Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

The modern achievements of Azerbaijan medicine

Современные достижения азербайджанской медицины

Rüblük- elmi- praktik jurnal

Квартальный научно- практический журнал

№1/2012

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

Jurnal 2006- cı ildən təsis olunmuşdur

Nəşr edən:

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi

Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası

Baş redaktor:

M.Q.Məmmədov

Redaksiya kollegiyası:

R.M.Ağayev (baş redaktorun müavini),
A.E.Dadaşova, H.H.Qabulov, F.R.Mahmudov, P.S.Məmmədov,
Y.U.Pirəliyeva (məsul- katib- əvəzi), F.X.Saidova

Redaksiya heyəti:

B.A. Ağayev
M.O.Bünyadov
Ç.A. Əlizadə
E.M. Əliyeva
A.B.Hacıyev
N.M. Hüseynov
N.M.Kamilova
Q.Ş. Qarayev
Z.Ö. Qarayev
E.M. Qasımov
H.Ə. Qədirova
F.Ə. Quliyev
M.O. Məsimov
M.M.Məmmədov
R.N. Məmmədhəsənov
Ə.V. Musayev
S.K. Musayev
G.N. Nəsrullayeva
Ç.R. Rəhimov
O.S. Seyidbəyov
R.K. Şirəliyeva
V.G. Verdiyev

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

УСПЕХИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

М.К.Мамедов
Национальный центр онкологии, г.Баку

Для демонстрации важного медико-социального значения проблемы лечения хронического гепатита В (ХГВ) достаточно отметить лишь тот факт, что в настоящее время расчетное число лиц с инфекцией, вызванной вирусом гепатита В (ВГВ) в мире составляет не менее 400 млн, причем если количество "здоровых" носителей ВГВ составляет даже половину этого показателя, то остальные нуждаются в этиотропной терапии, без которой, как минимум, 25% из них могут преждевременно умереть от цирроза печени (ЦП) или гепатоцеллюлярного рака печени [45].

Неспособность патогенетической терапии ХГВ обеспечивать устойчивый лечебный эффект стимулировала поиск методов этиотропной терапии этого заболевания. Однако все попытки использовать с этой целью различные противовирусные препараты оставались безуспешными вплоть до середины 70-х гг XX в [13].

Началом активной разработки подходов к этиотропной (противовирусной) терапии (ПВТ) больных ХГВ стало появление более 35 лет назад сообщений американских исследователей о приниципиальной возможности применения с этой целью человеческого интерферона (ИФН). Так, в 1975 г J.Desmyter et al., а в 1976 г H.Greenberg et al. в клинических наблюдениях всего за несколькими больными ХГВ показали, что ежедневное парентеральное введение ИФН, хотя и не привело к обнаруживаемому клиническому эффекту, но смогло обеспечить достоверное транзиторное угнетение синтеза HBsAg и вирусной ДНК [29].

Активные попытки применения ИФН для ПВТ больных ХГВ возобновились лишь в середине 80-х гг, после появления "нового" поколения препаратов ИФН - высокоочищенного природного ИФН (вэлферона) и, главное, первых рекомбинатных препаратов альфа-ИФН (интрона А и роферона-А) [7, 15]. После появления сообщений об их успешном клиническом применении, обеспечившем отчетливый терапевтический эффект почти у половины больных ХГВ, получивших такую ПВТ, масштабы применения рекомбинатных препаратов ИФН (р-ИФН) в форме 6-ти месячных программ лечения ХГВ стали быстро расширяться [14, 19].

И хотя применение препаратов р-ИФН оставалось единственной возможностью лечения больных ХГВ, уже вскоре стало ясно, что оно смогло решить проблему ПВТ больных ХГВ лишь частично и, прежде всего, из-за недостаточно высокой эффективности и выраженной реактогенности. Обеспечивая возможность получения непосредственного эффекта более, чем у половины больных, такая ПВТ не предотвращала рецидивы заболевания почти у четверти этих пациентов - в итоге устойчивый во времени терапевтический эффект удавалось получить, в среднем, лишь примерно у 40% пациентов, получивших лечение препаратами р-ИФН. Более того, при лечении больных ХГВ, вызванным HBeAg-негативным ВГВ, частота регистрации стабильного эффекта не превышала, в среднем, 20% [8, 30].

Возможности применения этих препаратов оказались ограниченными из-за достаточно высокой реактогенности препаратов р-ИФН и их способности вызывать целый ряд различных побочных токсических эффектов, которые при многомесячном применении нередко обретали выраженный характер. Поэтому ПВТ плохо переносилась больными и снижала качество их жизни, а в отдельных случаях высокая реактогенность становилась причиной отказа больных от продолжения лечения.

Попытки повысить эффективность ПВТ путем увеличения доз вводимых препаратов р-ИФН или/и продолжительности терапии, ощутимого успеха не принесли. Эскалация доз и применение более интенсивных режимов введения препаратов р-ИФН неизбежно вели к повышению частоты и выраженности побочных проявлений ПВТ. Поэтому стали применяться те программы лечения, которые при допустимых уровнях частоты и выраженности побочных

эффектов лечения, позволяли достичь эффекта у большей части больных - их назвали "стандартными" [14].

Однако применение даже таких "стандартных" программ ПВТ не сняло с повестки некоторые вопросы, три из которых в тот период считались важнейшими и были связаны, с одной стороны, с иммунозависимым характером поражения печени при ВГВ-инфекции, а с другой стороны, с сопряженностью механизмов терапевтического действия ИФН со стимуляцией клеточных факторов иммунной системы [11].

Первый вопрос состоял в том, что при лечении больных с вялотекущими формами ХГВ, сопровождавшимися незначительным, не превышающим 2-х "норм", повышением активности аминотрансфераз, эти программы обеспечивали очень низкую эффективность.

Считалось, что в основе низкой эффективности терапии ХГВ у таких больных лежит формирование состояния иммунной толерантности к ВГВ. Для последней в 1988 г R.Perrillo et al. предложили использовать принцип "иммунного рикошета" – первоначально больным назначали 2-х недельный курс преднизолона, а затем сразу переходили на введение препарата р-ИФН. Благодаря резкой смене иммуносупрессивного действия преднизолона на иммуностимулирующее действие ИФН иммунокомпетентность пациентов восстанавливалась, что способствовало повышению эффективности противовирусного лечения. И хотя применение этого подхода действительно повысило частоту непосредственного эффекта лечения, он не получил широкого распространения из-за сложности контроля за возможными негативными для больного последствиями действия преднизолона [8].

Второй вопрос был связан с тем, что применение этих программ лечения больным ХГВ, имеющим признаки ЦП оказалось сопряженным с опасностью усугубления состояния пациентов [5].

Поясняя причины такой опасности, отметим, что в процессе терапии препаратами р-ИФН у больных ХГВ достаточно часто (до 60% случаев) на протяжение первых 3 месяцев лечения возникает обострение заболевания со значительным повышением активности аминотрансфераз. Это, так называемый "цитолитический криз", обусловленный разрушением большого числа инфицированных ВГВ гепатоцитов под воздействием стимулированных ИФН цитоксических иммуноцитов [14].

И хотя развитие цитолитического криза считается предвестником хорошего терапевтического ответа на лечение (лишь иногда он протекает тяжело, а в редких случаях требует отмены терапии препаратами ИФН), у больных, у которых начался ЦП, развитие цитолитического криза сопряжено с массовой гибелью инфицированных, но продолжающих функционировать гепатоцитов и угрозой развития печеночной недостаточности.

Третий вопрос был поставлен в связи с тем, что продолжительное введение препаратов р-ИФН повышало интенсивность иммунопатологических процессов, провоцируя обострение аутоиммунных болезней. Это не позволяло широко применять их у пациентов с сопутствующей аутоиммунной патологией и у рецепиентов пересаженных органов и тканей, в том числе, у пациентов после пересадки печени и почек.

Отметим, что приблизиться к решению первых двух вопросов - повысить эффективность лечения больных ХГВ с низкой активностью аминотрансфераз и расширить возможности ПВТ больных ХГВ с признаками ЦП - удалось благодаря применению пегилированных препаратов ИФН (ПЭГ-ИФН). Но это стало возможным лишь в начале XXI в, а за десятилетие до этого представлялось, что существуют лишь две возможности улучшения результатов этиотропной терапии ХГВ [11].

Первая из них состояла в максимально возможной индивидуализации ПВТ и вынужденном отборе больных, у которых можно было ожидать хорошего эффекта ПВТ. В процессе развития этого подхода сформировалось представление о, так называемых, "предикторах курабельности"- поддающихся идентификации факторах, отражающих те или иные свойства ВГВ (например, дефектность по HBeAg) или особенности организма больного (к примеру, молодой возраст), наличие каждого из которых у последнего повышало его шансы на успех ПВТ.

Вторую возможность улучшения результатов ПВТ связывали с применением препаратов р-ИФН с другими противовирусными препаратами. Первые успехи в этом направлении были

связаны с началом применения для лечения больных ХГВ двух противовирусных препаратов: тимозина-альфа1 и ламивудина.

Тимозин-альфа1 (Та1) - один из гормонов тимуса, идентифицированный еще в 1975 г, обладает не только плеотропной иммуностимулирующей, но и высокой противовирусной активностью. Лекарственный препарат на основе химически синтезированой молекулы Та1 - "задаксин", обладая всеми этими свойствами, практически полностью лишен реактогенности, что составляет важнейшее фармакологическое достоинство этого препарата [7].

Первоначальный интерес к Та1 как к потенциальному средству для лечения ХГВ возник в связи с обнаружением в 1991 г его способности оказывать терапевтический эффект при гепатитах животных, вызванных гепаднавирусами [22]. Уже первые результаты проведенных в 1992-1996 гг клинических наблюдений показали высокую эффективность Та1 у больных ХГВ, даже при применении его в режиме монотерапии [43]. В ряде рандомизированных наблюдений было показано, что по эффективности Та1, по меньшей мере, не уступал препаратам р-ИФН, а в отношение больных HBeAg-негативным ХГВ даже заметно превосходил их. Еще более эффективной оказалась комбинации Та1 с препаратами р-ИФН, причем ее применение отличалось рядом существенных преимуществ [2, 3, 44].

Во-первых, применение такой комбинации обеспечивало частоту устойчивого эффекта (в том числе, среди больных HBeAg-негативным ХГВ), которая превышала таковую при применении только препаратов р-ИФН, причем увеличение продолжительности лечения обеспечивало повышение эффективности ПВТ. Во-вторых, при использовании такой ПВТ частота устойчивого эффекта у больных ХГВ, ранее не "ответивших" на монотерапию препаратами р-ИФН (non-responder patients) оказалась существенно выше, чем при повторной монотерапии препаратами р-ИФН. И, в-третьих, побочные токсические эффекты, отмечаемые у больных, получавших такую ПВТ, ни по частоте, ни по выраженности не отличались от таковых при проведении монотерапии препаратом р-ИФН [10].

Надо отметить, что комбинированные программы ПВТ, включающие Та1, продолжают применяться для лечения больных ХГВ и в настоящее время. Их использование считается оправданным при лечении, в первую очередь, больных ХГВ с низкими шансами на получение терапевтического эффекта. Кроме того, в Китае, Японии и ряде стран Юго-Восточной Азии для лечения больных ХГВ Та1 применяется и в режиме монотерапии, а также в комбинации с другими противовирусными препаратами, которые будут рассмотрены ниже. Применение таких программ позволяет проводить лечение пациентам, имеющим абсолютные противопоказания к назначению препаратов р-ИФН [1].

Ламивудин (ЛАМ), представляющий собой серосодержащий аналог пиримидинового нуклеозида, начиная с 1993 г используется для лечения больных СПИД под названиями "эпивир" и "3-ТС" как препарат, ингибирующий активность вирусной обратной транскриптазы и таким путем подавляющий репродукцию вируса [12]. Учитывая, что ВГВ также обладает этим ферментом (именно поэтому ВГВ и гепаднавирусы животных называют "ретроидными" вирусами), ЛАМ был испытан и как потенциальное средство для ПВТ больных ХГВ.

В ходе наблюдений за больными ХГВ, которые перорально принимали ЛАМ было установлено, что препарат отличался низкой реактогенностью и хорошо переносился пациентами, а на фоне его приема примерно у трети больных происходило быстрое снижение уровня вирусной ДНК и нормализация активности аминотрансфераз и состояния больных. Но, поскольку после прекращения приема ЛАМ у значительной части больных терапевтический эффект быстро утрачивался, были рекомендованы программы длительного применения ЛАМ.

Длительный прием ЛАМ позволял получить стабильный эффект у части больных ХГВ, причем, величина последней возрастала по мере увеличения продолжительности приема препарата. Так, после приема ЛАМ такой эффект возрастал, в среднем, от 20% при лечении в течение 1 года до 50% при лечении в течение 5 лет. При этом, примерно у половины пациентов и, в том числе, у больных, не "ответивших" на прием ЛАМ, уже через год было отмечено улучшение гистологической картины ткани печени. Эти данные указывали на целесообразность применения ЛАМ при ХГВ, который стал производиться специально для лечения таких больных под названием "зеффикс".

Однако вскоре выяснилось, что длительный прием ЛАМ индуцирует появление мутаций в гене вирусной полимеразы, приводящее к формированию резистентности ВГВ к действию

ЛАМ и, в итоге, к обострению заболевания. Частота возникновения таких мутаций возрастает с увеличением используемых доз ЛАМ и, главное, по мере увеличения продолжительности лечения и в среднем составляет 10% уже через 6 месяцев лечения и достигает 70% через 5 лет лечения [31].

Причинами быстрого появления этих мутаций считаются быстрая репродукция ВГВ, ее неполная супрессия под действием ЛАМ и отсутствие "редактирующей" активности у обратной транскриптазы ВГВ. Эти мутации, вместе с последующим естественным отбором резистентных к ЛАМ вирионов, носят приспособительный характер и отражают изменчивость вирусной популяции, направленную в сторону ее адаптации к действию ЛАМ. На это указывает и то, что после прекращения ПВТ мутант исчезает и восстанавливается исходный тип вируса.

Появление таких мутаций, на что указывало возрастание вирусной нагрузки в процессе лечения, ставило вопрос о его прекращении или продолжении лечения с надеждой на элиминацию ВГВ, но с риском развития обострений заболевания, в том числе, более агрессивных и устойчивых к ПВТ.

Перечисленные выше обстоятельства первоначально привели к концепции о целесообразности применения ЛАМ, в основном, в комбинации с препаратами р-ИФН, которая обеспечивала некоторое увеличение частоты регистрации эффекта по сравнению с применением препаратов р-ИФН в режиме монотерапии. Это связывалось с тем, что более интенсивное угнетение репродукции ВГВ способно снизить риск возникновения указанных выше мутаций.

При этом лечение ЛАМ в режиме монотерапии в середине 90-х гг XX в считалось малоэффективным при лечении больных HBeAg-негативным ХГВ и у пациентов с исходно низкой активностью аминотрансфераз - его признавали целесообразным лишь у больных с противопоказаниями к препаратам р-ИФН и их непереносимостью и, в первую очередь, при декомпенсированном ЦП (как средства, способного стабилизировать состояние больных), а также у больных с сопутствующей аутоиммунной патологией и больных, перенесших трансплантацию печени [35].

Однако вскоре после появления возможности применения для лечения больных ХГВ препаратов ПЭГ-ИФН было установлено, что применение программы "препарат р-ИФН + ЛАМ" в отношение перспектив получения устойчивого терапевтического эффекта не имеет достоверных примуществ перед применением препаратов ПЭГ-ИФН в режиме монотерапии, причем последние могли применяться у части больных ХГВ с признаками начавшегося ЦП. Это обстоятельство еще в большей степени сузило спектр показаний к применению ЛАМ, а на роль ведущего метода лечения больных ХГВ стало претендовать применение препаратов ПЭГ-ИФН в режиме монотерапии.

Между тем, и применение препаратов ПЭГ-ИФН также не стало безупречным методом лечения - позволяя несколько повысить эффективность ПВТ и незначительно снизить ее реактогенность, оно не смогло решить ряд вопросов, которые оставались нерешенными и при лечении больных ХГВ препаратами р-ИФН. Так, их применение лишь снизило частоту развития и ослабило выраженность токсических эффектов лечения, которые, по-прежнему, оставались причиной отказа почти 10% больных от дальнейшего лечения. Между тем, как известно, именно приверженность пациентов лечению является одним из важных условий его успешности.

Но главное, применение препаратов ПЭГ-ИФН не гарантировало излечения всех пациентов и, прежде всего, больных HBeAg-негативным ХГВ и ХГВ, вызванным вирусом генотипа D и даже A, а также больных с высоким уровнем виремии и низкой активностью аминотрансфераз, больных с декомпенсированным ЦП, с рецидивом заболевания, развившимся после трансплантации печени и некоторых других контингентов пациентов.

Соответственно, оставались значительные по численности категории больных ХГВ, у которых перспективы излечения представлялись сомнительными [42].

В этой ситуации стало формироваться близкое к современному представление о том, что имеются категории больных ХГВ, у которых в силу интегративного характера инфекции и/или пока не идентифицированных причин достижение полного излечения (подтвержденного исчезновением HBsAg и появлением anti-HBs) с помощью существующих средств ПВТ представляется столь маловероятным, что сама постановка задачи по его достижению скорее

свидетельствует о профессиональных амбициях врача, нежели является реально достижимой целью, по крайней мере, в настоящее время.

Это привело и к изменению трактовки цели ПВТ у таких больных, которую стали ограничивать лишь предупреждением или как минимум, снижением "скорости" трансформации ХГВ в ЦП. Иначе говоря, основной целью ПВТ у таких больных ХГВ стало считаться обеспечение долговременной ремиссии заболевания, которая достигается непрерывным длительным, пусть даже пожизненным, поддерживающим лечением. Заметим, что вариант такого лечения уже в конце 90-х гг XX в успешно применялся при лечении больных с ВИЧ-инфекцией.

Однако такое лечение можно было осуществлять лишь препаратами, которые, применяясь на протяжение длительного периода или даже пожизненно, могли бы обеспечить остановку или, по меньшей мере, существенное замедление процесса формирования ЦП [25].

Очевидно, что препараты ИФН таковыми быть не могут. При создании таких препаратов весьма ценным в идеологическом отношении оказался опыт применения ЛАМ, показавший принципиальную возможность длительного лечения ХГВ без препаратов ИФН. Этот опыт стимулировал направленый поиск синтетических препаратов, фармакологических аналогов ЛАМ, свободных от его недостатков и, главное, не вызывавших быстрого формирования резистентности ВГВ. Таковыми стали лекарственные препарататы, синтезированные на основе структурных аналогов нуклеозидов/нуклеотидов.

Хронологически первым из таких лекарственных препаратов оказался "адефовир", испытания которого были начаты еще в 1998 г. В 2005-2006 гг для лечения больных ХГВ начали применяться еще два синтетических препарата - "энтекавир" и "телбивудин". В дальнейшем появились еще 3 препарата - "тенофовир", "клевудин" и "эмтрицитабин". Заметим, что тенофовир и эмтрицитабин были "заимствованы" из арсенала лекарственных препаратов, применяемых для лечении больных СПИД.

Адефовир - нуклеотидный аналог аденина, что позволяет ему в качестве антиметаболита конкурировать с аденином при построении вирусной ДНК, блокировать действие обратной транскриптазы и подавлять репродукцию ВГВ. Препарат производится под коммерческим названием "гепсера". Адефовир не эффективнее ЛАМ, но способен подавлять репродукцию ВГВ, устойчивого к действию ЛАМ [23, 29].

Энтекавир, представляющий собой структурный аналог гуанозина, селективно ингибирующий обратную транскриптазу ВГВ и выпускаемый под коммерческим названием "бараклюд". По противовирусной эффективности превосходит ЛАМ и адефовир, а его существенным преимуществом служит низкая вероятность развития резистентности к лечению и активность в отношение ВГВ, устойчивого к ЛАМ [33].

Телбивудин, как и ЛАМ, относится к группе L-нуклеозидов и представляет собой нуклеозидный аналог тимидина. Как и ЛАМ, блокирует обратную транскриптазу и тормозит синтез второй цепи ДНК ВГВ, в итоге, подавляя его репродукцию. Производится под коммерческим названием "себиво". Риск развития резистентности меньше чем у ЛАМ, но больше такового при лечении энтекавиром [32].

Тенофовир нуклеотидный аналог аденина, выпускаемый под коммерческим названием "вирид". Препарат одинаково эффективен как у первичных больных, так и у больных, ранее лечившихся ЛАМ. Кроме того, по противовирусной активности эффективнее адефовира при лечении больных ХГВ с резистентностью к ЛАМ [24, 38, 40].

Эмтрицитабин, как и ЛАМ, относится к группе L-нуклеозидов и представляет собой фторпроизводное цитидина. Выпускается под названием "эмтрива". Препарат по эффективности и степени риска развития резистентности сопоставим с ЛАМ. Рассматривается возможность его применения при резистентности ВГВ в сочетании с тенофовиром в форме комбинированного препарата "трувада".

Имея разные химическую структуру и фармакологические характеристики, эти препараты имеют ряд общих свойств.

Все они отличаются высокой избирательность их действия, направленного лишь на определенные процессы воспроизводства ВГВ в организме больного, и вытекающими из этого хорошо переносимостью и отсутствием клинически существенных побочных эффектов даже при продолжительном их применении. Они принимаются перорально, что избавляет пациентов

от необходимости делать инъекции и не оказывают ощутимого негативного влияния на качество жизни пациентов.

Они не стимулируют иммуноопосредованный цитолиз инфицированных гепатоцитов и потому практически не инициируют цитолитические кризы. Они могут использоваться для лечения больных, имеющих уже развившийся ЦП, а также ХГВ у больных, у которых стимуляция иммунной системы нежелательна, например, после трансплантаций.

Выраженность противовирусного действия этих препаратов сопоставима с таковой у ПЭГ-ИФН и более высока при лечении HBeAg-негативного ХГВ. Однако прекращение их приема у большинства больных ведет к рецидиву болезни. Поэтому главным фактором, определяющим эффективность лечения этими препаратами является его продолжительность - чем длительнее лечение, тем лучше его отдаленные результаты [9].

На лечение этими препаратами "отвечают" более, чем 70% первичных больных ХГВ, тогда как при лечении препаратами ПЭГ-ИФН этот показатель почти в 2 раза ниже. Более того, "ответ" на лечение этими препаратами развивается гораздо быстрее и значительно более выражен, чем при лечении ПЭГ-ИФН.

Наряду с очевидными преимуществами, эти препараты имеют два серьезных недостатка. Во-первых, в большинстве случаев они не обеспечивают получение стойкого вирусологического ответа и потому для достижения терапевтического эффекта должны применяться неопределенно долго. Во-вторых, их использование приводит к формированию лекарственной устойчивости вируса, которая может стать причиной реактивации инфекции и обострения заболевания и усиления прогрессирования фиброза.

Очевидно, что перечисленные выше характеристики этих препаратов очень близки к таковым у ЛАМ. Это относится и к ранее отмеченной закономерности развития эффекта при лечении больных ХГВ ламивудином - частота развития устойчивого эффекта прямо определяется продолжительностью лечения, которая, однако, ограничивается достаточно быстрым формированием устойчивости ВГВ к ЛАМ.

При этом, обладая высокой противовирусной активностью, как минимум, сопоставимой с таковой у ЛАМ, а чаще превосходящей ее, "новые" препараты обладали только одним, но весьма существенным преимуществом по сравнению с ЛАМ - их применение сопровождалось значительно меньшей частотой индуцированных мутаций, ведущих к возникновению резистентности ВГВ к этим препаратом и, соответственно, более медленной утратой ими терапевтической эффективности. Это примущество позволяло применять "новые" препараты на протяжение нескольких лет без ощутимого снижения их терапевтической эффективности.

И именно в связи с перспективой возможности многолетнего применения "новых" препаратов стала использоваться такая категория, как "сдерживающая терапия", под которой понимают непрерывный многолетний и часто пожизненный прием препаратов, обеспечивающий долговременную ремиссию ХГВ. Важным достоинством такой терапии является ее способность эффективно предотвращать прогрессию заболевания как при HBeAg-позитивных, так при HBsAg-негативном ХГВ, причем на фоне лечения у части больных происходит обратное развитие фиброза.

Перечисленные выше препараты имеют определенные отличия друг от друга как по выраженности противовирусной активности, так и по способности индуцировать возникновение мутаций ВГВ, лежащих в основе формирования резистентности к этим препаратам [6, 36].

Несмотря на уже имеющийся определенный опыт клинического применения этих препаратов, количественное сравнение их противовирусной активности, включающее определение нескольких различных показателей, до сих пор затруднительно в техническом отношении. Поэтому, сегодня эту активность сравнивают с активностью ЛАМ - именно такое сравнение приведено в таблице.

Более важной характеристкой каждого из этих препаратов является их способность индуцировать развитие устойчивости вируса, выражающейся в частоте регистрации такой устойчивости через опреленный период их применения, т.е. по быстроте появления таких мутаций в условиях проведения ПВТ. Средние величины этих показателей также приведены в таблице.

Таблица

Сравнительная оценка противовирусной активности препаратов и их способности индуцировать развитие устойчивости к лечению (по Д.Т.Абдурахманову, 2010, с изменениями)

Препараты	Противовирусная активность (в баллах)	Относительный риск формирования устойчивости при приеме на протяжение:				
		1 года	2 лет	3 лет	4 лет	5 лет
Ламивудин	1	24%	38%	49%	67%	70%
Адефовир	2	0	3%	11%	18%	29%
Телбувудин	4	4%	22%	2%	8%	0
Энтекавир	4	0,2%	0,5%	1,2%	1,2%	1,2%
Тенофовир	5	0	0	0	0	0

Разработка методов доклинической лабораторной идентификации таких мутаций позволила более точно оценить способность каждого из препаратов индуцировать развитие лекарственной устойчивости и выразить ее в форме условного показателя, называемого "генетическим барьером" препарата и определяемого по числу мутаций, необходимых для обретения вирусом резистентности к конкретному препарату [16, 21].

Чем ниже "генетический барьер" препарата, тем быстрее его применение приведет к развитию резистентности вируса к его действию. Из таблицы следует, что "генетический барьер" наиболее низок у ЛАМ, и наиболее высок - у энтекавира.

Эти характеристики приобретают особенно важное клиническое значение при выборе препаратов "первой" и "второй" линии, поскольку существует риск развития перекрестной лекарственной устойчивости к этим препаратам и в процессе лечения нередко возникает необходимость смены одного препарата на другой. К примеру, телбивудин не может использоваться для лечения больных с устойчивостью к ламивудину и потому должен быть использован на "первой" линии.

Итак, из изложенного выше следует, что для лечения больных ХГВ могут применяться две стратегии ПВТ: 1) применение препаратов ИФН или препаратов на основе аналогов нуклеозидов на протяжение определенного промежутка времени и 2) применение препрепаратов на основе аналогов нуклеозидов без определенной продолжительности, т.е. неопределенно долго.

Выбор той или другой стратегии предопределяется целым рядом показателей, характеризующих особенности развития заболевания, уровень вирусной нагрузки, активность печеночных ферментов, степень изменений печеночной ткани и др.

И если эффективность реализации первой стратегии может считаться в достаточной степени оцененной, то применение второй стратегии сопряжено с решением ряда вопросов, на которые до настоящего времени не даны определенные ответы, по меньшей мере, в силу того, что отдаленные (10 лет и более) результаты, подтверждающие безопасность длительного приема препаратов и свидетельствующие о их эффективности пока не получены.

Тем не менее, хотя с помощью препаратов на основе аналогов нуклеозидов все еще не удается принципиально изменить ситуацию с лечением этого заболевания, применение второй стратегии лечения больных ХГВ уже к настоящему времени позволило достичь вполне определенных успехов в лечении тех категорий больных ХГВ, лечение которых в соответствие с принципами первой стратегии оказалось малоэффективным.

В заключение следует коснуться и перспектив комбинированной ПВТ, предусматривающей одновременное применение препаратов с разными механизмами действия.

В первую очередь отметим, что еще в середине 90-х гг XX в. в целом ряде клинических наблюдений комбинированная ПВТ, проводимая двумя противовирусными препаратами оказалась эффективнее терапии, проводимой теми же лекарственными препаратами, но применяемыми в отдельности. В частности, в тот период было показано, что повысить эффективность лечения больных ХГВ удавалось, используя комбинации двух (р-ИФН и ЛАМ, р-ИФН и Та1, ЛАМ и Та1 и др.) или даже трех разных препаратов [10, 17, 18, 27, 41].

В настоящее время ведутся исследования, посвященные поиску приемлемых вариантов комбинированного лечения больных ХГВ препаратами ПЭГ-ИФН и препаратами на основе нуклеозидных аналогов. Эти исследования имеют особое значение для разработки программ ПВТ больных, не ответивших на лечение этими препарами, использованными в режимах монотерапии.

Перспективность одновременного применения двух и даже трех препаратов из групп аналогов нуклеозидов первоначально была продемонстрирована в практике лечения такими препаратами больных СПИД еще в конце XX в [4]. Однако при лечении больных ХГВ опыт сочетанного применения различных препаратов этого типа пока весьма ограничен и лишь продолжает накапливаться.

Хотя до сих пор не показаны существенные преимущества комбинаций аналогов нуклеозидов по сравнению с монотерапией этими же препаратами, есть основания полагать, что применение комбинации двух и особенно трех препаратов с ранних стадий ХГВ может обеспечить минимизацию риска развития лекарственной устойчивости ВГВ, а при лечении ХГВ, вызванным лекарственно-устойчивыми штаммами вируса, может повысить эффективность повторной ПВТ. Эти же комбинации могут оказаться полезными и для начальной терапии у больных ХГВ с декомпенсированным ЦП и после трансплантации печени, так как это обеспечивает минимальный риск развития резистентности и, соответственно, обострения заболевания.

В этом контексте уместно отметить, что в современных международных рекомендациях по лечению больных ХГВ указывается на то, что эффективность длительной комбинированной терапии энтекавиром и тенофовиром или энтекавиром и телбивудином или других препаратов пока не оценена. В то же время в этих же рекомендациях рассматривается возможность, по крайней мере, "добавления" второго препарата в процессе лечения одним препаратом. Так, в частности, рекомендуется при обнаружении резистентности к ЛАМ добавить тенофовир или адефовир, при резистентности к телбивудину добавить тенофовир или адефовир, а при резистентности к адефовиру - добавить второй препарат, при условии низкой вероятности возникновения перекрестной резистентности [20, 26, 28, 34, 37].

Изложенное позволяет предполагать, что комбинированная ПВТ больных ХГВ препаратами разного механизма действия несомненно имеет определенные перспективы, объективно оценить которые можно будет лишь после завершения ныне проводимых и только планируемых клинических наблюдений, результаты которых позволят установить оптимальные параметры программ такого лечения.

Таким образом, подводя итоги изложенному выше, можно прийти к выводу о том, что за минувшие менее, чем 40 лет развития методов этиотропной терапии больных ХГВ удалось достичь немалых успехов и уже сегодня, пользуясь ныне существующим ресурсом имеющихся средств фармакотерапии можно помочь значительной части этих больных.

В настоящее время существует возможность "освободить" от инфекции, как минимум, определенную часть пациентов и, рационально применяя противовирусные препараты, добиться у остальных больных стабилизации заболевания, снижения риска развития ЦП и увеличения показателей выживаемости. И возможно, что дальнейшие изыскания в области развития ПВТ позволят найти возможности для увеличения доли тех пациентов, которые, благодаря рационально проведенной ПВТ, смогут полностью восстановить свое здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Д.Т. Хронический гепатит В и D. М.: ГЕОТАРМедицина, 2010, 288 с.

2. Ахмедбейли Х.Ф., Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Кребс Р. Непосредственные результаты применения альфа-2а-интерферона в сочетании с тимозином-альфа1 для лечения больных хроническим гепатитом В. / Проблемы инфекционной патологии в Средней Азии и Казахстане. Алматы, 2001, с.15-19.

3. Ахмедбейли Х.Ф., Мамедов М.К., Дадашева А.Э. и др. Задаксин в этиотропной терапии больных трансфузионными вирусными гепатитами. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2008, №1, с.84-91;

4. Барлетт Дж., Галлант Дж., Фам Л. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.: Р.Валент, 2010, 496 с.

5. Гепатиты. Рациональная диагностика и терапия. М: ГЕОТАР-Медиа, 2010, 240 с.

6. Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю. Лекарственная резистентность вируса гепатита В у коинфицированных ВИЧ/ВГВ и методы ее выявления. // Мир вирусных гепатитов, 2008, №5, с.3-11;

7. Кребс Р. Биология и иммунофармакология тимозина-альфа1.// Биомедицина, 2003, №2, с.9-13.

8. Крель П.Г., Апросина З.Г. Основные принципы лечения, прогноз и профилактика хронического гепатита. / Хронический вирусный гепатит. Под ред. В.В.Серова и З.Г.Апросиной. М.: Медицина, 2002. с.301-308

9. Лок А., Кондживарам Х. Негро Ф. Гепатит В и гепатит D./ Вирусные гепатиты и холестатические заболевания. Ю.Шифф, М.Сор- рел, У.Мэддрей. Пер. с англ. М.:Геотар-Медиа: 2010, с.185-287;

10. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Задаксин - новые перспективы применения в лечении инфекционных и онкологических заболеваний.// Биомедицина, 2004, №2. с.3-10;

11. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Интерфероны и их применение в клинической медицине. М.: Кристалл, 2005, 288 с.

12. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Этиотропная терапия СПИД - успехи, проблемы и перспективы. // Биомедицина, 2007, №2, с.35-40;

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

14. Мамедов М.К., Шапиро Б.Я. Лечение трансфузионных вирусных гепатитов рекомбинантным альфа-интерфероном. Ташкент:Юлдыз, 1999, 100 с.

15. Мамедов М.К., Кадырова А.А., Ганиев М.М. Современные препараты альфа-интерферонов и их применение в клинической медицине. //Азерб. фармацевтический журнал, 2004, №2, с.36-39.

16.Мамедов М.К., Кадырова А.А., Дадашева А.Э. Лекарственная резистентность вирусов гепатита В и иммунодефицита человека и методы ее лабораторной индикации.// Современные достижения азерб. медицины, 2009, №1, с.29-32;

17.Мамедов М.К., Ахмедбейли Х.Ф.,Дадашева А.Э.,Кадырова А.А. Результаты комбинированного лечения больных хроническим гепатитом В тимозином-альфа1 и ламивудином.// Мир вирусных гепатитов, 2005, №1, с.9-10;

18.Раци Г. Комбинированная терапия при хронических вирусных гепатитов.// Российск. Ж. гастроэнтерологии, 2003, №5, с.58-65;

19. Comprehensive clinical hepatology. Eds.B.Bacon et al.2-nd ed. Philadelphia: Elsevier ltd, 2006 - 723 P.

20.EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B.// J. Hepatology, 2009, v.50, p.227-242;

21.Fournier C., Zoulim F. Antiviral therapy of chronic hepatitis B: prevention of drug resistance // Clin. Liver Dis., 2007, v.11, p.869-892;

22.Gerin J., Korba B., Cote P., Tennant B. A preliminary report of a controlled study of thymosin alpha 1 in the woodchuck model of hepadnavirus infection. / Innovations in antiviral development and the detection of virus infection. Ed.T.Block. Philadelphia, Pat Jefferson Medical., 1992, p.121-123

23.Hadziyannis S., Tassopoulos N., Heathcote E. et al. Long-term therapy with adefovir dipivoxil for HBeAg-negative chronic hepatitis B for up to 5 years // Gastroenterology, 2006, v.131, p.1743-1751

24.Heathcote E., Gane E., Deman R. et al. A randomized double-blind, comparison of tenofovir versus adefovir for treatment of HBeAg positive chronic hepatitis B. // Hepatology, 2007, v.46, p.861

25.Hochman J., Balistreri W. Chronic viral hepatitis: always be current. // Pediatr Rev., 2003, v.24, p.399-410

26.Hoofnagle J., Doo E., Liang T. Management of hepatitis B:summary of a clinical research workshop.//Hepatology, 2007, v.45, p.1056-1075;

27.Janssen H., van Zonneveld M., Senturk H. et al. Pegilated interferon alfa 2b alone or in combination with lamivudinefor HbeAg-positive chronic hepatitis B: a randomized trial // Lancet, 2005, v.365, p.123-129;

28.Keeffe E., Zeuzem S., Koff R. et al. Report of an inter- national workshop: roadmap for management of patients receiving oral therapy for chronic hepatitis B.//Clin. Gastroenterol. Hepa- tol., 2007, v.5, p. 890-897

29. Koff R. Viral hepatitis.NY.:Wiley Med.Publ., 1978, 242 p.

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

31. Lai C., Chien R., Leung N. et al. A one-year trial of lamivudine for chronic hepatitis B // New Engl. J. Med., 1998, v.339, p.61-68

32. Lai C., Gane E., Liaw Y. et al. Telbivudine versus lamivudine in patients with chronic hepatitis B // New Engl. J. Med., 2007, v.357, p. 2576-2588

33. Lai C., Shuoval D., Lok A.S. et al. Entecavir versus lamivudine for patients with HbeAg-negative chronic hepatitis B // New. Engl. J. Med., 2006, v.354, p.1011-1020

34. Liaw Y., Leung N., Kao J. et al. Asian-Pacific consensus statement on the management of chronic hepatitis B: a 2008 update.// Hepatology Intern., 2008. v.2, p.263-283

35. Liaw Y., Sung J., Chow W. et al. Lamivudine for patients with chronic hepatitis B and advanced liver disease. // New Engl. J. Med., 2004, v.351, p.1521-1531

36. Lok A., Hussain M. Antiviral drug-resistant HBV:standardization of nomenclature and assays and recommendations for management // Hepatology, 2007, v.46, p.254-265

37. Lok A., McMahon B. AASLD practice guidelines. Chronic he- patitis B // Hepatology, 2007, v.45, p.507-539

38. Marcellin P., Buti M., Krastev Z. et al. A randomized double-blind, comparison of tenofovir versus adefovir dipivoxil for the treatment of HBeAg negative chronic hepatitis B // Hepatology, 2007, v.46, p.290-291

9. Marcellin P., Chang T., Lim S. et al. Adefovir dipivoxil for treatment of hepatitis B e-antigen positive chronic hepatitis B // New Engl. J. Med., 2003, v.348, p.808-816

40. Marcellin P., Jacobson I., Habersetzer F. et al. Tenofovir disoproxil fumarate for the treatment of HBeAg-negative chronic hepatitis B: week 72 TDF data and week 24 adefovir dipivoxil. // J. Hepatol., 2008, v.48S, p.26

41. Marcellin P., Lau G., Bonino F. et al. Peginterferon al- pha-2a alone, lamivudine alone, and the two in combination in patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B // New Engl. J. Med., 2004, v. 351, p.1206-1217

42. McMahon B. The natural history of chronic hepatitis B virus infection.// Hepatology, 2009, v.49, p.45-55

43. Mutchnick M., Appelman H., Chung H., et al. Thymosin treatment of chronic hepatitis B: a placebo-controlled pilot trial.// Hepatology, 1991, v.14, p.409-415

44. Suoglu D., Elkabes B., Sokucu S., Saner G. Thymosin al- pha and lamivudine combination therapy in pediatric patients with chronic hepatitis B infection unresponsive to previous treatments: a pilot study. Gut. 2001 v.49S. Abstract 1639

45. WHO Hepatitis B treatment workshop. Geneve, 2010, 36 p.

XÜLASƏ

B HEPATITLI XƏSTƏLƏRIN ETIOTROP MÜALICƏSININ UĞURLAR, PROBLEMLƏR VƏ PERSPEKTIVLƏRI

M.Q.Məmmədov

Icmalda xronik B hepatitli (XBH) xəstələrin virusəleyhinə müalicə metodlarına dair fikirlərin inkişafını əks etdirən informasiya toplanmış və 35 il ərzində bu məqsədlə tətbiq olunan müxtəlif virusəleyhinə preparatların əsas üstünlükləri və çatışmayan cəhətləri xarakterizə olunmuşdur. XBH olan xəstələrin müalicəsinin göstərilən gələcək təkmilləşdirilmə perspektivləri həmin xəstələrin selektiv terapiyası prinsipini realizə etməyə imkan verən yeni virusəleyhinə preparatların tətbiqi ilə şərtləndiyini göstərmişdir.

SUMMARY

SUCCESSES, PROBLEMS AND PERSPECTIVES OF HEPATITIS B PATIENTS ETIOTROPIC THERAPY

M.Mamedov

The review is summarized basic information reflected development of views to approaches to antiviral therapy of chronic hepatitis B (CHB) patients and characterized main advantages and lacks of different antiviral drugs applicated for this purpose during 35 last years. It is demonstrated that visible perspective of further improvement of CHB patient therapy may be due to application of novel antiviral drugs, permits realized the principle of CHB selective therapy.

Daxil olub:27.04.2011

QARACİYƏRİN İŞEMİK-REPERFUZİON SİNDROMUNUN ETİOPATOGENEZINƏ MÜASİR BAXIŞ

E.A. İskəndərov

Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Qaraciyərin geniş həcmli rezeksiyaları qanaxma təhlükəsi baxımından yüksək risk qrupuna daxil olan əməliyyatlardan hesab edilir. Postoperasion ağırlaşmalar riskinin azaldılması qaraciyərin rezeksiyaları zamanı qanaxmanı nəzarətdə saxlamaq tələbatını ortaya qoyur. Minimal qanitirməni təmin etmək üçün əməliyyat zamanı mərkəzi venoz təzyiqin aşağı salınması, ultrasəs və ya neon-arqon kəsici alətlərdən, mikrodalğalı termokoaqulyasiyadan istifadə edilməsi, eləcə də qaraciyərə qan gətirən və aparan damarların liqaturaya alınması yerinə yetirilir. Qaraciyərə qan gətirən damarların sıxılması (Pringle manevri) rezeksiya ediləcək pay və seqmentdə qansızlaşmış bir əməliyyat sahəsinin olmasına və qan təchizatı bərpa olunduqdan sonra işemik-reperfuzion sindromun yaranmasına şərait yaradır. İşemiya ardınca reperfuziya fazasında toxumalarda meydana çıxan mikrosikulyator pozğunluqlar, sərbəst radikallaşma proseslərinin aktivləşməsi, oksigenin aktiv formalarının hepatositlərin membranasına zədələyici təsiri kimi patogenetik həlqələrdən ibarət işemik-reperfuzion zədələnmə sindromu hepatobiliar cərrahiyyədə aktual problemlərdən hesab olunur [1,2,3,4].

Bu tədqiqat işinin məqsədi qaraciyərin reperfuzion zədələnməsinin müalicəsinə həsr olunmuş tədqiqatların nəticələrini ümumiləşdirmək və patogenetik mexanizmlərə əsaslanan fikirləri bir daha təhlil etmək, meydana çıxmış müasir fərziyyələri işıqlandırmaqdan ibarətdir.

Ortotopik transplantasiyası zamanı qaraciyərin revaskulyarizasiyasından sonra reperfuzion sindromun inkişafı ilk dəfə 1987-ci ildə Aggarval və həmm. tərəfindən təsvir olunmuşdur. Bu sindrom müxtəlif kardiovaskulyar disfunksiya, bradiaritmiya, arterial təzyiqin azalması, sistem kapilyar təzyiqin aşağı enməsi, ağciyər arteriyasında və pulmonar kapilyar şəbəkəsində təzyiqin yüksəlməsi, eləcə də mərkəzi venoz təzyiqin artması simptomokompleksi ilə xarakterizə edilmişdir. Reperfuzion sindromun etiologiyasını müəlliflər, kəskin asidoz, hiperkaliemiya, hipotermiya və həmçinin qaraciyərin köçürülmüş hissəsindən vazoaktiv substansiyaların ifrazının artması ilə əlaqələndirmişlər [5,6,7]

İşemiya zamanı toxumalarda hüceyrə səviyyəsində zədələnməyə səbəb olan müxtəlif funksional dəyişikliklər meydana çıxır. Oksidləşmə fosforilizasiya proseslərinin azalması adenozintrifosfat turşusunun (ATF) sintezin tükənməsi və homeostazda pozğunluqlar ilə nəticələnir. ATF katabolizminin modifikasiyasının zərərli effekti sərbəst oksigen radikallarının (SOR), sitokinlərin, adheziya molekulalarının və vazoaktiv maddələrin (endotelin və tromboksan) ifrazı ilə davam olunur. Qeyd olunan pozğunluqlar toxumalarda antioksidant müdafiə reaksiyalarının zəifləməsi və nitrik oksid, prostatsiklin kimi sitoprotektiv maddələrin miqdarının azalması ilə müşayət olunur. Hüceyrə ölümü həm nekroz, həm də apoptoz yolu ilə baş verir. Qaraciyərin işemiyası Kupfer hüceyrələri (KH) və endotelial hüceyrələrdə (EH) ödemlə nəticələnir [8,9,10].

Qaraciyərin mikrosirkulyasiyası sinusoidlər adlanan unikal kapilyar şəbəkəsinə malikdir. Sinusoidlər yüksək keçiriciliyə malik fenestrasiyalı endoteli ilə örtülmüşdür ki, bu endotel hepatositlər ilə qan arasında maksimum əlaqə saxlanmasına şərait yaradır. İşemik-Reperfuzion sindrom sinusoidal vazokonstriksiya, neytrofil akkumuliyasiyası, platelet aqreqasiyası və iltihab reaksiyalarının aktivləşməsinə səbəb olan kapilyar keçiriciliyinin pozulması ilə xarakterizə olunur. Reperfuziya zamanı nitrik oksid və endotelin arasında olan zərif tarazlıq pozulur. Sinusoidlərinin mənfəzinin daralması leykositlərin axınını çətinləşdiri, formalı elementlıərin aqreqasiyası və onların damar divarına yapışması baş verir. Platelet aqreqasiyası mikrosirkulyator hövzədə turbulent qan axınını pozması, vazokonstriksiyanın aktivləşməsi nəticəsində sinusoidlərin bir hissəsinin perfuziyadan kənarda qalmasına, bu isə mikrosirkulyasiyanın pozulması və toxumaların oksigenlə təlabatının pozulmasına səbəb olur. Coxsaylı eksperimental tədqiqatlar reperfuzion sindromun əmələ gəməsində və progressivləşməsində mikrosirkulyator pozğunluqların əhəmiyyətli rol oynadığını sübut etmişdir [11,12].

İşemiya zamanı proteolitik parçalanma nəticəsində qaraciyər toxumasında ksantindehidrogenaza fermenti ksantinoksidazaya çevrilir. Ksantinoksidaza oksigen molekulunun iştirakı ilə hipoksantini sərbəst oksigen radikalı hasil etməklə ksantinə parçalayır. İşemiya dövründə ATF - in katabolizmi nəticəsində toxumalarda hipoksantinin toplanması baş verir. Beləliklə, qan dövranından məhrum olmuş qaraciyər toxumasında ksantinoksidaza və onun substratı olan ksantinin miqdarı artmış olur. Reperfuziya zamanı toxumalara daxil olan ikinci substrat - oksigen molekulu sərbəst radikalların əmələ gəlməsinin sürətlənməsi ilə nəticələnən reaksiyanın işə düşməsinə səbəb olur. Siçanlar üzərində aparılan tədqiqat zamanı hemilüminesent üsulunun köməyi ilə məlum olmuşdur ki, 30 dəqiqəlik işemiyadan sonra qan dövranı bərpa olunduqdan sonra sərbəst radikalların əmələ gəlməsi sürətlənir, reperfuziya fazasının artıq 10-cu dəqiqədə sərbəst radikallaşma reaksiyasının sürəti maksimum həddə çatır, tədricən azalaraq 30 - cu dəqiqədə əvvəlki həddə çatır [13,14,15]

İşemiya vaxtı inkişaf etmiş oksidativ stress hüceyrə ölümünü artır, salamat qalmış hüceyrələrin isə gen ekspresiyasının reproqramizasiya və remodelizasiyası baş verir. Reperfuziya vaxtı hüceyrə zədələnməsini əsas generasiyaedici mediatoru nuklear faktor kappa B (NF-kB) hesab olunur. NF-kB normalda sitoplazmada IkB proteininə birləşmiş şəkildə ras gəlinir. Oksidativ stress fonunda IkB parçalanır və nəticədə NF-kB nüvəciyə translokasiya olunması üçün şərait yaranır. NF-kB ionlaşmış nitik oksid sintetaz, sitokin (TNF-alfa), kimyəvi reagentlər və adhezion molekulların sintezini artırır. NF-kB aktivləşdirən ən əsas mexanizm SOR ifrazının, xüsusən də hidrogen peroksid ifrazının artması hesab edilir. Məlum olmuşdur ki, reperfuzion sindrom zamanı NF-kB - nin aktivləşməsi 2 mərhələdə baş verir. Erkən mərhələdə (3 saatlıq reperfuziyanın ilk 30 dəqiqəsi) NF-kB – nin aktivləşməsi proinflamator sitokinlərin ekspresiyasının artması ilə nəticələnir. Gec mərhələdə (reperfuziyadan 9-12 saat sonra) NF-kB anti-inflamator təsir göstərir [16,17,18].

