вирусный гепатит, М.-Элиста: АПП Джангар, 2002, 159 с.;

2. Керимов А.А. Вирусные гепатиты в Азербайджане: аспекты изучения и перспективы борьбы. - Биомедицина, 2003, N.2, с.3-8;

3. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Таги-заде Р.К. О распространении трансфузионных вирусных гепатитов среди взрослого населения Азербайджана.- Экоэнергетика, 2005, N.2, с.56-58;

4. Сологуб Т.В., Погромская М.Н., Крыга Л.Н. Вирусные гепатиты В и С и беременность. СПб, 1998;

5. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. СПб.: Теза, 1998;

6. Таги-заде Р.К., Ибрагимов З.Н., Алиева Н.А. и др. Показатели распространения вирусных гепатитов В и С среди населения г.Баку и г.Нахчыван: подходы к апроксимации результатов сероэпидемиологического обследования. - Экоэнергетика, 2006, N.1, с.54-55;

7. Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой В.Л. Вирусные гепатиты у беременных. М.; Медицина, 1990;

8. Шехтман М.М. Клинико-иммунологические варианты острых вирусных гепатитов и беременность.- Гинекология, 2004, N.1, с.20-24;

9. Hollinger F., Purcell R., Gerin J. et al. Viral hepatitis. Philadelphia: Lippincott Willams & Wilkins, 2002;

10. Viral hepatitis. Eds. H.Thomas, S.Lemon, A.Zuckerman. 3-th ed. Malden-Oxford-Victoria: Blackwell Publ., 2005.

SUMMARY

FREQUENCY OF DETECTION OF INFECTIONS CAUSED BY HEPATITIS B AND C VIRUSES AMONG PREGNANT WOMEN LIVING IN BAKU

Sh.Aliyeva, R.Ibrahimova, A.Ramazanova, I.Shamkhalova

The paper contains data obtained by authors during systematic serological testing of living in Baku pregnant women addressed for consultation and taking on registration.

On the base of such examination authors concluded that frequency of HBsAg and antibodies to hepatitis C virus were revealed about 2,5% and 3,2% pregnant women.

Daxil olub: 22.12.2006

XRONİKA - ХРОНИКА

ПОЗДРАВЛЕНИЕ



В мае 2007 г.а исполняется 80 лет Имановой Саиде Садых кызы, Заслуженному педагогу Азербайджанской Республики, доценту кафедры неврологии I и медицинской генетики Азербайджанского медицинского университета, профессору неврологии Международной экоэнергетической академии.

Саида-ханум - коренная бакинка. В 1945 г. она с золотой медалью окончила среднюю школу с мечтой быть врачом и в том же году стала студенткой лечебно-профилактического факультета Азербайджанского государственного медицинского института. Все ее студенческие годы прошли не только в настойчивом изучение медицины, но и активной общественной жизни.

С 1952 г. она начала работать врачом-ординатором в неврологическом отделении 1-ой клинической больницы им. Семашко, а в 1958 г она поехала в г.Москву и была зачислена клиническим ординатором в НИИ неврологии АМН СССР. Свою научно-врачебную деятельность Саида-ханум продолжила в аспирантуре того же института, работая под руководством крупных ученых-неврологов:академиков Н.В.Коновалова, Е.В.Шмидта и профессора Р.А.Ткачева. Она выполнила научное исследование, составившее основу ее кандидатской диссертации на тему "Асимметрия сосудистого тонуса и артериального давления при нарушениях мозгового кровообращения", блестяще защищенную ею на Ученом совета в Академии медицинских наук СССР.

После окончании аспирантуры она работала в Бакинском НИИ травматологии и ортопедии консультантом-невропатологом, одновременно будучи секретарем ученого совета этого института.

В 1969 г С.Иманова была избрана по конкурсу доцентом кафедры неврологии Азербайджанского государственного медицинского института, с которым неразрывно связана вся последующая ее научно-педагогическая биография.

Почти 40 лет доцент С.Иманова отдает свои знания студентам, многим из них ей удалось привить любовь к неврологии - десятки ее учеников стали невропатологами и успешно работают не только в нашей стране, но и за ее пределами. Все ее студенты до сих пор с большой теплотой помнят ее занятия и продолжают любить своего педагога. В течении ряда лет она являлась заведующей учебной частью кафедры неврологии.