Reperfuziya zamanı TNF – alfa və digər mediatorlar apoptozla əlaqəli proteinlərin, caspaza 3 – 8 proteazaların, sitoxrom-C ifrazının artmasına səbəb olur. Bu substansiyalar ilə əlaqədar reaksiyalar DNT destruksiyası və hüceyrə ölümü nəticələnir. Burdan belə nəticə çixir ki, reperfuzion sindrom zamanı apoptoz hüceyrə ölümünə səbəb olan son mərhələdir. Lakin, tədqiqatlar göstərmişdir ki, apoptoz prosesinin supresiyası işemiyadan sonra yaşam zamanını artırır və reperfuzion zədələnmənin aqressivliyini azaldır. Bir sıra müəlliflərin fikrincə reperfuzion zədələnmə zamanı, xüsusən də steatotik qaraciyərdə hüceyrə ölümünün əsas səbəbi massiv nekrozdur [12,15,19,20].

İşemik-Reperfusion sindrom qaraciyər rezeksiyası keçirmiş xəstələrin təxminən 10%- də qaraciyər çatmamazlığına səbəb olur. Transplantasiyadan sonra kəskin və ya xroniki qraft uyğunsuzluğunun meydana çıxmasında repefuzion zədələnmənin böyük rol oynadığı sübut edilmişdir. Reperfuzion zədələnmə sindromunun inkişafı etməsində gen ekspresiyasını aydınlaşdırmaq məqsədilə bir sıra tədqiqatlar aparılmışdır. Donor qaraciyərindən götürülmüş bioptatda 33 000 gen ekspresiyası oligonukleotid array texnologiyası vasitəsilə öyrənilmiş və transplantasiyadan sonra resipintdə həmin qaraciyər toxumasında reperfuziya zamanı baş verən gen ekspresiyası araşdırılmışdır. Reperfuziyadan sonra 13 000 individiul gen ekspresiyasının olması aşkara çıxarılmışdır. Qaraciyərin transplantasiyası zamanı xüsusilə modifikasya edilən 795 genin ekspresiyası sübuta yetirilmişdir ki, bunlardan da bəzilərinin ilkin olaraq donorda aparılmış müayinələr zamanı ümumiyyətlə ekspresiyası aşkara çıxarılmamışdır. Analiz nəticəsində məlum olmuşdur ki, ekspresiya edən genlərdən ən azı 12% - i apoptoz, 12,5% iltihabi proses ilə, 22,% - i isə şok proteinləri ilə əlaqədar ekspresiya etməsi donor qaraciyəri ilə müqayisədə müəyyən edilmişdir. Spesifik genlərə təsir etməklə qaraciyərin transplantasiyasından sonra reperfuzion sindrom zamanı bu və ya digər patogenetik həlqələri qırmaqla hepatositlərin zədələnməsinin aqressivliyini azalatmaq şanslarının olması sübuta yetirlmişdir [21,22,23,24,25].

Beləliklə reperfuzion zədələnmənin müalicəsi məqsədilə aparılan tədqiqatların nəticələrinin analizi bizə bir daha bu sindromun patofiziologiyasını daha aydın şəkildə dərk etməyə kömək edir. Reperfuzion zədələnmə sindromunun profilaktikası və müalicəsi məqsədilə aparılan istər farmokoloji, mexanik və ya genomik manipulyasiyalar hepatobiliar cərrahiyyədə mühüm əhəmiyyətə malikdir.

ƏDƏBIYYAT

1. Andrew J. Cockbain, Tahir Masudi, J. et al. Predictors of blood transfusion requirement in elective liver resection // DOI:10.1111/j. 2009. p.1477-2574.
2. Jae Hwi Jang, Koo-Jeong Kang, Yuna Kang et all. // Ischemic Preconditioning and Intermittent Clamping Confer Protection Against Ischemic Injury in the Cirrhotic Mouse Liver // Liver Transplantation, 2008, v.14, p.980-988
3. Sözen S., Kısakürek M, Yildiz F, Gönültaş M. et all. The effects of glutamine on hepatic ischemia reperfusion injury in rats // Hippokratia, 2011, v.15, p.161-166
4. Jia Y Guo, Tong Yang, Xiang G Sun. et all., Ischemic postconditioning attenuates liver warm ischemia-reperfusion injury through Akt-eNOSNO- HIF pathway // Journal of Biomedical Science 2011, v.18, p.79
5. Michael Ramsay. The Reperfusion Syndrome: Have We Made Any Progress? // Liver Transplantation, 2008, v.14, p.412-414
6. Christopher P. Zetzmann, O. Rama Swamy. et all. Improving Donor Livers by Inhibiting TNF-a Production // The Ochsner Journal, 2010, N10, p.250–255
7. Hong Zhu, Catena Marco and Ferla Gianfranco Early changes of graft function, cytokines and superoxide dismutase serum levels after donor liver denervation and Kupffer ceil depletion in a rat-to-rat liver transplantation model // Hepatobiliary Pancreat Dis Int., 2009, N8, p.152-156
8. Pablo Muriel. Role of free radicals in liver diseases // Hepatol Int.2009, N3, p.526–536
9. Laura Llacuna, Montserrat Mari, Josep M. Lluis. Reactive Oxygen Species Mediate Liver Injury Through Parenchymal Nuclear Factor-_B Inactivation in Prolonged Ischemia/Reperfusion // The American Journal of Pathology, 2009, v.174, N5, p. 1776-1785
10. Yuta Abe, Ian N. Hines, Gazi Zibari. et al. Mouse Model of Liver Ischemia and Reperfusion Injury: Method to Study Reactive Oxygen and Nitrogen Metabolites in vivo // Free Radic Biol Med., 2009; v.46(1), p.1–7.
11. Brigitte Vollmar and Michael Menger. The Hepatic Microcirculation: Mechanistic Contributions and Therapeutic Targets in Liver Injury and Repair // Physiol Rev. 2009, v.89, p.1269–1339
12. Hasegawa T., Yoshiya Ito, Wijeweera J. Reduced inflammatory response and increased microcirculatory disturbances during hepatic ischemia-reperfusion injury in steatotic livers of ob/ob mice // Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol., 2007, v.292, p.1385-1395

13. Fang J., Takahiro Seki., Haibo Qin. et al. Tissue protective effect of xanthine oxidase inhibitor, polymer conjugate of (styrene–maleic acid copolymer) and (4-amino-6-hydroxypyrazolo[3,4-d]pyrimidine), on hepatic ischemia–reperfusion injury // Experimental Biology and Medicine, 2010, v. 235, p. 487–496

14. Francois Berthiaume, Laurent Barbe, Yasuji Mokuno. Steatosis Reversibly Increases Hepatocyte Sensitivity to Hypoxia- Reoxygenation Injury // J Surg Res., 2009, v.152(1), p.54–60

15. Callisia N Clarke, M.D., Satoshi Kuboki, M.D., Amit Tevar. CXC Chemokines play a critical role in Liver Injury, Recovery and Regeneration // Am J Surg., 2009, v.198(3), p.415–419

16. Markus Selzner, Nazia Selzner, Limin Chen, Ivan Borozan et all. Exaggerated Up-Regulation of Tumor Necrosis Factor –Dependent Apoptosis in the Older Mouse Liver Following Reperfusion Injury: Targeting Liver Protective Strategies to Patient Age // Liver Transplantation, 2009, v.15, p.1594-1604

17. Jian Shi, Wenyu Shao, Dongchang Yang. et al. Hydrodynamics-Based Transfection of Plasmid Encoding Receptor Activator for Nuclear Factor Kappa B–Fc Protects Against Hepatic Ischemia/Reperfusion Injury in Mice // Liver Transplantation, 201, v.16, p.611-620

18. Yi-Jun Wu, Qi Ling, Xin-Hui Zhou, Yan Wang, Urinary trypsin inhibitor attenuates hepatic ischemia-reperfusion injury by reducing nuclear factor-kappa B activation // Hepatobiliary Pancreat Dis Int., 2009, N8, p.53-58

19. Mao Ma and Zhen-Hua. Effect of tumor necrosis factor-alpha in rats with hepatic ischemia-reperfusion injury // Hepatobiliary Pancreat Dis Int., 2008, N7, p.296-299

20. Bibo Ke, Xiu-Da Shen, Feng Gao. et all. Small Interfering RNA Targeting Heme Oxygenase-1 (HO-1) Reinforces Liver Apoptosis Induced by Ischemia–Reperfusion Injury in Mice: HO-1 Is Necessary for Cytoprotection // Human Gene therapy, 2010, v.20, p.1133–1142

21. Sean W.C.Chen, Sang Won Park., Mihwa Kim. Human heat shock protein 27 overexpressing mice are protected against hepatic ischemia and reperfusion injury // Transplantation, 2009, v.87(10), p.1478–1487

22. Hossein Ali Arab, Farhang Sasani, Mohammad Hossein Rafiee. Histological and biochemical alterations in early-stage lobar ischemia-reperfusion in rat liver // World J Gastroenterol., 2009, v.15(16), p.1951-1957

23. Conti A, Scala S, D'Agostino P, Alimenti E Wide gene expression profiling of ischemia-reperfusion injury in human liver transplantation // Liver Transpl., 2007, v.13(1), p.99-113.

24. Li JQ, Qi HZ, He ZJ, Hu W, Cytoprotective effects of human interleukin-10 gene transfer against necrosis and apoptosis induced by hepatic cold ischemia/reperfusion injury // J Surg Res., 2009, v.157(1):p71-78

25. Borozan I, Chen L, Sun J, Tannis L. et all. Gene expression profiling of acute liver stress during living donor liver transplantation // Am J Transplant., 200, v.6(4), p.806-24.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПЕЧЕНИ

Э.А. Искендеров

Реперфузионный синдром, последующей после восстановления кровотока после резекций печени и трансплантации ведет к увеличению числа осложнений и летальности. Этиология и патогенез реперфузионного синдрома не до конца описан в литературе. Многие исследования показывают роль оксидативного стресса и токсического действия свободных радикалов в появление реперфузионного синдрома. Некоторые авторы дают предпочтение микроциркуляторным нарушениям после трансплантации печени. Настоящее время полиморфизм генов представляется как основная причина развития реперфузионного синдрома. Обобщая вышесказанное, есть необходимость для проведения дальнейших исследований для выяснения причин развития и прогрессирования реперфузионного повреждения печени.

SUMMARY

MODERN VIEW TO ETIOPATHOGENEZIS OF REPERFUSION SYNDROME OF THE LIVER

E.A. Iskandarov

The reperfusion syndrome following revascularization of the liver graft during liver transplantation and after hepatic resections lead to increase of morbidity and mortality. The etiology and pathogenesis of reperfusion injury were not clearly described. Most investigations showed that the main reason of developing of reperfusion injury is oxidative stress and toxic affect of free radicals. The others give attention to microcirculatory changes in liver after transplantation. Gen polymorphism at this time, presented is a most significant reason of reperfusion injury. Summarize, there is a demand to led new investigation to understand the all mechanism appear and progression of the reperfusion injury of the liver.

Daxil olub:27.04.2011

SİDİK KİSƏSİ XƏRÇƏNGİNİN DİAQNOSTİKASINDA, İNVAZİYA DƏRƏCƏSİNİN MÜƏYYƏN EDİLMƏSİNDƏ ULTRASƏS VƏ DİGƏR MÜAYİNƏ ÜSULLARININ MÜQAYİSƏLİ TƏHLİLİ

S.B. İmamverdiyev, E.C. Qasımov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Sidik kisəsi xərçəngi onkoloji xəstəliklərin 2.5%- ni təşkil edib, kişilər arasında 8-ci, qadınlar arasında 18-ci yeri tutaraq son zamanlar tez-tez rast gəlinir [1]. 1998-ci illər ərzində Rusiyada aparılan elmi araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, rast gəlinən bədxassəli şiş xəstəliklərinin çox hissəsi sidik kisəsi xərçənginin payina düşür. Xəstəliyin rast gəlmə tezliyinin artmasına baxmayaraq, erkən diaqnoz qoymaq invaziya dərəcəsini müəyyən etmək yalniz 10-15% hallarda mümkün olmuşdur [2.3]. Qalan bütün hallarda xəstələrin əksəriyyətinə ilk klinik əlamət başlandıqdan bir il sonra diaqnoz qoyulur ki, artıq bu zaman şiş toxuması daha dərin qatlara invaziya edərək T3-T4 mərhələsində olur, nəticədə yuxarı sidik yollarında və böyrəklərdə funksional dəyişikliklər müşahidə edilir, bu isə müalicə taktikasını tamamilə dəyişdirməklə bərabər effektiv müalicənin əhəmiyyətini 60-70% aşağı salır [4.5]. Diaqnostikada buraxılan hər bir səhv müalicə taktikasina öz mənfi təsirini göstərir. Bunlardan ən əsası şişin dərin qatlara inkişaf etməsini və metastazlarin olmasını düzgün qiymətləndirilməməsidir [5]. Sidik kisəsi xərçənginə diaqnozun qoyulmasında çoxlu sayda müayinə üsullarının olmasına baxmayaraq erkən diaqnozun qoyulması, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsi bütün hallarda mümkün olmur. Ona görə də bu istiqamətdə tədqiqat işlərinin aparılmasına ehtiyac duyulur. Bəzi müəlliflərin fikrincə, sidik kisəsi xərçənginin diaqnostikasinda həlledici müayinə sayılmasa da, klinik əlamətlər-ağrı, dizurik əlamətlərə, sidikdə qanın olmasına xüsusi yer verilmişdir [6]. Bir qrup müəlliflər isə sidikliyin selikli qişasında baş verən dəyişikliklərin öyrənilməsində, xəstəliyə erkən diaqnozun qoyulmasında, müalicə növünün seçilməsində endoskopik müayinəyə üstünlük vermişlər [7]. Müayinə invaziv olduğu üçün xəstələr tərəfindən birmənalı qəbul edilməmişdir. Bir çox başqa bədxassəli şişlərin əmələ gəlməsində əsas rol oynayan genetik faktor kimi xromosomların qurluşunda və miqdarında baş verən dəyişikliklərin öyrənilməsi sidik kisəsi xərçənginin diaqnostikasında əsas meyarlardan biri hesab olunur [8]. Xəstəliyin diaqnostikasında qan zərdabında xüsusi şiş markerlərinin təyin edilməsinin də böyük rolu vardır. Bunlardan ən əsası və əhəmiyyətlisi xərçəng-embrional-antigenin təyin edilməsidir. Xərçəng-embrional-antigenin təyin edilməsi təkcə diaqnozun qoyulmasında deyil həm də kompleks müalicənin effektliyinin müəyyən edilməsində mühüm rol oynayır [9]. Sidik kisəsi xərçənginə diaqnozun qoyulmasında rentgenoloji müayinə daha erkən istifadə olunsa da, bu gün də öz əhəmiyyətini itirməyərək ən mühüm müayinə üsullarından hesab olunur [8]. Şiş toxumasının yerləşməsindən asılı olaraq yuxarı sidik yollarında və böyrəklərdə 24-50% hallarda hidronefrotik transformasiya və funksional dəyişikliklər baş verir və bu dəyişikliklər rentgenoloji müayinənin ekskretor uroqrafiya və onun enən sistoqrafiya mərhələsində daha aydın şərh olunur [10]. Müayinə zamanı xəstələrin 34%-də sidikliyin normal şəkli, 63%-də dolma deffektinin olması 21%-də sidik axarlarının mənfəzinin tutulmasına rast gəlinir [11]. Biokimyəvi göstəriciləri yüksək olan xəstələrdə infizion uroqrafiya daha əhəmiyyətli hesab olunur. İnfiltrasiya etmiş endofit və kiçik ölçülü şişlərin müəyyən edilməsində sidik kisəsinə kontras maddə və hava vurmaqla aparılan qalxan sistoqrafiya və pinevmo- sistoqrafiya daha əhəmiyyətli müayinə sayılır [12]. Rentgenoloji müayinənin yuxarıda sadaladığımız formaları ilə sidik kisəsində şişlərin sayı, ölçüsü və yerləşməsi haqqında müəyyən qədər müsbət nəticələr alinsa da, prosesin mərhələsinin müəyyən edilməsi üçün bir o qədər də qənaətbaxş olmamışdır. Ona görə də digər müayinə üsullarının axtarılmasına ehtiyac duyulmuşdur. Radikal müalicə növünün seçilməsində həlledici rol oynayan regionar limfa düyünlərindəki metastazların aşkar edilməsində çanaq fileboqrafiyası və limfaqrafiyası daha informativ metod hesab olunur. Bizim ölkəmizdə bu üsulun praktikada tətbiqi əsasən M.C.Cavadzadə və S.B.İmamverdiyevin tədqiqat işlərindən sonra olmuşdur. Bu müayinələr invaziv olub, öz dövrü üçün böyük əhəmiyyət kəsb etmişdir. Yeni elmi nailiyyətlər, müasir cihazlar müayinələrin aparılmasına münasibətləri dəyişmişdir. Son zamanlar tibb elmindəki yeni nailiyyətlərlə əlaqədar olaraq xəstələr üçün az travmatik, qeyri-invaziv müayinə metodlarının kəşfi limfaqrafiya və çanaq müayinələrinin aparılması prosesinə münasibətləri tamamilə dəyişmişdir. Sidik kisəsi xərçəngi olan xəstələrin əksəriyyəti həkimə gec müraciət etdiyindən və xəstəliyə gecikmiş dövrdə diaqnoz

qoyulduğundan erkən diaqnozun qoyulması üçün müxtəlif axtarışlar aparmaq lazım gəlmişdir. Kompüter tomoqrafiyası, radionukleid metodların kəşfi bu axtarışların nəticəsi olaraq, xəstəliyə erkən diaqnozun qoyulmasında, invaziya dərəcisinin müəyyən edilməsində prosesin qonşu orqanlara siyarət edib-etməməsini, radikal müalicə növünün seçilməsində həlledici rol oynayan limfa düyünlərindəki metastazların aşkar edilməsində əhəmiyyətli müayinə kimi praktikada geniş tətbiq olunur.

B.P.Matveyev (1986) kompüter tomoqrafiyasının cavabının əməliyyat zamanı götürülmüş şiş toxumasının pato-histoloji cavabı ilə müqayisə etdikdə 72-96% nəticələrin üst-üstə düşdüyünü qeyd etmişdir. P.Karrer (1980) və əməkdaşları öz tədqiqat işlərində k/tomoqrafiyaya əsasən sidik kisəsi xərçəngində yerli yayılma dərəcəsinin müəyyən edilməsində 78%, regionar limfa düyünlərindəki metastazların 89% aşkar edildiyini qeyd etmişlər.

Horigh (1980) və başqaları kompüter tomoqrafiyasının diaqnostik imkanlarını genişləndirmək üçün kontrast maddəni vena daxilinə və sidik kisəsinə vurmaqla birləşmiş şəkildə müayinənin aparılmasını təklif edirlər. Bir çox müəlliflər isə sidik kisəsi xərçənginin erkən mərhələsində kompüter tomoqrafiyasının diaqnostik əhəmiyyətinin o qədər də yüksək olmadığını təsdiq etmişlər [13]. 80-ci illərdən başlayaraq sidik kisəsi xərcənginin diaqnostikasında kompüter tomoqrafiyasının imkanlarını genişləndirmək üçün maqnit rezonan tomoqrofiyasından (MRT) istifadə olunmağa başlanmışdır [14]. Heç bir kontrast maddədən və ionlaşdırıcı radiyasıyalardan istifadə etməməklə müayinəni aparmaq mümkündür. Kompüter tomoqrafiya və maqnit rezonans tomoqrafiya müayinəsinin iqtisadi baxımdan qiymətli olması onların praktikada tədbiqini çətinləşdirir. Yuxarıda söylənənlərdən aydın olur ki, sidik kisəsi xərçənginə diaqnozun qoyulmasında, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində, yaxın və uzaq metastazların aşkar olunmasında çoxlu sayda müayinə üsullarının olmasına baxmayaraq bütün hallarda bunlardan istifadə etmək mümkün olmur. Müayinələrin invaziv, travmalı, maliyyə baxımından bahalı olması nəticəsində bu müayinələrdən istifadə edən xəstələrin sayı xeyli azalmışdır. Ona görə də sidik kisəsi xərçənginə erkən diaqnozun qoyulması, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsi, radikal müalicə növünün seçilməsi onkouroloqların qarşısında duran aktual məsələlərdən olduğu üçün bu istiqamətdə tədqiqatların aparılmasına böyük ehtiyac vardır. Ultrasəs müayinəsinin kəşfi bu axtarışların nəticəsi olub, tibbi praktikada tətbiqi daxili orqanların və uroloji xəstəliklərin diaqnostikasında böyük sıçrayış baş vermişdir. Bu müayinənin sidik kisəsi xərçənginin diaqnostikasında yaratdığı proqres və yüksək məlumatlılığı digər invaziv metodlara olan ehtiyacı xeyli azaltmışdır. USM əsasən sidik kisəsinin exoqrammasını ilk dəfə 1963-cü ildə J.Donald hamilə qadını müayinə edərkən almışdır. Bu müayinənin kəşfi erkən olsa da, uroloji praktikada 70-80-ci illərdən istifadə olunmağa başlanmışdır. O.B.Koryakin (1997) regionar limfa düyünlərindəki metastazların aşkar edilməsində USM-nin əhəmiyyətini xüsusilə qeyd etmişdir. Bu müayinənin köməyilə nəinki xəstəliyə diaqnoz qoymaq, eyni zamanda şiş toxumasının invaziyası nəticəsində böyrəklərdə və yuxarı sidik yollarında baş verən üzvi funksional dəyişikləri öyrənmək mümkündür [15]. Xəstəliyin diaqnostikasında USM nəinki şişin sidiklikdə yerləşməsini, eləcə də ölçüsünü, qatlar üzrə yayılma dərəcəsinin müəyyən edilməsində və prosesin ətraf toxumalara,qonşu orqanlara siyarət etməsinin təyin edilməsində çox mühüm rolu vardır [16]. Bəzi hallarda xəstəliyə diaqnozun qoyulmasında USM əsas və həlledici müayinə hesab olunur. Sidik kisəsində şiş toxumasının yerləşməsindən asılı olaraq ultrasəs müayinəsi üç formada- transabdominal, xüsusi ötrücülər vasitəsilə transrektal, transvaginal və transuretral aparılır. Qarnın ön tərəfindən transabdominal üsulla aparılan ultrasəs müayinəsi zamanı prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində 60-90% cavabların doğru olduğu ədəbiyyat məlumatlarında qeyd edilmişdir [17]. V.N.Komartsev,V.İ.Silesarov (1988) sidik kisəsinin ön divarında, zirvə və boyun nahiyəsindəki şişlərin müəyyən edilməsində transabdominal ultrasəs müayinəsinin əhəmiyyətsiz olduğunu qeyd etmişlər. Belə hallarda sidik kisəsində şiş toxumasının yerini və invaziya dərəcəsini müəyyən etmək üçün ilk dəfə olaraq Makki (1966), H.H.Holf və Watanabe 1972-ci ildə transrektal,transuretral (transvaginal) ultrasəs müayinəsini işləyib hazırlamışlar.Sekine(1982)uroloji praktikada ilk dəfə olaraq elektron xətli transvaginal ötrücülərdən istifadə edərək qadınlarda sidik kisəsi xərçənginin diaqnostikasında istifadə etmişdir.Deyilənlərdən aydın olur ki,xəstəliyin diaqnostikasında USM-in imkanları çox genişdir.Bunları nəzərə alaraq biz apardığımız tədqiqat işimizdə ultrasəs müayinəsinin imkanlarından geniş istifadə etməyə çalışmışıq. 2009-2011-ci illər ərzində ultrasəs müayinəsinə əsasən diaqnoz qoyulmuş 60 xəstədə müvafiq əməliyyat aparılmışdır. Xəstələrin 51-i kişi, 9-u qadın olmuşdur. Müayinənin köməyilə əməliyyatdan qabaq şiş toxumasının sidiklikdə yerləşməsi, sayı, ölçüsü və invaziya dərəcəsi dəqiq müəyyən edilmişdir. Hətta bu müayinənin köməyilə ətraf toxumalardakı dəyişiklikləri və regionar limfa

düyünlərindəki metastazları aşkarlamaq mümkün olmuşdur. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün şübhəli xəstələr olduqda qiymətli olsa da, kompüter tomoqrafiya və MRT müayinəsinin aparılmasını məsləhət görmüşük. Xəstələrin bir qismi bizə müraciət etdikdə artıq onlara özəl klinikalarda bahalı müayinələrdən keçərək ilkin diaqnoz qoyulub. Respublikamızdakı özəl klinikaların əksəriyyəti müasir müayinə metodları ilə təhciz olunmuşdur. Bu müayinələrin bahalı və müayinə zamanı şualanmanın yüksək olması onların praktikada tətbiqini xeyli məhdudlaşdırır. Klinikada ultrasəs müayinəsinə əsasən diaqnoz qoyulmuş xəstələr əməliyyat olunduqdan sonra alınan nəticələr əməliyyat öncəsi nəticələrlə müqayisə edildikdə nəticələrin 85-95% üst-üstə düşdüyü müəyyən edilmişdir. Ona görə də bu müayinələrin yeni formaları daima işlənib hazırlanmaqdadır. Müayinəni aparmaq üçün sidik kisəsinin dolu olması, bağırsaqlarda qazın olmaması, imalə olunaraq bağırsaqların təmizlənməsi, xəstələrin çox kök olmaması, müayinəni aparan sonoloqun yüksək peşəkarlığa malik olması lazımdır. Beləliklə, sidik kisəsi xərçənginə erkən diaqnozun qoyulmasıda, radikal müalicə taktikasının seçilməsində bir çox müayinə üsullarının olmasına baxmayaraq, bütün hallarda bu müayinələrdən istifadə etmək mümkün olmamış, bir çox ağırlaşmaların, şüalanmanın olması, maliyyə baxımından xəstələrə baha başa gəlməsi, onların diaqnostik imkanlarını məhdudlaşdırır.Ona görə də xəstələrə qeyri-invaziv, ağırlaşma və şüalanması az olan, maliyyə baxımından ucuz başa gələn qeyri-invaziv müayinə metodlarının aparılmasına ehtiyac duyulur. Məhz bu baxımdan USM xəstələr üçün əlverişli hesab olunaraq praktikada geniş tətbiq olunmasını tövsiyə edirik.

ƏDƏBİYYAT

1. Чиссов В.И.,Старинский В.В., Петровин Г.В. и др. Основиые паказатели онкологической помощи населению Россий в 2000 году // Рос. онко.жур., 2002, №1, с.35-9

2. Поляничко М.Ф.Диагностика ,оперативное и комбинированное лечение мочевого пузыря. М., 1986, 202с.

Marcullo G.E., Villoricencio H., Solsana E. et.al. Quimiotherapia neoadyuvante en carcinoma transicinal infltrante ole vejiga urinaria //Oncol , 1993, v.16, N12, p.495-500

3. Sekine H., Takachara O. Transrectal,Longitnolinal Ultrasonotomograpy of the prostateby electronik Linear scanniring //J.Urol., 1982, v.127, p.62-65

4. Cheng l., Cheville J.C., Neumann R.M. et.al. Survival of patients with carcinoma insitu of the urinary bladder // Canser, 1999, v.85(11), p.2469-74

5. Hori Sh., Okowa M., Mijochi K. Computed tomography of the urinary bladder using the olive oil-filled method // Acta.urol. Jap., 1980, v.26, p 545-549

6. Лопаткин Н.А. Урология. М., 1992, 494с.

7. Halling K.C. Vysis Urovysion for the detection of urothelial carsinoma Expert // Rev Mol Diagn., 2003, v.3(4), p.507-19

8. Шипилов В.И. Рак мочевого пузыря М., 1983, 190с.

9. Корякин О.Б., Гришин Г.Н., Володина Т.В. Диагностика и лечение метастазов рака мочебого пузыря // Урология и нефрология,1997, №2, с.22-24

10. Имамвердиев С.Б. Лимфография и внутрикостная тазовая флебография при опухолях мочевого пузыря предстательной железы и наружных органов: Автореф. Дисс....канд.мед.наик. М., 1968,18с.

11. Абдуллаев Н.А., Белоусов М.А. Атлас ультразвуковой диагностики. М., 1995, с. 53-68

12. Матвеев Б.П., Шипилов В.И., Токтамушев А.Т. Определение степени местного распространения рака мочевого пузыря // Уро и Неф., 1986, №5, с.69-71

13. Варшавский С.В., Мартюшев А.В. Ядерная магниторезонансная томография в диагностика рака предстательная железы // Урология и нефрология,1996, №4, с. 36-38

14. Мартов А.Г., Гущин Б.Л., Гнатюк А.П. др.Ранная повторная цистоскопия и биопсия в диагностике и лечений поверхностного рака мочевого пузыря // Урология, 2004, №3, с.54-8

15. Sachs M., Heinau M., Koenig F. et al. Optikal coherence tomoqraphy (OCT) for the diaqnosis of urothelial bladder canser.sensitivity and specificity compard to White light cystoscopy // J Urol., 2008, v.179(4), p.581.

16. Gelikonov V.M., Gelikonov G.V. New approach to cross-polarized optical coherence tomograflhy based on orthogonal arbitrarily polarized modes // Laser Phys Lett., 2006, v.3(9), p.445-51

SUMMARY

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF ULTRASONIC EXAMINATION WITH OTHER DIAGNOSTIC METHODS DURING THE INVESTIGATION OF THE BLADDER CANCER AND THE DEGREE OF ITS INVASION

S.B. İmamverdiyev, E.C.Gasimov

The bladder cancer makes 2-3 % of urooncology diseases with growing frequency of occurrence. Despite growth of newly diagnosed bladder cancers the problem of early diagnosis and degree of an invasion of a tumor

is still actually. There are a lot of methods for early diagnosis of bladder cancer and degree of tumor invasion. However, use of all these methods on one patient is inexpedient with psychological aspect and very expensive. For this reason now actually investigation of the minimally invasive and cheaper complex methods of inspection of this group of patients. Ultrasonic method as the result of these researches allows to reduce in the urological practice lacks of inspection not only uro-oncological, but also other patients

РЕЗЮМЕ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЗИ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ИНВАЗИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.Б. Имамвердиев, Е.Д.Гасымов

Рак мочевого пузыря занимает второе место среди уроонкологических заболеваний после рака предстательной железы. Данное заболевание относится к ряду самых тяжелых в урологии и имеет тенденцию к постоянному росту. Несмотря на увеличение встречаемости рака мочевого пузыря постановка диагноза на ранних стадиях и оценка степени инвазии опухоли остается в неудовлетворительном состоянии. Несмотря на значительное число диагностических методов исследования (рентгенологических, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой диагностики) применять их на одном больном с психологичекой и финансовой стороны не всегда представляется возможным. Учитывая неинвазивность, дешевизну и большую информативность в оценке стадии инвазии рака мочевого пузыря мы рекомендуем в первую очередь использовать ультразвуковую диагностику.

Daxil olub:11.05.2011

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.А.Меджидова

Национальный Центр Онкологии, г.Баку

Рак молочной железы (РМЖ) остается наиболее актуальной проблемой клинической онкологии. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно Показатели выживаемости при раке молочной железы в разных странах варьируются в широких пределах – от 80% и более в Северной Америке, Швеции и Японии до примерно 60% в странах со средним уровнем дохода и до менее 40% в странах с низким уровнем дохода. Низкие показатели выживаемости в менее развитых странах объясняются, главным образом, отсутствием программ по раннему выявлению, что приводит к значительному проценту женщин, у которых заболевание выявляется на поздних стадиях, а также отсутствием надлежащих средств и оборудования для диагностирования и лечения. Заболевает около миллиона женщин, почти полмиллиона из них погибает.

Смертность в Азербайджане от этого заболевания составляет 13,5 на 100,000 населения. Таким образом, РМЖ является одной из ведущих причин преждевременной смерти от злокачественных новообразований у женщин. Поскольку этиология РМЖ остается до настоящего времени недостаточно ясной, возможности первичной профилактики несколько ограничены [1,4,7].

Ранняя диагностики рака молочной железы крайне важна в снижении смертности от этой болезни и улучшении качества жизни. Раннее выявление базируется на использовании маммографии как наиболее эффективного метода выявления непальпируемых опухолей молочных желез, физикальном исследовании МЖ, использовании самообследования молочной железы и выявлении групп повышенного риска на основании возрастного фактора (80% женщин заболевает в возрасте старше 40 лет), генетического фактора и наличия РМЖ в анамнезе. Проведены исследования, позволившие оценить эффективность УЗИ . Результаты исследований свидетельствуют о том, что УЗИ не с такой высокой точностью, как скрининговая маммография, позволяет выявлять микрокальцинаты, которые являются ранним признаком внутрипротокового рака in situ. Поэтому УЗИ рекомендуется использовать только как диагностический метод, но не как средство массового скринингового обследования [10].

Наряду с такими важными факторами в течении опухолевого процесса как наличие и число пораженных лимфоузлов, размеры первичной опухоли, степень дифференцировки опухоли, возраст больной и состояние ее менструальной функции, содержание рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли, а также гиперэкспрессия her-2-neu.[2,3,7,26], в последнее

время большое распространение получила гистогенетическая (или молекулярно-генетическая) классификация рака молочной железы, сочетающая в себе соотношение молекулярно-биологических и генетических характеристик опухоли с отдаленными результатами лечения. Основной задачей данной классификации является прогнозирование рака молочной железы и определение факторов, предсказывающих чувствительность опухоли к различным способам лечения [2,5,25]. Согласно C.M. Perou et.al., T. Sorlie et.al. все опухоли делятся на две большие группы: люминальный и базальный типы рака молочной железы[25]. Базальный тип или трипл-негативный рак характеризуется отрицательным состоянием рецепторного статуса (РЭ-,РП-) и Her-2/neu- статуса и является наиболее неблагоприятным вариантом относительно прогноза на общую и безрецидивную выживаемость. Люминальный подтип А имеет положительный рецепторный статус (РЭ+,РП+) и отрицательный Her-2/neu-статус (Her-2/neu-) ,и по данным исследований, при данной форме рака наблюдается более благоприятное течение и прогноз. Люминальный подтип В характеризуется положительным Her-2/neu –статусом и любыми значением рецепторного статуса (Her-2/neu+ и любые значения РП и РЭ) и менее благоприятен в отношении прогноза.

Среди 7 содержащихся в списке Гейла позиций (раса, возраст, срок наступления менархе, возраст при первых родах, число кровных родственниц – мать, сестры, дочери – женщин, страдавших РМЖ, число биопсий молочной железы и число биопсий, в результате которых были получены участки атипической гиперплазии) только два или три на первый взгляд, связаны с гормонами вообще и эстрогенами, в частности [20]. На самом деле и эстрогены, и другие гормоны так или иначе связаны с большинством этих позиций раннее наступление менархе повышает риск развития РМЖ не только за счет продления активного репродуктивного периода , но и благодаря эндокринному механизму, реализующемуся как посредством снижения толерантности к углеводам – инсулинорезистентности , так и при участии эстрогенов. Показано, в частности, что при обследовании в возрасте 20-30 лет в период фолликулярной фазы менструального цикла у женщин с наступлением менархе до 12 лет уровень эстрадиола в крови был выше, а уровень секс-стероид связывающего глобулина ниже, чем у женщин с первой менструацией, зарегистрированной в 13 лет и выше, что в итоге приводило к большей величине «индекса свободного эстрадиола» у первых [7,8,13]. Не последнюю роль в возникновении рака молочной железы играют генетические факторы. Так по данным различных авторов, частота наследственного РМЖ составляет от 5 до 15%. Мутации BRCA 1 и BRCA 2 ответственны за 30-70% наследственного РМЖ [9,19]. Мутации этих генов обуславливают чрезвычайно высокий риск развития РМЖ и рака яичников. Значительно чаще, чем при спорадическом раке, у носителей мутаций BRCA 1-2 наблюдаются III степень злокачественности и РЭ негативные опухоли [10].

В основе развития гормонозависимых опухолей, в частности рака молочной железы, лежит нарушение механизмов нейроэндокринной регуляции функций органа. Эти механизмы настолько сложны, что до настоящего времени не удалось установить патогенез заболевания.

Главным направлением в поиске причин болезни сегодня стало изучение молекулярно-биологических процессов, обусловливающих неконтролируемый рост и метастазирование опухоли развитие ее гормонорезистентности.

Первым генным продуктом, детально изученным при РМЖ, оказались рецепторы эстрогенов. Приблизительно в 40 % случаев этот протеин не экспрессируется как при инвазивном РМЖ, так и при протоковой карциноме in situ [8,13].

Наличие РЭ и\или РП в опухолях больных РМЖ может служить признаком по крайней мере двух механизмов, замедляющих развитие болезни. Во-первых, факт присутствия этих рецепторов можно рассматривать как биохимический признак большей степени дифференцировки и, следовательно, меньшей агрессивности. В работе Масляева А.В. и соавторов была изучена экспрессия рецепторов стероидных гормонов у 911 больных протоковым инфильтративным раком молочной железы в зависимости от степени злокачественности, наличия раковых эмболов, присутствия внутрипротокового компонента. Так, согласно этим исследованиям выявлялось прогностически значимое повышение частоты РЭ- и РП- при раке III степени злокачественности по сравнению с I II степенью. Во-вторых, РЭ и\или РП в опухолевых клетках является признаком гормональной зависимости опухоли, и

профилактическое применение эндокринной терапии может снижать риск развития метастазов.

РМЖ является, по мнению многих авторов, системным заболеванием, склонным к раннему регионарному и гематогенному метастазированию [2,18]. . Именно такое представление о РМЖ служит основанием для проведения системной терапии у больных операбельным раком молочной железы. Воздействуя на микрометастазы, системная цитостатическая терапия способна увеличивать безрецидивную и общую выживаемость этой категории больных. C.W.Jr. Sledge метаанализ исследований по адъювантной химиотерапии при ранних стадиях рака молочной железы позволил сделать следующие выводы: адъювантная химиотерапия способствует снижению показателя ежегодного риска развития рецидива и смерти. Такое положительное влияние сохраняется даже через 10 лет и более после начала терапии; польза адъювантной терапии бесспорна как у больных с отсутствием метастазов, так и у больных с малым и большим количеством пораженных лимфоузлов. При этом положительный эффект более выражен у больных с метастатическим поражением лимфоузлов [18].

Анализ, проведенный Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), показал, что адъювантная химиотерапия достоверно улучшает результаты лечения больных в постменопаузе, однако это улучшение значительно меньше, чем у пациентов в пременопаузе [16].

Наряду с этим имеются сообщения о том, что системная адъювантная полихимиотерапия удлиняет безрецидивный период и способствует снижению частоты диссеминации процесса у больных РМЖ T1N0M0 [17].

В настоящее время наблюдается тенденция к минимализации хирургического вмешательства. С 1973 г. В Национальном Институте по лечению рака (Милан) проводилось рандомизированное исследование на предмет квадрантэктомии [29]. При данном хирургическом вмешательстве объем удаляемых тканей включает иссечение опухоли 2-3 см прилежащей здоровой ткани с подлежащей фасцией и кожей, а также подмышечную лимфаденоэктомию всех трех уровней. И наконец минимальное по объему удаляемой ткани вмещательство – лампектомия (lump- глыба, кусок) – было разработано в ходе исследований Национального проекта дополнения операций на молочной железе и кишечнике (США,NSABBP). При такой операции выполняли удаление опухоли и лимфаденэктомию из двух отдельных разрезов: через дугообразный кожный разрез, ориентированный по кожным складкам (иссечение кожи и подлежащей фасции было не обязательным, запас здоровых тканей железы не регламентировался) удаляли опухоль; через кожный разрез пересекающий подмышечную область в горизонтальном направлении, проводили лимфаденоэктомию. Органосохраняющие операции предполагают обязательное проведение последующей лучевой терапии. По данным многих исследований органосохраняющие операции в сочетании с лучевой терапией не сопровождались повышением частоты местных рецидивов [11,29]. По данным других исследований, при сравнении БРВ и ОВ у пациенток перенесших радикальную мастэктомию (РМЭ) и секторальную резекцию с лимфаденоэктомией (СРЛЭ), статистически значимых различий не выявлено, хотя обнаруживалась тенденция к снижению показателей БРВ во второй группе по сравнению с первой (p=0,08610) [6,17]. Ухудшение БРВ в данной группе исследователи объясняли тем, что в эту группу вошли более молодые пациентки. В настоящее время противопоказанием к проведению органосохраняющих операций являются мультицентричный рост опухоли, наличие распространенного внутрипротокового компонента, противопоказания к лучевой терапии.

В последнее время большое распространение получила гистогенетическая (или молекулярно-генетическая) классификация рака молочной железы, сочетающая в себе соотношение молекулярно-биологических и генетических характеристик опухоли с отдаленными результатами лечения. Основной задачей данной 21, предсказывающих чувствительность опухоли к различным способам лечения [2,25].

Тем не менее исследования различных схем адъювантной химиотерапии, режимов ее проведения, количества курсов продолжаются. Согласно консенсусному решению Международной конференции по адъювантной терапии рака молочной железы в Сан Галене, принятому в 2003 г., адъювантная системная терапия в случае инфильтративного РМЖ может не проводиться при отсутствии поражения регионарных узлов, размере новообразования до

2см включительно (T1N0M0), I степени злокачественности опухоли, наличии в опухоли РЭ и/или РП в возрасте пациентки не более 35 лет [21]. Что касается консенсусного решения Международной конференции по адъювантной терапии рака молочной железы в Сан Галене последующих лет, в 2007 году были даны рекомендации для люминал А РМЖ без метастатического поражения регионарных лимфоузлов при высокой чувствительности к гормональной терапии ограничиться гормонотерапией, при трипл-негативном раке применять только химиотерапию, при люминальном В необходимо добавление таргетной терапии в виде трастузумаба [3,14,21,23]. Трастузумаб должен использоваться в комбинации с химиотерапией, либо ему должна предшествовать ХТ. В 2009 же году были даны рекомендации, согласно которым показания к проведению адъювантной химиотерапии были несколько сужены [22]. Таким образом в случае люминального А РМЖ проведение адъювантной ХТ считалось необходимым в случае размера первичной опухоли более 5 см, и поражении более 4 регионарных лмфоузлов, а также наличии перитуморальной инвазии. Согласно же данным сотрудников NCCN (National Comprehensive Cancer Network) 2011 года, при люминальном типе А рака молочной железы, т.е самой благоприятной форме РМЖ даны следующие рекомендации:

При размере опухоли менее 0.5 см и непораженных регионарных лимфоузлах рекомендуется ограничиться эндокринной адъювантной терапией; при размерах первичной опухоли более 0.5 см и неизмененных регионарных лимфоузлов для решения вопроса о добавлении адъювантной ХТ рекомендуется проведения теста ONKOTYPE . Данный диагностический тест применяется при эстрогенпозитивном и HER-2 негативном раке молочной железы стадии T1N0M0 [28]. Тест позволяет количественно оценить вероятность возникновения рецидива у данной группы больных. Панель исследования состоит из 21 гена РМЖ. При отсутствии же данного исследования рекомендуется обязательное проведение эндокринной адъювантной терапии+- проведение адъювантной ХТ. Что касается пациенток с метастазами в регионарные лимфоузлы, то при наличии метастазов более 2мм рекомендуется однозначное проведение адъювантной гормонотерапии+ адъювантной ХТ [26].

То есть вопросы для какой группы больных должна быть рекомендована адъювантная химиотерапия, какие препараты и схемы лечения предпочтительны, остаются актуальными и требующими дополнительной разработки и по сей день. В настоящее время проводятся 4 крупных международных клинических исследования, в которых изучается целесообразность добавления трастузумаба к адъювантной (послеоперационной) химиотерапии больных с HER-2 положительным раком молочной железы с включением антрациклинов и таксанов [23,24].

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Əliyev C.Ə., Cəfərov R.C., Nəcəfov T.Ə. Süd vəzisi diaqnostika sı və müalicəsi. Bakı: El, 1993, s.122.
2. 2. C.Ə.Əliyev, R.C.Cəfərov Süd vəzinin xərcəngin radikal müalicəsinə əsas prognostik amillərin təsiri // Azərb. onkologiya və həmm.elm. jurnalı, 2008, №2, s.39
3. Алиев Д.А., Мамедов М.Г. Герцептин: новые возможности и подходы к лечению рака молочной железы // Azərb. Onkologiya və həmm.elm.jurnalı, 2000, 6, %1-2,S.3-9
4. Ватанха С.С. Профилактика и ранняя диагностика рака молочной железы // Азербайджанский журнал онкологии и смежных наук, 2011, №1, с.26.
5. Наджафов Т.А. Современные возможности прогнозов и способов лечения больных раком молочной железы // Азербайджанский журнал онкологии и смежных наук, 2004. №1, с.135-138
6. Лактионов К.П., Портной С.М., Барканов А.И. и др. Органосохраняющие операции при раке молочной железы// I Съезд онкологов и радиологов стран СНГ / Материалы съезда. М., 1996, Ч.II, 500с.
7. Летягина В.П., Миклош М. Первичные опухоли молочной железы: практическое руководство по лечению. М., 2004, 332с.
8. Лобанова Ю.С., Щербаков А.М., Красильников М.А. Механизм регуляции эстроген-независимого роста клеток рака молочной железы : роль NF-кВ-сигнального пути / Материалы IVсъезда онкологов и радиологов СНГ. Баку, 2006, с.46
9. Любченко Л.Н Генодиагностика наследственной предрасположенности к раку молочной железы и разработка индивидуального прогнозирования развития, теечения и профилактики заболевания: Автореф. дисс. канд.мед.наук. М., 2002, 20 с.
10. Михайлов Э.А. Возможности профилактики рака молочной железы: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. М., 2000

11.Портной С.М., Барканов А.И., Коптяева И.В. и др. Органосохраняющее лечение рака молочной железы: проблемы первых лет / Тезисы Всесоюзного симпозиума «Скрининг в раннем выявлении опухолей репродуктивной системы и проведение органосохраняющего лечения». Л., 1991, с.78-79.

12.Янишевский Ф.И. Рак молочной железы. М., 1966, с. 8-11.

13.Bazelda J., Mendelsohn J. The epidermal grow factor receptor as a target for therapy in breast carcinoma / Brest cancer Res Treat., 1991, №.1, p.127-138.

14.Dowsett M., Cooket., Ellis I et al Asststssment of HER-status in breast cancer: why,when and who? // Eur.J.Cancer, 2000, v.36, p.170-176

15.Early Breast Trialists Collaborative Group/Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy.133 randomised trials involving 31000 recurrences and 24000 deaths amond 75000 women. // Lancet, 1992, v.333, N22, p.1444-1455

16. Early Breast Cancer Trialist's Collaborative Group // Lancet, 1998, v. 352, № 9, p.132.

17.Fisher B. et al. Ten-year follow-up results of patient with carcinoma of the breast in a co-operative clinical trial evaluating surgical adjuvant chemotherapy // Surg.Ginecol.Obstet., 1975, v.140, p.528-534

18.Ford D., Easton D., Stratton M. et al. Genetic heterogeneity and penentrance analisis of the BRCA 1and BRCA 2 genes i9n breast cancer families // Am.J.Hum.G.Henet.,1998, v.62, p.676-689.

19.Gail M.H., Brinton L.A., Byar D.P. et al Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually // J Natl Cancer Inst., 1989, v.81, p.1879-1886.

20.Goldhirsch A., Wood W.C., Gelber R.D. et al. Meeting Hidhtlights:Updated international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer // J. Clin.oncol., 2003, v.21, №17, p. 1-9)

21.Hortobadly G.N. Trastuzumab in the treatment of breast cancer (Editorial) // N Engl J Med., 2005, v.353, p.1736

22..Imyanitov E.N., Chernitsa O.I., Serova O.M. et al. Amplication of HER-2 (erbB/neu) onkogene as the most significant prognostic factor in group of Russian breast cancer patient // Neeoplazma, 1993, v.40(I), p.35-9

23.Perou C.M. Sorlie T. Eisen M.B. Molecular portraits of human breast tumors // Nature, 2000, T.406 , №2, p.747-752.

24. National Comprehensive Cancer Network .NCCN Guedelines Version 2.2011. Invaziv Breast Cancer.BINV-6.

25.Slamon DJ, Clark GM. Amplification of c-erbB-2 and aggressive human breast tumors? // Science, 1988, v.240 (4860), p.1796–8.

26.Tsoi D.T., Inoue M., Kelly C.M. et al Cost-Effectiveness Analysis of Recurrence Score-Guided Treatment Using a 21-Gene Assay in Early Breast Cancer // Oncologist., 2010, PMID 20421264

27.Veronesi U., Volterrani F., Luini A. et al. Quandrantektomy versus lumpektomy for small size breast cancer // Eur. J. Cancer, 1990, v.26, p.671-673.

XÜLASƏ

SÜD VƏZISI XƏRÇƏNGI PROBLEMININ MÜASIR VƏZIYYƏTI

L.A.Məcidova

Süd vəzisi xərçəngi klinik onkologiyanın ən aktual problemi olaraq qalmaqdadır. Ümumdünaya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə dünyada süd vəzisi xərçəngindən sağ qalanların sayı müxtəlif ölkələrdə 80%- ə qədər həddə tərəddüd edir, Şimali Amerika, İsveç və Yaponiyada təqribən 60%- qədər tərddüd edir. Nisbətən az inkişaf etmiş ölkələrdə göstəricilərin aşağı olması əsasən belə xəstələrin erkən aşkar olunması üzrə proqramın olmaması ilə izah olunur, belə xəstələrdə xəstəlik gec mərhələdə aşkar olunur. Bu, həmçinin müayinə və müalicənin iqtasadi cəhətdən yüksək qiymətli olması da şərtlənir. Bu xəstəlikdən milyona qədər qadın əziyyət çəkir. Onlardan yarım milyonu məhv olur.

SUMMARY

CURRENT STATE OF BREAST CANCER

L.A.Mejhidova

Breast cancer (BC) remains the most pressing issue of Clinical Oncology. According to the World Health Organization (WHO), in the world every year survival rates for breast cancer in different countries vary widely - from 80% or more in North America, Japan and Sweden to about 60% in middle-income countries and up to less than 40% in low-income countries. Low survival rates in less developed countries due mainly to the lack of early detection programs, which leads to a significant percentage of women who have the disease is detected at later stages, as well as the lack of adequate facilities and equipment for diagnosis and treatment. ill about a million women, nearly half a million of them die.

Daxil olub:25.05.2011

ORGANİZMADA DEMİR METABOLİZMASI

Ə.A.Quliyev
HB Güven Klinikası, Bakı

Demir elektron transportu için esansiyel bir elementtir ve oksigen transportu, mitokondriyal solunum, zararlı oksijen radikallerinin inaktivasyonu ve DNA sentezi için gereklidir.Vücutta aşırı miktarda demir birikimi özellikle karaciğer, pankreas ve diğer endokrin organlar ve kalp başta olmak üzere çeşitli organ ve sistemlerde hasara yol açar [1]. Demir fonksiyonları, taşınması ve depolanması sırasında hücrelerde ve vücut sıvılarında daima iki oksidasyon durumu olan ferrik(Fe^{+3}) veya ferröz(Fe^{+2}) şekilde bulunur. Demirin bu elektron değişimi, redoks aktivitesi, bir taraftan gerekli ve yararlı olurken diğer taraftan, demir fazlalığı durumlarında oluşan serbest demir serbest oksijen radikallerinin oluşmasına yol açar. Antioksidanlar tarafından yeteri kadar detoksifiye edilemiyen serbest oksijen radikalleri hücresel elemanlar için ileri derecede zararlı ve toksiktir. Bu nedenle demir hiçbir zaman serbest bırakılmamaya çalışılır. Transferinle taşınır, ferritinde depolanır ve organizmada demir konsantrasyonu çok sıkı bir denetim altındadır [2].

Organizmada bulunan demirin % 60-70'i hemoglobinde ve dolaşan eritrositlerde, % 10'u myoglobin, sitokrom ve demir içeren enzimlerdedir. Kalan %20-30'u gereğinde kullanılmak üzere başlıca karaciğer ve RES makrofajlarında olmak üzere depolanır. Organizmadan demir atan normal fizyolojik bir mekanizma yoktur. Gastrointestinal sistemden dökülen epitelial hücrelerle ve kanamalar dışında demir kaybı olmaz. Fazlası toksik olan bu elementin sistemik dengesi tamamen emilimin kontrolu ile sağlanmaktadır [3].

Diyette demir hemoglobin ve miyoglobinden kaynaklanan organik hem demiri ve et dışı kaynaklardan alınan inorganik demir olmak üzere iki şekilde bulunur. Et yemekle alınan hem demiri ve et dışı kaynaklardan alınan inorganik demirin emilim yolları birbirinden tamamen farklıdır. Hem demiri ferröz (Fe^{+2}) formda olup, demir eksikliği olduğunda emilimi 2-3 kat artmaktadır .Hem, duodenal enterosite hem taşıyıcı protein 1 denilen özel bir taşıyıcı ile girer. Hem dışı demirin emilimi çoğu ferrik (Fe^{+3}) demir şeklinde olup, duodenal sitokrom b (DCytb) tarafından ferröz şekle redükte edilmekte ve divalan metal transporter 1 (DMT1) ile enterosit içine alınmaktadır. Enterosite alınan demirin bir kısmı ferritin şeklinde depolanır ve duodenal eksfoliasyon ile atılır. Organizmaya demir alınacaksa, gereksinim varsa, absorbe edildikten sonra enterositin bazolateral tarafına taşınır ve oradan insanda bilinen tek demir atıcısı olan ferroportin ile plazmadaki transferine yüklenir. Fakat önce seruloplazmin homoloğu ve bir transmembran proteini olan hefastin ile Fe^{+2}, Fe^{+3} haline okside edilir.

Demir, plazmada karaciğerden sentezlenen ve glikoprotein yapısında olan transferin tarafından taşınır. Enterositin bazolateral tarafından ferroportin ile dışarı verilen ve hefastin ile okside edilerek ferrik (Fe^{+3}) hale getirtildikten sonra transferine yüklenen demir, portal dolaşımdan çoğu kemik iliğinde eritrosit öncü hücreleri olmak üzere hücrelere taşınır. Her transferin molekülü iki tane Fe^{+3}'ü güçlü bir şekilde bağlar [4].

Hücreler tipine göre demiri farklı yollardan alırlar. Diyet demiri enterosit tarafından apikal tarafta bulunan DMT1 ile alınırken, makrofajlar önce fagosite ettikleri sirküle eden yaşlı eritrositlerdeki hemoglobinden demir alırlar. Makrofajların vakuolar membranlarından demir transportu yine DMT1 ile olmaktadır. Makrofajlarda açığa çıkan demir ya tekrar organizmada dolaşan demir olması için makrofaj ferroportini ile plazmaya verilmekte ya da makrofaj içinde ferritin şeklinde depolanmaktadır. Ferroportin enterositte olduğu gibi hücrenin tek demir atıcısıdır. Bunlar dışında tüm hücreler demiri yüzeylerinde bulunan transferin reseptörlerini kullanarak plazma transferrininden almaktadırlar [5] (Şekil 1).

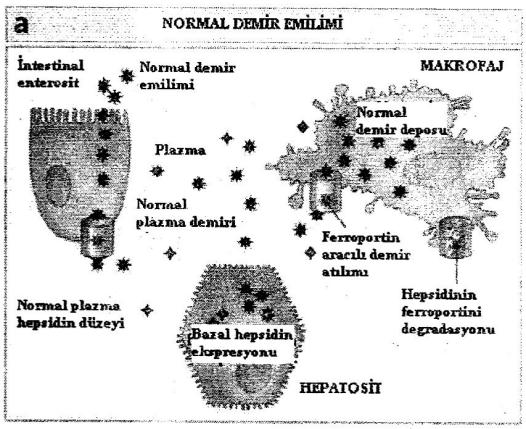
Organizmada demir homeostazındaki bozukluk başlıca iki mekanizma ile oluşmaktadır. Bu mekanizmalar hemakromatozis ve kronik hipokside olduğu gibi gastrointestinal sistemden artmış demir emilimi, ve β-talasemi, orak hücreli anemi ve myelodisplastik sendromda olduğu gibi anemiyi düzeltmek için yapılan transfüzyonlara bağlı demir yüklenmesidir [6].

Son yıllarda yapılan çalışmalar sonucunda organizma demir dengesini iki regülatörün kontrol ettiği anlaşılmıştır. Eritropoetik ve depo regülatörleri olmak üzere. Eritropoetik regülatör, kemik iliğinden gelen sinyallerle çalışmaktadır. Eritropoetik aktivitenin çok arttığı durumlarda artan eritropoezin demir ihtiyacını karşılamak için, depolar dolu da olsa intestinal demir emilimi olmaktadır.

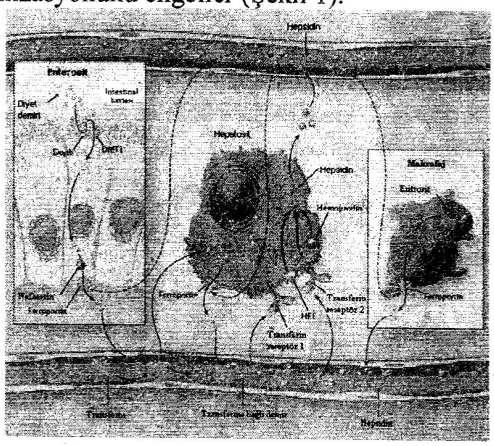
Depo regülatörü, karaciğer, iskelet kası ve dolaşan kandaki demir miktarı azaldığında bunu hissederek emilimi artıran bir regülatördür. Eritropoetik regülatör depo regülatörüne göre 20 kat fazla aktif demir emilimi sağlamaktadır. Bu nedenle talasemi intermediada organizma demir fazlalığı olduğu halde intestinal demir emilimi fazladır [4].

Enterosit absorbe edilen demiri depolar ve eritropoez hızı dışında, hipoksi, inflamasyon ve gebelik gibi çeşitli faktörlerden de etkilenmektedir.

Demir metabolizmasını düzenlenleyen ana molekül hepsidindir. Hepsidin esas olarak karaciğerden sentezlenen, dolaşımda bulunan ve idrarla atılan bir peptid hormon olup sistemik demir dengesinin ana düzenleyicisidir. Hepsidin ince barsaktan demir emilimini azaltır, makrofajlar tarafından yaşlı eritrositlerden çıkarılan ve tekrar plazmaya verilen demirin makrofaj çıkışını ve plazmaya verilmesini ve hepatik depolardan demir mobilizasyonunu engeller (Şekil 1).



Şekil 1. Organizmadaki demir döngüsü ve rol alan moleküller [7]



Şekil 2. Hepsidin ve demir metabolizması üzerindeki etkisi [11]

Eritropoetik aktivite artışı, hipoksi, organizma demir depolarının azalması durumlarında hepatik hepsidin sentezi azalır. Hepsidinin demir metabolizmasına negatif etkisi ve hipoferritinemi oluşturması yanında in vitro olarak eritroid öncü hücrelerin proliferasyonlarını ve yaşam sürelerini de azalttığı, eritropoezi bozduğu da gösterilmiştir [8].

Hemakromatoziste ve talasemi gibi anemilerde hepsidin agonistleri kullanılmasının, demir emilimini engellemek ve demirin kalp hücrelerine ve hepatositlere birikmesi yerine daha az toksik şekli olan makrofajların içinde tutmak için yararlı olacağı düşünülmektedir [9,10] (Şekil 2)/

Çalışmalar hepsidin ile kronik infeksiyon ve inflamasyon arasındaki bağı da daha güçlü olarak ortaya koymaya başlamıştır. Nemeth ve arkadaşları özellikle kronik infeksiyon veya ağır inflamasyon olgularında idrarda hepsidin düzeylerini incelemiş ve hafif olgulara göre daha ağır inflamasyon bulgusu olanlarda hepsidin düzeylerinde 100 kata varan farklılıklar saptamışlardır. Yine insan karaciğer hücreleriyle yapılan çalışmalarda hepsidin düzeylerinin lipopolisakkaridlerle (LPS) ciddi şekilde uyarıldığını, LPS ile temas eden ve monositler tarafından salgılanan monokinlerin çok güçlü bir şekilde hepsidini uyardığını ortaya koymuştur. Tüm bu çalışmalar sonucu inflamasyon sonucu artan hepsidin ekspresyonun demir açlığı yaparak eritropoezi baskılamasının kronik inflamasyona bağlı anemi patogenezinde önemli bir rolü olduğunu ortaya koymaktadır [12,13]. Özellikle hemolitik anemilerde demir depolarının artışına rağmen hepsidinin baskılandığı ve eritropoezin hepsidin üzerine demir depolarının varlığından daha etkili bir uyaran olduğu da gösterilmiştir.

İneffektif eritropoez ile seyreden hastalıklardan biri olan talasemi majorlü hastaların serumlarında hepsidin düzeyinin çok düşük olduğu saptanmıştır.Yine konjenital diseritropoetik anemi tip 1 tanısıyla izlenen 17 hastanın serumlarında hepsidin sentezinin baskılanmış olduğu saptanmıştır.Her iki durumda da serum GDF 15 (growth differantiation factor) düzeyleri kontrollerle karşılaştırıldığında çok yüksek oranda sentezlendiği bildirilmiş ve GDF 15'in inneffektif eritropoez durumlarında demir metabolizmasında oynayabileceği role dikkat çekilmiştir. Aynı çalışmada GDF 15 düzeyinin hastalık şiddeti ile ilişkili olabileceği ve eğer böyleyse önleyici tedavilerin başlanması zamanı için bir belirteç olbileceği belirtilmiştir.

ƏDƏBİYYAT

1. Hershko C., Link G., Konijn A.M., Cabantchik Z.I. Objectives and mechanism of iron chelation therapy // Ann N Y Acad Sci., 2005, v.1054, p.124-35

2. Munoz M., Villar I., Garcia-Erce J.A. An update on iron physiology // World J Gastroenterol., 2009,v.15, p.4617-26

3. Crichton R.R., Wilmet S., Lergssyer R., Ward R.J. Molecular and cellular mechanisms of iron hemostasis and toxicity in mammalian cells // J İnorg Biochem., 2002, v.91, p.9-18

4. Uysal Z. Hepsidin ve demir metabolizması. 6. Hematoloji İlk Basamak Kursu Eğitim Kitabı / bUlusal Hematoloji Kongresi. Ankara, 2007, p.14-20

5. Tüzün Y., Yakut M. Demir metabolizması ve herediter hemokromatozis // Güncel Gastroenteroloji., 2009, v.94, p.101

6. Porter J.B. Practical management of iron overload // Br J Haematol., 2001, v.115, p.239-52.

7. Fleming R.E., Baccon B.R.Orchestration of iron homeostasis // N Engl J Med., 2005, v.352, p.1741-4

8. Dallalio G., Law E., Means R.T.Jr. Hepcidin inhibits in vitro erythroid colony formation at reduced erythropoietin concentrations // Blood, 2006, v.107, p.2702-4

9. Ganz T., Nemeth E. Iron imports.4. Hepcidin and regulation of body iron metabolism // Am J Phsiol Gastrointest Liver Physiol., 2006, v.290, p.G199- 203

10. Nemeth E., Ganz T. Regulation of iron metabolism by hepcidin // Annu Rev Nutr., 2006, v.26, p.324-42

11. Lee PL., Beuter E. Regulation of hepcidin and iron-overload disease //Annu Rev Pathol., 2009, v.4, p.489-515

12. Ganz T. Hepcidin, a key regulator of iron metabolism and mediator of anemia of inflammation // Blood, 2003, v.102, p.783-8

13. Vyoral D., Petrák J. Hepcidin: A direct link between iron metabolism and immunity // The İnter J Biochem Cell Biol., 2005, v.37, p.1768-73.

SUMMARY

HUMAN IRON METABOLISM

A.A.Guliyev

Iron metabolism is essential for maintaining health and for the production of erythrocytes. Humans use iron in the hemoglobin of red blood cells in order to transport oxygen from the lungs to the tissues and to transport carbon dioxide back to the lungs. Iron is also essential to life because of its unusual flexibility to serve as both an electron donor and acceptor. The iron is stores in the bodys cells as the ferritin. Many factors plays an important role in the regulation of iron like hepsidin and GDF 15. In this paper the iron meatbolism was rewived

.

XÜLASƏ

ORQANIZMDƏ DƏMIR METABOLIZMI

Ə.A.Quliyev

Insan həyatında və eritrosit sintezində dəmir əhəmiyyətli bir rola malikdir. İnsanlar dəmiri hemoqlobin sintezində istifadə edir və bu hemoqlobin oksigenin toxumalara, karbon dioksidin isə ağciyərlərə daşınmasına köməklik edir. Dəmir ayrıca elektron vericisi və alıcısı olaraq reaksiyalarda iştirak edir. Orqanizmdə ferritin olaraq yığılır. Dəmir metabolizmasının tənzimlənməsində hepsidin və GDF 15 kimi molekullar önəmli yer tutur. Bu yazıda dəmir metabolizması nəzərdən keçirilmişdir.

Daxil olub:08.04.2011

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

А.Д.Абдуллаев

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Проблема желчнокаменной болезни и заболеваний желчного пузыря, имеющая многовековую историю, несмотря на достигнутые успехи клинической медицины до настоящего времени является одной из актуальнейших проблем современной клинической медицины и хирургии в частности [1,3,7,11,15,].

По мнению Гальперина Е.И. и соавт., успехи современной хирургии в основном связаны с совершенствованием хирургической и медицинской техники, а успехи по пересадке жизненно важных органов свидетельствует не только о великих достижениях, но и о недостаточности наших знаний, что не дает возможности предотвратить гибель пораженного болезнью органа и

заставить идти патологический процесс вспять – добиться его обратного развития [3].

Автор, с мнением которого трудно не согласиться, считает, что результаты лечения при чаще всего встречающихся заболеваниях, имеющих большое социальное значение, заметно не улучшается[3].

Следует заметить, что основные представления об этиологии и патогенезе хронического воспаления желчного пузыря, сформированные в прошлые столетия мало изменились и по мнению большинства специалистов, как правило, обусловлены наличием камней, а «бескаменный» холецистит является следствием дискинезии желчных путей, наличия паразитарной инвазии, специфической или неспецифической инфекции (сифилис, туберкулез) [16.19,24,34.34].

Некоторые авторы рассматривают хронический холецистит (ХХ) не в качестве местного воспалительного процесса в желчном пузыре, а системного заболевания билиарного тракта, в развитии которого принимают участие различные этиологические факторы (алиментарные, инфекционные и др.) и патогенетические механизмы (нейро-гуморальные, метаболические и др.) [5]. По их мнению, ХХ формируется поэтапно. Вначале развития заболевания. основная проблема обусловлена дискинезией желчного пузыря и желчевыводящих путей, обусловливающих возникновение застоя желчи, приводящего к формированию бескаменного холецистита, а в последующем, в результате изменения физико-химических свойств желчи и формированию калькулезного холецистита. Подобный подход к рассмотрению данной патологии позволяет, по нашему мнению, проводить целенаправленную профилактику холелитиаза и его осложнений.Общим для всех видов холецистита является существование банальной инфекции в пузыре, однако при том, сама желчь бывает инфицированной лишь у 33% пациентов [8,9,11,13], степень инфицированности ее может возрастать до 81%, при развитии осложнений, т.е. ЖКБ.

Несмотря на имеющиеся огромные достижения в борьбе с инфекцией, как не парадоксально, проблема борьбы с хирургической инфекцией в наши дни так же актуальна, как и в доантибиотический период. Летальность при многих острых хирургических патологиях в том числе и при остром холецистите (ОХ) в течение многих десятилетий практически не снижается [4,5,14,15, 18].

По существующему мнению многих авторов, острое воспаление желчного пузыря, как правило, является осложнением хронического процесса, вследствие чего его лечат, как и ХХ [1,16,17].

Следует указать, на факт того, что, если в начале прошлого столетия при аутопсии, камни обнаруживались лишь у 4-6% умерших, то к концу прошлого века, при вскрытиях их обнаруживали в 3 раза чаще (14-16%), а по некоторым данным в 10-20% случаях аутопсий [19,20,22].Около половины пациентов, страдающих патологией органов пищеварения, составляют больные различными формами холецистита. В наши дни по обобщенным официальным данным 40% лиц старше 40 лет имеют камни в желчном пузыре. По мнению большинства хирургов, острая патология желчных путей, в том числе и ОХ, по частоте занимает второе место среди острых хирургических заболеваний [3, 14,16,24,25].

По сохраняющимся до наших дней представлениям, сформулированным еще в прошлые века [1,3,11,26,27], имеются две основные возможности формирования воспалительного процесса в желчном пузыре, т.е. развития ОХ:

1. Восходящий путь – проникновение патогенной микрофлоры, в желчный пузырь из двенадцатиперстной кишки.
2. Гематогенный (лимфогенный) путь распространения инфекции из очагов хронической инфекции (аднексит, гайморит, зубной кариес, хронический пиелит, тонзиллит и др.).

Важным фактором, способствующим развитию воспаления в желчном пузыре (ОХ), по мнению большинства исследователей является ненормальный состав желчи (дисхолия), нарушения общего обмена веществ с перегрузкой крови холестерином (гипер-холистеринемия) или застой желчи. В свою очередь, причинами нарушения оттока желчи, как правило, являются врожденные деформации шейки желчного пузыря, его протока, гипотоническая дискинезия желчных путей, гиподинамия или беременность.

Наиболее часто аномалия (18% случаев) проявляется в виде нарушения формы желчного пузыря («фригийский колпак») или перегиб тела, реже встречается желчный пузырь в виде

песочных часов. У некоторых больных причиной расстройства функции желчного пузыря является наличие неполной перегородки, разделяющей полость пузыря и обусловливающей расстройства опорожнения дистальной камеры.

Кроме того, различают случаи, когда причиной нарушений функций желчного пузыря является внутрипеченочное расположение его или случаи, так называемого, плавающего пузыря, часто способствующего перекручиванию пузыря с возникновением клинической картины ОХ [6,16,27].

Большая часть авторов считают, что определенную роль в возникновении воспаления желчного пузыря у индивидуума имеют наследственные факторы, нарушение обмена веществ, избыточное питание и расстройства кровообращения в стенке желчного пузыря (диффузные заболевания соединительной ткани, атеросклероз питающих сосудов).Теснейшие взаимосвязи органов гепатобилиарно-дуоденальной зоны во многих случаях являются причиной поражения одного органа, при расстройстве функции другого.

В связи с указанным, причиной ОХ может явиться острый панкреатит, который вследствие попадания в желчный пузырь активированных ферментов поджелудочной железы [4,11,28,29] из-за нарушений оттока панкреатического сока через большой дуоденальный сосочек, может провоцировать развитие, так называемого «ферментативного холецистита».

В ряде случаев причиной развития ОХ могут явиться паразитарные заболевания: амебиаз, аскаридоз или описторхоз и др. [11,19,31].

Научно-техническая революция и связанные с ней общие отрицательные сдвиги в экологии, на фоне наблюдающихся неблагоприятных социальных условий развития современного общества, являются одними из основных причин увеличения частоты и расширения нозологического спектра болезней печени и желчных путей.

Известно, что в высокоразвитых странах в последние десятилетия в связи с урбанизацией, гиподинамией, негативными последствиями распространения и прогрессирования алкоголизма и наркомании, значительно выросла заболеваемость гепатитами, ОХ и циррозами печени.

Следует отметить, что дополнительными факторами способными существенно усугубить общую «эпидемиологическую» картину, является активная химизация производства, быта и медицины, сопровождающиеся увеличением числа случаев развития токсических или медикаментозных повреждений печени, со всеми вытекающими последствиями. Революционные достижения фармацевтической промышленности в последние годы достигли таких возможностей, что специалисты различных областей клинической медицины внимательнейшим образом рассматривают проблемы лекарственной безопасности пациентов, которая естественно в первую очередь актуальна в отношении пациентов, страдающих от дисфункций печени и гепатобилиарной системы [18,32,33].

Болезни печени, желчного пузыря и желчных путей настолько тесно взаимосвязаны, что в литературе существует, хотя и не всеми исследователями однозначно принимаемым, термин «болезни гепатобилиарной системы» [34].

Обобщая имеющийся литературный материал, посвященный рассмотрению современных представлений об этиологии холецистита, следует заключить, что большинство авторов рассматривают ряд факторов. Многие авторы придают большое значение таким фактором как географический, социальный, нутритивный, генетический, химический [20]. В дополнение к указанным в качестве возможных причин рассматривают:

1. Формирование сосудистых (атеросклеротических) изменений в стенке желчного пузыря.
2. Застой желчи в пузыре, вследствие блокады шеечной его части или пузырного протока (камнем, воспаленными тканями или опухолью).
3. Аллергический генез
4. Влияние химических агентов
5. Влияние различных ферментов

Следует заметить, что ЖКБ нередко сочетается с другими заболеваниями: подагрой, наличием почечных камней, песка в моче, ожирением, диабетом, общим атеросклерозом, гипертонической болезнью и др., протекающими с гиперхолистеринемией.

Таким образом, резюмируя данные по этиологии ОХ следует заключить, что, причины возникновения и прогрессирования данной патологии многочисленны, что в конечном итоге и

определяет сложность лечения и профилактики рассматриваемого в данной работе заболевания.

Холецистит в наши дни является достаточно распространенным заболеванием, поражающим практически все возрастные категории населения, особенно у женщин.

По данным Dolana J.P. частота заболевания у взрослого населения составляет 1,4 на 1000 человек [22]. Однако нельзя не отметить, что различные возрастные категории имеют свои специфические особенности. Как было указано ранее, это заболевание существует в виде двух форм: ОХ и ХХ.

По мнению [1] с соавт., 25,7% больных страдают ОХ и приблизительно 74,3%-ХХ .

В геронтологической практике преобладают случаи калькулезного ОХ и в последние годы [6,25] это заболевание выходит на первое место среди других экстренных заболеваний органов брюшной полости.

Клиническая картина течения ОХ у пациентов пожилого и старческого возраста в большинстве случаев стерта и не соответствует глубине морфологических изменений и тяжести процесса.

У рассматриваемой категории, ОХ часто сочетается с поражением и других органов пищеварения, а также сердечно-сосудистой системы. Часто ОХ в этом возрасте провоцирует приступ стенокардии.

Послеоперационная летальность при ОХ в этой группе пациентов остается достаточно высокой 10-20% (в отличии от летальности у пациентов в возрасте < 60 лет - < 1%) и к сожалению в последние десятилетия не имеет тенденции к снижению.

Среди современных авторов до настоящего времени сохраняются принципиальные разногласия по вопросу о выборе оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства и хирургической тактике [1,3].

Одни из них являются сторонниками консервативного ведения больных в остром периоде, другие отстаивают необходимость расширения показаний к экстренному оперативному вмешательству.

По существующим представлениям, больные с ОХ подлежат обязательной госпитализации в хирургическое отделение. Вне зависимости от того, возникло ли острое воспаление желчного пузыря на фоне желчнокаменной болезни или без нее, лечение в первые часы от начала приступа при отсутствии признаков перитонита, должно быть консервативным. Наличие признаков деструктивного холецистита является показанием к оперативному вмешательству с предварительным проведением детоксикационной терапии.

В последние десятилетия практика клинической медицины существенно обогатилась методами КТ, УЗ-обследования пациентов, которые существенно оптимизировали диагностику ОХ [10]. В некоторых случаях, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, на фоне проводимой консервативной терапии, в клиническую практику были внедрены методы экстренной лапароскопии, ультразвуковой эхотомосканирования и другие дополнительные прецизионные методы обследования пациентов [7].

Следует заметить, что по существующим в настоящее время представлениям, оперативное лечение следует применять при всех формах воспаления желчного пузыря, однако, степень хирургической активности при этом может быть различной [6].

В последние десятилетия были разработаны многочисленные операции, которые хирурги успешно применяют на практике. Все приведенные нами литературные данные свидетельствуют о том, что разработка и внедрение новых типов операций не всегда упрощает процесс хирургического лечения пациентов, но и может привносить новые проблемы. Этот вывод, вытекающий из анализа литературы, полностью совпадает с мнением В.И. Русакова, высказанного им в работе "Некоторые общие проблемы хирургии" (2000), в которой автор указывает: "...в наши дни на первом плане остается техницизм, ярким свидетельством чему является чрезмерное увлечение эндоскопической хирургией и машинной диагностикой"

Важным моментом при выполнении любой хирургической операции является определение степени ее риска (Д.Л. Пиковский 1991), что в полной мере можно отнести и к пациентам, страдающим жечнекаменной болезнью. В этой связи, большое значение имеет адекватность подготовки пациента к предстоящему вмешательству, продуманность и эффективность осуществляемой ему консервативной предоперационной терапии.

Как правило, ОХ наиболее часто встречается у лиц 50-60 лет и старше. Более чем в 95% случаях он связан с продвижением камней, застреванием камня в инфундибулярно-шеечном отделе желчного пузыря, с последующим присоединением бактериальной инфекции. В остальных случаях ОХ следует рассматривать не в качестве осложнения желчнокаменной болезни, поскольку чаще всего бывают обусловлены: а) иным механизмом закупорки шейки пузыря (увеличение лимфоузлов, спаечным процессом); б) пара- или метаинфекционным острым процессом (брюшной тиф, воспаление легких и др.).

Пара- и метаинфекционные процессы, как правило, хорошо поддаются антибактериальной терапии.

По мнению большинства хирургов, пациента, страдающего заболеванием желчного пузыря, как правило, лучше оперировать в плановом порядке, а не экстренно, поскольку условия выполнения операции при остром воспалительном процессе в условиях инфильтрирования окружающих тканей иногда составляет существенные сложности для оперирующего хирурга. В связи со сказанным, хирурги обычно стремятся консервативными предоперационными мерами ослабить проявления острого процесса у больного.

Таким образом, резюмируя имеющиеся литературные данные, следует заключить, что ОХ в современной хирургической практике является одной из часто встречающихся патологий, требующей ургентных мер лечения. Однако, имеющиеся современные хирургические и терапевтические методы лечения до настоящего времени не всех случаях способны гарантировать достижение оптимального результата у конкретного пациента, в связи с чем, дальнейшее изучение проблемы лечения ОХ остается актуальной.

С конца прошлого столетия в практическую медицину были достаточно успешно внедрены некоторые методики лечения ряда заболеваний, в том числе и воспалительного характера с помощью аппаратуры генерирующей лазерное излучение, которые нашли применение в терапии, неврологии, артрологии, кардиологии, хирургии. Поскольку в настоящем исследовании мы предполагаем, изучить возможности применения низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении больных ОХ, следующий раздел данной части работы посвящен рассмотрению литературных сведений о применении лазерных технологий в современной медицинской практике и в хирургии, в частности. Резюмируя рассмотренный нами в литературном обзоре материал следует заключить, что проблема консервативного и радикального лечения острого холецистита до настоящего времени остается одной из актуальных проблем практического здравоохранения, поскольку достигнутые к настоящему моменту позитивные результаты не в полной мере удовлетворяют специалистов. Представленные данные литературы про проблемам СРР и ПОЛ, влияния различных фармакологических агентов на реакции свободно-радикального окисления в организме и имеющиеся данные о воздействии на эти процессы НИЛИ, явились теоретической базой для выполнения настоящего исследования по оптимизации результатов лечения ОХ комбинированным методом, основанном на дополнении традиционной терапии препаратом мексидол и сочетанном использовании воздействия НИЛИ и мексидола. Конкретных работ, посвященных использованию фармакологического антиоксиданта - мексидола или схем лечения пациентов ОХ с привлечением НИЛИ для предоперационной подготовки пациентов в доступной нам, современной литературе, мы практически не встретили. Планирование настоящего исследования было основано также и на том, что, как использование фармакологических препаратов с антиоксидантной активностью так и проведение сеансов НИЛИ (ВЛОК) способно воздействовать на СРР и ПОЛ, являющихся по современным представлениям одними из факторов развития и поддержания воспалительных процессов в организме, в том числе и ОХ. Сочетанное же применение разработанной методики, с нашей точки зрения, могло бы способствовать существенному снижению фармакологической нагрузки на организм пациента, что особенно актуально в условиях существующей в настоящее время новой социальной и клинической проблемы - проблемы лекарственной безопасности пациента. По нашему мнению, основанному на анализе доступной нам литературным, имеются все основания к тому, чтобы на основе современных технологий существенно улучшить подготовку больных страдающих острым холециститом к выполнению оперативного вмешательства в более выгодных, с точки зрения хирургии, условиях, т.е обеспечить возможность избежать необходимости оперироваться в ургентных условиях, а выполнить операцию в плановом порядке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ağaev B.A., Ağayev R.M., Məmmədov R.M., Novruzova Ş.A. Qaraciyərdən öd yollarının yatrogen mənşəli zədələnmələrdən və çapıq strikturları // Azərbaycan tibb jurnalı, 2006, № 4, s. 18-20

2. Ağaev B.A.Cərrahi xəstəliklər. Bakı, 2007

3.Гальперин Э.И., Волкова В.Н. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. М.: Изд-во Медицина, 1988, 272 с.

4.Гейниц А.В., Тогонидзе Н.А., Акимов А.А. Комбинированное лечение отечных форм острого панкреатита с использованием нелий-неонового лазера и антиоксиданта мексидола/Актуальные аспекты лазерной медицины. Мат. Науч.-практ.конф. Росс, ученых. Москва-Калуга, 2002, с. 25-26.

5. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М.: Видар, 2000, 165с.

6.Голуб И.Е., Чижова Е.О., Сорокина Л.В., Курьянов А.А., Алексанов А.А. Лазерное облучение крови в комплексной терапии у больных острым холециститом и механической желтухой / Актуальные аспекты лазерной медицины. Мат. Науч.-практ. конф. Росс,ученых. Москва-Калуга, 2002, с. 37-38.

7. Малков И.С., Зиганшин А.У., Чагаев З.И., Зиганшин Б.А. Выбор метода лечения больных с острым обтурационным холециститом // Казанский медицинский журнал, 2004, № 4, с. 255-259

8. Гальперин Е.И., Ветшева П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар, 2006, 468-470с.

9.Дегтярева А.А., Хмелевский Я.М. Лазерное обезболивание в раннем послеоперационном периоде / Новое в лазерной медицине и хирургии: Сб. Межд. конф. М..1990, 4.1, с.24-25.

10.Земсков В.С., Гамалея Н.Ф. и др. Использование внутрисосудистого лазерного облучения крови для профилактики и лечения гнойно-септических осложнений // Клин. хир., 1984, №12, с.17-18.

11.Иванов В.А., Сундушникова Н.В. Ультразвуковая диагностика проксимальной блокады билиарного тракта / Материалы 10 международной конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. М., 2003, с.93-94

12.Толстых М.П. Покрытие с мексидолом в лечении экспериментальных гнойных ран / Сб. науч. Трудов: "Проблемы неотложной хирургии". 1998, т. 6, док. № 120196.

13.Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина, 1971

14. Wolf A., Nijsse B., Sokal S., Chang Y. Surgical outcomes of open cholecystectomy in the laparoscopic era // Am. J. Surg., 2009, v. 197, N 6, p.781-784

15.Лунева Н.В. Иммуномоделирующее, антиоксидантное и гепатопротекторное действие мексидола и персульфатанатрия в условиях ишемии печени / Сб. науч. статей. Курск, 1998, 22 с.

16.Максименков А.В. Оптимизация тактики ведения и применение ВЛОК у больных механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом: Автореф. дис. .. .канд. мед. наук. М, 2002, 22 с.

17. Condilis N., Sikalias N., Mountzalia L. et al. Acute cholecystitis: when is the best time for laparoscopic cholecystectomy? // Ann. Ital. Chir., 2008, v. 79, No 1, p.23-27

18.Малапура А.А., Шимко В.В., Бородин Е.А., Решетникова Л.К. Низкоинтенсивное лазерной облучение крови при комплексном лечении острого панкреатита / Актуальные аспекты лазерной медицины. Мат. Науч. -практ. конф. Росс, ученых. Москва-Калуга, 2002, с. 60-61.

19.Мамедов Н.И. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении больных с гнойными ранами на фоне сахарного диабета: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М.,2002,20 с.

20.Ногаллер А.М., Быков В.Б./Современные представления о механизме образования желчных камней // Клин. Мед. 1971, № 8, с.10-14

21.Полонский А.К., Алиев И.М., Шамин А.И. Внутриполостная лазерная терапия при некоторых хирургических заболеваниях / Новое в лазерной медицине и хирургии: Сб. Межд. конф. М.,1990, Ч.1, с. 47-48.

22.Родионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. М.: Медицина, 1991, 320 с.

23. Dolan J., Diggs B. The national mortality burden and significant factors associated with open and laparoscopic cholecystectomy: 1997-2006 // J. Gastrointest. Surg., 2009, v. 13, p.292-301

24.Сейфула Р.Д., Борисова И.Г. Проблемы современной фармакологии антиоксидантов // Фармакология и токсикология, 1990, №6, с.3-10

25.Смирнов С.В., Голиков П.П., Матвеев СБ. и др. Коррекция процессов перекисного окисления липидов антиоксидантом мексидолом у больных с ингаляционной травмой // Вестн. интенсив, терапии, 2002, № 1, с. 23-25.

26.Стручков В.И. Проблема острого холецистита //Вестн. хирургии , 1977, № 7, с. 5-11.

27.Циммерман Я.С. Хронический холецистит и хронический панкреатит. Пермь, 2001.

28.Клебанов Г.И., Шехтер А.Б., Толстых М.П., Тепляшин А.П. Антиоксиданты и лазерное излучение в терапии ран и трофических язв. М.: Изд. дом "Эко", 2002.

29.Тогонидзе Н.А., Максименков А.В. Комплексное лечение больных острым холангитом с применением эндохоледохеального НИЛИ / Актуальные аспекты лазерной медицины. Мат.Науч.- практ.

конф. Росс, ученых. Москва-Калуга, 2002 , с.96-97.

30.Кнышова В.В., Шейкина А.И. Функциональное состояние печени и метаболические нарушение печени при хроническом некалькулезном холецистите / Здоровье.Медицинская экология. М.: Наука, 2009, с. 39-40

31.Лейшнер У.В. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР Медицина, 2001, 26 с.

32.Малярчук В.И., Климов А.Е., Русанов В.П. и др. Особенности хирургии калькулезного холецистита у лиц старших возрастных групп с сопутствующей патологией // Эндоскопическая хирургия, 2002, №2, с. 59

33.Малярчук В.И., Климов А.Е., Теторадзе Р.В. Особенности хирургической техники лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскопическая хирургия, 2000, №2, с. 41

34.Мамедов А.А., Мамедов М.М. Магнито-Иклазерное излучение. Реальность и перспективы // Здоровье , 2004, №5, с. 26-31

XÜLASƏ

KƏSKIN XOLESISTIN ETIOLOGIYA VƏ MÜALICƏSI HAQQINDA MÜASIR TƏSƏVVÜRLƏR

A.D.Abdullayev

Öd kisəsi daşı və öd kisəsi xəstəlikləri çoxəsrlik tarixə malikdir. Klinik təbabətdə əldə olunan nailiyyətlərə baxmayaraq bu problem hələ də təbabət və cərrahiyyənin aktual problemi olaraq qalmaqdadır. Hazırki məqalədə Öd kisəsi daşı və öd kisəsi xəstəlikləri etiologiya və müalicəsi haqqında müasir təsəvvürlər əks olunmuşdur.

SUMMARY

MODERN CONCEPTS ON THE ETIOLOGY AND TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

A.D.Abdullayev

The problem of cholelithic and cholecystic disease, which has a long history, in spite of the successes achieved of clinical medicine so far one of the most urgent problems of modern clinical medicine and surgery in particular.

Daxil olub:08.06.2011

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

СООТНОШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО И МОЛЕКУЛЯРНОГО МАРКЕРОВ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С У ЛИЦ ИЗ ГРУПП С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

А.Э.Дадашева
Республиканский центр по борьбе со СПИД, г.Баку

Вирусный гепатит С (ГС) в эпидемиологическом отношении сегодня причисляется к строгим антропонозам, а сохранение в природе его возбудителя - вируса ГС (ВГС) обеспечивается только за счет эпидемического процесса, т.е. непрерывной циркуляции ВГС среди людей, которая на современном этапе развития общества осуществляется, в основном, посредством парентерального (гемоконтактного) механизма инфицирования [1,2].

Именно поэтому особое значение в поддержании вызванного ВГС эпидемического процесса придается существованию в современном обществе достаточно многочисленных групп с высоким риском парентерального инфицирования ВГС (ГВРПИ). Лица из этих групп, будучи инфицированы ВГС, в совокупности формируют своеобразные "коллективные" резервуары длительного сохранения ВГС, из которых последний регулярно проникает в общую популяцию населения, поддерживая эпидемические процессы в обществе на уровне, характерном для начала XXI в [3].

Это означает, что указанные лица, как и формируемые ими ГВРПИ, представляют собой потенциальные источники ВГС, опасные для окружающих в эпидемиологическом отношении, причем, степень такой опасности может быть количественно оценена по широте распространения ВГС-инфекции среди представителей каждой из таких групп, существующих в конкретном регионе [4].

Учитывая, что роль ГВРПИ в качестве упомянутых выше резервуаров ВГС-инфекции в Азербайджане оставалась неоцененной, мы провели серологическое обследование нескольких контингентов лиц, относящихся к различным ГВРПИ, определили частоту выявления у них антител к ВГС (anti-HCV). Анализ полученных при этом результатов позволил нам прийти к заключению о том, что все эти лица отличались высокой частотой выявления у них anti-HCV, многократно превышавшей аналогичный показатель, ранее определенный в группе здоровых жителей г.Баку [5].

Однако, как известно, показатель серопозитивности популяции в отношение ВГС, будучи обобщенным показателем степени инфицированности популяции, отражает долю не только лиц с текущей инфекцией, но и лиц, ранее перенесших и к моменту исследования выздоровевших и, соответственно, освободившихся от вируса.

Согласно результатам многочисленных наблюдений, проведенных в разных странах мира, до 30% серопозитивных лиц могут быть реконвалесцентами острого ГС, у которых anti-HCV имеют анамнестическое происхождение, а РНК ВГС не выявляется [6].

Из этого вытекает, что частота выявления anti-HCV позволяет оценить величину всего массива лиц, которые когда либо были инфицированы ВГС и, таким образом, установить лишь характерную для региона интенсивность циркуляции ВГС. В то же время, показатель серопозитивности населения в отношение ВГС превышает истинный показатель, отражающий долю лиц с репродуктивной ВГС-инфекцией, которые могут являться потенциальными источниками распространения этой инфекции среди окружающих.

Приняв во внимание эти соображения мы поставили перед собой цель количественно оценить долю лиц с репродуктивной ВГС-инфекцией среди ранее обследованных нами серопозитивных лиц, относящихся к упомянутым выше ГВРПИ путем повторного исследования сывороток их крови на наличие в них РНК ВГС.

Учитывая, что среди обследованных нами ГВРПИ были ВИЧ-инфицированные лица и потребители инъекционных наркотиков (ПИН), сыворотки которых с помощью адекватных тест-систем полимеразной цепной реакции были исследованы на присутствие РНК ВГС, для достижения поставленной цели мы подвергли аналогичному исследованию все содержащие anti-HCV сыворотки остальных трех ГВРПИ - больных туберкулезом легких (ТБЛ), больных гемобластозами (ГБ) и находящихся на гемодиализе больных хронической почечной недостаточностью (ХПН). Эти исследования были проведены в лаборатории Мемориальной клиники Н.Туси в г.Баку.

Результаты исследования сывороток лиц из разных ГВРПИ и внешне здоровых лиц, жителей г.Баку, с помощью серологического и молекулярного методов сведены в таблицу.

Таблица

Частота выявления РНК ВГС в сыворотках крови лиц из разных ГВРПИ и здоровых взрослых жителей г.Баку, содержащих anti-HCV и процентная разница между частотами выявления anti-HCV и РНК ВГС

Контингенты обследованных лиц	Число обследованных лиц	Частота выявления:		Разница (в %)
		anti-HCV	РНК ВГС	
ВИЧ-инфицированные	1320	765 (57,9%)	759 (57,5%)	99,2%
Больные ТБЛ	600	87 (14,5%)	82 (13,7%)	94,3%
Больные ГБ	440	96 (21,8%)	93 (21,1%)	96,9%
Больные ХПН (на ГД)	434	99 (22,8%)	89 (20,5%)	89,9%
ПИН	425	247 (58,1%)	239 (56,2%)	96,8%
Здоровые лица	1541	61 (4,0%)	47 (3,1%)	77,0%

Условные сокращения: ТБЛ - туберкулез легких; ГБ - гемобластозы; ХПН – хроническая почечная недостаточность; ГД - гемодиализ; ПИН – потребители инъекционных наркотиков

Сравнив представленные в таблице показатели частоты выявления anti-HCV и РНК ВГС в одних и тех же сыворотках крови лиц из пяти разных ГВРПИ, нетрудно увидеть, что первый показатель по численной величине во всех случаях превосходил последний показатель. Аналогичная картина обнаружилась и при сравнении частоты выявления anti-HCV и РНК ВГС в одних и тех же сыворотках крови здоровых лиц, жителей г.Баку.

Признавая чувствительность молекулярно-генетического метода, использованного для выявления вирусной РНК, достаточно высокой, отмеченную выше картину можно было объяснить лишь тем, что среди серопозитивных сывороток крови как лиц из ГВРПИ, так и здоровых лиц присутствовали сыворотки, в которых РНК ВГС отсутствовала.

Вместе с тем, мы обратили внимание на то, что разница между результатами серологического и молекулярно-генетического исследований при тестировании серопозитивных сывороток лиц из ГВРПИ оказалась существенно меньшей, чем при тестировании сывороток крови здоровых лиц.

В частности, при обследовании серопозитивных сывороток, полученных у здоровых лиц, позитивные результаты обоих методов совпали 77,0±5,4% случаев. Этот факт мы расценили как проявление того, что 23% обследованных здоровых лиц, имевших в крови только anti-HCV, составили рековалесценты острого ГС, имевшие в крови анамнестические антитела, свидетельствовавшие о перенесенной инфекции. Очевидно, что величина доли таких лиц в нашем наблюдении хорошо согласовывалась с данными о средней частоте спонтанного выздоровления больных острым ГС [7].

В то же время, при исследовании 1294 сывороток крови лиц из ГВРПИ совпадение положительных результатов обоих методов было отмечено, в среднем, в 97,5±0,4% случаев, т.е. значительно чаще, чем при исследовании серопозитивных сывороток здоровых лиц, причем различие между частотой совпаденния результатов исследования сывороток крови лиц из ГВРПИ и внешне здоровых лиц носило статистически устойчивый характер в интервале $p < 0,01$ ($t=3,79$).