Человек высокой профессиональной и, главное, общей культуры, Саида-ханум и сегодня продолжает отдавать много сил воспитанию молодых врачей, служа эталоном для молодых коллег.

Наряду с активной педагогической работой, С.Иманова не прекращает и научные исследования, охватывающие различные аспекты сосудис-

той патологии головного мозга, наследственной патологии нервной системы, соматоневрологии и ряда других областей современной неврологии. Она является автором около сотни научных работ, обубликованных как в нашей стране, так и за ее пределами. Она неоднократной выступала с научными докладами на конференциях, съездах, симпозиумах неврологов, геронтологов и медицинских генетиков, проходящих в Москве, Киеве, Ташкенте, Алматы, Кишиневе, Тбилиси и других городах стран СНГ и дальнего зарубежья. Саида-ханум является активным членом республиканского общества неврологов и избрана членом Всемирной ассоциации неврологов и Международной лиги по проблемам эпилепсии.

Доцент С.Иманова является членом Ученого совета по защите кандидатских диссертаций, научно-проблемной комиссии Азербайджанского медицинского университета и аттестационной комиссии Мининстерства здравоохранения страны.

Саида-ханум остается одним из ведущих невропатологов нашей страны и щедро делиться с коллегами своим общирным клиническим опытом. Ее консультации остаются для многих из нас блистательным примером врачебного мастерства.

Наряду с этим, Саида-ханум ведет большую общественную работу, является членом Международного женского клуба и республиканского клуба "Женщины и просвещение".

Министерство здравохранения страны, оценивая её многолетний врачебно-педагогический труд, неоднократно награждало Сайду Иманову почетными грамотами и выражало благодарности. В 2001 г Указом Президента Азербайджанской Республики ей было присвоено почетное звание Заслуженного педагога республики.

Предстоящий Юбилей Саиды-ханум, совпадающий с 55-ти летием ее врачебной деятельности, она встречает с большим оптимизмом. И в эти дни мы, ее коллеги и ученики, вновь выражаем ей свои уважение и любовь, единодушно отмечая не только ее широкую и глубокую научную эрудицию и высокий врачебный профессионализм, но и большую личную скромность, доброту, отзывчивость и безграничную доброжелательность ко всем окружающим людям.

Мы все сердечнго поздравляем Саиду-ханум с ее славным Юбилеем и желаем ей крепкого здоровья и дальнейших успехов в ее многогранной деятельности.

"Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri" jurnalına qəbul olunan əlyazmaların tərtib edilməsi haqqında qaydalar

"Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri" jurnalında nəzəri və klinik təbabət məsələlərinə həsr olunmuş Azərbaycan, rus və ingilis dillərində orijinal məqalələr, qısa məlumatlar və redaktora məktublar dərc olunur. Bundan başqa jurnalda tibbin müxtəlif məsələlərinə dair elmi icmallar (redaksiya heyətinin sifarişi ilə) dərc olunur. Onların məzmununa məsuliyyəti bütövlükdə müəllif özü daşıyır.

1.Məqalələrin və qısa məlumatların əlyazmaları A4 formatlı vərəqdə 1 nüsxədə və diskdə aşağıdakı şərtlər daxilində çap olunmalıdır: sətirlər arasında interval - 1.5, vərəqin sol tərəfində 3.2 sm, sağ tərəfində - 1.8 sm, aşağı tərəfində - 2.8 sm, yuxarı tərəfində - 2.3 sm boş sahə saxlanılır. Məqalələr kompüterdə Windows sistemində Word proqramında rus və ingilis dili Times New Roman, Azərbacyan dili isə Times Roman AzLat şrifti ilə yığılmalıdır. Şriftlərin ölçüsü məqalə üçün 12, ədəbiyyat siyahısı üçün 10 olmalıdır. Hər səhifədə 30-dan artıq sətir, hər sətirdə 65-dən çox işarə olmamalıdır. Əlyazmaların həcmi ədəbiyyat siyahısı ilə birgə belədir: orijinal məqalələr - 8 səhifə, qısa məlumatlar - 3 səhifə, redaktora məktub - 40 sətirdən artıq olmamaq şərti ilə. Ayrı vərəqdə məqalə haqqında qısa məlumat verilir. Bu qısa məlumatlar məqalə Azərbaycan və rus dillərində olduqda ingilis dilində (summary), məqalə ingilis dilində olduqda isə Azərbaycan və rus dillərində (xülasə, rezume) olmalıdır. Redaksiya heyətinə göndərillən əlyazma bütün müəlliflər tərəfindən imzalanmalıdır.