Трактуя причины обнаруженной нами незначительной разницы в частоте несовпадений позитивных результатов серологического и молекулярно-генетического исследования сывороток крови лиц из ГВРПИ, мы полагали, что среди относящихся к ГВРПИ

инфицированных ВГС лиц частота спонтанного выздоровления с полной элиминацией вируса из крови была значительно меньшей, нежели у внешне здоровых лиц из общей популяции населения. В силу этого у абсолютного большинства этих лиц имелся хронический ГС, сформировавшийся до момента их обследования.

Подобная ситуация могла быть результатом того, что у большинства лиц из перечисленных ГВРПИ, как правило, имеются те или иные ранее приобретенные дисфункции иммунной системы, прямо или опосредованно связанные с особым преморбидным фоном, как правило, характерным для этих лиц [8]. Наличие предшествующей инфицированию иммунокомпрометации у лиц из ГВРПИ в большей степени, чем у внешне здоровых инфицированных ВГС лиц, препятствует формированию полноценного иммунного ответа, способного обеспечить освобождение организма от вируса и, тем самым, предотвратить хронизацию острой инфекции.

Таким образом, результаты, полученные в проведенном нами исследовании, позволяли полагать, что одной из отличительных особенностей, характеризующих процесс естественной эволюции ВГС-инфекции у лиц из ГВРПИ является более низкая частота спонтанного выздоровления и, соответственно, более высокая частота хронизации острой инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. Парентеральные вирусные гепатиты. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2003, 383 С.

2. Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Прогресс в медицине, как фактор, невольно способствовший глобальному распространения вирусов гепатитов В и С. // Медицинские новости (Минск), 2011, №9,с.45-49;

3. Дадашева А.Э. Эпидемиологическое и клиническое значение групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатита В и С. // Здоровье, 2010, №1, с.198-201;

4. Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Оценка потенциальной эпидемиологической опасности различных групп с высоким риском инфицирования вирусами гепатитов В и С. // Биомедицина, 2011, №4, с.3-11.

5. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Субклинические инфекции, вызванные вирусами гепатитов В и С среди лиц из разных групп с высоким риском парентерального инфицирования этими вирусами.// Вестник службы крови России, 2011, №4, с.34-36;

6. Мамедов М.К. Вирусный гепатит С. Баку: Элм, 2010, 189 с.

7. Ющук Н.Д. Климова Е.А. Гепатит С./ Инфекционные болезни. Национальное руководство. М.: ГЕотар-Медиа, 2009, с.650-664;

8. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Лица из различных групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С, как потенциальные пациенты с особым преморбидным статусом.// Медицинские новости (Минск), 2011, №5, с.48-50.

SUMMARY

CORRELATION OF SEROLOGIC AND MOLECULAR MARKERS OF HEPATITIS C VIRAL INFECTION DETECTION RESULTS AMONG PERSONS FROM GROUPS WITH HIGH RISK OF PARENTERAL CONTAMINATION

A.Dadasheva

The author comparised the results of serological and molecular testing of serums of persons belonged to groups with high risk of parenteral contamination and healthy inhabitants infected with hepatitis C virus (HCV). She has shown that difference between frequency of HCV RNA and antibodies to HCV detection at persons from groups with high risk of parenteral contamination (GHRPC) has appeared much less than similar difference at healthy inhabitants of Baku. It specified that HCV-infection at persons from GHRPC much more often coursed in chronic form.

XÜLASƏ

YÜKSƏK PARENTERAL İNFEKSİYALAŞMA RİSKİ QRUPUNDAN OLAN ŞƏXSLƏRDƏ İNFEKSİYANIN SEROLOJİ VƏ MOLEKULYAR MARKERLƏRİNİN NƏTİCƏLƏRİNİN MÜQAYİSƏSİ

A.E.Dadaşova

Müəllif yüksək parenteral infeksiyalaşma riski qrupuna daxil olan şəxslərdə və C viruslu hepatitə (CVH) yoluxmuş sağlam şəxslərdə seroloji və molekulyar markerlərinin nəticələrinin müqayisəsini aparmışdır. Müəllif göstərmişdir ki, Bakı şəhərində yüksək parenteral infeksiyalaşma riski qrupuna daxil olan şəxslərdə CVH RNT-nin və CVH-ə qarşı anticisimlərin aşkar olunma tezliyi sağlam şəxslərə nisbətən nəzərəşarpacaq dərəcədə azdır. Bu onu göstərir ki, yüksək parenteral infeksiyalaşma riski qrupuna daxil olan şəxslərdə CVH infeksiyası daha çox xronik formada davam edir.

Daxil olub:09.03.2011

HISTEREKTOMIYA ÜSULLARININ KLINIK NƏTICƏLƏRININ MÜQAYISƏLI DƏYƏRLƏNDIRILMƏSI

*T.E. Bayramova, * H.F.Bağırova*
Dövlət Gömrük Komitəsinin Mərkəzi hospitalı; *Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Reproduktiv yaşlı qadınlarda uşaqlığın xoşxassəli xəstəliklərinə görə icra edilən cərrahi əməliyyatlar içərisində histerektomiya əməliyyatı ilk yeri tutur. ABŞ-da hər il 60000-ə qədər histerektomiya əməliyyatı yerinə yetirilir [1]. Ənənəvi olaraq histerektomiya əməliyyatının böyük və ya əksər hissəsi abdominal üsulla aparılır. Müasir ginekologiyada böyük abdominal kəsik, əməliyyat, sağalma və tibbi-sosial reabilitasiya müddətlərinin uzun olması total abdominal histerektomiya (TAHE) əməliyyatının qüsurları hesab edilir [1]. Ona görə də praktik həkimlər arasında total laparoskopik (TLHE) və total vaginal histerektomiya (TVHE) əməliyyatları daha populyardır. İxtisaslaşmış klinikalarda sonuncu əməliyyat üsulları TAHE əməlliyyatını artıq arxa plana keçirmişdir [2].

Tədqiqatın MƏQSƏDI uşaqlığın xoşxassəli xəstəliklərinə görə icra edilmiş histerektomiya əməliyyatlarının fiziki parametrlərinin və klinik nəticələrinin müqayisəli öyrənilməsidir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqat işi 2008-2011-ci illərdə Mərkəzi Klinik Xəstəxananın və Dövlət Gömrük Komitəsinin Mərkəzi hospitalının mamalıq-ginekologiya şöbələrində uşaqlığın düyünlü miomasına görə cərrahi müalicə olunmuş 85 xəstə üzərində aparılmışdır. 28 xəstədə TAHE, 32-də TLHE, 25-də TVHE əməliyyatları yerinə yetirilmişdir.

46 xəstə reproduktiv yaşlı olmuşdur. 39 xəstədə isə nəsilartırma funksiyası tamamlanmışdır. TAHE qrupunda 4 xəstədə Cezar kəsiyi, 1-də appendektomiya; TLHE qrupunda 2 xəstədə Cezar kəsiyi və 1-də appendektomiya; TVHE qrupunda isə 1 appendektomiya əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. TAHE qrupunda 6, TVHE qrupunda isə 3 xəstədə histerektomiya əməliyyatı ilə yanaşı yumurtalığın sistinə görə salpinqooforektomiya olunmuşdur. Yumurtalığın sist(lər)inin ölçüləri 6 sm-dən kiçik olmuş, ətraf toxumalarla (üzvlərlə) bitişmələr müəyyən edilməmişdir. Bütün hallarda uşaqlığın düyünlü miomaları və yumurtalığın sisti patohistoloji təsdiq olunmuşdur.

TAHE qrupunda uşaqlığın orta çəkisi 262,25±22,09 q, TLHE qrupunda 224,93±24,25 q; TVHE qrupunda 268,00±32,62 q təşkil etmişdir. Qruplar arasında əhəmiyyətli fərq müəyyən olunmamışdır ($p>0,05$).

TAHE əməliyyatı standart texnika ilə (uşaqlıq artımları ilə və onlarsız) həyata keçirilmişdir. Laparoskopik əməliyyatlar xəstənin litotomiya vəziyyətində icra olunmuşdur. 10 mm diametrli laparoskop göbəkaltı minikəsikdən daxil edilmiş, 2- və 3-cü portlar isə sağ və sol qasıqüstü nahiyələrdə yerləşdirilmişdir. Uşaqlığın girdə bağları, boruları, uşaqlıq-yumurtalıq bağları, o cümlədən enli bağlar (uşaqlıq artımlarının xaric edilməsi və ya saxlanması situasiyasından asılı olaraq), uşaqlıq-sidik kisəsi büküşü LigaSure ilə kouterizə edilmiş və kəsilmişdir. Sonra uşaqlıq arteriyaları, kardinal və uterosakral bağlar ardıcıl surətdə kouterizə edilmişdir. Uşaqlığın boynu xarici dəlik səviyyəsində kəsilmiş, uşaqlıq vagina tərəfdən xaric edilmişdir.

Perioperativ məlumatlar toplanmış, onların qeydiyyatı aparılmış və sistemləşdirilmişdir. Postoperasion ağrıların intensivlik səviyyəsi dərhal, əməliyyatdan 45 dəq, 3 saat, 24 saat və 48 saat sonra Visual Analogue Scale (VAS) ilə öyrənilmişdir. TAHE və TVHE qrupunun 4 xəstəsində əməliyyat spinal, TAHE və TLHE qruplarının 16 xəstəsində ümumi anesteziya altında icra olunmuşdur. Əməliyyatdan dərhal və 45 dəqiqə sonra anesteziya üsullarından asılı olaraq xəstələrdə ağrıların intensivlik səviyyəsi fərqli olmuşdur. Açıq əməliyyatlardan fərqli olaraq laparoskopik əməliyyatlardan sonra əksər xəstələrə ağrıkəsicilər təyin edilməmişdir.

Statistik təhlil. Nəticələr xətti reqressiv analiz, Fisher-in dəqiqləşdirilmiş testi və Student-in t testi ilə hesablanmış və qiymətləndirilmişdir. Statistik təhlil SPSS 11.0 proqram ilə həyata keçirilmişdir $p<0,05$ olduğu hal statistik əhəmiyyətli hesab edilmişdir.

Nəticə. TLHE və TVHE qruplarında TAHE əməliyyatına konversiya olmamışdır. İntraoperasion dövrün xarakteristikası cədvəl 1-də göstərilmişdir. Xəstə qruplarında əməliyyat müddətləri arasında ciddi fərq olmamışdır ($p>0,05$). TLHE və TAHE qruplarında əməliyyatdaxili qan itkisi bir-birinə yaxın olmuşdur ($p>0,05$). TVHE qrupunda isə digər qruplarla müqayisədə əməliyyatdaxili qan itkisi xeyli az olmuşdur ($p<0,05$). Əməliyyatdan sonra qan və qanın komponentlərinin transfuziyası aparılmamışdır. Bütün qruplarda postoperativ dövrdə ciddi ağırlaşmalar meydana çıxmamışdır.

TLHE əməliyyatının ümumi maliyyə xərcləri 1800 manat olmuşdur. TAHE və TVHE əməliyyatlarında bu göstərici 1400-1600 manat təşkil etmişdir.

Cədvəl 1

Müxtəlif histerektomiya üsullarının əsas əməliyyatdaxili göstəriciləri

Qruplar	Əməliyyat müddəti	Qan itkisi (ml)	Əməliyyat xərcləri (manat)
TAHE (n=28)	92,50±18,42	131,00±20,46*	1400-1600
TLHE (n=32)	112,67±22,41	148,00±29,61*	1800
TVHE (n=25)	87,30±14,42	93,00±18,61	1400-1600

*p<0,05 TVHE qrupu ilə müqayisədə

Cədvəl 2-də əməliyyatdan sonra VAS şkalasının göstəricilərinim müqayisəsi verilmişdir. TAHE və TVHE xəstə qrupları ilə müqayisədə TLHE qrupunun xəstələrində əməliyyatdan 3 saat sonra ağrıların intensivliyi xeyli az olmuşdur (p<0,001). TAHE qrupundan fərqli olaraq TLHE və TVHE qruplarında əməliyyatdan 24 və 48 saat sonra ağrıların intensivliyi aşağı düşmüşdür (p<0,01).

Cədvəl 2

Histerektomiya əməliyyatlarından sonra VAS şkalasının göstəricilərinin müqayisəsi

Qruplar	Əməliyyatdan dərhal sonra	Əməliyyatdan 45 dəqiqə sonra	Əməliyyatdan 3 saat sonra	Əməliyyatdan 24 saat sonra	Əməliyyatdan 48 saat sonra
TAHE	4,12±0,83	5,15±1,02	7,95±1,43*	4,60±0,92	3,00±0,61
TLHE	2,87±0,42	3,23±0,61	2,33±0,46	2,47±0.48**	1,20±0,24***
TVHE	0	0,60±0,12	6,30±1,26*	3,10±0,62**	1,30±0,26***

*p<0,001 TLHE qrupu ilə müqayisədə; **p<0,01 TAHE qrupu ilə müqayisədə;
***p<0,05 TAHE qrupu ilə müqayisədə

Müxtəlif histerektomiya üsullarının əmliyyatdan sonrakı göstəriciləri 3 saylı cədvəldə göstərilmişdir. Bağırsağın peristaltikasının orta bərpa müddəti TLHE qrupunda 22,0ş, TVHE qrupunda 26,8, TAHE qrupunda 38,5 saat davam etmişdir (hər 3 qrupda p<0,05). Bədən temperaturunun göstəricisi TLHE və TVHE qruplarının xəstələri ilə müqayisədə TAHE qrupunun xəstələrində daha yüksək olmuşdur (p<0,001). TAHE qrupunda əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi 10% təşkil etmişdir. Digər xəstə qruplarında belə ağırlaşmalar baş verməmişdir. TLHE və TVHE qruplarının xəstələri TAHE qrupunun xəstələri ilə müqayisədə daha erkən müddətlərdə evə yazılmışlar (p<0,001).

Cədvəl 3

Histerektomiya əməliyyatlarından sonrakı əsas göstəricilər

Qruplar	Bağırsaq funksiyasının bərpası (saat)	Bədən temperatur (°S)	Ağırlaşma (%)	Xəstəxanada qalma müddəti (gün)
TAHE	38,56±7,61	38,05±0,33	10	6,15±0,49
TLHE	22,00±4,41**	37,50±0,29***	-	3,53±0,83∞
TVHE	26,80±5,21*	37,61±0,21***	-	3,80±0,42∞

*p<0,05 TAHE qrupu ilə müqayisədə; **p<0,05 TVHE qrupu ilə müqayisədə;
***p<0,05 TAHE qrupu ilə müqayisədə; ∞p<0,05 TAHE qrupu ilə müqayisədə

MÜZAKIRƏ. Histerektomiya əməliyyatları ənənəvi olaraq abdominal üsulla daha çox həyata keçirilir. Sağalma və tibbi-sosial reabilitasiya müddətlərinin uzun olması, əməliyyatdan sonra bitişmələrin əmələgəlmə tezliyinin yüksək olması açıq əməliyyatların qüsurlarıdır [1, 2]. 1989-cu ildə Reich H. et al. (1989) tərəfindən icra edilmiş ilk TLHE əməliyyatından [3] sonrakı onilliklərdə bu əməliyyat üsulu xeyli təkmilləşdirilmiş, uşaqlığın sallanması kimi patoloji vəziyyətlərin laparoskopik korreksiyası təmin edilmişdir. Ümumilikdə açıq əməliyyatlarla müqayisədə TLHE azinvazivliyi, postoperasion ağrıların, dərman preparatlarının sərfinin və stasionar müalicə müddətinin az olması ilə seçilir.

Elmi tədqiqatların nəticələrinə görə TAHE-qrupu ilə müqayisədə TLHE qrupunda əməliyyat müddəti əhəmiyyətli dərəcədə üzün sürür [3, 4]. Lakin bizim araşdırmada bu qruplar arasında əhəmiyyətli fərq müəyyən edilməmişdir. TVHE qrupunda digər qruplarla müqayisədə əməliyyatdaxili qan itkisi nisbətən az olmuşdur. Lowell L., Kessler A.A. görə (2000) tərəfindən TLHE və TAHE qruplarının klinik nəticələri müqayisə edilmiş, TLHE qrupunun xəstələrində qan (qan komponentləri) transfuziyasının və ağırlaşma riskinin daha yüksək olması meydana çıxmışdır [5]. Bizim tədqiqatda bu nəticə təsdiqini tapmamışdır.

Bizim tədqiqatda TAHE qrupundan fərqli olaraq TLHE və TVHE qruplarının xəstələrində əməliyyatdan 24 və 48 saat sonra ağrıların intensivliyinin xeyli az olması müəyyən edilmişdir ($p<0,01$). TLHE və TVHE qruplarında bağırsaq fəaliyyəti daha qısa müddətlərdə bərpa olunmuşdur. TAHE qrupunun xəstələrində postoperasion ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi daha yüksək olmuşdur. TAHE qrupunun xəstələri ilə müqayisədə TLHE və TVHE qruplarının xəstələri daha erkən müddətlərdə evə yazılmışlar ($p<0,01$).

Young W., Cohen M.M. görə (1997) TLHE və TAHE əməliyyatlarının nəticələri bir-birindən o qədər də fərqlənmir [6]. Biz TAHE ilə müqayisədə TLHE və TVHE əməliyyatlarının postoperativ nəticələrinin nəticələrinin üstünlüyün müəyyən etmişik. Lakin bu fakt, fikrimizcə, TAHE əməliyyatından imtinaya əsas verməməlidir və klinik situasiyadan asılı olaraq, həmçinin göstərişlər əsasında bu əməliyyat öz mövqeyini saxlamalıdır .

Əməliyyat kəsiyinin aparılmaması, az qan itkisi, qısa əməliyyat müddəti, postoperasion ağrıların intensivliyinin azlığı, ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin aşağı göstəricisi, əməliyyat və müalicə xərclərinin xeyli az olması, stasionar müalicəsi, sağalma və tibbi-sosial reabilitasiya müddətlərinini qısa olması TVHE əməliyyatının aşkar üstünlüklərinə aiddir. olmuşdur. TVHE əməliyyatından əvvəl uşaqlığın ölçüləri, çəkisi, hərəkətliliyi, doğurqanlığı və uşaqlıq yolunun həcmi mütəxəssis tərəfindən nəzərə alınmalıdır. Uşaqlığın ölçülərinin 14-həftəlik hamiləliyə qədər olması, onun çəkisinin təxminən 600 qrama çatması TVHE əməliyyatının icrasını mümkün edir [6]. Çanaq üzvlərinin iltihab xəstəlikləri, endometrioz, adneksial patologiya, intraliqamentar mioma düyünləri TVHE əməliyyatına əks-göstərişlərə aiddir. Doğmayan qadınlarda bu əməliyyatın yerinə yetirilməsi məqəsədəuyğun deyildir [6]..

Lowell L., Kessler A.A. görə (2000) TLHE əməliyyatı zamanı qan transfuziyasına ehtiyac yaranması və intraoperasion ağırlaşmaların meydana çıxması ehtimalı mövcuddur [5, 6]. TLHE əməliyyatına göstərişləri (endometrioz, bitişmələr, adneksial kütlə kimi) TVHE əməliyyatı ilə eyniləşdirmək uyğun hesab edilmir. Böyükhəcmli adneksial kütlə onun endobaka yerləşdirilməsi və vaginal çıxarılmasını mümkünsüz edir. Dersey J.H. et al. (1995) tərəfindən 502 xəstənin cərrahi müalicəsinin nəticələri retrospektiv araşdırılmış, TLHE və TAHE əməliyyatlarına göstərişlər əsaslandırılmış və sistemləşdirilmişdir [7]. Daha yaşlı xəstələrdə TLHE əməliyyatının tətbiqinin mümkünlüyü məlumdur. Lakin bu xəstələrdə tənəffüs və ürək-qan damar sistemlərinin funksional fəaliyyətinin, mühüm parametrlərinin göstəriciləri histerektomiya üsulunun seçimində aparıcı rol oynamalıdır [7].

Abdelmonem A. et al. (2006) universitet xəstəxanasında icra olunmuş abdominal, vaginal və laparoskopik histerektomiya əməliyyatlarınən prospektiv müşahidəsinin nəticələri haqqında məlumat vermişlər [8]. TVHE əməliyyatı ən qısa (103 dəq) müddətlərdə yerinə yetirilmişdir. Sonrakı yerlər TAHE (127 dəq) və TLHE (157 dəq) əməliyyatlarına məxsus olmuşdur. TAHE qrupu ilə müqayisədə TLHE və TVHE qruplarının xəstələrində ağrıların intensivliyi az, sağalma müddəti qısa olmuşdur. Qruplar arasında əhəmiyyətli fərq müəyyən edilməmişdir. Klinik nəticələrə görə TVHE ən əlverişli histerektomiya üsulu hesab olunmuşdur [9,10]. Bizim nəticələrimiz bu tədqiqatların nəticələrinə uyğun gəlmişdir. Shao J.B., Wong F. (2001) tərəfindən çoxsaylı logistik reqressiv analizlər nəticəsində seçilmiş 390 xəstədə histerektomiya üsulunun seçiminə təsir göstərən faktorların müəyyənləşdirməsi üçün tədqiqat aparılmışdır [11]. Cərrahın qərarı və müştərək adneksial cərrahiyyə qərarvermə prosesində həlledici təsirə malikdir, 2 əsas, müstəqil amili təşkil etməkdədir. Bizim tədqiqatda TLHE və TVHE əməliyyatlarının daha təhlükəsiz, daha effektli olması göstərilsə də hər bir histerektomiya üsulunun üstünlükləri və nöqsanlar mövcuddur.

Beləliklə, uşaqlığın xoşxassəli xəstəliklərinə görə histerektomiya üsulunun seçimində xəstənin ümumi vəziyyəti, yanaşı xəstəliklər, əvvəllər keçirilmiş böyük abdominal əməliyyatlar, cərrahın təcrübəsi və tibbi təchizatın yetərliliyi nəzərə alınmalıdır.

ƏDƏBIYYAT

1. Lepine L.A., Hillis S.D., Marchbanks P.A., Koonin L.M., Morrow B., Kieke B.A. et al. Hysterectomy surveillance -United States, 1980-1993 //MMWR CDC. Surveill Sum., 1997, v.46, p.1-15

2. Liu Z.F., Lang J.H., Sun D.W. Clinical analysis of vaginal hysterectomy for big uterus. 25 cases reports //Chin J. Obstet. Gynecol., 1999, v.34, p.456-458

3. Reich H., Decaprio J., Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy //J. Gynecol. Surg., 1989,v. 5, p.213-216

4. Nwosu C.R., Gupta J.K. Abdominal, laparoscopic and viganal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy: a feasibility study for further evaluation in randomized trials //Surg. Endosc., 1999, v.13, p.148-150

5. Lowell L., Kessler A.A. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. A suitable substitute for abdominal hysterectomy? //J. Reprod. Med., 2000, v.45, p.738-742

6. Young W., Cohen M.M. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. A review of current issues //Int. J. Technol. Assess Health Care., 1997, v.13, p.368-379.

7. Dersey J.H., Earl P.S., Holtz P.M. Clinical indications for hysterectomy route: patient characteristics or physician preference //Am. J. Obstet. Gynecol., 1995, v.173, p.1452-1460

8. Abdelmonem A., Wilson H., Pasic R. Observagtional comparison of abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy as performed at a university teaching hospital //J. Reprod. Med.,2006,v.51, p.945-954

9. Jaturasrivilai P. A comparative study between laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy //J. Med. Assoc. Thai., 2007, v.90, p.837-843

10. Lumsden M.A., Twaddle S., Hawthorn R. et al. A randomized comparison and evaluation of laparoscopic-assisted hysterectomy and abdominal hysterectomy //BJOG, 2000, v.107, p.1386-1391.

11. Shao J.B., Wong F. Factors influencing the choice of hysterectomy //Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol., 2001, v.41, p.303-306

РЕЗЮМЕ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ СПОСОБОВ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Т.Э. Байрамова, Х.Ф.Багирова

Настоящее исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 85 больных с доброкачественными заболеваниями матки. Больным I группы (28 больных) была выполнена абдоминальная, II - лапароскопическая (32), III – тотальная трансвагинальная (25) гистерэктомия. В сравнительном порядке были изучены основные послеоперационные показатели и выялены главные преимущества и недостатки каждой методики. Было установлено, что частота встречаемости послеоперационных осложнений, интенсивность болевого синдрома, сроки выздоровления и медико-социальной реабилитации после вагинальной и лапароскопической гистерэктомии намного меньше, чем у больных, перенесшие открытые операции.

Ключевые слова: гистерэктомия, способы, результаты

SUMMARY

COMPARATIVE ASSESSMENT OF CLINICAL RESULTS FOR ROUTES OF HYSTERECTOMY

T.E. Bayramova, H.F.Bagirova

Hysterectomy is a very common surgery in gynecology. The aim of this study was to identify the differences of peri-operative outcome among the patients who underwent the three different approaches. 85 women undergoing hysterectomy for myoma had the procedure performed by total laparoscopic hysterectomy (TLHE), total vaginal hysterectomy (TVHE) or total abdominal hysterectomy (TAHE) in a randomized study. We compared the course of peri-operative and post-operative outcome for the three different approaches.TLHE and TVHE are better procedures for women requiring hysterectomy. The peri-operative and post-operative courses of TVHE are better than TLHE, excluding the pain score 3 hours after operation. Vaginal and laparoscopic hysterectomy is the most cost-effective approach but the final choice for the route of hysterectomy can depend on many factors such as gynecological disease, patients' health status and experiences of the gynecologist.

Daxil olub:04.03.2011

HAMİLƏ QADINLARIN SAĞLAMLIQ VƏZİYYƏTİNİN EKSPERT QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ VƏ PROQNOZLAŞDIRILMASI

V.Ş. Şıxlı, H.F. Bağırova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Müasir mamalığın problemləri arasında hamiləliyin başa çatdırılmaması birinci yer tutur, belə ki, perinatal və yenidoğulmuşların xəstələnməsinin və ölümünün yüksək səviyyədə qalmasını təmin edir [2,4]. Hazırkı günə qədər iltihab prosesinin baş verməsinin proqnostik meyarları dürüst təyin edilməmişdir, septik vəziyyətlərin erkən diaqnostikası da həmçinin çətindir, spesifik klinik simptomlar isə çox vaxt olmurlar. Bununla əlaqədar perinatal patologiyanın və ananın irinli-septiki xəstəliklərinin yüksək inkişaf etməsi riski infeksion prosesin baş verməsinin proqnostik və erkən diaqnostik meyarlarının işlənib hazırlanmasını tələb edir [1,3,5,6].

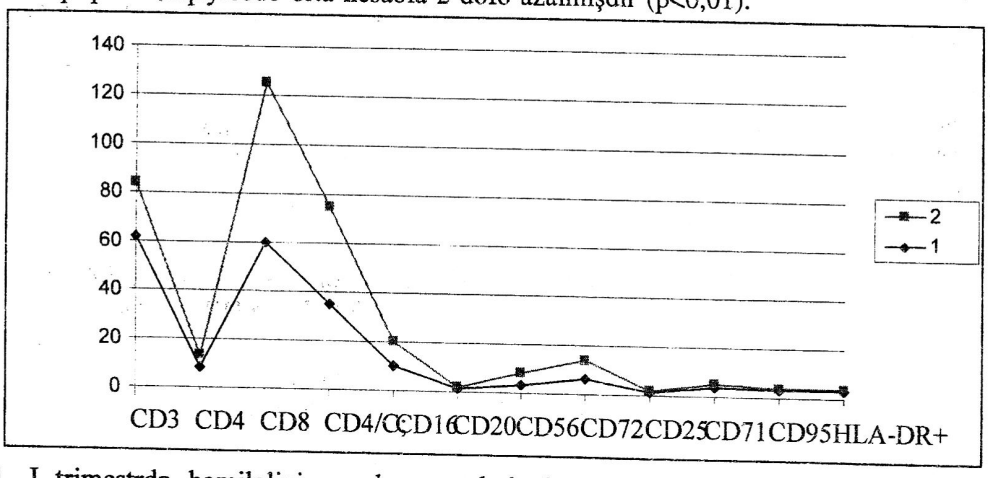
Tədqiqat işinin MƏQSƏDİ: Yüksək yoluxma riskinə məruz qalan hamilə qadınlarda perinatal nəticələrin yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə üzğndə qravidarönü hazırlığı, cift çatışmazlığının baş verməsinin erkən diaqnostik meyarlarını və onların səmərəli müalicəsini birləşdirən tədbirlər sisteminin işlənib hazırlanması və tətbiq olunması.

TƏDQİQAT İŞİNİN MATERİAL VƏ METODLARI. İşdə qarşıya qoyulan vəzifələri yerinə yetirmək üçün 2009-2011-ci illərdə prospektiv müayinələr aparılmışdır. Endometriumda və periferik qanda limfositlərin fenotipik tərkibinin müayinəsi dolayı immunflüoressensiya, ikizolaqlı axın sitometriyası metodundan istifadə etməklə EPICS XL, Coulter-Beckman (ABŞ) cihazında həyata keçirilmişdir. Qan zərdabında A, M, G sinfi immunqlobulinlərinin, sitokinlərin miqdarı «Протеиновый контур» (S.-Peterburq), «Vektor-Best» (Novosibirsk), «Диагностические системы» (N.Novqorod) test-sistemlərində İFA metodu ilə aşkar edilmişdir. Neopterinin qan zərdabında və servikal kanalın seliyində konsentrasiyası «IBL» (Almaniya) sisteminin İFA-dan istifadə etməklə yoxlanılmışdır.

TƏDQİQAT İŞİNİN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Məlumdur ki, hamiləlik zamanı ananın spesifik və qeyri-spesifik immuniteti arasında qəribə yeni tarazlıq əmələ gəlir ki, bu zaman ananın immunoloji adaptasiyasının əsas hüceyrəsi limfosit deyil, monosit sayılır [5]. Məhz təbii immunitetin amilləri spesifik immun cavabı Th1 (hüceyrə, iltihab) və ya Th2 (humoral, immun) yol üzrə istiqamətləndirir.

Tədqiqatlarımızda aşkar edilmişdir ki, hamiləliyin infeksion təbiətli öz-özünə pozulması qeyd olunan pasiyentlər qrupunda CD3+ sayı ($p<0,001$) CD4+ ($p<0,001$) subpopulyasiyasının sayəsində dürüst azalmışdır. Elə həmin qrupda kontrol qrupla müqayisədə CD16+, CD20+ ($p<0,001$), həmçinin CD8+ ($p<0,001$) aşağı qiymətləri qeydə alınmışdır.. T-hüceyrə həlqəsinin aktivliyinin azalması CD56+ subpopulyasiyasının aktivləşməsi ilə müşayiət olunmuşdur ki, o da kontrol qrupun göstəricilərindən xeyli yüksək olmuşdur ($p<0,001$). Biristiqamətli dəyişikliklər, həmçinin də CD25+, HLA-DR+, CD71+, CD95+ ($p<0,001$) üçün də qeydə alınmışdır. Bu vəziyyət B-limfositlərin yetkinliyinin erkən mərhələlərinin blokadasının olmadığını göstərir ki, bu da hamiləliyin saxlanması üçün mühüm şərtdir. Nəticədə IgM –nin səviyyəsi normal qiymətlərdən 2,69 dəfə ($p<0,001$) yüksək olmuşdur, IgG və IgA-nin konsentrasiyası isə, əksinə, kəskin azalmışdır ($p<0,001$). Həmçinin dövr edən immun komplekslərin (DİK) aşağı səviyyədə olması da diqqəti cəlb edir – o, 54,33±4,73 ql ($p<0,05$) təşkil edir ki, bu da formalaşan feto-plasentar sistemdə (FPS) onların toplandığını göstərir (Şək.1.).

Hamiləliyin infeksion təbiətli pozulması qeyd olunan pasiyentlərin sitokin profili iltihabönü interleykinlərin (IL 1α, IL 1β, IL 2, TNF α, IL 6) və γ və α IFN-nin həddən çox ifraz edilməsi ilə müşayiət olunan Th-1 yolunun aktivləşdiyini göstərir. Th-2 yolunun zəifləməsi IL 4 və IL 10 ($p<0,001$) sitokinlərin tənzimləyicilərinin hasilinin azalması ilə müşayiət olunmuşdur ($p<0,001$) ki, bu da kontrol qrupla müqayisədə orta hesabla 2 dəfə azalmışdır ($p<0,01$).

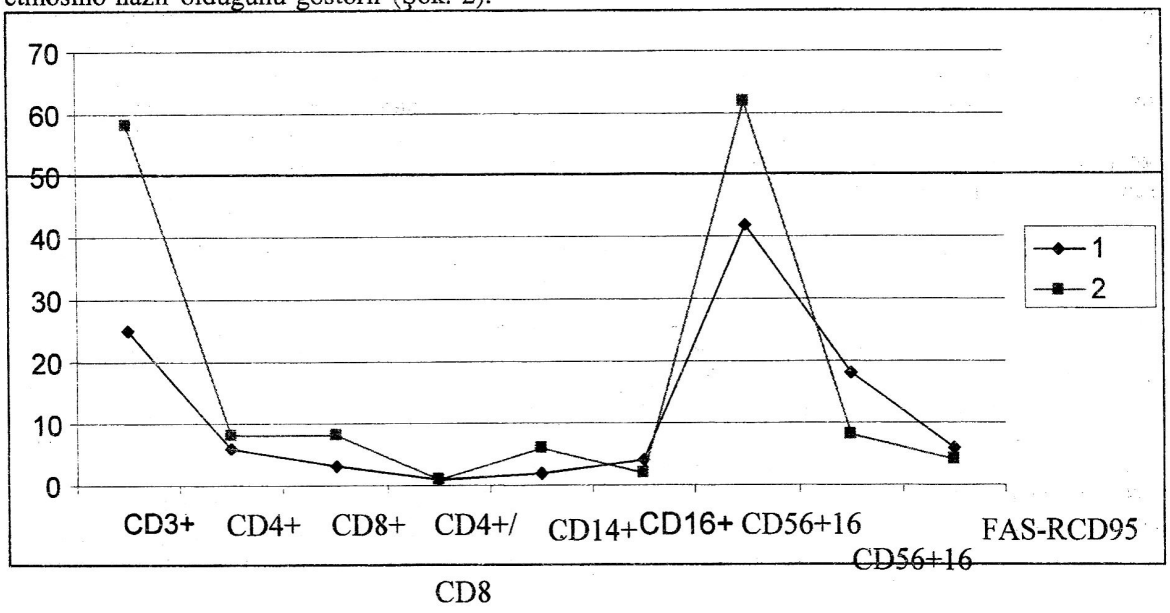


Şək.1. I trimestrdə hamiləliyi pozulmuş qadınlarda periferik qanın immunitetinin hüceyrə həlqəsi. 1-əsas qrup; 2- kontrol qrupu

Ayrı-ayrı sitokinlərin konsentrasiyasının təyin edilməsi iltihab reaksiyalarının proqnozlaşdırılması və diaqnostikası üçün kifayət deyildir. Bu, onların lokal hasili və qısa yarımparçalanma dövrü ilə əlaqədardır, ona görə də biz neopterinin– infeksion prosesin aktivlik göstəricisinin miqdarının müayinəsi üzrə işlər aparmışıq. Tədqiqatlarımızda neopterinin səviyyəsi hamilə qadınlarda nəzərə çarpan analoji göstəricidən 3,22 dəfə yüksək olmuşdur ($p<0,001$) ki, bu da aktiv infeksion-iltihabi prosesin olmasını göstərir.

Lakin immun parametrlərin daha əhəmiyyətli dəyişiklikləri endometriumda baş vermişdir. Hamiləliyin infeksion mənşəli pozulması qeyd olunan pasiyentlərdə sitotoksik CD56+16+

hüceyrələrin miqdarı kontrol qrupu ilə müqayisədə ($p<0,001$) 2,19 dəfə çox omuşdur. Bununla bərabər CD56+16- hüceyrələrin miqdarı bütün müşahidə qruplarında ən aşağı həddə olmuşdur ($p<0,05$). Qeyd etmək lazımdır ki, ədəbiyyatda endometriumda CD56+16- hüceyrələrin miqdarı ilə əlaqədar dəqiq məlumatlar yoxdur. İnfeksion təbiətli düşüklər qeyd olunan hamilə qadınlarda CD3+ hüceyrələrin miqdarı ($p<0,001$) 1,82 dəfə, CD8+ isə 2 dəfə ($p<0,001$) azalmışdır. Apoptoza qarşı Fas-reseptorların (CD95+) miqdarının artması ana orqanizminin embrionu dəf etməsinə hazır olduğunu göstərir (Şək. 2).



Şək. 2. I trimestrdə hamiləliyi pozulmuş pasiyentlərdə desidual toxumanın hüceyrə quruluşu. 1 – əsas qrup; 2 – kontrol qrup

Desidiual toxumanın hüceyrə quruluşunun kəskin ifadə olunmuş iltihabi proses istiqamətində dəyişilməsi iltihabəleyhinə sitokinlərin (IL 6, TNF α) və interferonların ($p<0,05$) yüksək qiymətləri ilə müşayiət olunmuşdur ki, bu da infeksiyanın uzun müddətli persistensiyasını göstərir. Xemokinlər sinfinə aid olan IL8 (onun ilkin funksiyası – neytrofillərin aktivləşdirilməsi və onların iltihab yerinə cəlb edilməsidir), həmçinin neoptrin servikal kanalın seliyində praktik olaraq norma ilə müqayisədə 2 dəfə artmışdır ($p<0,001$).

Beləliklə, hamiləliyin infeksion təbiətli pozulması qeyd olunan qadınlarda biz Th-1 yolunun aktivləşməsi üçün səciyyəvi olan dərin dəyişikliklər (ilitihabönü sitokinlər hasil edilməklə) aşkar etmişik. Bizim fikrimizcə onlarda yerli supressor reaksiyaların mürəkkəb tənzimlənmə mexanizminin pozulması trofoblastın invaziyasının məhdudlaşdırılması, xorionun zədələnməsi və döl yumurtasının dəf edilməsi prosesinin başlanmaısna səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Буданов П.В., Стрижаков А.Н. Методы профилактики, лечения и подготовки женщин с нарушением микроценоза влагалища к родоразрешению и гинекологическим операциям.// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004, Том 3, №2, с. 39-42.

2. Игнатко И.В., Рыбин М.В., Дуболазов В.Д. Профилактика плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006, №7, с.11-20

3. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики. М.: ГЭОТАР Медиа, 2007, 800 с.

4. Eschenbach D.A. Bacterial vaginosis and anaerobes in obstetric-gynecologic infection // Clin. Infect. Dis., 2006, Vol.16, Suppl. 4, p. 282-287.

5. Gabbe S.G. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. Churchill Livingstone, 2007, 346 p.

6. Eckert L.O., Moore D.E. et al. Relationship of vaginal bacteria and inflammation with conception and early pregnancy loss following in-vitro fertilization.// Infect. Dis. Obstet. Ginecol., 2003, v.l 1, №1, p. 11-17

РЕЗЮМЕ

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

В.Ш.Шихлы, Х.Ф.Багирова

У женщин с инфекционным генезом прерывания беременности нами выявлены глубокие изменения, характерные для активации Th1-пути с выработкой провоспалительных цитокинов. Нарушение сложной регуляции местных супрессорных реакций у них, с нашей точки зрения, запускает процесс ограничения инвазии трофобласта, повреждения хориона и отторжения плодного яйца. Изменение клеточного состава децидуальной ткани в сторону ярко выраженного воспалительного процесса сопровождалось высокими значениями провоспалительных цитокинов (IL 6, TNF α) и интерферонов (p<0,05), которые свидетельствовали о длительной персистенции инфеции. IL8, относящийся к классу хемокинов, чья первичная функция – активация и привлечение нейтрофилов к месту воспаления, а также неоптерин в слизи цервикального канала, были увеличены практически в 2 раза по сравнению с нормой (p<0,001).

SUMMARY

FORECASTING AND EXPERT ESTIMATION OF THE CONDITION HEALTH OF PREGNANT WOMEN

V. SH.Shihly, H.F.Bagirova

At women with infectious генезом interruptions of pregnancy us are revealed radical changes, characteristic for activation Th1-пути with development proinflammatory cytokine. Infringement of difficult regulation local suppressor reactions at them, from our point of view, starts restriction process invaziya trofoblast, damages хориона and tearing away eggs. Change of cellular structure desidual fabrics towards strongly pronounced inflammatory process was accompanied by high values proinflammatory cytokine (IL 6, TNF α) and interferon (p <0,05) which testified about long hidden infection. IL8, belonging to the class hemokine, whose primary function - activation and attraction neutrophile to an inflammation place, and also neopterin in slime uterine the channel, have been increased practically in 2 times in comparison with norm (p <0,001).

Daxil olub:27.05.2011

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ОБЪЁМА И ХАРАКТЕРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНЕЙ УХА, ГОРЛО И НОСА

Г.М.Рустамова

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

Эффективность лечения и вторичной профилактики осложнений болезней уха, горло и носа зависит от своевременности и адекватности экстренной медицинской помощи [1,2,3,4,5,6,7]. Основной объем экстренной медицинской помощи приходит на станции скорой и неотложной помощи, но существенная её доля обеспечивается амбулаторно-поликлиническими и стационарными медицинскими учреждениями. В литературе имеются сообщения об экстренной специализированной помощи, которые свидетельствуют о важности адекватной её организации. За последние десятилетия в этом направлении публикации практически отсутствуют. Учитывая, отмеченные мы изучали потребность населения в экстренной медицинской помощи по поводу болезней уха, горло и носа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследования проводились на базе лечебно-профилактических учреждений города Баку. Единицей статистического наблюдения явилась обращение по поводу болезней уха, горло и носа, требующее экстренную медицинскую помощь. Исследование проводились ретроспективно на основе первичных учётных документов.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Расчёты показали, что среднегодовое количество обращений по поводу болезней уха, горло и носа в расчёте на 1000 населения составляло: 32,68 в станциях скорой и неотложной помощи, 5,52 в амбулаторно-поликлинических учреждениях и 6,54 в приёмных отделениях больничных учреждений. Основными нозологическими причинами обращаемости явились болезни носоглотки и глотки (29,54%), воспалительные патологии уха (26,93%), кровотечения (13,45%) и инородное тело и травмы ЛОР-органов (соответственно 4,98 и 7,33%). Острый ларингит (8,74%), вазомоторный аллергический ринит

(7,33%) также явились частными причинами обращений. Доля остальных патологий была очень низкой (0,72% фурункулы и карбункулы, 0,96% перитонзилярные абсцессы).

Частота обращений в зависимости от возраста приведена в таблице. Из этих данных, очевидно, что основной тенденцией возрастной динамики является рост обращаемости в связи с увеличением возраста, небольшое отклонение от общего тренда отличается в возрастах 20-24; 30-34, 70 и старше.

Частота обращений по экстренным показаниям по данным амбулаторно-поликлинических учреждений в среднем составляло 5,52‰, которая также зависит от возраста. Минимальная величина (1,04‰) была в возрастном интервале 0-4 года, а максимальная в возрастном интервале 25-29лет (9,47‰). В возрастном интервале 0-29 лет возрастной рост обращаемости прямолинейный, для 30-64 летнего возрастного интервала характерна относительная стабильность частоты обращения. Обращаемость для экстренной медицинской помощи по поводу болезней ухо, горла и носа по материалам приемных отделений больниц составляло 6,54 в расчете на 1000 населения. Минимальная частота обращений была в возрасте 0-4 года (1,95‰). Для остальных возрастных групп величина показателя была высока и относительно стабильна (5,61-9,78‰).

Таблица

Частота обращений для экстренной медицинской помощи по поводу болезней уха, горла и носа (в расчете на 100 лиц соответствующих возрастов) в зависимости от возраста населения

Возрастные группы, годы	По данным станций скорой и неотложной помощи	По данным амбулаторно-поликлинических учреждений	По данным больничных учреждений	Итого
0-4	25,00	1,04	1,95	27,99
5-9	32,49	1,10	6,22	39,81
10-14	38,95	2,64	7,76	49,35
15-19	24,88	3,45	7,92	36,25
20-24	23,46	8,44	6,07	37,97
25-29	29,13	9,97	6,52	45,62
30-34	20,04	8,77	6,02	34,83
35-39	29,92	5,80	5,61	41,33
40-44	36,12	6,68	6,37	49,17
45-49	49,72	9,74	6,55	66,01
50-54	41,93	8,86	7,35	68,14
55-59	44,34	8,22	8,61	61,17
60-64	46,36	9,66	9,78	65,80
65-69	47,71	4,75	7,35	59,81
70 и старше	24,11	1,22	8,04	33,37
Населения в целом	32,68	5,52	6,54	44,74

Среднегодовой уровень экстренной госпитализации по поводу болезней уха, горла и носа составляла 1,08 в расчете на 1000 населения. Возрастная динамика показателя не имела явного тренды роста. Минимальная частота госпитализации наблюдалась в возрастном интервале 0-4 года (0,32‰). Наибольшие показатели были отмечены в возрастных интервалах 5-9 (1,79‰), 10-14 (1,85‰), 55-59 (1,57‰) и 60-64 (1,88‰) лет. В остальных возрастах уровень госпитализации был несколько меньше, и колебался в пределах 0,73-1,30‰. Частота плановой госпитализации в среднем была в 3 раза больше.

Изучение нозологической структуры причин госпитализации детского населения показало, что ведущими поводами являются воспалительные заболевания уха (50,5±0,94%). Доля инородных тел и кровотечений Лор-органов составляла соответственно 4,51±0,39% и 2,1 ±0,27%. Экспертной оценкой была установлена, что уровень фактической госпитализации детского населения в среднем 1,37 раз меньше ее необходимого уровня.

Нозологическая структура причин госпитализации детского и взрослого населения существенно отличались.

В нозологической структуре госпитализации взрослого населения 19,6±0,54% составляли воспитательные заболевания уха,12,6±0,45% воспалительные заболевания глотки, 4,3±0,27% - травмы, 4,1±0,27% - кровотечения, 1,2±0,15%- инородные тела Лор-органов. По заключениям экспертов фактический уровень госпитализации взрослого населения в среднем была 1,3 раза меньше ее необходимого уровня.

Распределение случаев госпитализации по поводу болезней уха, горла и носа по ее характеру (плановая и экстренная) показано, что доля экстренной госпитализации детского и взрослого населения относительно близка (соответственно 22,3 и 25,4%), хотя существенно отличаются нозологические причины экстренной госпитализации. Основными поводами экстренной госпитализации детского населения явились воспалительные заболевания уха (54,1±1,97%), инородное тело (20,1±1,59%) и кровотечения (9,4±1,16%) Лор-органов. Доля воспалительных заболеваний глотки (19,2±1,1%) и уха (17,9±1,0%), травм (16,9±1,0%) в структуре причин экстренной госпитализации взрослого населения была относительно близка друг к другу.

По итогам экспертных поправок была установлена частота необходимой экстренной госпитализации по поводу болезней уха, горла и носа, которая составляла 15,2 на 10тыс. детского и 10,3 на 10тыс. взрослого населения (в среднем на 10тыс. населения 11,5). Расчеты показывают, что при существующем уровне среднего срока лечения больных в стационаре и нормативной среднегодовой занятости коек (соответственно 5 или 300 дней) для полного удовлетворения потребности населения в экстренной госпитализации по поводу болезней уха, горла и носа необходимо планировать 0,20 коек на 10тыс. населения.

Изучение качества и объёма экстренной медицинской помощи при заболеваниях уха, горла и носа, со стороны врачей линейных бригад, показало, что имеются средние погрешности (неадекватность помощи, необоснованность доставки в стационарные учреждения и прочие). Поэтому считаем необходимым функционирование специализированных Лор-бригад при станциях скорой и неотложной помощи крупнейших городов (одна круглосуточная бригада в расчете на 2 миллиона жителя).

ЛИТЕРАТУРА

1.Карпеев А.А. Состояние дел и возложенные пути реформирования службы скорой медицинской помощи // Здравоохранение,1999, №7, с.22-28.

2.Костомарова Л.Г. Организация экстренной медицинской помощи в городе Москве / Московская ассамблея «Здоровье столицы». М., 2003, с.15-16

3.Лунжиков А.В. Четырёхэтапная система организации анестезиолого-реанимационной помощи населению Саратовской области: Автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2003, 18 с.

4.Мыльникова Л.А. Новые подходы к организации экстренной медицинской помощи // Здравоохранение, 2002, №1, с. 20-28.

5.Оковитов В.В. Значение воспалительных заболеваний ЛОР–органов в этиопатогенезе близорукости у летного состава ВВС // Военно-медицинский журнал, 2000, № 11, с.43-46

6.Пальчук В.Т., Купельская Н.Л., Кислова Н.М. Экстренная патология носа и околоносовых пазух // Вестник оториноларингологии, 2005, № 3, с.3-6

7.Шилов С.Л., Гофман В.Р., Ващенко Е.А. Оказание специализированной помощи ЛОР – раненным и пострадавшим в условиях локального вооруженного конфликта // Росс. Оториноларинголог., 2003, № 4,с.142-143

РЕЗЮМЕ

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ОБЪЁМА И ХАРАКТЕРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНЕЙ УХА, ГОРЛО И НОСА

Г.М. Рустамова

В работе поставлена цель, обосновать объемы потребности населения в отоларингологической помощи и определения оптимальной модели её удовлетворения. Использованы материалы лечебно-профилактических учреждений города Баку. Потребность отоларингологической амбулаторно-поликлинической, стационарной и неотложной помощи, определена на основе экспертных оценок с учетом фактического использования соответствующих услуг. Установлено, что фактические объемы лечебно-диагностической помощи по поводу болезней ухо, горло и носа огромные и удовлетворяется различными специалистами (отоларингологи, терапевты и педиатры). Показано необходимость

расширения специализированных отоларингологических услуг как на этапе амбулаторно-поликлинических, стационарных учреждения, так на этапе станций скорой и неотложной помощи.

SUMMARY

AGE DYNAMICS OF VOLUME AND CHARACTER OF EMERGENCY MEDICINE CONCERNING EAR, NOSE AND THROAT (ENT) DISEASES

H.M.Rustamova

In work it was raised an object to base the volumes of population necessity in the otolaryngologic aid the determination of optimum model of its satisfaction. It was used the materials of the therapeutic – polyclinic, stationary and emergent aid was determined on the basis of expert's estimation taking into consideration the factual use of corresponding services. It was established that the factual volumes of the therapeutic – diagnostic aid on the occasion of diseases of ear-throat-nose were vast and were satisfied by the different specialist (otolaryngologists, therapeutists and pediatrics).It was shown the necessity of expansion of the specialized otolaryngologic services both on the stage of the ambulant – polyclinic, stationary establishments and on the stage of the stations of emergent aid.

Daxil olub:16.05.2011

ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С У БЕЗВОЗМЕЗДНЫХ ДОНОРОВ КРОВИ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ

М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева, Ш.Н.Алиева

Национальный центр онкологии, Республиканский центр по борьбе со СПИД, НИИ акушерства и гинекологии, г.Баку

За последние 20 лет в г.Баку был проведен ряд сероэпидемиологических исследований, посвященных оценке широты распространения среди здорового населения субклинических инфекций, вызванных вирусами гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС) [1].

При этом вынесенные суждения основывались на основе результатов обследования, в основном, только безвозмездных доноров крови, являющихся здоровыми взрослыми жителями города в возрастной группе 18-60 лет. Согласно этим результатам, частота выявления поверхностного антигена ВГВ (HBsAg) и антител к ВГС (anti-HCV) среди этой категории здорового населения г.Баку составили, в среднем 2,9% и 3,9%, соответственно [2].

Между тем, сведения о распространении этих же инфекций среди беременных женщин, также являющихся представительной группой здорового населения г.Баку, в изданной за последние 10 лет периодической литературе отсутствуют. Наличие же таких сведений могло бы повысить объективность представления о широте распространения этих инфекций в г.Баку.

Кроме того, эти сведения могли бы иметь немалое практическое значение с точки зрения акушерской практики, поскольку указанные инфекции у беременных могут привести не только к отягощению течения беременности и осложнить процесс родоразрешения, но и послужить причиной инфицирования как новорожденных в процессе родов и в периоде их грудного вскармливания, так и персонала родовспомогательных учреждений [3].

Учитывая изложенные выше соображения, мы проанализировали и сопоставили между собой результаты серологического обследования упомянутых выше двух групп здорового населения г.Баку: безвозмездных доноров и беременных женщин, жителей г.Баку. Первая из этих групп была обследована в качестве контрольной группы здоровых лиц, жителей г.Баку, в ходе проведения сероэпидемиологического обследования нескольких групп с высоким риском инфицирования ВГВ и ВГС [4], а вторая - с целью уточнения степени инфицированности этими вирусами беременных женщин, также проживающих в г.Баку [5]. Результаты этих исследований сведены в таблицу 1.

Очевидно, что незначительные отличия между частотами изолированного и сочетанного обнаружения HBsAg и anti-HCV у безвозмездных доноров крови и беременных женщин не имели отличий даже в интервале $p < 0,1$.

Этот факт вновь показал обоснованность ранее сделанного вывода о том, что г.Баку должен быть отнесен к числу городов с умеренной широтой хронического носительства ВГВ и средней степенью эндемичности в отношение ВГС-инфекции [6].

Далее мы попытались сравнить характер течения этих инфекций у безвозмездных доноров и беременных женщин. Однако, не располагая результатами клинического и детального клинико-инструментального и морфологического обследования указанных лиц, мы были лишены возможности достаточно обоснованно определить наличие у инфицированных здоровых лиц и беременных женщин тех или иных форм течения указанных гепатотропных инфекций, предусмотренных современной классификацией вирусных гепатитов.

Таблица 1

Частота выявления серологических маркеров инфицирования ВГВ и ВГС у здоровых лиц и у беременных женщин

Выявленные маркеры	У здоровых лиц (n=1541)	У беременных женщин (n=1782)	Всего (n=3323)
только HBsAg	45 (2,9±0,4%)	46 (2,6±0,4%)	91 (2,7±0,3%)
только anti-HCV	61 (4,0±0,5%)	66 (3,7±0,4%)	127 (3,8±0,3%)
HBsAg и anti-HCV	10 (0,6±0,2%)	9 (0,5±0,2%)	19 (0,6±0,2%)

В то же время, имея результаты биохимического исследования сывороток, полученных у этих лиц, мы, путем ретроспективного анализа этих результатов определили соотношение у этих лиц основных патогенетических вариантов течения инфекций, вызванных ВГВ и ВГС.

При этом, мы условно выделили 4 патогенетических варианта течения каждой из этих инфекций, условно названных нами инаппарантным, гиперферментемическим, билирубинемическим и гипербилирубинемическим [7]. Для идентификации каждого из этих вариантов мы использовали критериальные лабораторные признаки, приведенные в таблице 2.

Таблица 2

Лабораторные признаки, идентифицирующие различные патогенетические варианты течения ВГВ- и ВГС-инфекций

Патогенетические варианты течения инфекций	Специфический маркер инфицирования	Повышение активности АлАТ	Повышение уровня БР< 50 мМ/л	Повышение уровня БР> 50 мМ/л
Инаппарантный	+	-	-	-
Гиперферментемический	+	+	-	-
Билирубинемический	+	+	+	-
Гипербилирубинемический	+	+	-	+
Условные сокращения: АлАТ - аланинаминотрансфераза; БР - билирубин				

Очевидно, что инаппарантный вариант был близок к состоянию "здорового" вирусоносительства (при ВГВ-инфекции) и бессимптомной форме ВГС-инфекции. Гиперферментемический вариант по определению был близок к субклинической форме течения инфекции, при которой все же имеется "минимальный" гепатит, на наличие которого указывает повышение активности АлАТ. Билирубинемический вариант, при котором уровнь билирубина не превышал 50 мМ/л, т.е. уровня, при котором симптом желтухи обычно еще визуально не проявляется, можно с оговорками рассматривать как патогенетическую основу слабо выраженной клинически манифестной формы течения этих инфекций. И, наконец, гипербилирубинемический вариант мог бы считаться основой желтушных форм течения гепатита.

Однако учитывая, что среди вовлеченных в данное наблюдение доноров и женщин случаи выраженной желтухи отсутствовали, мы отказались от такой трактовки этого варианта.

Характеризуя указанные выше патогенетические варианты течения инфекций, надо отметить, что если развитие инаппаратного варианта означало, что развитие инфекции не привело к обнаруживаемому лабораторными (биохимическими) методами поражению печени, то наличие остальных вариантов означало, что развитие инфекций сопровождалось выраженной в различной степени дисфункцией печени.

Частоты регистрации указанных выше патогенетических вариантов ВГВ- и ВГС-инфекций у безвозмездных доноров крови и беременных женщин представлены в таблице 3.

Таблица 3

Частота выявления различных патогенетических вариантов течения ВГВ-инфекции, ВГС-инфекции и смешанной (ВГВ+ВГС) инфекции у здоровых лиц (безвозмездных доноров крови) и беременных женщин

Тип инфекции	Контингенты инфицированных лиц	Инаппарантный	Гиперферментемический	Билирубинемический	Гипербилирубинемический
ВГВ-инфекция	здоровые лица (n=45)	100,0%	0	0	0
	беременные (n=46)	60,9%	30,4%	6,5%	2,2%
ВГС-инфекция	здоровые лица (n=61)	93,5%	1,6%	0	0
	беременные (n=66)	74,2%	21,2%	4,5%	0
Смешанная инфекция	здоровые лица (n=10)	80%	10%	10%	0
	беременные (n=9)	55,5%	33,3%	22,2%	11,1%

Судя по цифровым показателем, представленным в таблице 3, эти две группы здоровых лиц имели заметные отличия в соотношении между частотами регистрации патогенетических вариантов течения обеих гепатотропных инфекций.

В первую очередь, надо отметить, что у доноров крови с обеими вирусными инфекциями не были отмечены случаи их течения в гипербилирубинемическом варианте, тогда как у беременных такие случаи были отмечены при ВГВ-инфекции и смешанной вирусной инфекции.

У доноров крови инаппарантный вариант течения этих инфекций отмечался заметно чаще, а гиперферментемический и билирубинемический варианты - заметно реже, чем у беременных женщин.

Таким образом, исходя из представленных выше результатов, можно полагать, что несмотря на практическое совпадение показателей частоты обнаружения HBsAg и anti-HCV у доноров и беременных женщин, эти две группы здоровых лиц имели определенные различия в патогенетическом отношении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Таги-заде Р.К., Михайлов М.И. Показатели распространености инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С среди здорового взрослого населения Азербайджана // Мир вирусных гепатитов, 2007, №5, с.10-12

2. Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Современные показатели интенсивности циркуляции вирусов, возбудителей гепатотропных инфекций, среди населения г.Баку // Биомедицина, 2011. №3, с.3-12;

3. Алиева Ш.Н., Мамедов М.К. Аспекты изучения трансфузионных вирусных гепатитов у беременных // Здоровье, 2007, №10, с.128-132

4. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Субклинические инфекции, вызванные вирусами гепатитов В и С среди лиц из разных групп с высоким риском парентерального инфицирования этими вирусами.// Вестник службы крови России, 2011, №4, с.34-36;

5. Алиева Ш.Н., Дадашева А.Э., Магамедли А.Ю., Мамедов М.К. Эпидемиологические и вирусологические параметры субклинических инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у беременных женщин, живущих в г.Баку // Биомедицина, 2011, №4, с.39-41.

6. Таги-заде Р.К., Мамедов М.К., Дадашева А.Э.Инфекции, вызванные вирусами гепатитов В и С у жителей г.Баку // Азерб.мед. Ж., 2008, №1, с.131-134

7. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Патогенетическая характеристика гепатитов В и С у лиц из разных групп с высоким риском парентерального инфицирования этими вирусами // Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2012, №1, с.55-58.

SUMMARY

INFECTIONS CAUSED WITH HEPATITIS B AND C VIRUSES AMONG FREE OF CHARGE BLOOD DONORS AND PREGNANT WOMEN: SPREADING AND PATHOGENETICAL VARIANTS OF ITS COURSE

M.Mamedov, A.Dadasheva, Sh.Aliyeva

The authors compared HBsAg and anti-HCV detection frequencies among free of charge blood donors and pregnant women living in Baku and demonstrated that figures at these two groups of healthy persons were practically the same.

In the same time comparison frequencies registration of different pathogenetical variants of both infections among these groups demonstrated that inapparant variant of these infections course were registered more frequently at blood donors than at pregnant women.

XÜLASƏ

KÖNÜLLÜ QAN DONORLARINDA VƏ HAMILƏ QADINLARDA B VƏ C HEPATIT VIRUSLARININ TÖRƏTDIYI INFEKSIYALAR: YAYILMA DƏRƏCƏSI VƏ GEDIŞATININ PATOGENETIK VARIANTLARI

M.Q.Məmmədov, A.E.Dadaşova, Ş.N.Əliyeva

Müəllif Bakı şəhərində könüllü qan donorlarında və hamilə qadınlarda HBsAg və anti-HCV- in aşkar olunma tezliyini müqayisə etmiş və göstərmişdir ki, hər iki qrupdan olan xəstələrdə bu göstəricilər praktik olaraq eyni olmuşdur. Eyni zamanda hər iki infeksiyanın müxtəlif patogenetik variantlarının qeyd olunma tezliyinin müqayisəsindən məlum olmuşdur ki, hər iki infeksiyanın inapparant variantı hamilə qadınlara nisbətən donorlarda daha çox qeyd olunmuşdur.

Daxil olub:28.03.2011

РЕДКИЕ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ МИКРООРГАНИЗМАМИ РОДА YESINIA

Р.А. Ахмедов, Н.Г. Гусейнова, А.А, Фараджев, Р.М. Абдуллаев, А.Н. Талыбзаде, М.А Раджабов

Республиканская Противочумная Станция; Азербайджанский Медицинский Университет; Центр Клинической Медицины, г.Баку

Клинические проявления иерсиниозов отличаются большим разнообразием, последовательным или одновременным поражением различных органов и систем, что создает определенные трудности. Иерсиниоз может протекать как острая кишечная инфекция, либо как генерализованная инфекция. Клиническая форма, тяжесть течения в определенной степени зависят от возраста, пола и состояния иммунной системы [4,5,7,8].

Имеется информация о необычных проявлениях иерсиниоза, к которым отнесли пневмонию (1,9,10). На фоне диарейного синдрома описан гнойный плеврит, вызванный Y.enterocolitica. Из гноя полученного при пункции дважды выделяли Y.enterocolitica. Лечение антибиотиками привело к полному выздоровлению (сульфометоксазол-триметоприм, гентамицин).

Другие наблюдения касались острых респираторных заболеваний, гриппа, ангины, миокардита, гломерулонефрита, гранулемы печени, серозного менингита и диагноз был основан на результатах серологического обследования. В остром периоде у 5-15% больных выявляют менингиальный синдром. Менингит развивается редко. О регистрации 0,75% случаев серозного менингита на 2000 больных псевдотуберкулезом сообщают Сомов О.Г. с соавторами. Течение иерсиниозного менингита обычно протекает доброкачественно [3,4], при этом выявляются, обычно (но не всегда), общие для всех форм иерсиниозов симптомы: экзантема, полиаденопатия, артралгии, увеличение печени, иногда боли в животе и жидкий стул [10].

При иерсиниозе кожные проявления в виде узловатой эритемы регистрируются в 10-30% случаев. Частота их зависит от пола, возраста, а также места жительства больных. От 10 до 20% случаев они этиологически связаны с Y.enterocolitica. В некоторых случаях кожные проявления, в основе которых лежит некротический васкулит, обусловлены непосредственно Y.enterocolitica. В этих случаях возбудитель обнаруживали в элементах высыпаний [8,17].

Ряд авторов (7,19) придерживаются мнения о частом поражении кожи при этом заболевании, однако они являются вторичными и сочетаются с другими признаками иерсиниоза. В описыва-емом случае заболевание возникло от контакта с инфицированным мясом (Y.enterocolitica выделена из туш вынужденно забитых свиней). Внедрению инфекции способствовало наличие у больных нарушения целостности кожных покровов (царапины, порезы). В месте внедрения развились гиперемия, отек, сопровождающийся зудом и жжением. Развилась лихорадка и региональный лимфаденит. Из органов и фекалий забитых свиней изолировали Y.enterocolitica и выявляли специфические антитела в титрах 1/1600-1/3200.

Описан случай абсцесса на лице у больного 61 года, сопровождавшегося шейным аденитом и из гноя которого была выделена Y.enterocolitica сероварианта «О»18 [18].

У больного сахарным диабетом 38 лет была обнаружена припухлость в области шеи справа размером 10×15 см, имелись жалобы на затрудненность дыхания, озноб, потливость по ночам, прогрессирующую охриплость голоса. При поступлении в стационар установили смещение

трахеи влево в результате глоточного абсцесса. При посеве содержимого абсцесса, после хирургического вскрытия, выделили культуру Y.enterocolitica серовара «0»8. В момент госпитализации и через месяц после выписки были обнаружены антитела в титрах 1:2048 и 1:256 соответственно [12].

У больного с множественными метастазами рака в печень при пункции очага получен материал контаминированный иерсиниями. До заболевания больной длительно применял препараты железа по поводу основного заболевания. После соответствующей терапии больной выздоровел. Рассмотрены вопросы о частой локализации иерсиний в печени, как органе богатом железом, и возможности развития иерсиниоза. Прогноз при поздней постановке диагноза, как правило, неблагоприятный [16].

У девочки 8 лет с талассемией «В» наблюдали остеомиелит [14]. У больной отмечали гастроэнтерит, и боли в малоберцовой кости, по поводу чего она была госпитализирована. Из гноя и испражнений была выделена Y.enterocolitica серовара «0»3, биотип 4, фаготип VIII. Титр антител достигал 1:320 и 1:640.

Впервые описан случай гематогенного остеита [15] у больного 52 лет, обусловленный Y.enterocolitica (в анамнезе заболевание и лечение от туберкулеза в возрасте 22 лет и тиреоидектомия по поводу опухоли). Больного госпитализировали в состоянии лихорадки с жалобами на боли в одной ноге. Радиографические исследования позволили обнаружить массивный остеолиз большеберцовой кости. Гемокультуры отрицательны, в посевах биопунктата из участка пораженной области обнаружен рост иерсиний (биотип 4, серовар «0»3). Через 3 месяца после лечения цефаперазоном и амикацином в сочетании с хирургической чисткой, произошло полное заживление костной ткани.

Данные о нарушении функции сердечно-сосудистой системы (ССС) при иерсиниозе крайне противоречивы [6]. Ряд авторов считают изменения со стороны ССС надо считать не осложнениями, а одним из проявлений общих неспецифических реакций организма на интоксикацию при иерсиниозе

Изучая функциональное состояние сердца при иерсиниозе, пришли к выводу: нарушение функции автоматизма сердца у больных иерсиниозом наиболее часты и постоянны. Возникновение изменений связывают с расстройством сердечного метаболизма под влиянием инфекционно-токсического воздействия [3].

Другие авторы [11] напротив, считают, что эндокардит при иерсиниозной септицемии представляет большую редкость.

Острый эндокардит, вызванный Y.enterocolitica наблюдали у больной 74 лет [6]. При осмотре температура 38 С°, выявлен систолический шум по левому краю грудины и на верхушке. Был поставлен диагноз острый инфекционный эндокардит. На фоне антибиотикотерапии у больной состояние улучшилось - исчез озноб, начала снижаться температура и к 10 дню она нормализовалась. Кровь через 2 дня от начала антибиотикотерапии оказалась стерильной.

Диагностика такого эндокардита представляет большую трудность. Наиболее эффективный антибиотик при лечении инфекционного эндокардита вызванного Y.enterocolitica – цефокситин и гентамицин.

На большом клиническом материале доказано поражение поджелудочной железы у большинства больных иерсиниозами [5,10]. Известно, что поражение поджелудочной железы нередко протекает с маловыраженными клиническими проявлениями, а ее функциональные исследования весьма затруднены в связи с глубоким расположением органа. Кроме того, при иерсиниозах сложность клинической диагностики заключается в общности симптоматики поражения поджелудочной железы, печени, тонкого кишечника.

Роль Yesinia при почечной патологии изучали многие ученые. Известно, что гломерулонефрит, обусловленный Y.enterocolitica, отличает частый переход этой патологии в хроническую форму. Для подтверждения этих данных исследовали больных в возрасте от 12 до 55 лет с явными нефротическими симптомами (оедома, гипоальбуминемия, протеинурия) выявлены в серологическом тесте агглютинации антител против иерсиний сероваринтов «0»3, «0»9 и «0»8 в диагностических титрах от 1/200 до 1/320. При дальнейшем наблюдении этих у 87% больных при биопсии обнаружены те или иные хронические изменения почечных тканей. У 43,5% больных в анамнезе имели явную иерсиниозную инфекцию, и их заболевание можно

рассматривать как осложнение иерсиниоза. Отмечают отсутствие у больных, живущих в тропиках, основных иерсиниозных симптомов: температуры, диареи и абдоминальных болей. Не отмечены также илеиты, артриты и эритема нодозум. Клинические данные скудные [23].

Таким образом, у некоторых больных при иерсиниозе могут быть поражения почек, переходящее в хронический нефрит. Обсуждают связь осложнений со стороны мочевыводящих органов с Y.enterocolitica «0»3 серовара. Сделано предположение о ведущей роли иммунных комплексов в патогенезе гломерулонефрита [21,22,23].

О возможности участия нескольких возбудителей в патогенезе заболеваний щитовидной железы сообщалось в работах, выполненных в скандинавских странах, где в частности описано наличие в сыворотках этих больных агглютининов к Y.enterocolitica серовара «0»3. Подобные исследования провели в США [24]. Наблюдения показали, что несмотря на нечастое, по сравнению со Скандинавскими странами, распространение инфекции, вызванное Y.enterocolitica в США, у больных с заболеваниями щитовидной железы антитела к этому возбудителю встречаются чаще, чем у здоровых лиц.

Противоположные результаты были получены при изучении титров антител к Y.enterocolitica сероваров «0»3; «0»5; «0»5,27; «0»9 в сыворотках больных, госпитализированных по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Выраженной связи между поражением щитовидной железы и наличием антител в сыворотке крови больных не обнаружено [20].

Изучая роль иерсиниозной инфекции в патогенезе диффузного токсического зоба было сделано предположение о возможном существовании определенной связи между иерсиниозной инфекцией и появлением клинических признаков диффузного токсического зоба [26]. Об этом свидетельствует высокая частота обнаружения антител к Y.enterocolitica (32%), которая значительно превышает частоту обнаружения антител у здоровых людей (4,8%). Существует несколько теоретических объяснений этой взаимосвязи:

1. Больные с различными заболеваниями щитовидной железы более склонны к заболеванию иерсиниозом, что подтверждается более частым появлением у них антител к иерсиниозу;
2. Иерсиниозная инфекция, клинически выраженная или латентная, приводит к вторичному поражению щитовидной железы путем образования аутоантител;
3. Возбудитель иерсиниоза не вызывает первичного или вторичного поражения щитовидной железы, а описанные изменения обусловлены наличием перекрестной реакции между антииерсиниозными антителами и тканевыми компонентами щитовидной железы с одной стороны и антителами к ткани щитовидной железы и иерсиниями с другой.

Нами были бактериологически исследованы 1584 порции feces у больных детей с диареей: лишь у 25 была выделена Y.enterocolitica. Учитывая основной алиментарный путь заражения, можно предположить, что большинство детей инфицировалось, находясь на искуственном и смешанном вскармливании.

Проведенные в детской инфекционной больнице, наблюдения позволяют нам предположить, что у детей до 1 года чаще регистрируется пневмония, чем у детей других возрастов и у взрослых. Так, большинство грудных детей поступали в тяжелом состоянии с ярко выраженной интоксикацией, с диагнозом ОРВИ, пневмония. Преобладала гипертемия (6 чел.), у 3-х — субфебрильная температура и лишь у одного недоношенного ребенка она была в пределах нормы. Нередко в патологический процесс вовлекалась ретикуло-эндотелиальная система, что проявлялось гиперплазией лимфатических узлов (4 чел.), увеличением печени и селезенки. Поражение респираторного тракта — гиперемия зева, поражение верхних дыхательных путей — отмечалось у всех больных, у некоторых была установлена пневмония (цианоз, одышка, игра крыльев носа и изменения в легких). Из-за раннего возраста больных наличие болей в животе было трудно установить, но у всех детей отмечалась дисфункция желудочно-кишечного тракта, преобладали явления энтерита, у части больных — энтероколита (частота стула не превышала 10 раз в сутки) и еще реже — гастроэнтероколита. Нередко имелась тахикардия, небольшие изменения со стороны сердца в виде инфекционного миокардита.

Полиморфная сыпь на общем гиперемированном фоне наблюдалась у одного больного, у другого — мелкоточечная розеолезная сыпь, у двух детей — гепатит с желтушной окраской кожных покровов и слизистых оболочек, с ахоличным калом.

Изменения со стороны периферической крови в основном однотипны, а именно: у всех детей отмечалась анемия, нерезко выраженный лейкоцитоз (лишь у одного больного — лейкопения), ускоренная РОЭ (до 15 мм /ч). Установить диагноз кишечного иерсиниоза нелегко, особенно учитывая, что диарея в наших наблюдениях была обусловлена различными микробными ассоциациями, т. е. у больных имелась смешанная инфекция: иерсиния энтероколитика и салмонеллы, протей и золотистый стафилококк. Лишь у трех детей не были обнаружены другие возбудители кишечной инфекции. По данным ряда исследователей Бутянова Н.Т., Дроздова В.Н. (1982) это довольно частое сочетание является причиной тяжелого течения заболевания [25].

В клинике им. Эфендиева на кафедре «детские болезни» мы наблюдали 6 соматических больных с диагнозом: холецистит, гепатохолецистит. Дети - 3 мальчика и 3 девочки были в возрасте от 3,5 до 12 лет. Клиника была характерной для холецистита, с болями при пальпации в эпигастрии и в правом подреберье. У детей отмечалась лихорадка, диспепсические явления. Печень была незначительно увеличена и болезненна. Имелась незначительная желтушность кожных покровов и склер. На основании данных полученных диагностических титров в РНГА с кишечноиерсиниозным эритрроцитарным диагностикумом от 1/320 до 1/ 5120 всем детям был поставлен диагноз иерсиниоз.

Некоторые истории болезни, представляющие интерес мы приводим ниже:

Двое детей из одной семьи Ф.-15 лет и Э.-11 лет, из района Азербайджана, поступили в хирургическое отделение больницы №2 им. Эфендиева с острыми болями вокруг пупка и в области аппендикса. Через 2 дня, исключив хирургическое заболевание, дети были переведены в детское соматическое отделение, где у девочки, наряду с болями в животе, появились боли и небольшая припухлость в коленных суставах, а у мальчика, наряду с артралгией, развилась отчетливая картина бронхопневмонии. При лабораторном исследовании была у обоих выделена культура Yesinia enterocolitica, а в крови в РНГА выявлены антитела в диагностическом титре 1/400 и 1/800. Получив патогенетическую терапию, с выздоровлением были выписаны домой. В дальнейшем, в течение 2 лет были под наблюдением. Дети были здоровы, рецидива заболевания не было.

Мальчик 7 лет, из Сумгаита поступил с болями в животе и общим недомоганием. Со слов родителей - перенес ангину. Через несколько дней у него появились боли симметрично в коленных и голеностопных суставах, сопровожденные небольшой гиперемией и припухлостью. Больной был всесторонне обследован, в том числе и на ревматизм. Бактериологическое исследование показало наличие Y.enterocolitica. а в крови в РНГА выявлены антитела в диагностическом титре 1/200. Получив патогенетическую терапию был выписан с выздоровлением. При дальнейшем наблюдении в течение года был здоров, рецидива заболевания не было.

Мальчик 7 лет поступил с болями в животе и неустойчивым стулом. В анамнезе ангина, боли в крупных суставах, общее недомогание, субфебрильная температура, глухость тонов сердца, ЭКГ показало – миокардит. При бактериологическом исследовании изолирована культура Y.enterocolitica. а в крови в РНГА выявлены антитела в диагностическом титре 1/400 . Получив патогенетическую терапию, выписан домой с выздоровлением. Был здоров весь период наблюдения в течение года, рецидива заболевания не было.

ВЫВОДЫ: 1.Описаны случаи иерсиниоза, клинически проявляющегося в виде правостороннего шейного лимфаденита, глоточного абсцесса, остеомиелита, гематогенного остеита без предшествующей диареи и каких-либо патологических изменений со стороны кишечника и вызываемых Y.enterocolitica сероварианта «О»18 наряду с «О»3, «О»9 и «О»5. 2.Кроме общеизвестных и часто встречаемых форм иерсиниоза, возможны случаи, при которых основным клиническим проявлением бывает менингит. У больных с серозным иерсиниозным менингитом выявляются, обычно (но не всегда), общие для всех форм иерсини-озов симптомы: экзантема, полиаденопатия, артралгии, увеличение печени, иногда боли в животе и жидкий стул. 3.Сообщается о частом вторичным поражении кожи при этом заболевании, которое сочетается с другими признаками Иерсиниоза: 4.Y.enterocolitica способна вызывать

эндокардит при явно нормальных аортальном и митральном клапанах у пожилых людей с отсутствием иммунодефицитного состояния. 5.У некоторых больных при иерсиниозе могут быть поражения почек, переходящее в хронический нефрит. Обсуждается связь осложнений со стороны органов мочевыделения с Y.enterocolitica «0»3 серовара. Сделано предположение о ведущей роли иммунных комплексов в патогенезе гломерулонефрита. 6.География редких форм иерсиниозов в Азербайджане чрезвычайно широка. Иерсиниозы встречаются как в городах, так и в сельской местности. Регистрируемые клинические формы иерсиниозов самые разнообразные.

ЛИТЕРАТУРА

1.Злушко Е.И., Ценева Г.Я. Клинико-эпидемиологическая характеристика группового заболевания псевдотуберкулезном // Военно-медиц. журнал, 1984, №1, с.67.

2.Борисова М.А. Функциональное состояние сердца у больных псевдотуберкулезном // Клин. медицина, 1972, №7, с.122;

3.Байштрук М.Н., Сомов О.Г. Поражение нервной системы при эпидемии псевдотубер-кулеза / Сборника: ДСЛ, 1974

4. Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е., Ющук Н.Д. и др. Редкие формы иерсиниозов у взрослых // Клин. медицина,1985, №2, с.110-113;

5.Иванис В.А. Значение эластазной активной крови в диагностике нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы у больных иерсиниозом / Тез. Всесоюз. Н-П. конф. Иерсиниозы-микробиология, эпидемиология, клиника, патогенез, иммунология. М., 1986, с.173

6.Орлов О.В. Состояние сердечно-сосудистой системы при ДСЛ // Воен. мед жур.1969, с.65.

7.Дмитровский А.М., Довгаль Г.Д. Три случая кожной формы иерсиниоза//Клин. мед.,1983,№4,с.77-78

8.Малый В.Г. Узловатая эритема при псевдотуберкулезной инфекции // Врач. дело, 1981, №7, с.106

9.Anxolabehtre F.Faucqueur B, Proust Y. «Гнойный плеврит, вызванный Y.enterocolitica» Med. Et Malad infect. 1983, v.13, p.90-93

10.Frotter I., Dournon E., Verliac F. Необычные проявления иерсиниоза // Med.Mal.Inf.,1983, v.13, p.13-17

11.Quinsat D., Harle J.R., Fosse T. et al Эндокардит, вызванный Y.enterocolitica серовара 08. Первый случай в Европе // Presse med, 1986, v.15, c 487

12.Blinkhorn R.J., Marino J.A. Латеральный глоточный абсцесс, обусловленный Y.enterocolitica //Amer.J.Med., 1988, v.85, p.851-852

13.Watanakunakorm Ch. Острый инфекционный эндокардит, вызванный Y.enterocolitica //Amer.J.Med.,1989, v 86, p.723-725

14.Kurou A., Kansouzidou-Kanakoudi, Damelides R. et al Остеомиелит, вызванный Y.enterocolitica у ребенка с талассемией В // Acta Microb. Hellenica, 1986, v.31, p.116-12

15.Fich A., Praruck Th., Haroche G. et al Гематогенный остеит, обусловленный Y.enterocolitica // Inf. Dis..,1989, v.160, p.554

16.Leighton P.M., Macsween H.M. Иерсиниозные почечные абсцессы, связанные с длительной терапией препаратами железа // J. Amer.med.Ass., 1987, v.257, p.964

17.Ory J.P., Pevier J., Boiron I. et al Системный иерсиниоз, начавшийся с кожной формы // Press.med., 1989, v.17, p.1156-1157

18.LewisI.F., Alexander I. Абсцесс лица, вызванный Y.enterocolitica // Amer.J.clin.path. 1976, v.66, c.1016-1018

19.Beurey Y., Weber M., Thanry P., Eich D., Barhelme D. Кожные проявления при иерсиниозе // Med et Malad infect. 1983, v.13, p. 5-9

20.Shenkman L., Botton E.I Антитела к Y.enterocolitica при заболеваниях щитовидной железы // Ann.inten.Med., 1976, v.85, p.735-739

21.Forsstrom I., Viander M., Lehtonen A., Ekfors T. Инфекция, вызванная Y.enterocolitica, осложненная гломерулонефритом // Scand. I.Dis., 1977, v.33, p.253-256

22. Korpela M., Mustonen J., Pasternack A., Leinikki P. Изменения в почках и мочевыводящих путях при острой иерсиниозной инфекции //Acta.med.Scand., 1986, v.220, p. 471-476

23.Awunor-Renner C., Lawande R.V. Роль иерсиний при хронической почечной патологии в саваннах Нигерии // Brit.med. J., 1982, v.285, p. 1464

24.Thomas I.L., Mollaret H.H., Hartmann P. et al Антитела к Y.enterocolitica и заболевания щитовидной железы // Med.et malad. Infect., 1983, v.13, p. 10-11

25.Бутянов Н.Г., Дроздов В.Н. Клинико-иммунологическая характеристика иерсиниозов у детей раннего возраста // Тез Всесоюз. Н-П конф. "Иерсиниозы - микробиология, эпидемиология, клиника, патогенез, лаб.диагностика". Кемерово, 1989, с.9

26.Попова Т.Н., Погорелова Н.П., Рашевская Е.В. Изучение роли иерсиниозной инфекции в патогенезе диффузного токсического зоба» Каф. терапии №1 Астраханского мед. института и Астраханского Филиала ЦНИИ эпидемиологии Минздрава СССР.

SUMMARY

RARE FORMS OF DISEASES CAUSED BY MICROORGANISMS KIND YESINIA

R.A.Ahmedov, H.G.Huseynova, A.A.Farajev, P.M.Abdullayev, A.N.Talibzade, M.A.Rajabov

1.Cases yersinioses, clinically shown as right-hand cervical limfaadenit, a pharyngeal abscess, an osteomyelitis, hematohen osteit without previous diarrhea and any pathological changes are described on the part of intestines.

2.Y.enterocolitica it is capable to cause endocarditic at obviously normal aortale and mitrale valves in older persons with absence immunological scarce conditions.

3.Except for well-known and frequently met forms yersinioses, cases at which by the basic clinical display happens meningitis are possible. At patients with serous yersinioses a meningitis come to light, is usual (but not always), the general for all forms yersinioses symptoms: Exanthema, poliadenopatholoji, artralgic, increase in a liver, sometimes pains in a stomach and a liquid chair.

4. There is an opinion about often secondary defeat of leather {skin} at this disease which is combined with other attributes yersinioses.

5. Some patients at yersinioses can have defeats of the kidneys, passing in a chronic greenstone. Communication of complications is discussed on the part of bodies of urination with Y.enterocolitica "03 serological thipe. The assumption of the leading part of immune complexes in pathogenesis glomerulonefrit is made.

6. The geography of rare forms Yersinioses in Azerbaijan is extremely wide. Yersinioses meet both in cities and in countryside. Registered kliniks forms yersinioses the diversified.

XÜLASƏ

YESINIACINSINDƏN OLAN MIKROORQANIZLƏRIN TÖRƏTDIYI XƏSTƏLIKLƏRIN NADIR FORMALARI

R.A.Əhmədov, N.Q.Hüseynova, A.A.Fərəcov, R.M.Abdullayev, A.N.Talıbzadə, M.A.Rəcəbov

1.Yersiniozun limfadenit, udlaq absesi, osteomielit, hematoqen osteyit, öncə diareya və ya bağırsag tərəfindən hər hansı diqər patoloji dəyişikliklər olmayan şəkildə kliniki təzahürü haqqında məlumatlar dərc olunmuşdur.

2.Yaşlı adamlarda immun çatmamazlığı vəziyyətində normal aortal və mitral klapanlarin olmasına baxmayaraq Y.enterocolitica endokardıt xəstəliyinə qətirib çıxara bilir

3.Hamıya məlum olan və tez-tez rast qələn yersinioz formalarından başqa, əsas kliniki göstərici meninqit olan hallara da rast gəlmək olur. Serozlu yersinioz meninqiti olan xəstələrdə adətən (həmişə yox) yersiniozun bütün formaları üçün ümumi olan simptomlar aşkara çıxır: ekzantema, poliadenopatiya, artralgiya, qaraciyərin böyüməsi, arabir qarın ağrıları və duru ifrazat.

4.Dərinin bu xəstəlik zamanı tez-tez ikincili zədələnməsi bağırsaq yersiniozunun digər əlamətləri ilə uyğunlaşır.

5.Yesinia xəstəliyi zamanı bəzi xəstələrdə böyrəklərin zədələnməsi baş verir və bu xroniki nefritə çevrilə bilir. Sidik yollarinda kəskinləşmələrin Y.enterocolitica 03 serovarı ilə əlaqəli olması haqqında mülahizələr söylənilir. Qlomerulonefritin patogenezində immun komplekslərinin öncül rolu barədə fərziyyələr mövcuddur.

6.Yersiniozların nadir formaları coğrafi cəhətcə Azərbaycanda geniş yayılmışdır. Onlar həm şəhərlərdə, həm də kənd yerlərində təsadüf edirlər. Yersiniozların qeyd olunan kliniki formaları çox muxtəlifdir.

Daxil olub:25.03.2011

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (ПО МАТЕРИАЛАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН)

О.Р. Курбанов, З.О. Курбанов, М.М. Алиханов, А.Ч. Пашаев, Д.И. Исмайлов

Дагестанская Государственная Медицинская Академия; Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Увеличение средней продолжительности жизни населения и числа лиц пожилого и старческого возраста в нашей стране, естественно, привело к изменению структуры обращаемости за медицинской помощью. Так, в частности, выросло число больных пожилой и старческой возрастных групп, требующих полноценного медицинского обслуживания.

Изучение литературы показало, что эпидемиологические стоматологические исследования среди лиц пожилого и старческого возраста малочисленны и весьма разноречиво отражено неблагополучное состояние органов полости рта.

Исследования [2] свидетельствуют, что в возрасте 60 - 69 лет только 5,5% обследованных не имели стоматологических заболеваний, а в возрасте 70 - 79 лет всего 1,2%.

Утрата зубов является не только следствием старения, но и результатом заболеваний органов полости рта, главным образом кариеса и болезней пародонта. Ряд авторов [1] считает, что высокая нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи во многом обусловлена низким качеством зубных протезов и нерациональным выбором конструкции.

Заслуживает внимания мнение [1] о том, что уровень нуждаемости в ортопедической помощи определяется социально-экономическими условиями, а главное – организацией профилактических мероприятий. По данным авторов, в среднем у каждого жителя Чеченской Республики в возрасте до 74 лет удалено 10,42±0,32 зуба, до 89 лет - 12,92±0,45, а старше 90 лет - 14,79±0,32.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилось определение распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста г. Махачкалы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Стоматологическое обследование населения в возрасте 60 – 69, 70 – 79, 80 лет и старше проведено в г.Махачкале по методу, разработанному и рекомендованному Комитетом экспертов ВОЗ. Всего обследовано 390 человек.

Обследование осуществлялось в клинических условиях в стоматологическом кресле при искусственном освещении с помощью зубоврачебного зеркала и зонда. Данные регистрировались в карте осмотра полости рта ВОЗ. Интенсивность кариеса зубов оценивали по величине индекса КПУ, а распространенность выражали в процентах. Состояние пародонта оценивали по индексу CPITN (ВОЗ. Серия техн. докл. № 671. - М., 1980), который позволяет выявить следующие клинические признаки: кровоточивость десен, наличие над- и поддесневого зубного камня, пародонтальные карманы глубиной 4– 6 мм. В дальнейшем по этим данным рассчитали показатели распространенности и интенсивности заболеваний пародонта.

В специальном (дополненном нами) разделе карты регистрировали показатели нуждаемости в ортопедическом лечении. Во-вторых, определяли наличие либо отсутствие зубных протезов. При наличии зубных протезов определяли их вид, пригодность для пользования.

Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В таблице 1 представлена численность и возрастная структура лиц пожилого и преклонного возрастов. Как было установлено в ходе исследования, в составе обследованных наибольший удельный вес составили лица в возрасте 80 лет и старше (42,3%), что позволило предложить считать указанную группу своеобразным маркером для населения пожилого и старческого возраста.

Таблица 1

Численность и возрастная структура лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей Республики Дагестан

№	Возраст пациента	Число опрошенных	
		абс.число	%
1	60 – 69 лет	85	21,8
2	70 – 79 лет	140	35,9
3	80 и старше	165	42,3
4	Всего	390	100,0

Анализ результатов клинического обследования органов полости рта населения пожилого (60 – 69 лет), старческого (70 - 79 лет) возраста и долгожителей (80 лет и старше) свидетельствует о высокой распространенности кариеса зубов среди данного контингента, которая составляет 100% (Таблица 2).

редняя интенсивность поражения составила 25,62±0,41% в расчете на 1 обследованного. Она неуклонно нарастает с возрастом с 22,35±0,94 в 60–69 лет до 29,1±0,51 в возрастной группе 80 лет и старше. Это свидетельствует о чрезвычайно высоком уровне пораженности кариесом зубов у лиц пожилого и старческого возраста.

Таблица 2

Показатели пораженности кариесом зубов среди лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей различных климатогеографических районов Республики Дагестан

Возраст пациента	Распространенность кариеса зубов, (в %)	Интенсивность кариеса (в среднем на 1 обследованного)
60 – 69 лет	100	22,35±0,94
70 – 79 лет	100	25,34±0,72
80 и старше	100	29,1±0,51
Всего	100	25,62±0,41

Стоматологическую заболеваемость больше всего характеризуют показатель интенсивности кариеса (КПУ), отражающий число кариозных зубов, подлежащих лечению (К), число пломбированных (П) и удаленных зубов (У), приходящихся на одного обследованного. Результаты нашего исследования показали, что индекс КПУ у старческого и пожилого населения г.Махачкалы достигает 26,58±0,58 зуба (Таблица 3).

Таблица 3

Структура индекса КПУ зубов среди лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей различных климатогеографических районов Республики Дагестан

	Структура КПУ				
Возраст пациента	Кариес и его осложнения	Зубы и корни, подлежащие удалению	Пломбиро-ванные зубы	Удаленные зубы	Итого
60 – 69 лет	3,01±0,07	5,41±0,16	6,84±0,15	9,43±0,24	24,69±0,68
70 – 79 лет	3,49±0,07	6,66±0,19	4,0±0,21	11,89±0,37	26,04±0,31
80 и старше	4,15±0,05	9,1±0,22	1,15±0,08	14,02±0,90	28,42±0,62
Всего	3,01±0,07	5,41±0,16	6,84±0,15	9,43±0,24	24,69±0,68

Наивысшее значение - 28,42±0,69 зуба зарегистрировано в группе 80 лет и старше, несколько ниже - 26,04±0,31 зуба в возрастной группе 70 - 79 лет и наименьшее значение - 24,69±0,68 зуба наблюдается в возрастной группе 60 - 69 лет. При сравнительном анализе значений индекса КПУ зубов среди трех возрастных групп отмечается статистически достоверное различие (t>2) между каждой из них. В структуре индекса КПУ существенное место занимают удаленные зубы, которые составляют 14,02±0,90%. Причем с возрастом их удаленный вес постоянно нарастает. Анализ других элементов показателей КПУ указывает на их невысокий удельный вес. Так, удельный вес запломбированных зубов незначителен и составляет всего 13,35±0,21%. Прослеживается четкая тенденция снижения данного показателя от 6,34±0,15 зуба у пожилых и 1,12±0,7 зуба в возрастной группе 80 лет и старше. Наши показатели ниже аналогичных, полученных другими авторами (Гадаев М.С., 2003), что объясняется военными действиями в регионе, несмотря на одинаковые климатогеографические условия.

Особую тревогу при оценке стоматологического статуса пожилых людей представляют собой разрушенные зубы и корни, подлежащие удалению, которые в структуре индекса КПУ достигают 27,95±0,31%. При сравнительном анализе значений элементов КПУ зубов среди трех возрастных групп отмечается статистически достоверное различие (t>2) между каждыми из них. Серьезного внимания заслуживают данные о числе лиц с частичной или полной адентией. В среднем у каждого человека пенсионного возраста зарегистрировано по 11,58±0,31 удаленного зуба. Протяженность дефектов зубных рядов, обусловленная утратой 1 - 3 зубов, выражена у 12,0±0,11%. Отсутствие 4–5 зубов зафиксировано у 6,03±1,02% данного контингента. Потеря 7-9 зубов зарегистрирована у 14,2±1,46% обследованных и полное отсутствие зубов - у 24,1 ±1,48% обследованных. В зависимости от возрастной группы полная утрата зубов в 40,0% случаев зарегистрирована в возрастных группах 80 лет и старше, затем у

населения возрастной группы 70 - 79 (22,1% случаев) и самый низкий показатель -12,5% выявлен в возрастной группе 60-69 лет. Как видно из представленных данных, с возрастом у населения увеличивается нарастание полной потери зубов.

При изучении пародонтального статуса распространенность воспалительных заболеваний составила 100%. Пародонт диагностируется у 57,6% населения пожилого и старческого возраста. Причем с возрастом уменьшается степень тяжести заболевания, что связано с удалением зубов, на это указывает индекс CPITN, значение которого превышало 3 во всех секстантах. Существенный интерес для характеристики качества оказанной ортопедической стоматологической помощи представляют данные о наличии и сроках пользования представителями взрослого и старческого возраста зубными протезами различных конструкций. В возрастной группе 60 - 69 лет потребность в ортопедическом лечении составила 93,1%, причем негодные протезы имеют 94,3% обследованных данного возраста и не имеют протезов 7,8%. В возрастной группе 70 - 79 лет потребность в ортопедическом лечении составила 96,5%, причем негодные протезы имеют 96,8% обследованных, не имеют протезов 9,8%. В возрасте 80 лет и старше потребность в ортопедическом лечении составила 97,1%, негодные протезы имеют 95,1%, не имеют протезов 10,1%. В ходе исследования установлено, что у населения пожилого и старческого возраста практически отсутствовали шинирующие протезы; бюгельные протезы выявлены у 42 обследованных. Анализ результатов исследования показал высокий уровень потребности в стоматологической помощи у лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей Республики Дагестан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гадаев М.С. Определение потребности населения пожилого возраста Чеченской Республики в ортопедической стоматологической помощи: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. М., 2003. 24 с.
2. Курбанов О.Р. Функционирование и механизм развития регионального рынка стоматологических услуг (на примере Республики Дагестан): Автореф. дисс. … докт. мед. наук. М., 2009. 54 с.
3. Луцкая И.К. Потребность в стоматологической помощи лиц старших возрастных групп // Стоматология, 1995. № 4. с.62-64

XÜLASƏ

YAŞLI VƏ QOJA NƏSLİN STOMATOLOJİ YARDIMA MÜRACİƏTİ (DAĞISTAN RESPUBLİKASINDAKI MÜAYİNƏ MATERİALLARI)

O.R.Qurbanov, Z.O.Qurbanov, M.M.Əlixanov, A.Ç.Paşayev, D.İ.İsmayılov

Məqalədə Dağıstan Respublikasının yaşlı, qoca və uzunömürlülərində stomatoloji yardıma yüksək səviyyədə tələbatın müşahidə olunması açıqlanmışdır.