Məqalənin birinci səhifəsində məqalənin adı (böyük hərflərlə), müəlliflərin insialı və soyadı, müəssisə və şəhər göstərilməlidir.

2. İfadə dəqiq, uzun girişlərsiz və təkrarlarsız olmalıdır. Mətni giriş və işin məqsədi, material və metodlar, nəticələrə və müzakirələr, məqalə haqqında qısa məlumat (summary, xülasə, rezöme) və ədəbiyyat siyahısı rubrikalarına bölmək məsləhətdir. Bütün imstinad və şərhlər təndə mötərizədə verilir. Ədəbiyyata istinadlar isə mətndə ədəbiyyat siyahısındakı verilən rəqəmlərə uyğun ərəb rəqəmləri ilə kvadrat mötərizədə verilir. Formullar ya çap, ya da əlyazma şəklində olmalıdır.

İstənilən rəqəm materialını kiçik cədvəl şəklində vermək olar. Cədvəllərdə sütunların sayı 6-dan artıq olmamalıdır. İllüstrasiyaların (qrafik, diaqramm, foto və şəkil) ümumi həcmi 160X160 sm ölçülü kvadrat sahədən artıq olmamalıdır.

3. Ədəbiyyat siyahısı məqalənin mətnindən dərhal sonra verilir. Siyahıda əvvəl Azərbaycan və rus, sonra isə Qərbi Avropa dillərində olan nəşrlər verilir. Ədəbiyyat birinci müəllifin soyadına əsasən əlifba sırası ilə düzülür. Müəlliflərin sayı 3-dən çox olduğu halda 3 müəllifin adı yazılır sonra "və b", "i dr.", "et al" işarələri qoyulur. Jurnalda dərc olunan məqalələrin adı tam göstərilir. Sonra mənbələrin adı verilir. Mənbə kitab və ya topludan ibarət olduqda mənbənin qarşısında bir yan xətt (/), jurnaldan ibarət olduqda iki yan xətt (//) qoyulur. Mənbənin adından sonra ili, nömrəsi, məqalənin dərc olunduğu birinci və sonuncu səhifələr verilir. Dissertarsiyalara istinadlar vermək düzgün deyil. Məqalələrdə istinadların maksimal sayı aşağıdakı kimi olmalıdır: icmallarda - 50 istiand, orijinal məqalələrdə - 20 istinad, qısa məlumatlarda - 10 istinad, redaktora məktubda - 2 istinad.

4. Redaksiya heyətinin çap olunan materialı onun həcmindən asılı olmayaraq qısaltmağa və onun üzərində düzəlişlər aparmağa səlahiyyəti var. Jurnalda qəbul olunmayan əlyazmalar müəllifə ancaq onun xahişi ilə qaytarıla bilər.

Əlyazamalar AZ 1012, Aəzrbaycan Respublikası, Bakı ş., Şərif-zadə küçəsi, 196 "Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri" jurnalının məsül katibi Pirverdiyeva Rəna Ağababa qızına təqdim edilməlidir.

Jurnal ilə bağlı məsələlərlə əlaqdar olaraq qeyd olunan ünvana müraciət və (99412) 434 62 10 telefonuna zəng etmək olar.

MÜNDARİCAT - ОГЛАВЛЕНИЕ

İCMALLAR - ОБЗОРЫ

Современные представления о значении процессов перекисного окисления липидов в патогенетических механизмах развития локально-инфекционно-воспалительных заболеваний, сепсиса и антиоксидантной коррекции у детей грудного возраста
Г.А.Курбанов.....3

О проблеме вирусных гепатитов у больных туберкулезом
Э.Н.Мамедбеков, Н.Р.Рзаева, А.Э.Дадашева.....6

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR - ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Orta qulağın iltihabi xəstəliklərinin inkişafının və gedişinin sosial şəraitdən asılılığı
F.T.Əhmədov.....12

Принципы пересадки свободных реваскуляризируемых фасциальных лоскутов, одномоментно укрываемых кожным аутотрансплантатом
Ю.Ш.Эюбов.....16

Periodontitin klinik-patogenetik təzahürlərinin spektri və onların diferensasiyası
K.M.Babayev.....19