SUMMARY

REQUIREMENT OF DENTAL HELP AMONG PEOPLE OF ELDERLY AND SENILE AGE (ON DENTAL EXAMINATION MATERIALS IN DAGESTAN REPUBLIC)

O.R.Kurbanov, Z.O.Kurbanov, M.M.Alikhanov, A.Ch. Pashayev, D.I. Ismailov

A high level of requirement of dental help is revealed among adults and people of senile age, and also long-livers in Dagestan Republic.

Daxil olub:22.06.2011

PERİNATAL ENSEFALOPATİYASI OLAN SÜDƏMƏR YAŞLI UŞAQLARDA QƏBİZLİK SİNDROMU ZAMANI ANTİHOMOTOKSİK TERAPİYANIN SƏMƏRƏLİLİYİ

S.Ş. Həsənov, B.A, Kazımova, A.S. Hacıyeva
K.Fərəcova adına ET. Pediatriya İnstitutu, Bakı

Hazırda südəmər yaşlı uşaqların xəstələnmə strukturunda mədə-bağırsaq traktının (MBT) funksiya pozulmaları yuksək xüsusi çəkiyə malikdir. Müəyyən edilmişdir ki, yenidoğulanlarda, xüsusi ilə vaxtından əvvəl dogulanlarda MBT funksional pozulmalarının rastgəlmə tezliyi kifayət qədər yüksəkdir [1,6].

Məlumdur ki, südəmər yaşlı uşaqlarda, xüsusi ilə, yenidoğulanlarda MBT disfunksiyaları mərkəzi sinir sisteminin (MSS) perinatal hipoksik travmatik zədələnmələri fonunda inkişaf edir; 10% halda bu disfunksiyalar MSS-nin perinatal zədələnmələrinin vegetovissiral nəticəsi kimi təzahür edir [3,7]. Vegeto-vissiral sindrom (VVS) bir şox orqan və sistemlərdə baş verən geniş spektrli morfoloji

və funksional pozulmalar olub somatonevroloji, neyrosomatik və ya neyroendokrin pozulmalar şəklində müşahidə olunur. Bunlar arasında mədə-bağırsaq, damar, tənəffüs və termorequlyasiya pozulmaları xüsusi əhəmiyyət kəsb edir [2,6].

Südəmər yaşlı uşaqlarda MSS-nin hipoksik-işemik zədələnmələri fonunda inkişaf etmiş MBT disfunksiyaları hipermotor növ diskineziya (atonik qəbizlik, bağırsaq parezi, meteorizm), kardial və pilorik sfinktorların diskoordinasiyası (pilorospazm, reflükslər) şəklində baş verir. Bu funksional pozulmalar arasında qəbizlik mühüm yer tutur. Yatrogen qəbizliyin diuretiklər, qıcolmaəleyhi preparatlar (fenobarbital və s.) və antibiotiklərin qəbulu ilə əlaqədar inkişaf edən funksional pozulmalarının rastgəlmə tezliyinin artması diqqəti cəlb edir.

Hazırda "qıcıqlanmış bağırsaq sindromu" adlandırılan funksional disfunksiyalar klinik mənzərənin müxtəlifliyinə baxmayaraq, patogenetik olaraq bağırsağın selikli qişasının reseptor aparatının requlyasiya pozğunluğu kimi qəbul edilir [4].

Bu requlyasiya pozğunluqları orqanizmin çoxsaylı, çoxfaktorlu təsirlərə (ekzo- və endotoksinlərə) qarşı requlyasiya pozğunluğu kimi formalaşır və müxtəlif dərəcəli intoksikasiya (endotoksikoz) ilə müşahidə olunur. Belə requlyasiya pozğunluqları zamanı endotoksikozun ağırlıq dərəcəsinin klinik qiymətləndirilməsi və adekvat mualicənin aparılması praktik cəhətdən əhəmiyyətlidir.

Son illər pediatriya təcrübəsində antihomotoksik preparatlardan istifadə olunması və onların səmərəliliyi haqqında məlumatlar diqqəti cəlb edir [5,6]. Antihomotoksik (AHT) preparatların südəmərlik dövründə istifadə olunması xüsusilə əhəmiyyətlidir, çünki bu qrup preparatlar təbii mənşəli olub orqanizmə toksiki təsir göstərmir və tənzimləyici xüsusiyyətə malikdir[7,8].

İşin MƏQSƏDI südəmər yaşlı uşaqlarda qəbizlik sindromu zamanı AHT terapiyanın səmərəliliyinin qiymətləndirməkdən ibarət olmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Müayinəyə MSS-nin perinatal hipoksik zədələnməsi fonunda qəbizlik sindromu olan 66 südəmər uşaq cəlb edilmişdir. Müalicənin xarakterindən asılı olaraq bu uşaqlar 2 qrupa bölünmüşdür: 1-ci əsas qrupa AHT terapiya (Nux Vomica Homaccord, Grafites Homaccord, Mucoza compozitum) alan 36 uşaq (əsas qrup), 2-ci müqayisə qrupuna standart müalicə (allopatik terapiya) alan 30 uşaq aid edilmişdir. Nəzarət qrupuna ancaq MSS-nin perinatal hipoksik zədələnməsi olan 30 uşaq aid edilmişdir.

Qəbizlik sindromu olan uşaqların seçilməsi zamanı anada hipoqalaktiyanın olması nəticəsində ancaq ana südü ilə qidalandırılanlarda yaranmış "yalançı" qəbizlik halları istisna edilmişdir. Həmçinin uşağın "süst" əmməsi, tez-tez qaytarma və ağız boşluğu qüsurları zamanı kifayət qədər qidalanmamaq nəticəsində yaranmış qəbizlik halları nəzərə alınmışdır. Bununla yanaşı müayinə qruplarına pilerostenoz, Hirşprunq xəstəliyi, dolixosiqma, anusun fistulalı atreziyası və s. qüsurları olan uşaqlar aid edilməmişdir.

Bütün müayinə olunmuş uşaqlarda qanın, sidiyin, nəcisin ümumi analizi aparılmış bağırsaq florasının spektri təyin edilmiş, qarın boşluğu orqanlarının rentgen şəkli (lazım gəldikdə kontrast müayinə) çəkilmişdir. Uşağın vegetativ statusu ürək döyüntülərinin sayı, tənəffüsün sayı, arterial təzyiq və termorequlyasiyaya əsasən qiymətləndirilmişdir. Həmçinin serebral qan cərəyanının vəziyyəti doppleroqrafik qiymətləndirilmişdir.

Südəmər uşaqlarda qəbizlik sindromu zamanı AHT terapiyanın klinik səmərəliliyi kompleks somatik və nevroloji meyarlara əsasən aparılmışdır. Bu məqsədlə intoksikasiyanın ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi üçün Həsənov S.Ş və həmmüəlliflər [9] tərəfindən tərtib olunmuş şkaladan istifadə olunmuşdur.

AHT terapiyanın səmərəliliyinin orta qiyməti (AHTTSOQ) şərti vahidlərin (-1-pisləşmə, 0-dəyişiksiz,+1-yaxşılaşma,+2-kifayəy qədər yaxşılaşma) cəminin xəstəliyin müvafiq nəticələri olan uşaqların cəminə (n1,n2,n3,n4) bölünməsi şəklində aşağıdakı formulla hesablanmışdır:

$$AHTTSOQ = \frac{[(-1)xn1+(0xn2)+(1xn3)+(2xn4)]}{\Sigma n}$$

TƏDQIQATIN NƏTICƏLƏRI. Tədqiqatın başlanğıcında hər bir müayinə olunan uşaqda intoksikasiyanın ağırlıq dərəcəsi qiymətləndirilmiş, alınan nəticələr 1-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, intoksikasiyanın ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirmə şkalası özündə daha informativ klinik əlamətləri (uşağın ümumi vəziyyəti, fizioloji reflekslər, emosional reaksiya, hərəki fəallıq, mikrosirkulyasiya pozğunluğu, meteorizm və s.) əks etdirir. İntoksikasiyanın

inteqral əmsalı 0-3 balla qiymətləndirilən hər bir əlamətə verilən balların cəminin öyrənilən əlamətlərin sayına bölünməsi ilə hesablanmışdır.

Əsas və müqayisə qrupunda mualicədən əvvəl intoksikasiyanın əsas klinik əlamətləri bir-birindən dürüst fərqlənməmişdir (p>0,5).

1-ci və 2-ci qrup uşaqlarda kontrol qrupla müqayisədə hərəki fəallıq, əzələ tonusu, mikrosirkulyasiya pozğunluğu, meteorizm, qusma və qaytarma.

Südəmər uşaqlarda perinatal hipoksik ensefalopatiya fonunda qəbizlik sindromu zamanı intoksikasiyanın ağırlıq dərəcəsi, həmçinin intoksikasiyanın inteqral əmsalı statistik dürüst (p<0,05) fərqlənmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Hər bir müayinə olunan uşaqda intoksikasiyanın ağırlıq dərəcəsi

İntoksikasiyanın əlamətləri	Klinik əlamətlərin tərəddüdləri		
	1-ci qrup (əsas)	2-ci qrup (müqayisə)	Kontrol qrup
Uşağın vəziyyəti	1,24±0,10	1,19±0,09	1,06±0,08
Fizioloji reflekslər	1,32±0,12	1,28±0,10	1,10±0,09
Emosional reaksiya	1,08±0,08	1,04±0,06	0,90±0,06
Hərəkəti fəallıq	1,16±0,10 x	1,09±0,08 x	0,84±0,05
Əzələ tonusu	1,36±0,12 x	1,31±0,11 x	0,92±0,08
Yuxu	1,10±0,09 x	0,98±0,08	0,82±0,05
Mikrosirkulyasiya pozğunluğu	1,38±0,12 x	1,32±0,10 x	0,94±0,08
Iştaha	1,06±0,08	1,02±0,07	0,88±0,07
Əmmənin xarakteri	0,92±0,06	0,90±0,05	0,82±0,05
Meteorizm	0,94±0,06 x	0,96±0,06 x	0,66±0,05
Qusma və qaytarma	0,96±0,06 x	0,92±0,05 x	0,56±0,04
Intoksikasiyanın inteqral əmsalı	1,18±0,05 x (0,88-1,48)	1,22±0,05 x (0,84-1,42)	0,81±0,06 x (0,56-1,10)

Qeyd: Kontrol qrupun göstəricisi ilə müqayisədə statistik fərq, x- p<0,05

Perinatal ensefalopatiya fonunda inkişaf etmiş qəbizlik sindromu zamanı uşağın ümumi vəziyyətində kəskin narahatlıq, qabarıq hiporefleksiya, emosional reaksiyaların ləngiməsi və süstləşmə, hərəki fəallığın hipo- və ya adinamiyası, əzələ tonusunda qabarıq hipotoniya və ya atoniya halları müşahidə edilmişdir. Həmçinin bu uşaqlarda yuxunun pozulması, dəridə mərmərlik və ya "ağ ləkə" simptomu ilə müşahidə olunan mikrosirkulyasiya pozğunluğu, iştahsızlıq, süst əmmə, qabarıq meteorizm müşahidə edilmişdir. Qeyd olunan əlamətlər hər iki qrup (əsas və müqayisə qrupu) uşaqlarda qabarıq müşahidə edilmişdir. Göstərilənlər qəbizlik sindromu zamanı endotoksikozun daha ağır gedişə malik olduğunu və qabarıq klinik əlamətlərlə təzahür etdiyini göstərir. Sonuncu 1-ci və 2-ci qrup uşaqlarda intoksikasiyanın inteqral əmsalının orta qiymətinin kontrol qrup uşaqlardan 1,4-1,5 dəfə çox olması şəklində müşahidə edilmişdir (Cədvəl 1).

Südəmər uşaqlarda perinatal ensefalopatiya fonunda inkişaf etmiş qəbizlik sindromu zamanı ANT terapiyanın səmərəliliyi intoksikasiyanın ağırlığını səciyyələndirən şkalaya əsasən qiymətləndirilmişdir; alınan nəticələr 2-ci cədvəldə verilmişdir.

2-ci qrup göstərici 2-ci cədvəldən göründüyü kimi, müalicədən sonra qəbizlik sindromu olan hər 2 qrup uşaqlarda intokskasiyanın klinik əlamətlərində müsbət dinamika qeyd edilmişdir. AHT terapiya (Nux Vomica Homaccord, Grafites Homaccord, Mucoza compozitum) alan uşaqlarda (1-ci qrup) klinik əlamətlərin normallaşması daha qabarıq baş vermişdir. Belə ki, əsas qrup uşaqlarda ümumi vəziyyət tez yaxşılaşmış, fizioloji reflekslər və emosional reaksiyalar canlanmış, hərəki fəallıq və əzələ tonusu artmış, yuxu ritmi normallaşmış, mikrosirkulyasiya pozğunluqları silinmiş, iştahı yaxşılaşmış, əmmə anı fəallaşmış, meteorizm əlamətləri tez silinmiş, qusma və qaytarma müşahidə edilməmişdir. Bu əlamətlər içərisində 2-ci qrupla müqayisədə fizioloji reflekslər və emosional reaksiya, mikrosirkulyasiya pozğunluğu və iştaha, meteorizm və qusma dürüst fərqlənmişdir (p<0,05). Qeyd olunanlar intoksikasiyanın inteqral əmsalında qabarıq müşahidə edilmişdir, bu göstərici əsas qrup uşaqlarda 0,60±0,03, müqayisə qrupunda 0,81±0,03 olmuş, müvafiq olaraq 0,32-0,78 və 0,62-0,95 hüdudunda tərəddüd etmişdir və bir- birindən dürüst fərqlənmişdir (p<0,05).

Cədvəl 2

Südəmər uşaqlarda qəbizlik sindronu zamanı AHT terapiya fonunda intoksikasiyanın qiymətləndirilməsi

İntoksikasiyanın əlamətləri	Klinik əlamətlərin tərəddüdləri, bal		
	1-ci qrup (əsas)	2-ci qrup (müqayisə)	Kontrol qrup
Uşağın vəziyyəti	0,62±0,04	0,74±0,05	0,64±0,03
Fizioloji reflekslər	0,64±0,05 xx	0,89±0,06	0,71±0,04
Emosional reaksiya	0,54±0,04 xx	0,82±0,05 x	0,56±0,03
Hərəkəti fəallıq	0,64±0,05	0,78±0,06	0,65±0,04
Əzələ tonusu	0,70±0,05	0,96±0,08 x	0,72±0,04
Yuxu	0,55±0,04	0,62±0,05	0,58±0,04
Mikrosirkulyasiya pozğunluğu	0,62±0,05 xx	0,94±0,07	0,75±0,05
Iştaha	0,54±0,04 xx	0,81±0,07 x	0,56±0,03
əmmənin xarakteri	0,48±0,04	0,72±0,06	0,51±0,03
Meteorizm	0,52±0,05 xx	0,84±0,06 x	0,52±0,04
Qusma və qaytarma	0,44±0,04 xx	0,71±0,05 x	0,46±0,03
Intoksikasiyanın inteqral əmsalı	0,60±0,03 xx (0,32-0,78)	0,81±0,03 x (0,62-0,95)	0,62±0,03 (0,31-0,80)

Qeyd: x- p<0,05; kontrol qrup göstəricisi ilə müqayisədə statistik fərq xx- p<0,05

Əsas qrup uşaqlarda intoksikasiyanın klinik əlamətləri kontrol qrupun eyniadlı göstəricilərindən dürüst fərqlənmişdir, lakin 2-ci qrup uşaqlarda bu göstəricilərdən emosional reaksiya, əzələ tonusu, iştaha, meteorizm və qusma kontrol qrupdan dürüst fərqlənmişdir (p<0,05). Bu qrup uşaqlarda həmçinin intoksikasiyanın inteqral əmsalı, kontrol qrupdan dürüst fərqlənmişdir (p<0,05).

İntoksikasiyanın qiymətləndirmə şkalasından istifadə etməklə müəyyən edilmişdir ki, AHT terapiya fonunda pisləşmə və dəyişiksiz nəticə olmamış, yaxşılaşma 3 nəfərdə, kifayət qədər yaxşılaşma 33 nəfərdə müşahidə olunmuşdur. Beləliklə, AHT terapiyanın səmərəliyliyinin orta göstəricisi 1,92-ə bərabər olmuşdur.

Allopatik müalicə alan (2-ci qrup) uşaqlarda pisləşmə 1 nəfərdə, dəyişkən nəticə 4 nəfərdə, yaxşılaşma 24 nəfərdə, kifayət qədər yaxşılaşma 1 nəfərdə qeyd edilmişdir. Allopatik müalicənin səmərəliliyinin orta qiyməti 0,83-ə bərabər olmuşdur. Göründüyü kimi, AHT terapiyanın səmərəliliyi ənənəvi (allopatik) müayinədən 2,2 dəfə coxdur.

Beləliklə, tədqiqatın nəticələri perinatal ensefalopatiyası olan südəmər yaşlı uşaqlarda qəbizlik sindromu zamanı AHT terapiyanın səmərəliliyini təsdiq edir və istifadəsinin məqsədəuyğunluğunu diktə edir.

ƏDƏBIYYAT

1.Алгор Gershon M. D. The enteric nervous system: a second brain // Hosp: Pract (Minneap), 1999, v.34(7), p.31-42

2.Wemmer U. Biologischa Medizin in der Pediatric. Auflage, 2001. p.292.

3.Keller K. The leqal status of homeopathic medicines: Quality requirements, reqistration and permit procedures // Tierarrte Prax,1998, №20, p.243-247

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАПОРА

С.Ш. Гасанов, Б.А.Кязимов, А.С.Гаджиева

Целью работы явилось оценка эффективности антигомотоксической терапии у грудных детей с перинатальными энцефалопатиями при синдроме запора. В исследование включалось 66 грудных детей с перианатльно-гипоксическим поражением центрально-нервной системы на фоне синдрома запора. В зависимости от характера лечения эти дети разделились на две группы. Первая (основная) группа получила АГТ (Nux Vomica Homaccord, Grafites Homaccord, Mucoza compozitum). В эту группу воши 30 детей. Во вторую – контрольную группу вошли 30 детей только перианатльно-гипоксическим поражением центрально-нервной системы. Таким образом, исходя из результатов исследваония, можно делать вывод о том, что использование антигомотоксической терапии у грудных детей с перинатальными энцефалопатиями при синдроме запора имеет высокую эффективность. Авторы считают целесообразно пользоваться этим методом лечения.

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF ANTIHOMOTOXIC THERAPY IN INFANTS WITH PERINATAL ENCEPHALOPATHY SYNDROME CONSTIPATION

S.Sh. Hasanov, B.A.Kazimov, A.S.Gadjiyieva

The aim of study was evaluation of antihomotoxic therapy in infants with perinatal encephalopathy syndrome constipation. The study included 66 infants with hypoxic-perianatlno defeat Central nervous system on the background of the syndrome of constipation. Depending on the treatment of these children were divided into two groups. The first (main) group received AGT (Nux Vomica Homaccord, Grafites Homaccord, Mucoza compozitum). This group voshi 30 children. The second - the control group included 30 children, only perianatal-hypoxic damage the central nervous system. Thus, based on the results issledvaoniya, it can be concluded that the use of antihomotoxic therapy in infants with perinatal encephalopathy syndrome constipation is highly efficient. The authors believe it is advisable to use this method of treatment.

Daxil olub:23.05.2011

DOĞUŞDAN SONRAKI DÖVRÜN XÜSUSİYYƏTLƏRİ VƏ DOĞUŞDAN SONRAKI XİDMƏT PRİNSİPLƏRİNDƏN ASILI OLARAQ ZAHI QADINLARIN SAĞLAMLIĞININ VƏZİYYƏTİ

N.T.Məhərrəmova

Ş.Ələsgərova adına 5 saylı doğum evi, Bakı

Cəmiyyətin müəyyən inkişaf mərhələsində stasionar mamalıq yardımının təşkilinin qüvvədə olan prinsipləri nəinki cəmiyyətin qadına - anaya və onun uşağına münasibətini deyil, həm də hamilə qadınlara, zahı və doğan qadınlara, yenidoğulanlara tibbi və sosial yardım imkanının, bilik səviyyəsini əks etdirir [1,2,4].

Keçmiş Sovet İttifaqı ölkələri, o cümlədən Azərbaycanın ərazisində uzun müddət mamalıq stasionarlarının işinin təşkili ənənəvi şəkildə aparılmışdır. Analar əsas infeksiya mənbəyi hesab edildiyi üçün uşaqların onlarla birlikdə uzun müddət qalması daha təhlükəli sayılırdı. Yenidoğulanlar digər palatada (çox vaxt böyük və çoxyerli olan) tibb heyətinin himayəsi altında saxlanılırdı.

Doğuşdan sonrakı xəstəliklərlə mübarizədə yeni istiqamətlər onların bakterial təbiətinin, infeksiya mənbəyinin və yayılma yollarının təyin edilməsi ilə şərtlənmişdir [6,5,3]. Zahı qadınların, xüsusilə də yenidoğulanların yoluxmasının daimi rezervuarı və mənbəyi doğum evlərinin heyəti, mikrobların xəstəxanadaxili ştamları ilə yoluxmuş şəxsin özü və onunla təmasda olan hər şey, hətta öz ailə üzvləri hesab olunur.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Tədqiqatımızda qarşıya qoyulan məsələlərin müvəffəqiyyətlə həll edilməsi üçün 210 zahı qadında doğuşdan sonrakı dövrün gedişinin təhlili aparılmışdır ki, onlardan 150-si əsas qrupu və 60-ı kontrol qrupu təşkil etmişdir.

Əsas qrupa doğum evində yenidoğulanlarla birlikdə olan və onlara yardım təcrübəsində yeni perinatal texnologiyalar tətbiq edilən zahı qadınlar daxil olmuşdur.

Müqayisə qrupunu ənənəvi perinatal yardım təcrübəsi tətbiq edilən zahı qadınlar və onların körpələri təşkil etmişdir.

Laktasiyaönü əmizdirmənin yenidoğulanların qidalanmasının xarakterinə və xəstələnməsinə təsirini öyrənmək məqsədi ilə onların birinci ilində 2 qrup təhlil edilmişdir: 1) Ş.Ələsgərova adına 5 saylı doğum evində analardan kesar kəsiyi əməliyyatı ilə doğulmuş yenidoğulanlar – burada zahı qadınlar və yenidoğulanlara qulluq zamanı yeni perinatal texnologiyalardan istifadə edilmişdir; 2) Ş.Ələsgərova adına 5 saylı doğum evində doğulan körpələr - bu zaman kesar kəsiyi əməliyyatından sonra qadınlar öz uşaqlarından ayrılmış və uşaqlar bir neçə sutka ərzində ana südünün əvəzediciləri ilə qidalanmışlar.

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Aparılan təhlillər göstərilən zahı qadınlar qrupunun klinik-laborator və instrumental müayinəsinin məlumatlarına əsaslanmışdır ki, onun nəticələri qadınlarda doğuşdan sonrakı dövrün gedişində baş verən əhəmiyyətli dəyişiklikləri aşkar etməyə imkan vermişdir.

Müqayisə olunan qrupların zahı qadınlarının yaş tərkibinin təhlili zamanı əhəmiyyətli dəyişikliklər aşkar edilməmişdir, optimal doğuş qabiliyyətli (fertil) yaşda olan qadınlar (19-29 yaş) daha çox doğmuşlar ki, əsas qrupda onlar 73,6±3,5%, müqayisə qrupunda - 78,6±3,3%, gənclər isə müvafiq olaraq 3,6% və 4,0%, 30 və yuxarı yaşda - 22,7±3,4% və 22,4±3,4% təşkil etmişlər.

Cədvəl 1

Əsas qrupun və müqayisə qrupunun zahı qadınların əsas kəmiyyət göstərisiləri

Ümumi məlumatlar	Əsas qrup (n=150)		Müqayisə qrupu (n=60)	
	müt.	%	müt.	%
Orta yaş (il)	26,7±0,5		24,8±0,5	
Milliyyəti:				
Azərbaycanlı	91	61,2±3,9	34	58,0+6,3
Digər	59	38,8±3,9	26	42,0+6,3
Sosial vəziyyəti:				
Evdar qadınlar	66	44,0±4,0	27	44,8±6,4
Qulluqçular	41	27,6±3,6	16	26,8±5,7
Fəhlələr	31	20,8±3,3	18	19,2±5,0
Tələbələr	12	7,6±2,1	6	9,2±3,3
Təhsili:				
Natamam	4	2,5±0,6	5	7,5±4,2
Orta	51	33,9±5,2	19	33,3±7,4
Orta-xüsusi	41	27,2±2,2	15	25,0±6,8
Natamam ali	12	8,4±2,3	4	6,2±3,8
Ali	42	28,0±2,2	17	28,0±7,0
Doğuşların təkrarlığı:				
İlk dəfə doğanlar	78	52,0±4,0	31	52,0±6,4
Təkrar doğanlar	72	48,0±4,0	29	48,0±6,4
Ağırlaşmış mamalıq anamnezi	101	67,6±3,8	38	63,2±6,2
Anamnezdə ginekoloji xəstəliklər	87	58,0±4,0	37	61,6±6,2
Doğuşların hestasiya müddətləri:				
Vaxtından qabaq	7	4,4	3	4,8
Vaxtında	137	90,4±2,3	53	88,8±4,0
Gecikmiş	6	5,2	4	6,4

Əsas qrupun zahı qadınlarının orta yaş həddi - 26,7±0,5 yaşa bərabər olmuş və kontrol qrupun zahı qadınlarının orta yaş həddindən dürüst fərqlənməmişdir – 24,8±0,5 yaş (p> 0,05).

Hər iki qrupun sosial tərkibində evdar qadınlar üstünlük təşkil etmişlər (müvafiq olaraq 44,0±4,0% və 44,8±6,4%, t=14,88; p<0,001). Əksər hallarda onların arasında müvəqqəti işləməyənlər də vardır. Qulluqçuların xüsusi çəkisi yüksək olmuşdur: əsas qrupda 27,6±3,6% və kontrol qrupda 26,8±5,7% (t=9,32; p<0,001). Əsas qrupda fəhlələr 20,8±3,3%, müqayisə qrupunda - 19,2±5,0% (t=10,38; p<0,001) təşkil etmişlər. Tələbələrin xüsusi çəkisi əsas qrupda 7,6±2,1% və kontrol qrupda 9,2±3,3% (t=0,47; p>0,05) təşkil etmişdir (Cədvəl 1).

Müqayisə olunan qruplarda ilk dəfə doğan və təkrar doğanların sayı bərabər olmuşdur. Ağırlaşmış mamalıq anamnezi olan zahı qadınların tezliyi əsas qrupda 67,6±8,8%, müqayisə qrupunda -63,2±7,6% (t=2,22; p<0,05) təşkil etmişdir. Hər iki qrupda zahı qadınların anamnezində ginekoloji xəstəliklər eyni nisbətdə olmuşdur. Belə ki, əsas qrupda bu göstərici 58,0±5,5%, kontrol qrupda - 61,6±7,6% təşkil etmişdir.

Qadınların böyük hissəsində doğuşlar vaxtında olmuşdur: əsas qrupda 90,4±3,3% və kontrol qrupda - 88,8±5,1% (t=0,42; p>0,05). Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, əsas qrupda və kontrol qrupda sadalanmış göstəricilərin səviyyələri üzrə əhəmiyyətli fərqlər aşkar edilməmişdir (t=0,62; p>0,05).

Ekstragenital xəstəliklərin (EGX) səviyyəsi hər iki qrupda eyni olmuşdur. Belə ki, əsas qrupda 1 hamilə qadına 1,6 EGX, kontrol qrupda isə 1,5 EGX düşmüşdür. Hamiləliyin gedişi hər iki qrupda eyni tezliklə hamiləliyin pozulması təhlükəsi, kolpit, KRVİ, xronik pielonevritin kəskinləşməsi və s. ilə ağırlaşmışdır. Hər iki qrupun hamilə qadınları təbii doğuş yolları vasitəsilə doğmuşlar. Doğuşu qıcıqlandırma və doğuşu stimulyasiyanın aparılmasının tezliyində də həmçinin qruplar arasında dürüst fərqlər olmamışdır. Əsas qrupda bu göstərici 10,0±1,9%, kontrol qrupda - 12,8±2,1% (t=1,23; p>0,05) təşkil etmişdir.

Beləliklə, hamilə qadınlara tibbi yardımın inkişafını təhlil edərək qeyd etmək olar ki, mamalıq şöbələrində qadınların və yenidoğulanların cəmlənməsi onların həyatının və sağlamlığının saxlanması üçün bütün tibb arsenalının işlədilməsi imkanının genişlənməsi ilə yanaşı, qadınların və yenidoğulanların doğum evlərində dövr edən davamlı hospital mikroflorası ilə yoluxma təhlükəsini artırmışdır ki, bu da doğuşdan sonrakı xəstəxanadaxili infeksion xəstələnmənin səviyyəsinin yüksəlməsində əks olunmuşdur. Doğuşdan sonrakı infeksiya ilə mübarizə zamanı qulluq edilən qrupların yoluxma səviyyəsinə görə bölünməsi, həmçinin onların çox vaxt hospital infeksiyasının rezervuarı və infeksiya mənbəyi sayılan tibbi heyətlə təmasdan qorunmasının zərurəti yaranmışdır. Təşkilati cəhətdən bu, doğum stasionarlarında qadınlara və uşaqlara qulluq formalarının dəyişməsinə gətirib çıxarmışdır. Məsələn, əvvəllər doğuşdan sonrakı dövrdə tətbiq olunan ananın və uşağın birlikdə olması formasının yenidən bərpa edilməsi tibbi yardımın bütün həjmdə işlədilməsi ilə yanaşı, uşaq üçün daha əlverişli mikroiqlim təmin edə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Алексеев В.А. Опыт работы родильных домов при условии совместного пребывания матери и ребенка // Здравоохранение Российской Федерации, 2005, № 9 , с. 33-35

2. Видстром Анн-Марие. Грудное вскармливание и взаимодействие между матерью и ребенком. // Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 2007, №7, с. 3-38

3. Герасимович Г.И., Аристова Г.М., Лосюк К.А. Опыт работы по профилактике гнойно-септических заболеваний родильниц и новорожденных // Акушерство и гинекология , 2005, № 4, с. 34-36

4. Jones E.G., Matheny R.J. Relation ships between infant feeding and exclusion rate from child care because of illness // Journ. Amer.. Diet. Assoc. , 2007, v.93, p.809- 811

5. Sowwers M., Randolph J., Shapiro B.A. prospective study of bone of density and pregnancy after an exstendent period of lactation with bone loss // Obst. Qyn.,2006, v.85, № 2, p. 285-289

6. World Health Organization. Coverage of maternity care, a listing of available information – Geneva, Switzerland: maternal and newborn health motherhood. WHO/RHT/MSM/2007.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РОДИЛЬНИЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНЦИПОВ ПОСЛЕРОДОВОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Н.Т.Магеррамова

Для успешного решения задач нашего исследования проведен анализ течения послеродового периода у 210 родильниц, из которых 150 составили основную группу и 60– группу контроля . В основную группу вошли родильницы, находившиеся в родильном стационаре совместно и в практику их обслуживания были внедрены новые перинатальные технологии. Группу сравнения составили родильницы и их новорожденные с традиционной практикой перинатального обслуживания. Анализируя развитие родовспоможения, можно отметить, что концентрация в акушерских отделениях женщин и новорожденных, наряду с расширением возможностей использования всего арсенала медицины для сохранения их жизни и здоровья, увеличила опасность их инфицирования устойчивой госпитальной микрофлорой, циркулирующей в роддомах, что отразилось на повышении уровня внутрибольничной инфекционной послеродовой заболеваемости. В борьбе с послеродовой инфекцией возникла необходимость разделения контингентов обслуживания по уровню инфицированности, а так же ограждения их от контактов с персоналом, зачастую являющимся резервуаром и источником госпитальной инфекции. Организационно это привело к изменению форм обслуживания женщин и детей в родильных стационарах, в частности, к возрождению ранее практиковавшейся формы совместного пребывания матери и новорожденного в послеродовом периоде, которая может обеспечить для ребенка более благоприятный микроклимат, наряду с использованием всего объема медицинской помощи.

SUMMARY

FEATURES OF CURRENT OF THE POSTNATAL PERIOD AND A STATE OF HEALTH LYING-IN WOMAN DEPENDING ON PRINCIPLES OF POSTNATAL SERVICE

N.T.Maqerramova

For the successful decision of problems of our research the analysis of current of the postnatal period at 210 lying-in woman of which 150 have made the basic group and 60-group of the control is lead. In the basic group have come lying-in woman, taking place in a maternity hospital in common and in practice of their service have been introduced new prenatal technologies. Group of comparison have made lying-in woman and their newborns with traditional practice prenatal service. Analyzing development of obstetric aid, it is possible to note, that concentration in obstetrics branches of women and newborns, alongside with expansion of opportunities of use of all arsenal of medicine for preservation of their life and health, has increased their danger infected the steady hospital micro flora circulating in maternity homes that was reflected in increase of a level of intrahospital infectious postnatal disease. In struggle against a postnatal infection there was a necessity of division of contingents of service on a level infected, and as their protections from contacts to the personnel frequently being the tank and a source of a hospital infection. Organizational it has led to change of forms of

service of women and children in maternity hospitals, in particular, to revival before the practicing form of joint stay of mother and newborn in the postnatal period which can provide more favorable microclimate for the child, alongside with use of all volume of medical aid.

Daxil olub:24.06.2011

QANZ OSTEOTOMIYASINDAN ƏVVƏL VƏ SONRA APARILAN RENTGENOLOJI MÜAYINƏLƏRIN XÜSUSIYYƏTLƏRI HAQQINDA

A.Q.Qəhrəmanov
Elmi-Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya institutu, Bakı

Bud-canaq oynağının displaziyası sirkə kasasının morfologiyasının və onun mövqeyinin pozulması və bunun nəticəsi olaraq budun başının örtülməsinin defisiti ilə səciyyələndirilir. Bu zaman cox vaxt bud-canaq oynağı mərkəzi bayıra yerdəyişmış vəziyyətdə olur. Sirkə kasasının yük daşıyan hissəsinin azalması və bud-canaq oynağı mərkəzinin xaricə yerdəyişməsi nəticəsində oynağa düşən yük artır və bu da öz növbəsində artroza gətirib cıxardır [8,9].

Bud-canaq oynağının displaziyalarının müalicəsi ücün bir cox əməliyyatlar təklif edilmişdir [1,11,12,16]. Bu gün displastik asetabulumun reoriyentasiyası ücün ən populyar əməliyyat Qanz periasetabulyar osteotomiyasıdır [3]. Bu əməliyyatın digər təklif edilmiş əməliyyatlardan bir cox üstünlükləri vardır. 1. Bir kəsikdən bir necə osteotomiya imkanı. 2. Arxa divarın sınmamış qalması nəticəsində xəstələrin əməliyyatdan 1-2 gün sonra ayaga hissəvi yük verərək gəzməsi və hec bir əlavə external fiksasiyaya ehtiyacın qalmaması. 3.Çanağın həqiqi formasının qorunması nəticəsində qadın xəstələrdə vaginal uşaq doğmasının əngəllənməməsi. 4. İnferior gluteal arteriyanın zədələnməməsi nəticəsində asetabulyar fragmentin qan dövranının pozulmaması. 5. Sümük osteotomiyaları proksimaldan aparıldığı ücün əldə olunmuş asetabulyar fraqmentin mobilliyi bud başının ön və xaricə örtülməsini və oynaq mərkəzinin medializasiyasını əldə etməyə imkan verir.

Displastik oynağın cərrahi müalicəsinin müvəffəqiyyəti ücün əməliyyatdan əvvəl dəqiq diaqnozun qoyulması vacib şərtdir. Diaqnozun qoyulmasında rentgenoloji müayinə zamanı hesablanan parametrlər xəstəliyin təyin edilməsinə, təsnifatına və cərrahi əməliyyat növünün seçilməsinə kömək edir. Rentgenoloji müayinə adətən standart ön-arxa, yan və sirkə kasasının arxa və ön hissələrinin örtülməsini ön planda təyin etməyə imkan verən Lequesne və de Seze tərəfindən (1961) təklif edilən "falş profile" deyilən metodla aparılır. Bu vaxt xəstə ayaq üstə dayanır, xəstə tərəf irəlidə və canaq 65 dərəcə fırlanmış vəziyyətdə olarkən rentgen aparatının tubusu qarşı tərəfdə olur.

Ön-arxa rentgen müayinəsi zamanı budun başının medializasiyası ölcülür [7]. Bu fossa asetabulum dibi ilə ilio-işial xətt arasındakı məsafədir (Şək.1). Əgər fossa asetabulum ilio-işial xəttə toxunursa bud-canaq oynağı koksa profunda, budun başı ilio-işial xətdən medialda isə bu protruzio asetabuli olaraq gəbul edilir. Əgər məsafə 10 mm coxdursa bu bud başının lateralizasiyasının göstəricisidir.



Şək. 1. Bud başının medializasiyası

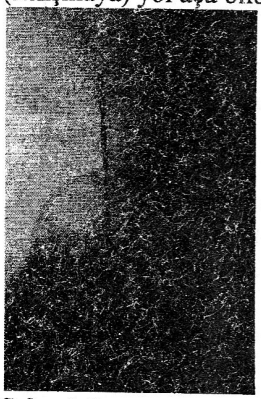


Şək.2.Tönnis bucağının ölcülməsi



Şək. 3. Viberq bucağının ökçülməsi

Ön-arxa rentgen müayinəsində asetabulyar inklinasiya və ya Tönnis bucağı ölcülür. Təsnifata görə bu bucaq normal, artmış və azalmış olaraq 3 qrupa bölünür. Bu bucaq sirkə kasasının üst divarının lateralından başlayıb yük daşıyan skleroz bölgəsindən kecərək bu bölgənin son nöqtəsində dayanan xətlə bu xəttin skleroz zonasının ən alt nöqtəsindən başlayan və hər 2 tiadropu birləşdirən xəttə paralel olan xəttin kəsişməsidir (Şək.2). Normada Tönnis bucağı 0-10 dərəcə arasındadır. 0 dərəcədən az azalmış, 10 dərəcədən cox isə Tönnis bucağı artmış hesab edilir. Artmış Tönnis bucağı sirkə kasasının sktruktural qeyri-stabilliyinin göstəricisidir. Bu bucağın azalması isə femoro-asetabulyar impicmentə (sıxışmaya) yol aça bilər [5].



Şək. 4. Lequesne bucağının ölcülməsi



Şək. 5. Ön divar arxa divara nisbətən önə gəlmış. Retrovert asetabulum



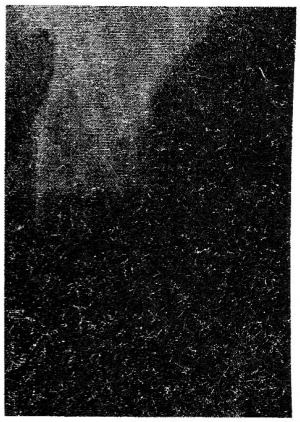
Şək. 6. Uyumlu bud-çanaq oynağı

Sirkə kasasının struktural qeyri-stabilliyinin digər vacib göstəriciləri ön (Lequesne) və yan (Viberg) center-edge (mərkəz-yan) bucaqlarıdır. Hər iki bucaq sirkə kasasının budun başının nə qədər örtməsinin ölcülməsində çox informativdir. Yan center-edge bucağı ön-arxa rentgen şəkildə ölcülür və budun başının yuxarı və yan örtülməsinin göstəricisidir. Bu bucaq bud başının mərkəzindən başlayan canağın transvers aksi-sinə paralel gedən xəttlə bud başının mərkəzindən başlayan və sirkə kasasının yük düşən sklerotik zonasının ən üst və yan nöqtəsindən kecən xəttlərin kəsişməsindən ibarətdir (Şək.3). Bucaq 25 dərəcədən azdırsa bu bud başının qeyri-adekvat örtülməsini göstərir [10,15].

Lequesne bucağı falş profile rentgen şəkildə ölcülür. Bu bucaq budun başının ön planda örtülməsinin göstəricisidir. Lequesne bucağı budun başının mərkəzindən başlayan və yuxarı qalxan vertikal xətlə budun başının mərkəzindən başlayan və sirkə kasasının ön hisəsinin ucundan keçən xəttlərin kəsişməsindən ibarətdir (Şək.4). 20 dərəcədən azdırsa bu sirkə kasasının struktural qeyri-stabilliyini göstərir [6].



Şək.7.Örtülmə indeksinin ölçülməs



Şəkil 8.Artroz dərəcəsi Tönnis 1



Şək.9.Artroz dərəcəsi Tönnis 2



Şək.10.Artroz dərəcəsi Tönnis 3

Sirkə kasasının antevert və ya retrovert olmasını təyin etmək üçün cox vacib ön-arxa rentgendə ölcülən asetabulyar versiya adı verilmiş ölçüsüdür. Asetabulyar versiya rentgen şəkildə crossover və ya figure-of- eight (8 rəqəmə bənzər) nışanının olması ilə ölcülür. Norma da ön divarının proyeksiyasının xətti arxa divarının proyeksiyasının xəttindən (adətən budun başının mərkəzindən kecən) medialda yerləşir (Şək.5). Ön divardan kecən xəttlə arxa divardan kecən xəttin kəsişirsə yəni ön divarın xətti laterala gəlmişsə bu asetabulyar retroversiyanın göstəricisidir. Arxa divardan kecən xətt daha da önə gəlmişsə və xəttlər arasında məsafə artmışsa bu asetabulyar anteversiyanın göstəricisidir [4].

Bud-canaq oynağı uyumlu və uyumsuz oynaq olaraq təyin edilir. Ön-arxa rentgen şəkildə budun başının və sirkə kasasının öz aralarında uyumluğu (congruency) təyin edilir. Yasunaga və həmm. [14] təsnifatına görə uyumluluq əla, yaxşı, zəif və pis olaraq 4 hissəyə bölünür. Bud sümüyünün başının ağırlıq daşıyan hissəsi ilə sirkə kasasının yuvarlaq hissəsindən çəkilən xəttlər öz aralarında paralel olarsa, bu oynaq uyumlu (Şək. 6), paralel deyilsə uyumsuz qəbul edilir. Uyumsuzluq budun başının deformasiyasının göstəricisidir [14].

Hesablanan digər bir parametr isə bud başının örtülmə indeksidir. Bu indeks ön-arxa rentgendə budun ən medial, lateral və sirkə kasasının ən lateral nöqtəsindən teadropa paralel çəkilmiş xətlərin aralarındakı məsafələrin nisbəti ilə ölçülür (Şək.7). Bu zaman başın ən medial və lateral hissələrindən keçən xəttlərin arasındakı məsafə ilə sirkə kasasının lateralından və başın medialindan keçən xəttlər arasındakı məsafə nisbəti təyin edilir. Budun başının örtülməmiş hissəsi 25%-dən çoxdursa, bu başın lateralizasiyasının göstəricisidir [2].

Osteoartrozun dərəcəsi rentgenoloji olaraq Tönnis tərəfindən təklif edilmiş təsnifat ilə ölçülür. Bu təsnifata görə 0 dərəcə heç bir osteoartroz göstəricisi olmayan oynaqdır. 1-ci dərəcədə budun başının və sirkə kasasının sklerozu, oynaq aralığının az daralması (Şək. 8), 2–ci dərəcədə budun başında və sirkə kasasında kiçik sistalar, oynaq aralığında artmış daralma,baş sferikliyinin orta dərəcədə itməsi

(Şək.9) və 3-cü dərəcədə bud başında vəya sirkə kasasında böyük sistalar, oynaq aralığının obliterasiyası vəya böyük dərəcədə daralması (Şək.10), bud başının böyük deformasiyası vəya osteonekrozu qeyd edilir [13].

Klinik olaraq bud-canaq oynağı patologiyası müəyyən edilmiş xəstələrdə sistemli rentgenoloji müayinənin xüsusiyyətlərini bir daha dəqiqləşdirdik. Fikrimizcə, rentgenoloji müayinə zamanı bud-çanaq oynağında struktur dəyişikliklərin dəqiq müəyyən edilməsi diaqnozun qoyulmasında və əməliyyat seçimində vacib rol oynayır. Digər tərəfdən qeyd etmək lazımdır ki, yalnız rentgenoloji müayinələrdə əldə edilmiş hesablamalar ilə xəstələrin anamnezi və dəqiq klinik müayinəsi nəticələrinin birgə interpretasiyası nəticəsində son klinik diaqnoz qoyulmalıdır. Bud -canaq oynağında klinik olaraq impicment (sıxışma) sindromu aşkar edilərsə, daha yüksək dəqiqliyi olan müayinə metodlarından maqnit rezonans və kompüter tomoqrafiya müayinələr məqsədəuyğundur.

ƏDƏBİYYAT

1. Hopf A. Hip acetabular displacement by double pelvic oste-otomy in the treatment of hip joint displasia and subluxation in younq people and adult //Z.Orthop Ihre Grenzgeb, 1966, v.101, p.559-86
2. Heyman C.H., Herndon C.H. Legg-Perthes disease; a method for the measurement of the roentgenografic result // J.Bone Joint Surg Am., 1950, v.32, p.767-78
3. Ganz R., Klaue K., Vinh T.S., Mast J.W. A new periacetabular osteotomy for the treatment of hip displasia; technique and preliminary results // Clin.Orthop., 1988, v.232, p.26-36
4. Jamail A.A., Mladenov K., Meyer D.C. et al Anterioposterior pelvic radiographs to assess acetabular retroversion; high validity of the cross-over-sign //J. Orthop Res., 2007, v.25, p.758-65
5. Kay R.M., Watts H.G., Dorey F.J.Variability in the assessment of acetabular index // J.Pediatr Orthop., 1997, v.17, p.170-3
6. Lequesne M., de Seze S. False profile of the pelvis: a new radiographic incidence for the study of the hipits use in displasias and different coxopathies [in French] // Rev Rhum Mal Osteoartic., 1961, v.28, p.643-65
7. Meyer D.C., Beck M., Ellis T., Ganz R., Leunig M. Comparison of six radiographic projections to assess femoral hed\neck aspheriçiti // Clin.Ort-hop Relat Res., 2006, v.445, p.181-5
8. Murphy S.B., Kijewski P.K., Millis M.B., Harless A. Acetabular displasia in the adolescent and younq adult // Clin.Orthop Relat Res., 1990, v.261, p.214-223
9. Notzli H.P., Wyss T.F., Stoeckin C.H. et al The contour of the femoral head-neck junction as a predictor for the risk of anterior impingement // J.Bone Joint Surg Br., 2002, v.84, p.556-60
10. Omeroglu H., Bicimoglu A., Agus H., Tumer Y. Measurement ofcenter-edge angle in developmental displasia of the hip; comparison of two methods in patients under 20 years of age // Skeletal Radiol., 2002, v.31, p.25-9
11. Salter R.B. Innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip // J.Bone Joint Surg Br., 1961, v.43, p.518-39
12. Steel H.H. Triple osteotomy of the innominate bone // J.Bone Joint Surg.Am., 1973, v.55, p.343-50.
13. Tonnis D. Congenital displasia and dislocation of the hip in children and adults. Berlin:Springer, 1987
14. Yasunaga Y., Ikuta Y., Kanazawa T. et al The state of the articular cartilage at the time of surgery as an indication for rotational acetabular osteotomy // J.Bone Joint Surg Br., 2001, v.83, p.1001
15. Wiberg G. The anatomy and rengenografic appearance of a normal hip joint // Acta Chir Scand., 1939, v.83 Supple 58, p.7-38
16. Wagner H. Osteotomies for congenital hip dislocation / Proceedinqs of the fourth Open Scientific Meeting of the Hip Society. St. Louis;CV Mosby, 1976, p.45-66.