Выбор метода хирургического лечения эхинококкоза печени
Н.Дж.Гаджиев, Ч.М.Джафаров.....21

Məlsəltı vəzi xərçəngində selektiv angioqrafiyanın diaqnostik əhəmiyyəti
R.B.Bayramov.....24

Аномалии развития щитовидной железы
Ж.И.Гагиева, А.О.Кулиева, Ф.Д.Насирова, О.К.Ширалиев.....27

Düz bağırsaqın bəzi patoloqiyalarının müalicə və profilaktikasında bizim taktikamız
R.M.Novruzov.....30

Современные подходы к диагностике бронхиальной астмы у детей в Германии
Р.Ю.Мамедова.....33

Характер и частота инфицированности смешанными инфекциями гениталий среди женщин
Ф.Г.Оруджева.....36

Современные принципы рационального питания школьников общеобразовательных школ г.Баку
Р.Р.Рахманова.....38

Причинно-следственная связь между заболеваниями матери, связанными и не связанными с беременностью и осложнениями родов и родоразрешения
Л.М.Рзакулиева.....41

Компонентное разложение фенотипической дисперсии полинодозного эутиреоидного зоба на основе корреляций между родственниками
Ф.Х.Саидова, Ф.А.Султанова.....44

Revmatoid artrit zamanı yuxu arteriyalarının aterosklerotik zədələnməsinin C-reaktiv zülalın konsentrasiyası ilə əlaqəsi
A.Ə.Axunbəyli, N.T.Zamanov, Z.Ə.Əliyeva, R.M.Qasımova, S.M.Məmmədhəsənov.....48

Использование комбинации гепатотропных препаратов в качестве поддерживающего лечения больных хроническими вирусными гепатитами, не имеющих прямых показаний для противовирусной терапии
Х.Ф.Ахмедбейли, М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева.....53

Qaraciyərin residiv və rezidual exinokokkozunun profilaktikasının müasir aspektləri
E.Y.Bababəyli.....55

Значение апоптоза при хронических инфекциях, вызванных гепатотропными вирусами
А.Э.Дадашева, М.К.Мамедов.....58

Ультразвуковой распылитель лекарственных препаратов в офтальмологии
Л.В.Али-заде.....60

QISA MƏLUMATLAR - КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Mikroorqanizmlərin müxtəlif ştammlarında katalaza və superoksiddismutaza fermentlərinin aktivliyinin müqayisəli xarakteristikası
A.İ.Qurbanov.....63

Azərbaycanda erkən yaşlı uşaqlarda mikst bakterial-virus bağırsaq infeksiyası
L.İ.Rüstəmova, K.N.Əliyev, X.Ş.Mehdiyev, E.Q.Muradova, S.B.Zeynalova.....65

Применение лазерной терапии при хроническом пиелонефрите, протекающем на фоне гиперурикемии
М.Г.Гасанова.....67

Ürək-qan damar sistemi xəstəliklərin farmakoterapiyasında prestariumun yeri
A.A.Bəydəmirova, S.Ş.Quliyeva, T.X.Quliyeva, B.A.Əliyeva.....68

Пуриновый обмен при сахарном диабете 2 типа
Л.Б.Бахтиярова, Х.Р.Эминбейли.....70

Эфферентная терапия в лечении климактерического синдрома женщин
А. Г.Эфендиева, И.Н.Эфендиев.....71

Оценка конкурентоспособности гипотензивных лекарственных средств
Е.В.Маринченко, Н.А.Мирза-заде, Н.Ч.Надирова.....72

Некоторые лабораторные показатели периферической крови у хирургических больных с субклиническими инфекциями, вызванными вирусами гепатитов В и С
Н.А.Алиева.....74

Əvəzedici proqram hemodializ müalicəsi qəbul edən şəkərli diabet xəstələrində arterial hipertenziya və onun tənzimlənməsi
X.M.Hüseynov, B.V.Yusubov.....75

Частота выявления серологических маркеров инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у беременных женщин, живущих в г.Баку
Ш.Н.Алиева, Р.Г.Ибрагимова, А.А.Рамазанова, И.Н.Шамхалова.....77

XRONİKA - ХРОНИКА.....79

Çapa imzalanıb 10. 04. 2007.
Sayı 300. Həcmi 10,5 çap vərəqi.
Formatı 60x84 1/8. Əla növ kağız.

AzTU – nun mətbəəsi. H. Cavid pr. 25.