РЕЗЮМЕ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ПО ГАНЗУ

А.Г.Гахраманов

Работа посвящена рентгенологическим особенностям диспласти-ческого тазо-бедренного сустава. Подробно описаны методы, осо-бенности рентген укладки и рентгенологические параметры требу-емые для планирования операции. Описаны такие параметры как угол Тонниса,Виберга.Легуесне,покрытие,сферичность, конгруент-ность и сохранность стен ацетабулыюма.Также описаны по отдель-ности степени артроза по классификации Тонниса.Показания к опе-рации ставится на основании совместно клинических и рентгено-логических данных.

SUMMARY

ROENTGENOLOGIC PECULIARITIES OF MEDICAL EXAMINATION OF PATIENTS BEFORE AND AFTER GANZ OSTEOTOMY.

A.G.Gahramanov

The article is dedicated to roentgenologic peculiarities of dysontogene-tic hip joint. It describes the methods and peculiarities of radiography la-ying and roentgenological parameters demanded for surgery

planning. The article describes such parameters as Tonnis angle, Viberg angle, Le-guesne angle, congruence and preservation of acetabulum walls. It also describes degrees of arthrosis in accordance with the classification of Tonnis. Indications to surgery are given on the basis of both clinical and radiological data.

Daxil olub:25.03.2011

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКТОРА ИНТЕРФЕРОНА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Г.Г.Кабулов, А.А.Эюбова, С.Н.Гусейнова
Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают основное место в структуре заболеваемости детей, а среди заболеваний инфекционной этиологии удерживают первое место. По данным экспертов ВОЗ на долю ОРВИ приходится почти 90% случаев всех инфекционных заболеваний [1, 4].

Особенности функционирования детского организма в целом и иммунной системы в частности способствуют тому, что среди детей заболеваемость ОРВИ в несколько раз выше, чем у взрослых. В первые 6-7 месяцев жизни ребенок достаточно хорошо защищен материнскими иммуноглобулинами класса G, полученными внутриутробно, а также поступающими с грудным молоком иммуноглобулинами А. Однако в последующем особенности функционирования иммунной системы ребенка обуславливает высокую склонность детского организма к ОРВИ [2,5].

Одной из причин частоты развития ОРВИ у детей раннего возраста является низкий уровень образования интерферонов и их активности, что ослабляет противовирусную защиту. Фагоцитоз у ребенка первых лет жизни носит незавершенный характер, несмотря на его высокую активность. Помимо этого, кожа и слизистые ребенка рыхлые и тонкие, что снижает их барьерные свойства и облегчат адгезию и проникновение возбудителя [7].

Созревание специфической иммунной защиты, Т- и В-лимфоцитов, происходит у ребенка вплоть до периода полового созревания. К 6-7 месяцам жизни ребенка полностью элиминируются иммуноглобулины (преимущественно класса G), полученные им от матери. Синтез же собственных иммуноглобулинов G достигнет уровня взрослого только к 6-8 годам [3, 4]. Уровень иммуноглобулинов А, осуществляющих местную защиту слизистых, у новорожденных и детей раннего возраста низок и достигает уровня взрослого в 10-12 годам, что обуславливает более высокую восприимчивость ребенка к респираторным инфекциям.

Таким образом, своеобразие функционирования иммунитета и высокая инфекционная нагрузка являются основными причинами более высокой заболеваемости ОРВЗ у детей.

Основными вирусными возбудителями респираторных заболеваний являются риновирусы, коронавирусы, вирусы гриппа и парагриппа. Реже встречаются респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы, энтеровирусы, реовирусы и пикорнавирусы. Структура возбудителей ОРВИ меняется в зависимости от возраста. Так, у детей младшего возраста доля аденовирусов, энтеровирусов, респираторно-синцитиального вируса в этиологии ОВРИ выше, чем у взрослых и более старших детей.

Острые вирусные заболевания респираторного тракта нередко осложняются бактериальной инфекцией и формированием вирусно-бактериальных ассоциаций, что приводит к более тяжелому течению обострений и изменению клинической картины заболевания. В большинстве случаев ОРЗ имеет циклическое течение заканчивается выздоровлением пациента. Однако нередко заболевание приводит к развитию серьезных осложнений [6].

Наиболее частым осложнением, особенно у детей раннего возраста, являются острые вирусно-бактериальные пневмонии. Особенно часто они выявляются при гриппе – почти у 10% от всех заболевших и примерно у половины госпитализированных больных. Другими осложнениями ОРЗ являются поражения ЛОР-органов – средний отит, синуситы. У детей ОРЗ часто протекают с преобладанием симптомов общей интоксикации, вплоть до развития гипертензионного и судорожного синдромов. Нередко развивается ложный круп. Все это

значительно утяжеляет течение заболевания, иногда приводит к госпитализации пациентов, затрудняет диагностику [2,6].

У значительного числа пациентов, имеющих осложненный преморбидный фон, ОРЗ, рецидивирующая бактериальная и грибковая инфекция могут приводить к развитию сенсибилизации и способствовать формированию или обострению хронических заболеваний, таких, например, как бронхиальная астма и аллергический ринит. Особенное значение это имеет в детском возрасте. Во-первых, в связи с особенностями строения дыхательных путей (относительная узость бронхов, более рыхлая слизистая, большая склонность к отеку и гиперпродукции слизи, высокая реактивность бронхов). У детей ОРЗ чаще протекает с развитием бронхообструктивного синдрома. Во-вторых, в генезе бронхиальной астмы у детей значительное место занимают инфекционно-аллергические механизмы, тогда как у взрослых преобладают атопические [3,7].

В последние десятилетия отмечается значительный рост случаев ОРЗ среди детского населения, склонность к затяжному и осложненному течению заболеваний. Наиболее выражена эта тенденция в городах, где доля часто болеющих детей может достигать до 65% детского населения. Такая картина заболеваемости в первую очередь связана с факторами окружающей среды и развитием иммунодефицитных состояний.

Неблагоприятная экологическая обстановка в большинстве городов, неполноценное и несбалансированное питание, рост хронической соматической и инфекционной патологии, неадекватная антибактериальная терапия – это одни из основных причин развития вторичных (т.е. приобретенных) иммунодефицитов.

Все это позволяет рассматривать частую заболеваемость ОРЗ и их затяжное и осложненное течение как проявление иммунологической недостаточности, как правило, вторичной. Это предопределяет необходимость использования иммунотропных препаратов в лечение простудных заболеваний [1,4].

По механизму действия все иммунотропные препараты условно можно разделить на четыре группы: иммуномодуляторы, иммунокорректоры, иммуностимуляторы, иммунодепрессанты.

К иммуномодуляторам относят лекарственные средства, обладающие иммунотропной активностью, которые в терапевтических дозах восстанавливают функции иммунной системы. Иммунокорректоры – средства и воздействия (в том числе и лекарственные), обладающие иммунотропностью, нормализующие конкретное нарушенное то или иное звено иммунной системы (компоненты Т-клеточного и В-клеточного иммунитета, фагоцитоза, комплемента). Иммуностимуляторы – средства, усиливающие иммунный ответ (лекарственные препараты, пищевые добавки, адъюванты и другие различные агенты биологической или химической природы, стимулирующие иммунные процессы). Иммунодепрессанты – средства, подавляющие иммунный ответ (лекарственные препараты, обладающие иммунотропностью или препараты неспецифического действия и другие различные агенты биологической или химической природы, угнетающие иммунные процессы). Наиболее часто применяются в случае аллергических и аутоиммунных процессов.

В лечении лиц, страдающих частыми простудными заболеваниями, наиболее часто используются такие иммунотропные препараты, как интерфероны и индукторы синтеза интерферонов, бактериальные лизаты, препараты растительного происхождения.

Интерфероны и индукторы синтеза интерферонов показаны преимущественно тем пациентам, у которых этиологическим фактором инфекционного процесса является вирусная инфекция.

Интерфероны, как составная часть общей цитокиновой сети организма, являются иммунорегуляторными молекулами, оказывающими действие на все клетки иммунной системы. Например, интерферон-α и ФНО, синтезируемые на первых этапах иммунного ответа, являются мощными активаторами NK-клеток, являющихся в свою очередь главным источником продукции интерферона-γ, задолго до начала его синтеза Т-лимфоцитами. Можно привести много и других примеров иммуномодулирующего действия интерферонов. Поэтому все интерфероны и индукторы интерферонов обладают противовирусными и иммуномодулирующими свойствами.

Стратегия лекарственной терапии при инфекционных заболеваниях ориентирована на использование всего арсенала современных препаратов, и, в первую очередь, этиотропных. Вместе с тем только комплексная этиопатогенетическая терапия, компенсирующая дисфункции иммунной системы больного, может быть признана адекватной и успешной.

В связи с изложенным выше важное значение придается лекарственным средствам, активизирующим факторы неспецифической противовирусной защиты, в первую очередь – систему интерферонов. Одним из препаратов данной группы является Анаферон, представляющий собой сверхмалые дозы антител к ИФН-γ человека. Анаферон оказывает иммуномодулирующее действие и индуцирует синтез эндогенных α- и γ- интерферонов.

Перспективным является применение анаферона у детей с атопической патологией. Данная категория пациентов часто подвержена респираторной заболеваемости из-за функциональных нарушений иммунного ответа с преобладанием ответа по Th2-пути, характеризующихся повышенной выработкой IgE и снижением синтеза ИФНγ. Эпизоды ОРВИ, а так же персистенция патогенных вирусов в рото- и носоглотке способствуют обострению атопической патологии [2, 6].

Выбор лекарственных препаратов для профилактики ОРВИ у пациентов, страдающих атопическими заболеваниями, весьма труден. На практике многие препараты невозможно назначать длительными курсами, часть препаратов противопоказана при атопических заболеваниях, имеются и возрастные ограничения.

Учитывая вышесказанное нами была изучена эффективности анаферона у детей, страдающих бронхиальной астмой. В ходе исследования, оценивали способность анаферона влиять на заболеваемость ОРВИ среди детей 3-12 лет, страдающих бронхиальной астмой (БА легкая интермиттирующая, БА легкая персистирующая, БА средней тяжести). В исследовании приняло участие 23 детей основной (принимали анаферон в дополнение к основному лечению) и 11 детей контрольной группы (проводилось только основное лечение). Препарат назначался по одной таблетке 1 раз в день. Продолжительность приема составляла от 30 до 45 дней.

Согласно полученным результатам, среднее число ОРВИ в основной группе составило 0,63±0,01 против 1,29±0,02 в группе контроля ($p<0,01$). Среднее число обострений БА в основной и контрольной группах оказалось 0,39±0,06 и 0,79±0,02 соответственно ($p<0,01$). При этом у подавляющего числа детей основной группы (87%), обострений БА либо не было совсем, либо за период наблюдения (3 месяца – март-май) оно было зафиксировано всего в одном случае. В то время как в группе контроля обострений не было лишь у 3 детей (27,3%), а однократные обострения были зарегистрированы у 4 детей (36,4%).

Таким образом, наличие у анаферона не только выраженного противовирусного действия, но и иммуномодулирующей активности, а также высокий профиль безопасности делают перспективным его применение у детей с бронхиальной астмой, течение и прогноз которой серьезно осложняется при развитии острых респираторных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Red Book: 2006. Report of the Committee on Infection Diseases. 25rd: American Academy of Pediatrics, 2006.

2. Логвиненко Ю.И., Матвеева Л.А., Кондратьева Е.И. и др. Анаферон, как средство неспецифической профилактики ОРВИ и гриппа у часто болеющих детей дошкольного возраста. Пульмонология детского возраста: Проблемы и решения, Москва, 2009, с.70-73.

3. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра. Пособие для врачей под ред. Н.А. Коровиной, М., 2004, 48 с.

4. Распространение гриппа и ОРВИ в мире в эпидсезоне 2007-2008 гг. Вакцинация, 2008., №5, с 3-5.

5. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей. Под ред. Л.С. Балевой, Н.А Коровиной, М.: Агентство медицинского маркетинга, 2006, 53 с.

6. Таточенко В.К. Лечебная тактика при острых заболеваниях носоглотки. РМЖ, 1999, т.7, №11, с.520-522.

7. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., Новикова И.Н., Арзамасцева Е.Ю. Использование рибомунила в комбинированной профилактике гриппа и острых респираторных заболеваний у детей. Педиатрия, 2000, № 6, с.50-52

XÜLASƏ

KƏSKIN VIRUS INFEKSIYASI ZAMANI BRONXIAL ASTMALI UŞAQLARDA INDUKTOR INTERFERONUN EFFEKTIVLIYI HAQQINDA

H.H.Qabulov, A.A.Eyubova, S.N.Hüseynova

Məqalədə, atopik konstitusiyalı, və xüsusən də, bronxial astmalı uşaqlarda kəskin respirator virus infeksiyalarının tez-tez rast gəlmə səbəbləri araşdırılır. Belə uşaqlarda immun sisteminin qeyri-spesifik müdafiəsinin aktivləşməsinin labüdliyi göstərilir. Apardığımız tətqiqat göstərmişdir ki, bronxial astmadan əziyyət çəkən uşaqlarda interferon induktoru olan, anaferonun profilaktik təyin edilməsi, onlarda dürüst olaraq, kəskin respirator virus infeksiyaların tezliyini azaldır.

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF INTERFERON INDUCER IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA IN ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION

G.G.Kabulov, A.A. Eyubov, S.N.Huseynov

This article describes the causes of acute viral respiratory tract disease in children with atopic constitution, and in particular with bronchial asthma. The necessity of activation of their factors of nonspecific antiviral protection. Our studies have shown that prophylactic use of interferon inducers - anaferon in children suffering from bronchial asthma, helped reduce the incidence of authentic acute respiratory viral infections.

Daxil olub:13.05.2011

ENTEROVİRUS İNFEKSİYASI VƏ HAMİLƏLİYİN BAŞA ÇATDIRILMAMASININ GENEZİNDƏ ONUN ROLU

N.F.Heydərova

1 saylı qadın məsləhətxanası, Bakı

Ədəbiyyat məlumatlarından aydındır ki, enterovirus infeksiyaları ilə xəstələnmə bütün populyasiyada olduğu kimi hamiləlik zamanı da kifayət dərəcədə yüksəkdir (xüsusilə də xəstələnmənin epidemik alovlanmaları dövründə) [1,2]. Ciftin yoluxması və virusun dölə ötürülməsi virusemiya dövründə mümkündür. Döl ciftdən hematogen yolla və ya infeksiyalı amnion mayesinin udulması zamanı yoluxur [4,6]. Xoşbəxtlikdən dölün bətndaxili yoluxması nadir hallarda rast gəlir və hətta kəskin epidemiyalar dövründə belə, dölün anadangəlmə inkişaf qüsurları qeyd olunmur. Lakin enterovirus infeksiyası keçirmiş qadınlarda hamiləliyin ağırlaşmaların və dölün bətndaxili hipoksiyasının olmasına dair məlumatlar vardır [3,5]. Bundan başqa, persistensiya edən enterovirus infeksiyası hamiləliyin adəti pozulmasına, fetoplasentar çatmamazlığın inkişaf etməsinə və dölün bətndaxili yoluxmasına səbəb olur.

Bununla əlaqədar hazırkı işin MƏQSƏDİ qarışıq urogenital infeksiyası olan hamilə qadınlarda reproduktiv itkilərin və vaxtındanəvvəl doğuşların tezliyinin azaldılmasıdır.

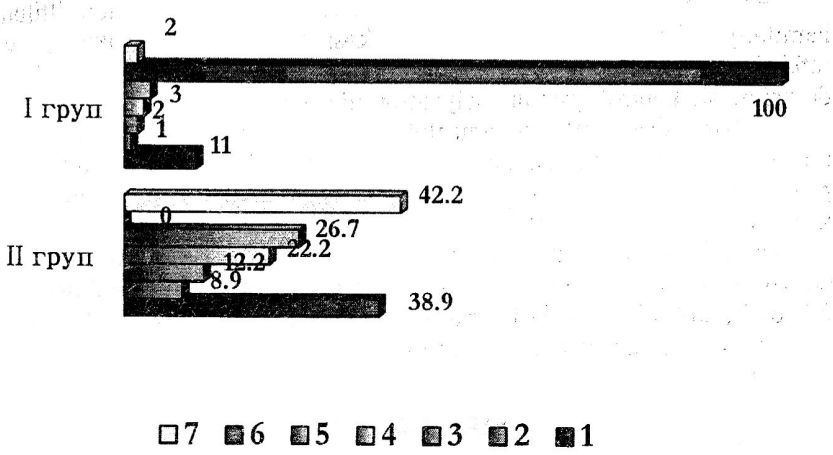
TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Qarşıya qoyulan məqsədə nail olmaq üçün 140 hamilə qadında hamiləliyin və doğuşların gedişi təhlil olunmuşdur ki, onlar 2 qrupa ayrılmışlar: I qrupa (əsas) – qarışıq enterovirus infeksiyası olan 50 pasiyent (EVİ); II qrupa (kontrol) – EVİ olmayan urogenital infeksiya (UGİ) ilə 90 hamilə qadın daxildir. Hər iki qrupun pasiyentlərinin yaşlarında nəzərəçarpan fərqlər olmamışdır. Hər iki qrupda 26-35 yaşda olan pasiyentlər dominantlıq etmişlər.

Tədqiqatlarmızda aşağıdakı müayinə metodları tətbiq olunmuşdur: klinik (sorğu, baxış, mamalıq-ginekoloji status), laborator, biofiziki, ultrasəs (sonoqrafiya, dopplerometriya).

TƏDQİQAT İŞİNİN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Aparılan müayinələrin nəticəsində hər iki qrupun pasiyentlərində xronik iltihabi xəstəliklərin eyni yüksək tezliyi nəzərə çarpmışdır: tonzillit (müvafiq olaraq 38,0% və 34,4%), ağ ciyərlərin və yuxarı tənəffüs yollarının xəstəlikləri (16,0% və 13,3%), pielonefrit (8,0% və 7,7%). I və II qrupun əksər pasiyentlərində aybaşı sikli müntəzəm baş vermişdir (müvafiq olaraq 82,0% və 82,3%). Onun pozğunluqları, əsas etibarilə oliqomenoreya tipi üzrə, yalnız I qrupda 18,0% qadında və əsas qrupda 17,7% qadında müşahidə olunmuşdur. Pasiyentlərin reproduktiv funksiyasını təhlil etdikdə reproduktiv itkilərin yüksək tezliyi aşkar edilmişdir (müvafiq olaraq 20,0% və 25,5%).

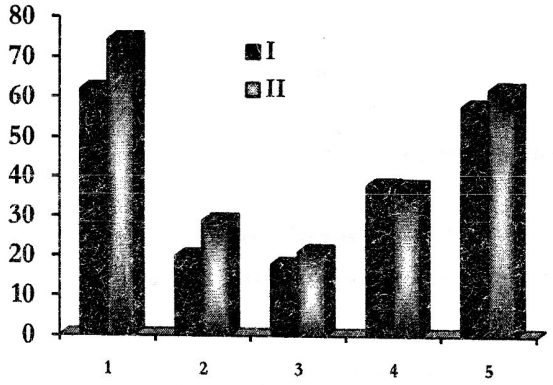
Pasiyentlərin ginekoloji xəstələnməsinin təhlili zamanı kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəliklərinin yüksək tezliyi aşkar edilmişdir. Daha çox xronik salpinqooforit (38,0% və 45,5%), endometrit (30,0% və 26,7%) və endometrioz (müvafiq olaraq I və II qruplarda 16,0% və 18,8%) aşkar olunmuşdur. Bir fakt da diqqəti cəlb edir ki, pasiyentlərin hamısında hazırkı hamiləlik

zamanı urogenital infeksiyanın (UGİ) müxtəlif törədiciləri aşkar olunmuşdur. Qadınların əksəriyyətində qarışıq infeksiyalar da müəyyən edilmişdir (Şək.1).



Şək.1. Müayinə olunan hamilə qadınlarda UGİ-nin törədiciləri. Şərti işarələr: 1–kandidalar, 2 – xlamidiyalar, 3 – mikoplazmalar, 4 – ureaplazmalar, 5 - SMV, 6 – EVİ, 7 - SHV.

Əsas qrupun pasiyentlərində hamiləliyin gedişinin retrospektiv təhlili göstərdi ki, onlarda əsas hestasiya ağırlaşması hamiləliyin başa çatdırılmaması təhlükəsi olmuşdur ki, onun tezliyi I və II trimestrlərdə müvafiq olaraq 62% və 72% təşkil etmiş, vaxtındanəvvəl doğuşların yaranması təhlükəsi isə 64%-ə çatmışdır. UGİ kolpitlərin (38%) və bakterial vaginozun (58%) yüksək tezliyə malik olmasını şərtləndirmişdir. Bu fonda hər üç hamilə qadında (34%) fetoplasentar çatmamazlığın (FPÇ) ultrasəs və laborator əlamətləri və bətndaxili infeksiyanın dolayı əlamətləri – ciftin ultrasəs strukturunun və dölyanı mayenin (DM) hasil olunmasının dəyişiklikləri şəklində – qeydə alınmışdır (28%). Nəticədə 16% hamilə qadında vaxtındanəvvəl doğuşlar, 12%-də reproduktiv itkilər (inkişaf etməmiş hamiləlik – 4%, özbaşına düşüklər – 6%, dölün antenatal ölümü – 2%) baş vermişdir.



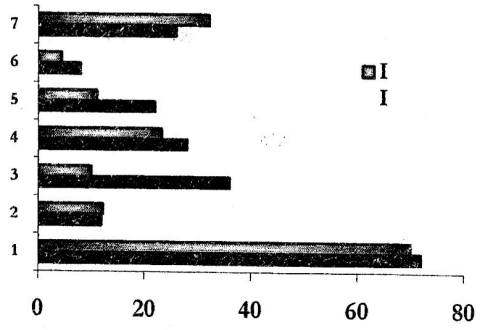
Şək. 2. Müayinə olunan hamilə qadınlarda I trimestrdə baş verən ağırlaşmalar. Şərti işarələr: I- 1-ci qrup, II- 2-ci qrup, 1 – HB təhlükəsi, 2 – toksikoz, 3 – anemiya, 4 – kolpit, 5 – BV

Hamiləlik zamanı EVİ-nin qeyri-spesifik əlamətləri ilə yanaşı, qızdırma və qarnın aşağı hissəsində kəskin ağrılar şəklində meydana çıxan simptomokompleks nəzərə çarpa bilər ki, bu da çox vaxt ciftin vaxtındanəvvəl aralanması və ya kəskin appendisit kimi qəbul edilə bilər və cərrahi müdaxiləyə göstəriş ola bilər, əslində isə bu, kəskin virus mezadenitinin simptomu sayılır. EVİ virusları özbaşına düşüklərin və dölün inkişafının anadangəlmə qüsurlarının (sidik-cinsiyyət sisteminin, MBY və ürəyin qüsurlarının) tezliyinin yüksək olmasına gətirib çıxara bilər. EVİ ilə kəskin yoluxma hallarında dölün anomaliyalarının inkişaf riski iki dəfə artır. Hestasiya

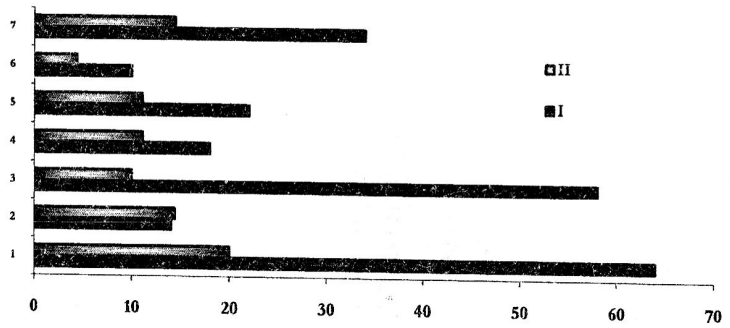
ağırlaşmalarının müqayisəli təhlili göstərdi ki, I trimestrdə hamiləliyin başa çatdırılmaması təhlükəsinin tezliyi kontrol qrupda yüksək olmuşdur. Digər ağırlaşmaların tezliyi dürüst fərqlərə malik deyildir (Şək.2).

Əsas etibarilə ikinci trimestrdən etibarən həyata keçirilən iltihabəleyhinə terapiyadan sonra hamiləliyin başa çatdırılmaması təhlükəsi (HB), kolpit, bakterial vaginoz (BV) və bətndaxili infeksiyanın dolayı ultrasəs əlamətlərinin (ciftin diffuz dəyişiklikləri, DM-nin hasil edilməsinin dəyişilməsi) kontrol qrupun pasiyentlərində əsas qrupla müqayisədə aşağı olmuşdur (Şək. 3.).

İstmikoservikal çatmamazlığın (İSÇ) tezliyi əsas qrupun pasiyentlərində kontrol qrupla müqayisədə (müvafiq olaraq 32,2% və 26,0%) yüksək olmuşdur ki, bu da hamilə qadınların prospektiv müayinəsi zamanı yeni ultrasəs meyarlarının işlədilməsi sayəsində diaqnostikanın keyfiyyətinin artması ilə bağlıdır. Aparılan müalicə tədbirlərinin sayəsində kontrol qrupun pasiyentlərində III trimestrdə ağırlaşmalar nisbətən az müşahidə olunmuşdur (Şək.4). Təqdim olunan məlumatlar vaxtındanəvvəl doğuşların yaranması təhlükəsinin tezliyinin 3 dəfə, FPÇ-nin - 2,5 dəfə, kolpitin - 5 dəfə, bakterial vaginozun – 2 dəfə azalmasını göstərir. Bu, şübhəsiz ki, müayinə olunan pasiyentlərdə hamiləliyin nəticələnməsinə də təsir etmişdir (Şək.5).

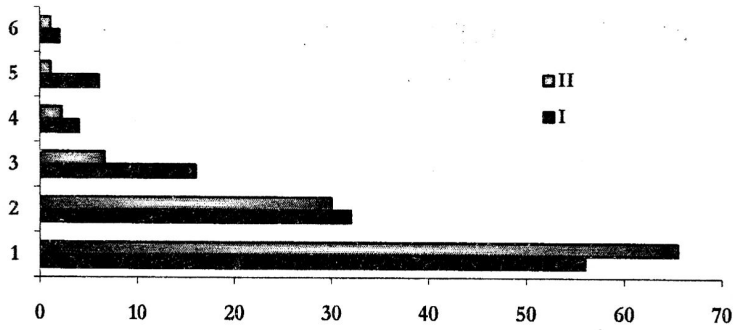


Şək. 3. Müayinə olunan hamilə qadınlarda II trimestrdə baş verən ağırlaşmalar. Şərti işarələr: I -1-ci qrup, II- 2-ci qrupp 1 – HB təhlükəsi, 2 – hestoz, 3 – kolpit, 4 – BV, 5 – ciftin dəyişiklikləri, 6 – DM-nin dəyişiklikləri, 7 – İSÇ



Şək. 4. Müayinə olunan hamilə qadınlarda III trimestrdə baş verən ağırlaşmalar. Şərti işarələr: I – qrup, II – 2-ci qrup. 1 – vaxtındanəvvəl doğuş təhlükəsi, 2 – hestoz, 3 – kolpit, 4 – BV, 5 – ciftin dəyişiklikləri, 6 – DM-nin ifrazının dəyişilməsi, 7 – FPÇ

Hamiləliyin aparılması zamanı tətbiq olunan taktikanın effektivliyinin əsas meyarları vaxtındanəvvəl doğuşların tezliyinin 2,4 dəfə (16%-dən 6,6%-ə qədər) və reproduktiv itkilərin 2,7 dəfə (başa çatdırılmamış hamiləliyin 4%-dən 2,2%-yə qədər; özbaşına abortların 6,0%-dən 1,1%-ə qədər; dölün antenatal ölümünün 2,0%-dən 1,1%-ə qədər) azalması hesab olunur.



Şək.5. Müayinə olunan pasiyentlərdə hamiləliyin nəticələri. Şərti işarələr: I – 1-ci qrup, II- 2-ci qrupp 1 – təbii doğuşlar, 2 – Keysəriyyə kəsiyi, 3 – vaxtındanəvvəl doğuşlar, 4 – inkişaf etməmiş hamiləlik, 5 – özbaşına düşüklər, 6 – dölün antenatal ölümü

Beləliklə, qarışıq EVİ olan pasiyentlər hamiləliyin başa çatdarılmaması və digər hestasion ağırlaşmalar üzrə yüksək risk qrupuna daxildirlər. Adekvat aparılan terapiya qadınların bu qrupunda hamiləliyin gedişinin yaxşılaşdırılmasına və reproduktiv itkilərin azalmasına imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Лозовская Л.С., Покрышкина У.Л., Бочаров Е.Ф., Мелешина О.Б. Диагностика энтеровирусной инфекции методами кариологического и иммуннофлюоресцентного анализа. Метод. Рекомендации. М.: Медицина, 2004, 14с.

2. Глинских Н.П., Пацук Н.Б. Перинатальные вирусные инфекции (этиопатогенез, диагностика, лечение и профилактика). Екатеринбург: ЕНИЖИ; АМБ, 2001, 128с.

3. Самойлова А.В. Внутриутробная инфекция в структуре заболеваемости и смертности новорожденных / Мат-лы II регион, научного форума «Мать и дитя». Сочи, 2008, с.252-253

4. Шабалов, Н.П. Проблемы классификации внутриутробных инфекций // Педиатрия, 2000, №1, с. 87-91

5. Кицак В.Я. Вирусные инфекции беременных: патология плода и новорожденных. Кольцово: ЗАО «Вектор-Бест», 2004, с.22–57

6. Cowan F.M. Developing preventative strategies in Europe // Int J Epidemiol 2001; vol 30, No6, p.588-589

РЕЗЮМЕ

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ЕЕ РОЛЬ ГЕНЕЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.Ф. Гейдарова

Как установлено, пациентки со смешанной энтеровирусной инфекцией представляют группу высокого риска по невынашиванию беременности и другим гестационным осложнениям. Адекватно проведенная терапия способствует улучшению состояния беременности и снижению репродуктивных потерь в этой категории женщин. Основным критерием эффективности применяемой тактики ведения беременных является снижение частоты преждевременных родов в 2,4 раза (с 16% до 6,6%) и репродуктивных потерь в 2,7 раза (неразвивающейся беременности с 4% до 2,2%; самопроизвольных абортов с 6,0% до 1,1%; антенатальной гибели плода с 2,0% до 1,1%).

SUMMARY

ENTEROVIRUS OF INFECTIONS AND ITS ROLE GENESIS INTERRUPTION OF PREGNANCY

N.F.Gejdarova

As it is established, patients with mixed enterovirus an infection represent group of high risk on interruption to pregnancy and another gestation to complications. Adequately spent therapy promotes improvement of a condition of pregnancy and decrease in reproductive losses in this category of women. The basic criterion of efficiency of applied tactics of conducting pregnant women is decrease in frequency of premature birth in 2,4 times (from 16 % to 6,6 %) and reproductive losses in 2,7 times (not developing pregnancy about 4 % to 2,2 %; spontaneous abortions from 6,0 % to 1,1 %; antenatal destructions of a child from 2,0 % to 1,1 %).

Daxil olub:27.05.2011

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ РЕНИНА, АЛЬДОСТЕРОНА И КАТЕХОЛАМИНОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

С.М. Кахраманова, А.Б. Бахшалиев, Г.Ч.Алиева
Научно-Исследовательский Институт Кардиологии им. академика Дж. Абдуллаева, Г.Баку,

Эссенциальная гипертония (ЭГ) является самым распространенным и прогностически неблагоприятным заболеванием сердечно-сосудистой системы [1]. В появлении и развитии симптомов ЭГ важное значение имеет активация симпатической нервной системы (СНС), которая, наряду с повышением активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), приводит к задержке ионов натрия и воды, к вазоконстрикции и повышению уровня артериального давления (АД) [2]. Доказано, что среди компонентов РААС значительная роль в контроле уровня АД принадлежит альдостерону. Продукция альдостерона во многом регулируется активностью предшествующих составляющих РААС. Рост уровня ренина плазмы, как правило, сопровождается увеличением плазменной концентрации альдостерона [3,4]. Общеизвестно, что кроме РААС уровень АД активно контролирует вегетативная нервная система (ВНС), способствующая достижению баланса симпатических и парасимпатических взаимодействий [5]. В настоящее время наиболее информативным и распространенным методом оценки тонуса ВНС и состояния РААС является анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) [6,7].

С точки зрения дальнейшего расширения представлений о патогенезе артериальной гипертензии (АГ) при ЭГ и обоснования новых подходов к ее лечению особую актуальность приобретает выявление взаимосвязей между активностью отдельных компонентов РААС и тонусом ВНС. В связи с этим ЦЕЛЬЮ настоящего исследования стало исследование изменений уровня ренина, альдостерона и катехоламинов в плазме крови у больных ЭГ в зависимости от степени артериальной гипертензии, а также изучение взаимосвязей показателей ВРС с концентрацией указанных выше нейрогормонов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В исследование не включались больные с симптоматическими гипертензиями, с сахарным диабетом, с бронхиальной астмой, с нестабильной стенокардией, со стабильной стенокардией напряжения III-IV функционального класса (ФК) по Канадской классификации, с инфарктом миокарда, с хронической сердечной недостаточностью III-IV ФК с фракцией выброса менее 40% по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца, с устойчивыми желудочковыми экстрасистолиями, с мерцательной аритмией.

Для изучения вегетативной регуляции и вариабельности ритма сердца у больных ЭГ использовался неинвазивный метод суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру на аппарате «ECG-pro-Holter» (Германия). Рассчитывались временные и спектральные характеристики ВСР, рекомендованные комитетом экспертов Европейского Общества Кардиологов и Североамериканского Общества стимуляции и электрофизиологии [7]. Среди временных показателей определяли: 1) SDNN – стандартное отклонение нормальных R-R интервалов (мс) – характеризует вариабельность в целом; 2) iSDANN – стандартное отклонение средних значений нормальных интервалов (мс) – характеризует симпатические влияния на сердце; 3) rMSSD – среднеквадратичное отклонение разницы последовательных нормальных интервалов – характеризует парасимпатические влияния на сердце; 4) pNN50 – процент последовательных интервалов, разница между которыми превышает 50 мс – характеризует парасимпатические влияния на сердце.

Среди спектральных характеристик ВСР оценивали следующие характеристики мощности спектра: высокочастотного компонента вариабельности (HF – High Frequency), отражающего относительный уровень активности парасимпатического звена регуляции; низкочастотного (LF – Low Frequency), отражающего относительный уровень симпатической активности; очень низкочастотного компонента (VLF-Very Low Frequency), характеризующего влияние высших надсегментарных вегетативных центров на сердечно-сосудистый подкорковый центр и отражающего состояние нейрогуморального (ренин-ангиотензин-альдостероновая система) и

метаболического уровней регуляции; полного спектра частот (TP- Total Frequency), отражающего суммарную активность регуляторных механизмов. Мощность спектра оценивалась в абсолютных единицах - мс^2 - площадь под кривой спектра, соответствующая определенному частотному диапазону. Измерение LF и HF проводилось также в относительных (нормализованных) единицах (LFnu и HFnu), которые представляют собой относительный вклад каждой колебательной составляющей в общую мощность спектра. Рассчитывались относительные показатели, отражающие процентный вклад каждого спектрального компонента в общий спектр нейрогуморальной регуляции (VLF%, LF %, HF %), при этом показатель общей мощности спектра TP принимался за 100%. Для оценки вегетативного баланса вычисляли также индекс симпатовагального взаимодействия - LF/HF, характеризующего соотношение симпатических и парасимпатических влияний.

Количественное определение ренина, альдостерона, катехоламинов (метанефрина и норметанефрина) в плазме крови проводилось методом иммуно-ферментного анализа (ИФА). Применялись наборы реактивов производства фирмы IBL (Германия): Renin RE53321, Aldosterone DB52001, Free Metanephrine and Normetanephrine RE59202. Измерения проводились на вертикальном фотометре Stat Fax 300 (USA). Образцы крови забирались и хранились согласно рекомендациям по использованию вышеперечисленных наборов реактивов.

Для изучения изменений уровня ренина, альдостерона и катехоламинов в плазме крови у больных ЭГ в зависимости от степени артериальной гипертензии пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу (группа 1) вошли 15 больных с АГ 1 степени, во вторую – 15 с АГ 2 степени (группа 2), а в третью – 20 пациентов с АГ 3 степени (группа 3).

Корреляционный анализ между показателями ВРС и уровнем нейрогормонов был проведен по всей группе больных ЭГ (n=50).

При статистической обработке результатов исследования использовался пакет прикладных программ Statistica 6,0 фирмы StatSoft.Inc (США). Данные представлялись в виде числа наблюдений (n), среднего значения, среднеквадратичного отклонения признака. В виду ассиметричности распределения проверка нулевой гипотезы проводилась с использованием непараметрического критерия U (Вилкоксона-Манна-Уитни). Для выявления связи между показателями ВРС и уровнем нейрогормонов использовали метод рангового коэффициента корреляции Спирмена. В качестве порогового уровня статистической значимости принималось значение $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Концентрации уровней ренина, альдостерона и катехоламинов в плазме крови у больных ЭГ в зависимости от степени артериальной гипертензии отражены в табл. 1.

Таблица 1

Уровни ренина, альдостерона и катехоламинов в плазме крови у больных эссенциальной гипертонией в зависимости от степени артериального давления

Показатели:	1 группа (n=15)	2 группа(n=15)	3 группа (n=20)
Ренин, пг/мл	8,09±0,05	18,99±0,1 P1-2<0,001	50,59±0,3 P2-3<0,001 P1-3<0,001
Альдостерон, пг/мл	61,78±0,5	119,65±1,3 P1-2<0,01	168,89±1,5 P1-3<0,05
Метанефрин, пг/мл	34,19±0,4	32,44±0,3	35,91±0,4
Норметанефрин, пг/мл	45,55±0,5	54,04±0,7	44,85±0,6

P – степень достоверности различий результатов между группами

Как видно из таблицы, у больных ЭГ, по мере возрастания степени артериальной гипертензии, наблюдалось достоверное увеличение показателей уровня ренина и альдостерона плазмы крови, тогда как изменения уровней катехоламинов были незначительными. Это косвенно указывает на то, что по мере роста степени АГ при ЭГ важная роль в поддержании постоянного высокого уровня АД отводится в большей степени активации РААС, а роль симпатических модуляторов, видимо вследствие истощения адренорецепторов по мере

прогрессирования гипертензии, постепенно ослабевает. Подобные изменения наблюдается в исследованиях и ряда других авторов [8].

В виду того, что в настоящее время наиболее информативным, неинвазивным и распространенным методом оценки тонуса ВНС является анализ ВРС, мы решили провести корреляционный анализ между уровнем ренина, альдостерона и катехоламинов с временными и спектральными показателями ВРС у больных ЭГ для того, чтобы выявить взаимосвязь между указанными параметрами.

Данные корреляционной взаимосвязи отражены в таблице 2, из которой видно существование отрицательной корреляции между уровнем нейрогормонов и временными показателями ВРС, отражающими парасимпатические влияния на сердечный ритм, особенно между SDNN и уровнем метанефрина (r=-0,504) и норметанефрина (r=-0,514), P<0,001, а также между rMSSD и уровнем метанефрина (r=-0,336), P<0,01. В то же самое время прослеживалась достоверная положительная корреляция между показателем симпатической активности iSDANN с уровнем метанефрина (r= 0,424), P<0,005 и норметанефрина (r= 0,319) P<0,01, что согласуется с данными других авторов [6,7,9,10]. Следовательно, по мере увеличения активности нейрогормонов наблюдается уменьшение общей ВРС (SDNN) за счет ослабления парасимпатических и усиления симпатических воздействий на сердечный ритм. В своей работе мы не нашли достоверной корреляции SDNN с уровнем ренина и альдостерона, тогда как в работе Подзолкова В.И. [11] у женщин с АГ и метаболическим синдромом обнаружена достоверная отрицательная корреляция между SDNN и уровнем ренина плазмы (r= -0,64).

Таблица 2

Корреляционные связи между содержанием ренина, альдостерона, метанефрина и норметанефрина плазмы крови с временными и спектральными показателями вариабельности ритма сердца у больных с эссенциальной гипертонией

	Ренин	Альдостерон	Метанефрин	Норметанефрин
Временные параметры:				
SDNN	-0,004	-0,044	-0,504 p<0,001	-0,514 p<0,001
iSDANN	-0,314 p<0,01	0,024	0,424 p<0,005	0,319 p<0,01
iSDNN	-0,073	-0,202	-0,222	-0,255
rMSSD	-0,038	-0,086	-0,336 p<0,01	-0,249
pNN50	-0,179	-0,066	-0,245	-0,229
Спектральные параметры:				
TP	0,44 p<0,001	0,154	0,186	-0,08
VLF	0,742 p<0,001	0,176	0,137	-0,008
LF	-0,724 p<0,001	-0,228	0,151	0,233
HF	-0,64 p<0,001	-0,266	-0,122	-0,124
HFnu	-0,141	-0,162	-0,447 p<0,005	-0,59 p<0,005
LFnu	0,198	0,06	0,419 p<0,001	0,467 p<0,001
LF/HF	0,154	0,113	0,486 p<0,001	0,564 p<0,001
VLF%	0,739 p<0,001	0,255	-0,004	-0,053
LF%	-0,737 p<0,001	-0,23	0,136	0,22
HF%	-0,671 p<0,001	-0,301 p<0,01	-0,109	-0,068

P – степень достоверности корреляции

Среди спектральных параметров ВРС не до конца ясно происхождение волн сверхнизкой частоты (VLF). Одни ученые предполагают, что по своей природе они близки к симпатическим маркерам ВНС, другие высказывают предположение об их гуморально-метаболическом генезе, составляющими компонентами которого являются активность РААС, состояние системы терморегуляции, физическая активность и центральные эрготропные механизмы [7,12]. В нашей работе мы обнаружили высокодостоверные положительные корреляционные связи между волнами VLF как в абсолютных единицах (r=0,742), так и в процентном отношении (VLF%, r=0,739), P<0,001 с уровнем ренина плазмы крови. В работе Панферовой Е.К. у женщин с АГ также обнаружены положительные корреляционные связи VLF% с активностью ренина плазмы со степенью корреляции r=0,51, P<0,01 [13]. Кроме того, в нашем исследовании обнаружена тенденция к положительной корреляции VLF и VLF% с уровнем альдостерона. Все это доказывает, что волны сверхнизкой частоты действительно отражают активность РААС.

В данном исследовании обнаружена тесная положительная корреляционная связь уровней метанефрина и норметанефрина с маркерами симпатической активности спектральных параметров ВРС (LF/HF, r=0,486, r=0,564 и LFnu, r=0,419, r=0,467 соответственно, P<0,001) и отрицательная - с маркерами парасимпатической активности HFnu (, r= -0,447 и , r= -0,59 соответственно, P<0,005), что согласуется с данными других исследователей [7,11,13].

Однако противоречивыми являются корреляционные связи HF и LF с уровнем ренина и альдостерона. Так, у одних авторов [11] обнаружена положительная корреляционная связь показателя симпатической активности %LF с уровнем ренина (r=0,66) и альдостерона (r=0,8), а у других – тесная отрицательная связь HF и LF с активностью ренина (r= -0,467, r= -0,379 соответственно), и альдостерона (r= -0,689, r= -0,559 соответственно) [8]. В нашем исследовании также были обнаружены отрицательные корреляционные связи HF и LF как в абсолютных значениях, так и в процентном отношении с уровнем ренина и альдостерона плазмы крови (Таблицу 2). Это дополнительно свидетельствует об отчетливом уменьшении симпатических и парасимпатических влияний у больных ЭГ на фоне общего снижения воздействий ВНС на сердечно-сосудистую систему при одновременном росте активности РААС. А с другой стороны обращает внимание положительная корреляция показателя вагосимпатического баланса LF/HF с уровнем ренина и альдостерона (r=0,154 и r=0,113 соответственно), что косвенно может указывать на синергизм прессорных гуморальных влияний и симпатикотонии на сосудистый тонус у больных ЭГ.

ВЫВОДЫ. 1.У больных ЭГ по мере возрастания степени АГ наблюдается повышение количества активного ренина и альдостерона плазмы крови при относительно постоянном уровне катехоламинов. **2.**Обнаружение отрицательной корреляционной связи между уровнем нейрогормонов с маркерами активности парасимпатической нервной системы (SDNN, iSDNN, rMSSD, pNN50, HF, HFnu, HF%) и положительной – между уровнем катехоламинов с показателями активности симпатической нервной системы (iSDANN, LF, LFnu, LF%, LF/HF) свидетельствует о подавлении вагусной с относительным преобладанием симпатической активности по мере увеличения концентрации нейрогормонов в плазме крови у больных ЭГ. **3.**Маркерами активности РААС у больных ЭГ являются показатели очень низкочастотного компонента спектра (VLF, VLF%) вариабельности ритма сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джанашия П.Х., Потешкина Н.Г., Селиванова Г.Б. Артериальная гипертензия. М.: Миклош, 2007, 168 с.

2. Оганов Р.Г., Марцевич С.Ю., Колтунов И.Е. Гиперактивность симпатического отдела вегетативной нервной системы при сердечно-сосудистых заболеваниях и способы ее коррекции // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2003, т.2, №3, с.27-30

3. Пронин В., Гурова О. Клиника и диагностика синдрома гиперальдостеронизма // Врач, 2005, №3, с. 7-11

4. Чихладзе Н.М., Чазова И.Е. Симптоматическая артериальная гипертония при первичном и вторичном гиперальдостеронизме // Consilium medicum. Системные гипертензии, 2007, №1, с. 10-14

5. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы. Руководство для врачей. Москва «Медицина» 1991; 623 с.

6. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Мониторирование ЭКГ с анализом вариабельности ритма сердца. Москва «Медпрактика»2005; 222с.

7. Heart rate variability: Standarts of Measurement, Physiological Interpretation and Clinical Use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // Circulation, 1996, vol.93, p.1045-1065

8. Боровкова Н.Ю., Боровков Н.Н., Сиднев Б.Н., Обухова Е.О. Вариабельность ритма сердца, активность ренина и содержание альдостерона в плазме крови при артериальной гипертензии у больных хроническим гломерулонефритом с сохранной функцией почек // Терапевтический архив, 2009, т.81, №8, с. 20-23

9. Tygesen H., Eisenhofer G., Elam M. et all. Heart rate variability measurements correlates with sympathetic nerve activity in congestive heart failure // Eur Heart J, 1997, 18 (Suppl.), p. 592

10. Степура О.Б., Томаева Ф.Э., Гаджиев А.Н., Иванова С.В. Вариабельность сердечного ритма при хронической сердечной недостаточности // Российский кардиологический журнал, 2001, №2, с. 7-13

11. Подзолков В.И., Брагина А.Е., Панферова Е.К. Состояние вегетативного статуса и его взаимосвязь с гуморальными факторами у женщин в перименопаузе // Consilium medicum, Системные гипертензии, 2010, №4, с. 18-23

12. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных эхокардиографических систем (методические рекомендации) // Вестник аритмологии, 2001, №24, с. 65-87

13. Панферова Е.К. Гендерные особенности вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у пациентов с метаболическим синдромом // Автореф. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук, М., 2011, 24 с.

XÜLASƏ

ESSENSİAL HİPERTONİYA ZAMANI ÜRƏK RİTMİNİN VARİABELLİYİ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN QANIN PLAZMASINDAKI RENİN, ALDOSTERON VƏ KATEXOLAMİNLƏRİN KONSENTRASİYALARI İLƏ ƏLAQƏSİ

S.M. Qəhrəmanova, A.B. Baxşəliyev, Q.Ç.Əliyeva

Arterial hipertenziyanın (AH) dərəcəsindən asılı olaraq essensial hipertoniyalı (EH) xəstələrin qan plazmasındakı renin, aldosteron və katexolaminlərin səviyyəsi dəyişkənliyinin tədqiqi və ürək ritminin variabelliyi (ÜRV) göstəriciləri ilə bu neyrohormonların konsentrasiyası arasında əlaqənin öyrənilməsidir.

Tədqiqata I-II mərhələ, 1-3 dərəcəli EH-lı 50 xəstə (21 kişi və 29 qadın) daxil olmuşdur. EH-lı xəstələrdə ÜRV-nin öyrənilməsi üçün elektrokardioqrammanın Holter üsulu ilə sutkalıq monitorlanması metodundan istifadə olunmuşdur. Qan plazmasındakı renin, aldosteron, katexolaminlərin (metanefrin və normetanefrin) təyini immuno-ferment analizi metodu ilə həyata keçirilmişdir. Tədqiqat nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, EH-lı xəstələrdə AH-nın dərəcəsi artdıqca qan plazmasındakı katexolaminlərin nisbi daimliyi fonunda aktiv renin və aldosteronun miqdarı çoxalır. Parasimpatik sinir sisteminin aktivliyini əks etdirən göstəriilər ilə (SDNN, iSDNN, rMSSD, pNN50) neyrohormonların səviyyəsi arasında mənfi korrelyasiya əlaqəsi əşkar edilir. Simpatik sinir sisteminin aktivliyini əks etdirən göstəricilər ilə (iSDANN, LF, LF%, LFHF) katexolaminlər arasında müsbət korrelyasiya əlaqəsi müəyyən edilir. Bu əlaqələr EH-lı xəstələrin qan plazmasındakı neyrohormonların konsentrasiyasının artmasına müvaffiq olaraq simpatik aktivliyin nisbi üstünlüyü ilə müşayət olan vaqus aktivliyinin dəf olunmasından xəbər verir. EH-lı xəstələrdə renin-angiotenzin-aldosteron sisteminin aktivliyini ÜRV-nin spetr göstəricisi VLF əks etdirir.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP OF INDICATORS OF HEART RATE VARIABILITY IN THE CONCENTRATION OF RENIN, ALDOSTERONE AND CATECHOLAMINES IN BLOOD PLASMA IN ESSENTIAL HYPERTENSION

S.M. Gahramanova, A.B. Bakhshaliyev, G.Ch.Aliyeva

The purpose of this study was to study changes in the level of renin, aldosterone and catecholamines in blood plasma in patients with essential hypertension (EH) according to the degree of hypertension, as well as exploring the relationship heart rate variability (HRV) parameters with concentration above neurohormones. The study included 50 patients (21 men and 29 women) with EH stage I-II, 1-3 degrees. To study the autonomic regulation and HRV in patients was used daily monitoring ECG Holter on the unit «ECG-pro-Holter» (Germany). Quantitative determination of renin, aldosterone, catecholamines (metanephrine and normetanephrine) in blood plasma was measured by enzyme immunoassay (ELISA). The study found that patients with EH with increasing degree of hypertension observed increase in the number of active renin and aldosterone plasma at a relatively constant level of catecholamines. Finding a negative correlation between the level of neurohormones with markers of the parasympathetic nervous system activity (SDNN, iSDNN, rMSSD, pNN50, HF, HFnu, HF%) and positive - between the level of catecholamines with indices of sympathetic nervous system activity (iSDANN, LF, LFnu, LF% , LF / HF) showed adverse effects on the relative vagal predominance of sympathetic activity with increasing concentrations of neurohormones in the blood plasma of patients with EH. Markers of the RAAS in patients with EH are indicators of very low frequency spectral component (VLF, VLF%) of heart rate variability.

Daxil olub:25.03.2011

ПРИМЕНЕНИЕ ТИМОЗИНА-АЛЬФА1 В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПИОДЕРМИИ

Ф.Р.Махмудов, М.К.Мамедов, С.М.Сафарова
Азербайджанский медицинский университет, Национальныйцентр онкологии, Республиканская противочумная станция им.С.Имамалиева, г.Баку

Рецидивирующие инфекционные заболевания кожи, вызванные пиогенной кокковой инфекцией по-прежнему имеют широкое распространение во всем мире и составляют не последнюю проблему современной дерматологии [1].

Известно, что тридиционно применяемые для лечения этих заболеваний даже современные высокоэффективные антибактериальные препараты у части больных не обеспечивает ожидаемого эффекта и не позволяют добиться элиминации патогенных кокков, персистирующих в коже и ее дериватах. При этом неоднократно высказывалось мнение о том, что недостаточная эффективность лечения таких больных может быть обусловлена ослаблением функций иммунной системы и, в первую очередь, снижением протективной активности факторов врожденного иммунитета, обеспечивающих неспецифическую, в том числе, локально реализуемую противоинфекционную резистентность организма [2]. На обоснованность этой точки зрения указывает тот факт, что у больных СПИД развитие пиогенных заболеваний кожи является одним из клинических признаков развития иммунологического дефицита [3].

Поэтому, с учетом этого соображения в настоящее время в лечении таких больных, как и больных с другой хронической патологией бактериальной этиологии, регулярно используется комплексная терапия, включающая, наряду с антибиотиками, иммуномодулирующие и адаптогенные препараты, за счет которых эффективность лечения удается повысить [4].

Однако большинство из этих препаратов обладает умеренно выраженной способностью стимулировать эффекторные факторы иммунологической реактивности и не оказывают выраженного позитивного влияния на течение инфекционных процессов.

Лишь сравнительно недавно полученные с помощью современных наукоемких технологий препараты на основе цитокинов и их синтетических аналогов характеризуются высокой иммунотропной активностью и способны оказывать выраженное аддитивно-терапевтическое влияние на течение бактериальных инфекций.

Классическим примером успешного применения таких средств в клинической практике могут стать препараты альфа-интерферона [5] и, особенно, нейпоген (филграстим). Последний, будучи лишь колониестимулирующим фактором, при введении в комбирнации с антибиотиками, значительно усиливает терапевтический эффект последних. Именно это свойство нейпогена снискало ему репутацию высокоэффективного средства для лечения синдрома "диабетической стопы" и пиогенных заболеваний кожи [6].

Вместе с тем, абсолютное большинство таких препаратов, включая интерфероны и нейпоген, характеризуется высокой реактогенностью и наличием выраженных побочных токсических эффектов, частое проявление которых препятствует расширению области их клинического применения.

Единственное исключение в этом отношении составляет лекарственный препарат на основе полного, химически синтезированного из аминокислот, аналога тимозина-альфа1 (Та1) - пептида из группы тимических гормонов [7].

Этот препарат, производимый под коммерческим названием "задаксин", как и Та1, обладает выраженной способностью стимулировать естественную противоинфекционную (в том числе, противобактериальную) резистентность и, при этом, практически полностью свободен от каких-либо клинически значимых побочных действий [8].

На существование возможности применения Та1 в указанном качестве косвенно указывали результаты исследования его антиинвазивных свойств, обнаруженных еще в конце 80-х гг XX в [9]. Однако, учитывая отсутствие в литературе данных о наличии у Та1 прямых антибактериальных свойств, можно было бы теоретически допустить, что лечебный эффект Та1 при бактериальных инфекциях обусловлен именно такими свойствами этого пептида [10].

Но в специально проведенном нами бактериологическом исследовании, посвященном оценке характера влияния Ta1 на рост золотистого стафилококка и синегнойной палочки в питательных средах, выявить его способность оказывать бактериостатическое действие не удалось [11]. В то же время, введение Ta1 в сочетании с антибиотиками животным с бактериальными инфекциями привело к усилению антибиотического эффекта [12].

Эти данные прямо указывали на то, что лечебное действие Ta1 при бактериальных инфекциях следует связывать только с иммунотропной активностью этого вещества, реализация которого, в итоге, приводит к повышению противоинфекционной, а точнее, противобактериальной резистентности макроорганизма. Это, в свою очередь, означало, что Ta1 при бактериальных инфекциях может применяться как патогенетическое средство, стимулирующее иммунологическую реактивность.

Изложенные выше соображения побудили нас специально исследовать в клинических условиях возможность применения задаксина в качестве компонента комбинированной терапии больных хроническими пиодермиями.

Под нашим наблюдением находилось 18 больных хронической пиодермией. Среди больных было 11 женщин и 7 мужчин в возрасте от 28 до 40 лет. Все пациенты на протяжение нескольких лет периодически получали антибактериальную терапию с наружным применением глюкокортикоидных гормонов различной силы и направленности. При клинико-лабораторном обследовании у всех больных были выявлены признаки иммунологической недостаточности, что, по всей вероятности, было причиной рецидивов заболевания.

Всем больным был назначен курс антибактериальной терапии антибиотиком широкого спектра действия, который в каждом случае индивидуально выбирался исходя из результатов определения in vitro чувствительности выделенного у них штамма кокковой инфекции. Антибиотики назначались в стандартных дозах и режимах.

Все больные были разделены на две группы. Первая группа - 8 пациентов, одновременно с антибиотикотерапией получили короткий курс терапии задаксином, который вводился подкожно в дозе 1,6 мг в режиме 3 инъекции в неделю на протяжение 2 недель.

Вторая группа - 10 больных, одновременно с антибиотикотерапией на протяжение 2 недель получили курс терапии тималином, который вводился подкожно в стандартных дозах и режиме.

В качестве критериев оценки эффективности комбинированной терапии использовали такие клинические показатели, как быстрота купирования клинических проявлений, быстрота эпителизации поврежденных кожных покровов, а также длительность ремиссий после завершения лечения. Сравнивая эти критерии в обеих группах больных, мы оценили терапевтическую эффективность соответствующих программ лечения.

Как показало сравнение результатов наблюдения за группами больными, получившими лечение по указанным двум программам, у больных, получивших лечение задаксином, по сравнению с больными получившими лечение тималином, было отмечено более быстрое разрешение основных клинических проявлений заболевания (5-6 дней против 10-15 дней) и более быстрое заживление пораженных участков кожи. И наконец, после завершения терапии среди больных, получивших лечение задаксином на протяжение 6 месяцев не было отмечено ни одного повторного рецидива.

Эти данные, а также отсутствие каких-либо признаков пробочного токсического воздействия задаксина, позволяют полагать, что применение Ta1 в комбинированной терапии хронической пиодермии может обеспечить повышение эффективности лечения и вероятно имеет определенные преимущества перед программами лечения, включающими другие иммуномодулирующие препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматовенерология. Национальное руководство. М: Гэотар-Медиа, 2011, с.1024
2. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Современные представления о защите организма от инфекций.// Иммунология, 2000, N.1, с.61-64;
3. Барлетт Дж., Галлант Дж., Фам Л. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.:Р.Валент, 2010, 496 с.
4. Маянский А.Н. Патогенетическая микробиология. Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2006, 519 с.
4. Современные иммуномодляторы. Материалы российкой научной конференции. СПб., 2009, 148 с.

5. Ершов Ф.И., Кадырова А.А. Интерфероны как стимуляторы иммунологически обусловленной резистентности.- Биомедицина, 2004, №1, с.17-22.

6. Filgrastim (r-CSF) in clinical practice. Eds.G.Morstin T.Dexter, M.Foote. NY: Markel Dekker Inc., 1998, 675 p.

7. Кребс Р. Биология и иммунофармакология тимозина-альфа1 // Биомедицина, 2003, №2, с.9-13.

8. Zadaxin. Product monography. San Diego, 2000, 78 p.

9. Мамедов М.К., Кадырова А.А., Дадашева А.Э.и др. Плейотропность биологической активности тимозина-альфа1 как основа терапевтической эффективности задаксина при онкологических и инфекционных заболеваниях.// Азерб. Ж. онкологии, 2011. №1, с.34-37.

10. Сафарова С.М., Мамедов М.К. О перспективах применения тимозина-альфа1 в лечении инфекционных заболеваний вирусной и бактериальной этиологии.// Современые достижения азербайджанской медицины, 2011, №3, с.7-12

11. Сафарова С.М., Абдуллаев Р.М. Влияние тимозина-альфа1 на развитие бактериальных инфекций in vitro и in vivo. / Сборник тезисов 5-й международной научно-практической конференции по туберкулезу и болезням легких. Баку, 2011, с.87

12. Абдуллаев Р.М. Сафарова С.М., Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Влияние тимозина-альфа1 на эффективность антибиотикотерапии экспериментальных бактериальных инфекций.// Биомедицина, 2011. №3, с.18-20

SUMMARY

APPLICATION OF THYMASIN-ALHA1 IN THE COMBINED TREATMENT OF CHRONIC PYODERMIA

F.Makhmudov, M.Mamedov, S.Safarova

The authors carried out clinical trial devoted investigation of possibility to applicate thymosin-alpha 1 in combined therapy of patients with chronic pyodermias. The results obtained in this observation demonstrated that application of thymosin-alpha1 permitted to increase effectivity of treatment in more degree in comparing with application of thymalin.

XÜLASƏ

XRONIK PIODERMIYANIN KOMBINƏOLUNMUŞ MÜALICƏSINDƏ TIMOZIN- ALFA-1- IN TƏTBIQI

F.R.Mahmudov. M.Q.Məmmədov, S.M.Səfərova

Müəlliflər xronik piodermiyanın kombinəolunmuş müalicəsində timozin- alfa-1- in tətbiqinə aid tədqiqat işlərinə həsr olunmuş klinik müşahidələr aparmışlar. Bu müşahidələr nəticəsində əldə olunan nəticələrdən məlum olmuşdur ki, timozin- alfa-1- in tətbiqi nəticəsində timolinə nisbətən müalicədə daha çox effektivlik əldə olunmuşdur.

Daxil olub:07.03.2011

КАНДИДОЗ И ДРУГИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

А.Дж. Агамалиева, А.Г. Рахманова, А.Н.Виноградова

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку; Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, г.Санкт-Петербург

ВИЧ-инфекция представляет серьезную проблему здравоохранения в связи с неуклонном ростом заболевания в мире, России, в Санкт-Петербурге, в частности [2]. В мире зарегистрировано около 40 млн. инфицированных, ежегодно появляется около 2,5 млн. новых случаев. Неблагоприятная ситуация по ВИЧ/СПИД сохраняется в восточной Европе, так в России ежегодно выявляется 60 тыс. новых случаев ВИЧ- инфицированных, а в Санкт-Петербурге-3,5-4 тыс. человек. [1,4,9]

Неуклонный рост ВИЧ-инфекции сопровождается нарастанием частоты тяжелых форм заболевания, нередко со смертельным исходом, так в Санкт-Петербурге ежегодно наблюдается около 1000 случаев смерти, кумулятивный показатель с 1987 года превысил 5,5 тыс. человек [2,3]. Рост числа тяжелых форм заболевания требует расширения подходов к ВААРТ, которая является залогом снижения смертности при своевременном назначении приверженности к ней [5,10].

В 2001 году эпидемический подъем заболевания был обусловлен наркопотребителями, однако в последние годы число больных, заразившихся употреблением наркотиков, уменьшилось в связи с тем, что увеличился половой путь передачи [11]. В этой связи число женщин с ВИЧ-инфекцией составило 35-40% от общего числа ВИЧ- инфицированных, в то

время как в предшествующие годы число ВИЧ- инфицированных мужчин было в 2-3 раза больше, чем женщин. Наряду с этим отмечено числа беременных женщин, которые принимают решение в пользу рождения ребенка [3]. Это обусловлено тем, что в настоящее время женщины информированы о возможности перинатального ВИЧ-инфицирования и рождения здорового ребенка. В Санкт-Петербурге ежегодно от ВИЧ- инфицированных женщин рождается от 300 до 500 младенцев [6].

ЦЕЛЬЮ нашей работы явилось изучение состояния ротовой полости ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возроста, которое может иметь большое значение для профилактики прогрессирования заболевания и успешного лечения, а также для рождения здорового ребенка при условии проведения полноценной химиопрофилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами были изучены 148 историй болезни ВИЧ- инфицированных женщин репродуктивного возроста (от 18 до 45 лет), в том числе 58 беременных. В процессе исследования изучалась медицинская карта больного, результаты осмотра инфекционистом, другими специалистами, а также детально изучались данные, представленные в карте пациента стоматологами центра СПИД.

Стандартное лабораторное исследование женщины и ребенка включало следующие исследования: полимеразная цепная реакция (ПЦР) на ВИЧ, определение количества РНК-копий ВИЧ-вирусная нагрузка (ВН), кровь на резистентность к антиретровирусным препаратам, исследование иммунного статуса с определением CD-3, CD-4, CD-8-лимфоцитов, проводился иммуноферментный анализ (ИФА), иммуноблотинг (ИБ) на анти ВИЧ-IgG, определяются маркеры вирусных гепатитов В, С (методом ИФА, ПЦР).

Стадии ВИЧ-инфекции взрослым и детям устанавливались согласно Российской классификации [4], а также учитывалась категория иммунологического статуса по классификации CDC [2].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета программ Stastistica for Windows (версия 6.0) в соответствии с общепринятыми стандартами математической статистики. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ. В результате проведения исследования нами было установлено, что состояние ротовой полости у женщин с ВИЧ-инфекцией недостаточно санировано, что, безусловно сказывается на эффективности течения ВААРТ.

В ходе исследования было проанализировано 148 историй болезни ВИЧ-инфицированных женщин детородного возроста.

Больные по возросту распределялись на категории, одна из которых- от 15 до 20 лет, среди них 3 женщины из 148 обследованных или 2%. В возросте от 21 до 25 (16 из 148- 10.8%), 26-30 (66 из 148- 44.8%), 31-35 (39 из 158- 26.4%), 36-40 (16 из 148- 10.8%), 40-45 (8 из 148- 5.4%). Следовательно большенство пациенток было в возрасте до 30 лет.

Большенство больных заразились половым путем: 93 из 148, что составляет 62.8% от общего числа обследованных женщин. Остальные женщины заразились инъекционным путем, употребляя внутривенное введение наркотиков- 55 из 148 или 37.2%.

Хронический гепатит С наблюдался у 61 из 148 (41.2%) женщин с ВИЧ-инфекцией, гепатит В- у 20 (13.5%). Не имели маркеров гепатитов В и С 67 пациенток или 45.3%.

Большенство больных имели незаконченное среднее, полное среднее или среднее специальное образование- 105 из 148 (70.9%). Высшее или неполное высшее образование отмечено у 38 больных (25.7%). Не сообщили о своем образовании 5 больных (3.4%).

Меньшая часть женщин- 72 из 148 (48.6%)- имели работу, остальные 51.4% (76 женщин) были безработные.

Замужем было 43 из 148(29.1%), на остальные 70.9% приходились незамужние женщины, женщины в разводе, а также 1 вдова.

У 68 из 148 пациенток, что составляет 45.9%, были дети. Из числа родивших 4 женщины были лишены родительских прав. Оставшиеся 54.1% женщин являлись бездетными. Среди и тех, и других также наблюдались беременные.

По уровню CD4 клеток больные распределялись:

До 200 клеток/мкл- 21 из 148 (14.2%),

200-500 клеток/мкл- 81 из 148 (54.7%),

500 и выше клеток/мкл- 46 из 148 (31.1%).

Большенство больных находились на стадии 4А-Б (65%) и имели 1-ю иммунологическую категорию- CD4 менее 200 клеток/мкл (38.1%). Остальные больные имели 3ью иммунологическую категорию.

Вирусная нагрузка была ниже определяемого уровня (40 копий РНК-ВИЧ в мл) у 17 из 148 обследованных женщин (11.5%). Эти больные получали антиретровирусную терапию, соблюдая режим лечения. У таких больных состаяние полости рта было удовлетворительным. У остальных женщин уровень вирусной нагрузки определялся повышенным до 100000 копий РНК в мл у 108 женщин (73.0%). 100000-1000000 РНК-ВИЧ копий в мл определены у 20 женщин (13.5%), выше 1000000 у 3 женщин (2.0%). У всех этих больных отмечалась та или иная патология слизистой полости рта. Из них только 33.8% не принимали ВААРТ.

50 из 148 женщин (33.8%) не принимают ВААРТ, так как не нуждаются в ее использовании или ожидают решения комиссии на получение данной терапии. ВААРТ со схемой комбивир и калетра принимают 35 беременных женщин из 148 (23.6%) пациенток. Оставшиеся 63 (42.6%) пациентки принимают различные комбинации препаратов, в число которых, помимо двух ранее названных, входят следующие: 3TC, стокрин, ритонавир, АЗТ, видекс, вирамун, реатаз, АВС, зерит и фосфазит.

Среди зубных заболеваний у женщин с ВИЧ-инфекцией наиболее распространенным являются множественные очаги одонтогенной инфекции, обнаруженные у 22 женщин из 148. Гингивит в ходе осмотра был выявлен у 18 из 148 женщин, у такого же количества женщин был обнаружен Пародонтит, кандидоз-у 10, лейкоплакия-у 11. Все вышеперечисленные заболевания относятся к заболеваниям слизистой полости рта.

Обследуемые нами больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли больные, у которых было изучено состояние полости рта с ВИЧ-инфекцией половым путем заражения . Таких больных было 93 или 62.8%. Эти больные находились преимущественно во 2ой иммунологической категории (55 больных). У них выявлялся кандидоз на слизистых рта (30.1%). Заболевания полости рта (множественные очаги одонтогенной инфекции, пародонтит, пародонтоз) отмечались у 19 больных (20.4%). Заболевания слизистой рта (гингивит, лейкоплакия щек и языка) были отмечены у 22.6% . Таким образом, в санации в полости рта нуждалась две трети больных.

У 2ой группы больных, которые заразились инъекционным путем (55 больных) наблюдался хронический вирусный гепатит С, большенство из них не соблюдали режима приема ВААРТ. Большая часть больных имели 1 или 2 иммунологическую категорию, и находились на 4Б, 4В стадиях ВИЧ-инфекции. У них выявлены существенные патологии полости рта. Почти у половины больных был выявлен творожистый налет на зубах или языках (кандидоз)- у 41.8% больных. У 25 больных (45.5%) выявлены заболевания полости рта, к которым относятся множественные очаги одонтогенной инфекции, пародонтит, пародонтоз, что статистически-достоверно чаще, чем у больных 1ой группы. У одной трети больных (29.1%) обнаружены заболевания слизистой полости рта (гингивит, лейкоплакия). Следовательно, эта группа пациентов требовало тщательной санации рта, они не соблюдали правил личной гигиены, к стоматологам не обращались и, как показали результаты анкетирования,считали, что санация полости рта не имеет большого значения для исхода заболевания, и отказывались от лечения. Эта группа является наиболее трудной для общения, с ними очень трудно проводить анкетирование и достигнуть результатов санации полости рта приходится путем повторных и многократных усилий.

Особое внимание было уделено бееременным женщинам с ВИЧ-инфекцией, которые находились на химиопрофилактике и получали, как было отмечено ранее, комбивир и калетру. Не смотря на то, что большенство женщин из этих больных (48 из 58) находились во2ой и 3ей иммунологической категориях, что, вероятнее всего, связано с регулярным употреблением ВААРТ. Состояние полости рта у них также было недостаточно удовлетворительным. Наиболее существенно наличие у одной трети больных множественных очагов одонтогенной инфекции , пародонтита и пародонтоза, которые, к сожелению, ни в центре СПИД, ни в женской консультации санированы не были (32.8%). Эти данные необходимо учесть и использовать в дальнейшей работе, ибо рождение здорового ребенка в существенной степени зависит от состояния ротовой полости. С этой группой необходимо особая работа по анкетированию, использованию специальных доступных средств их подготовки к осознанию

ими необходимости санации полости рта и соблюдению режима полости рта для воспитания здорового поколения.

Таблица 1

Состояния ротовой полости у пациентов с ВИЧ-инфекцией (половой путь заражения)

Уровень CD4 клеток	Число (п)	Белый творожистый налет на слизистой рта, зубах (кандидоз)		Заболевания полости рта (множественные очаги одонтогенной инфекции, пародонтит, пародонтоз)		Заболевания слизистой рта (гингивит, лейкоплакия языка, щек)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 200	8	2	25,0	4	50,0	3	37,5
200-500	47	14	29,8	11	23,4	10	21,3
Свыше 500	38	12	31,6	4	10,5	8	21,1
всего	93	28	30,1	19	20,4	21	22,6

Таблица 2

Состояние полости рта у пациенток, заразившихся ВИЧ инъекционным путем (п=55)

Уровень CD4 клеток	Число (п)	Белый творожистый налет на слизистой рта, зубах (кандидоз)		Заболевания полости рта (множественные очаги одонтогенной инфекции, пародонтит, пародонтоз)		Заболевания слизистой рта (гингивит,лейкоплакия языка, щек)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 200	20	7	35,0	7	35,0	7	35,0
200-500	24	10	41,7	12	50,0	6	30,0
Свыше 500	11	6	54,5	6	54,5	3	27,3
всего	55	23	41,8	25	45,5	16	29,1

Таблица 3

Состояние полости рта у беременных женщин с ВИЧ-инфекцией

Уровень CD4 клеток	Число (п)	Белый творожистый налет на слизистой рта, зубах (кандидоз)		Заболевания полости рта (множественные очаги одонтогенной инфекции, пародонтит, пародонтоз)		Заболевания слизистой рта (гингивит, лейкоплакия языка, щек)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 200	10	2	20,0	6	60,0	-	-
200-500	26	8	30,8	7	26,9	7	26,9
Свыше 500	22	11	50,0	6	27,3	7	31,8
всего	58	21	36,2	19	32,8	14	24,1

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Приведенные результаты свидетельствуют о том, что санация полости рта, в особенности у беременных женщин, нуждается в совершенствовании. Необходимо обеспечить систематическую помощ в санации полости рта беременным с ВИЧ-инфекцией для обеспечения успешного ВААРТ и рождения здорового ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е. Е., Яковлев А. А. ВИЧ-инфекция. Спб.: Возрождение, 2004. 696 с.

2. Беляков Н. А., Рахманова А. Г. ВИЧ-инфекция и хронические вирусные гепатиты в Санкт-Петербурге в 2009 г.: Информационный бюллетень / Комитет по Здравохранению Санкт-Петербурга, «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» . Спб., 2010, 13 с.

3. Покровский В.В. Когда наступит перелом в борьбе со ВИЧ/СПИДом? // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2006, №6, с. 4-9

4. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. Химиопрофилактика ВИЧ от матери к ребенку. Спб.: Возрождение, 2004, 94 с.

5. Об организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и рожденным ими детьми.: Методическое письмо от 28. 08. 2006 № 4614-ВС / Минздравсоцразвития России. М., 2006, 36 с.

6. О профилактике передачи перинатальной инфекции в Российской Федерации: Методическое письмо / Минздравсоцразвития РФ. – 20.06.2007, № 4892-ВС. М., 2007, 15 с.

7. Amornwichet P., Teeraratkul A., Simonds R.j. Preventing mother-to-child HIV transmission: the first year of Thailand`s national program // JAMA, 2002, v. 288 (2), p. 245-248.

8. Жолобов В.Е., Кольцова О.В., Чикадзе Е.З. и др. Социальная и психологическая работа с семьями, затронутами проблемами ВИЧ/СПИДа. Спб.: Реноме, 2009, 64с.

9. Luo C. Strategies for prevention of mother-to-child transmission of HIV // Reproductive Halth Matters, 2000, v.8, № 16, p. 144-145.

10. Gisselquist D., Potteral J.J., Brody S. HIV transmission during paediatric health care in sub-Saharan Africa-risks and evidence // S Afr Med J., 2004, v. 94 (2), p.109-116

XÜLASƏ

REPRODUKTIV YAŞDA OLAN HİV- INFEKSIYALI QADINLARDA AĞIZ BOŞLUĞUNUN KANDIDOZU VƏ BAŞQA YOLUXMASI

A.C.Ağamalıyeva, A.H.Rəhmanova, A.N.Vinoqradova

Məqalədə HİV- infaksiyası olan 148 reproduktiv yaşda olan qadının ağız boşluğunun müayinəsinin nəticələri verilmişdir. Qrup xəstə ayrılmışdır. I qrup- cinsi yolla yoluxanlar, II qrup- inyeksion narkotik istifadəçiləri, III qrup- hamilə qadınlar. Xəstələrdə kilnik- virusoloji və immunoloji göstəricilər və yüksək antiretrovirus VAART-terapiyasının nəticələri tədqiq olunmuşdur. İnyeksiya yolu ilə yoluxan xəstələrdə CD4-limfosit göstəricilərinin daha aşağı olduğu, yüksək viruslu yüklənmə müşahidə olunmuşdur. Onlar VAART- dan müntəzm istifadə etməmişlər.

SUMMARY

CANDIDIASIS AND OTHER LESIONS OF THE ORAL MUCOSA IN HIV-POSITIVE WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

A.C.Agamaliyeva, A.G.Rahmanova, A.N.Vinoqradova

The results of the study of the oral cavity in 148 women of childbearing Age with HIV infection. Were divided into 3 groups of patients. Group 1-infected sexually, second group-injecting drug users, 3 group-pregnant women. In patients studied clinical and virological and immunological outcomes and results receiving highly active antiretroviral therapy-HAART. In patients infected by injection, at the most low CD4-lymphocytes, high viral load, they do not regularly take HAART.

Daxil olub:05.04.2011

МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

Р.Ф.Абдуллаев, А.А.Меликов

НИИ Кардиологии им. акад. Д.Абдуллаева, г.Баку

В настоящее время в литературе все чаше встречаются работы, посвященные изучению нейрогуморальной активности сердца. Еще в 1980 году deBold и соавт.в эксперименте на животных обнаружили диуретический эффект экстракта из тканей предсердий [1]. Позже была идентифицирована химическая структура этого вещества и названа предсердным натрийуретическим пептидом (ПНП) [2]. В 1988 году похожий натрийуретический пептид был выделен из мозгового вещества свиней и был назван мозговым натрийуретическим пептидом (МНП) [3]. Источником ПНП являются предсердия(в меньшей степени желудочки), а МНП – в основном желудочки сердца. Есть еще С-натрийуретические пептиды (СНП) – которые продуцируются тканью мозга и эндотелием сосудов. Все натрийуретические пептиды являются физиологическими антагонистами ангиотензина II, секреции альдостерона, усиления реабсорбции натрия и повышения тонуса сосудов.

Основным стимулом к повышеннию секреции МНП и СНП является объемная перегрузка предсердий [4]. Основным триггером для выделения МНП является повышение напряжения миокарда и увеличение конечно-диастолического давления левого желудочка [5,6].

В настоящее время повышенный интерес к нейрогуморальной активации связан с изучением роли МНП для ранней диагностики сердечной недостаточности и определения прогноза у больных ИБС.

Установлено, что в крови биологически активный гормон МНП состоит из 32 аминокислот и отделяется от N-терминального участка про-МНП (Nt-про МНП) [7]. Исследования показали, что Nt-про МНП имеет более продолжительный период полужизни, чем МНП. В связи с этим последние исследования в основном проводятся именно определением Nt-про МНП [7]. Определение концентрации МНП и Nt-про МНП в настоящее время широко применяется в диагностике хронической сердечной недостаточности и остром коронарном синдроме. Однако использования этих биологических маркеров у больных со стабильной стенокардией стенокардией изучено недостаточно.

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования явилось изучение уровня N терминального промозгового натрийуретического пептида у больных стабильной стенокардией напряжения и влияния на него нагрузочных проб.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обследованы 26 мужчин в возрасте от 39 до 68 лет (в среднем 53,05 ± 1,5 года) со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов. У всех больных отмечались типичные приступы стенокардии и положительный результат нагрузочной пробы на тредмил-тесте. Тредмил-тест проводили по модифицированному протоколу Bruce на компьютеризованной системе «Carello stress Test Cardioline» RHC 500. ЭКГ записывали в 12 стандартных отведениях исходно, затем на каждой минуте исследования и в течении 10 минут восстановительного периода. У всех обследованных был положительный нагрузочный тест.

Уровень Nt-про МНП в крови определялся методом иммуноферментного анализа на приборе «Immulite 2000» Nt-pro BNP (США). Полученные данные выражались в пг/мл. При этом за нормальный уровень Nt-про МНП принималась величина не более 125 пг/мл. Из исследования исключались больные с хронической сердечной недостаточностью и дисфункцией миокарда по данным эхокардиографии, крупноочаговым инфарктом миокарда в анамнезе, артериальной гипертензией II-III степени и заболеваниями системы органов дыхания. Все антиангинальные препараты, кроме сублингвального приема нитроглицерина, были отменены за 3 дня до исследования.

При статистической обработке данных применяли t-критерий Стьюдента, критерий x^2 и непараметрический критерий Вилкоксона. Различия считали достоверным при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Нами проанализированы уровни Nt про МНП в зависимости от возраста, функционального класса стенокардии, продолжительности корригированного интервала QT ($QT_{кор}$), площади P-терминального индекса и выраженности эпизодов транзиторной ишемии (глубина сегмента ST).

Подсчет указанных показателей производился как в покое, так и после нагрузочного теста.

В целом уровень Nt-про МНП у обследованных в покое был в пределах от 24 до 270 пг/мл и в среднем составил 114 пг/мл.

Результаты изучения уровня Nt-про МНП в покое представлены в табл. 1.

Как видно у лиц старше 55 лет по сравнению с больными до 55 лет уровень Nt-про МНП составил 125,4±26 и 93,5±22 пг/мл соответственно и был на 25,6 % больше. Разница была статистически недостоверной ($p> 0,05$).

При этом у больных со III ФК уровень Nt-про МНП был выше на 28,4%, чем у лиц со II ФК (137,6±24 и 98,4±31 пг/мл соответственно). Однако эта разница была также недостоверной ($p>0,05$).

При анализе связи интервала $QT_{кор}$ и P-терминального индекса с уровнем Nt-про МНП в покое получены следующие данные. Так у лиц с интервалом $QT_{кор}$ более 440 мсек уровень Nt-про МНП составил 130,6±23 пг/мл и был на 13,5% больше чем у больных с интервалом $QT_{кор}$ менее 440 мсек (115,6±21 пг/мл). Здесь также отмечена недостоверная разница ($p>0,05$). Такая же тенденция сохранялась и для показателя P-терминального индекса. Здесь у больных с площадью этого индекса больше 0,03 мм/сек уровень Nt-про МНП был на 14,3% больше, чем у лиц меньше 0,03 мм/сек (120,0±146 и 105,6±19,8 пг/мл соответственно). Здесь также разница между этими показателями оказалась недостоверной ($p>0,05$).

Таблица 1

Уровень nt-про мнп у больных стенокардией напряжения в покое

Возраст		Функциональный класс		Интервал $QT_{кор}$		Р-терминальный индекс	
до 55 лет	после 55 лет	II ФК	III ФК	<440 мсек	>440 мсек	<0,03 мм/сек	>0,03 мм/сек
93,5±22 пг/мл	135,4±26 пг/мл	98,4±3 пг/мл	137,6±24 пг/мл	115,6±21 пг/мл	130,6±23 пг/мл	105,6±19 пг/мл	140,0±24 пг/мл
p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	

Таким образом, изучение уровня Nt-про МНП в покое параллельно с возрастом, функциональным классом стенокардии, интервалом $QT_{кор}$ и Р-терминальным индексом не выявило статистически достоверной зависимости концентрации этого пептида от указанных показателей. В то же время, изучение уровня Nt-про МНП после проведения тредмил-теста выявило совсем противоположные результаты.

Как было отмечено выше у всех 26 больных на высоте нагрузочной пробы наблюдалось горизонтальное смешение сегмента ST на 1 мм и более от изолинии и сопровождались ангинозными болями.

В целом после проведения тредмил-теста уровень Nt-про МНП увеличился на 95% и достиг 230,5% пг/мл и был достоверно больше, чем в покое (p<0,01).

Как видно из таблицы 2. у лиц старше 55 лет по сравнению с больными до 55 лет уровень Nt-про МНП увеличился на 26% и достиг 270,6±25 и 180,4±208 пг/мл соответственно, а разница между ними была статистически достоверной (p<0,05). Такая тенденция сохранялась и для функционального класса стенокардии. После тредмил теста повышение уровня Nt-про МНП у больных III ФК был на 94,8 % больше, чем у лиц с II ФК и составил 280,3±25 и 195,6±19 пг/мл соответственно (p<0,05).

Анализ уровня Nt-про МНП в зависимости от продолжительности интервала $QT_{кор}$ и площади Р-терминального индекса показал, что после нагрузочного теста как у больных интервалом $QT_{кор}$ свыше 440 мсек так и у лиц с Р-терминальным индексом более 0,03 мм/сек происходит достоверное повышение уровней Nt-про МНП по сравнению с лицами с интервалом $QT_{кор}$ меньше 440 мсек и площадью Р-терминального индекса меньше 0,03 мм/сек (соответственно на 28,5 и 40,5%, p<0,05).

Интересные данные были получены при исследовании уровня в зависимости от выраженности транзиторной ишемии миокарда во время нагрузочной пробы.

Таблица 2

Уровень Nt-про МНП у больных стенокардией напряжения после проведения тредмил-теста

Возраст		Функциональный класс		Интервал $QT_{кор}$		Р-терминальный индекс	
до 55 лет	после 55 лет	II ФК	III ФК	<440 мсек	>440 мсек	<0,03 мм/сек	>0,03 мм/сек
180,4±28 пг/мл	270,5±25 пг/мл	195,6±19 пг/мл	280,3±25 пг/мл	210,4±26 пг/мл	2700,5±25 пг/мл	195,5±29 пг/мл	274,5±32 пг/мл
p<0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,05	

У больных со смешением сегмента ST более 1 мм уровень Nt- про МНП был в пределах 284,6±25 и был 42% больше, чем у лиц у которых депрессия сегмента была не более 1 мм от изолинии (200,9±18; p<0,05).

Таким образом, по результатам нашего исследования была выявлена достоверная положительная связь уровня Nt-про МНП после нагрузочного теста, с возрастом, функциональным классом стенокардии, интервалом $QT_{кор}$, площадью Р-терминалного индекса и выраженностью ишемии миокарда.

В исследовании M. Richards и соавт. [8], обследовавших 1049 пациентов со стабильной стенокардией, показано, что уровни МНП и Nt-про МНП не только сильно коррелировали с

возрастом, ФВЛЖ, но и явились сильнейшим независимым прогностическими факторами внезапной смерти.

Аналогичные результаты были получены в немецком исследовании [9], в котором 1085 больных со стабильной стенокардией наблюдались в течение 2,5 лет. Авторы пришли к выводу, что при исходном уровне МНП более 100 пг/мл значительно увеличивается риск развития острого коронарного синдрома.

Уровень МНП быстро и транзиторно повышался при нагрузочном тесте у пациентов со стабильной стенокардией, а степень такого повышения коррелировала с размерами зоны ишемии, которая оценивалась по данным однофотонной эмиссионной ядерной томографии [10, 11].

Однако в этих исследованиях нет указаний о наличии или отсутствии признаков дисфункции или сердечной недостаточности у обследованных ими лиц.

В отличии от вышеуказанных работ в наше исследование были включены лица без дисфункции левого желудочка и признаков сердечной недостаточности. Как было указано выше в покое мы не нашли убедительной связи между уровнем Nt-про МНП и такими показателями как возраст больных, функциональный класс стенокардии, интервал $QT_{кор}$, р-терминальный индекс. Однако после нагрузочной пробы обнаружен четкая положительная зависимость между этими показателями, а также выраженностью ишемии миокарда с уровнем Nt-про МНП. Это дает основание полагать, что транзиторная ишемия миокарда также, как и напряжение миокарда может способствовать повышению концентрации Nt-про МНП в крови, который является сильным предиктором сердечно-сосудистых событий.

Выводы: 1.У больных со стабильной стенокардией напряжения уровень Nt-pro МНП в покое не зависит от возраста, функционального класса, интервала $QT_{кор}$ и Р-терминального индекса. 2.После проведения тредмил-теста выявляется достоверная положительная связь между уровнем Nt-про МНП и возрастом, функциональным классом стенокардии, интервалом $QT_{кор}$, площадью Р-терминального индекса, а также выраженностью транзиторной ишемии миокарда. 3.Значительное увеличение уровня Nt-про МНП в крови после нагрузочного теста может быть связано не только физическим стрессом миокарда, но и возникновением транзиторной ишемии миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. De Bold A.S., Borenstein H.B., Veress A.T. et al. A rapid and potent natriuretic response to intravenous injection of atrial myocardial extract in rats // Life Sci., 1981, v. 28, p. 89-94.
2. Kangawa K., Matsuo H. Purification and complete amino acid seguence of a-human atrial natriuretic peptide (a-hanp) // Biochem Biophys Res. Commun., 1984, v. 118, p.131-139.
3. Sudoh T., Kangawa K., Minamino N. et al. A new natriuretic peptide in porcine brain // Nature, 1988, v.332, p.78-81
4. Globits S., Frank H., Pacher B. et al. Atrial natriuretic peptide release is more dependent on atrial filling volume than on filling pressure in chronic congestive heart failure // Am. Heart J., 1998, v.135, p.592-597.
5. Kazanegra R., Van Cheng, Carcia A. et al. A rapid test for B-type natriuretic peptide correlates with filling wedqe pressure in patients treated for decompensated heart failure: a pilot study // J. Car. Fail., 2001, v.7, p. 21-29.
6. Maede K., Tsutamoto T., Wada A. et al. Plasma brain natriuretic peptide as a biochemical marker of high left ventricular and diastolic pressure in patients with symptomatic left ventricular disfunction // Am. Heart J., 1998, v.135, p.825-832.
7. Vanderheyden M., Beartunec J. Brain and other natriuretic peptides: molecular aspects // Eur.J. of Heart. Fail., 2004, v. 3, p.261-267.
8. Richards M., Nicolls M., Espener E. et al. Comparison of B-type natriuretic peptides for assessment of cardiac function and prognosis in stable ischemic heart disease // J.Am. Coll. Cardiol., 2006, v.47, p.61-64.
9. Schnabel R., Lucos E., Pupprecht H.J. etal. B-Type Natriuretic Peptide and the Pisk of Cardiovascular Events and Death in patients with stable angina results from the Atherogene Study // J.Amer. Coll. Cardiol., 2006, v. 47, p.552-558.
10. Marumoto K., Hamadia M., Hiwada K. Increased secretion of atrial and BNP during acute myocardial ischemia induced by dynamic exercise in patients with angina pectoris // Clin Sci, 1995, v.88, p. 551-556.
11. Omland T. Clinical and laboratory diagnostics of cardiovascular disease: Focus on natriuretic peptides and cardiac ischemia // Scand. J. Clin. Lab. Invest. Supple., 2005, v. 240, p. 18-24

XÜLASƏ

SABİT GƏRGİNLİK STENOKARDİYASI ZAMANI QANDA BEYİN NATRİUMURETİK PEPTİDİNİN SƏVİYYƏSİ

R.F.Abdullayev, A.Ə.Məlikov

İşin əsas məqsədi sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə Nt-pro beyin natriumuretik peptidin (Nt-pro BNP) səviyyəsinin öyrənilməsi və yükləmə sınaqlarının ona olan təsirinin öyrənilməsi olmuşdur. Bu məqsədlə sabit gərginlik stneokardiyası olan 26 xəstədə (orta yaş 53,05±1,5) Nt-pro BNP-in qanda səviyyəsi həm sakitlik zamanı və həm də tredmil-test sınağından dərhal sonra öyrənilmişdir. Bu peptidin qanda olan səviyyəsi yaşla, QT_{kor} intervalı ilə, P-terminal indekslə və tranzitor işemiyanın dərəcəsi ilə qarşılıqlı əlaqədə öyrənilmişdir. Nəticədə müəyyən edilmişdir ki, sakitlik halında Nt-pro BNP-in qandakı səviyyəsinin bu göstəricilər ilə heç bir əlaqəsi yoxdur. Lakin yükləmə sınağından sonra bu peptidin səviyyəsi yaşın, funksional sinfin, QT_{kor} intervalının, P-terminal indeksin və tranzitor işemiyanın dərəcəsi ilə qarşılıqlı əlaqədə olub və statistik dürüst həddə çatır. Nt-pro BNP-in tredmil testdən sonrakı artım səviyyəsi həm miokardın fiziki stressi ilə və həm də tranzitor işemiya dərəcəsi ilə sıx bağlıdır.

SUMMARY

The level brain natriuretic peptide in stable angina pectoris.

R.F.Abdullaev, A.A.Malikov

The purpose of present study was to examine the level of N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT pro-BNP) in patients suffering from stable angina and influencing pectoris load tests. According to the classification of the Canadian Assosiation of Cardiologists 26 men aged 39 to 68 (average 53,05±1,5) suffering from stable angina pectoris III functional class were examined. All patients had typical angina attacks and positive result loading tests of tredmil-test. Tredmil-test was hold according to the modified Bruce's protocol. In examined patients suffering from stable angina the level of NT-pro BNP doesn't Only depend on the age but also on functional class , interval of QTcor and r-terminal index.The results of tredmil-test definitely show positive correlation between the level of NT-pro BNP and the patient's age, functional class stenocardia interval index, as well as the manifestation of transient myocardial ishemia.Significant increase of the level of NT-pro BNP in blood after load test may be resulted not only by physical stress of the myocardium ,but also by transient ischemia and infarction.

Daxil olub:15.04.2011

EPİDEMİOLOJİ ARAŞDIRMA: ŞƏKİ RAYON ƏHALİSİ ÜZRƏ SİDİK DAŞI XƏSTƏLİYİNİN FORMALAŞMASINDA QAN QRUPUNUN ROLU

R.T.Hüseynzadə

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Sidik daşı xəstəliyi (SDX) ən qədim xəstəliklər qrupuna daxildir. Belə ki, Miladdan əvvəl 4800-cü illərdən qalan Misir mumyalarında böyrək və sidik kisəsi daşlarına rast gəlinmişdir.

SDX Amerika Birləşmiş Ştatlarının əhalisinin 12%-də qeydə alınmışdır və bunların 50%-də xəstəliyin təkrarlanması müşahidə edilməkdədir [1,2]. Braziliya əhalisinin 5%-də SDX qeydə alınmışdır [3].

Kişilərdə qadınlara nisbətən SDX iki dəfə çox müşahidə edilir və ilk epizodlar xüsusilə 30 yaşlarında daha çox müşahidə edilir. Qadınlarda isə ilk epizodların 35 və 55 yaşları arasında müşahidə üstünlüyü qeydə alınır. [4].

Bir sıra elmi araşdırmalarda insanın qan qrupu ilə yaranmış xəstəliklər arasında əlaqənin ola bilmə ehtimalı haqda fikirlər mövcuddur. Belə ki, bura çoxlu sayda xəstəliklər daxildir və eyni zamanda sidik daşı xəstəliyi (SDX) də bu xəstəliklər qrupuna daxildir [5,6].

Dünya tibb elminə istinad etdikdə insanlar arasında qan qrupunun və rezus faktorunun yayılma səvyiyyəsində müxtəliflik mövcüddür.

İlk öncə bir sıra ölkələrdə insanlar arasında qan qrupunun rezus faktorunun paylanma tendensiyasına diqqət yetirək: Asiya: Rh+ (99%) və Rh- (1%); Qaradərili amerikalılar: Rh+ (93%) və Rh- (7%); Ümumi amerikalılar: Rh+ (99%) və Rh- (1%); Ümumi avropa: Rh+ (84%) və Rh- (16%) [13].

Bir sıra ölkələrdə aparılmış çalımalarda insanlar arasında qan qruplarının tiplərinə görə yayılma səviyyəsi aşağıdakı cədvəldə təsvir edilmişdir.

Cədvəl 1

Bir sıra ölkələrdə qan qruplarının paylanma səviyyəsi [14]

Ölkələr	Qan qrupu tipləri			
	O (I) %	A (II) %	B (III) %	AB (IV) %
Türkiyə	43	34	18	6
ABŞ	44	42	10	4
Hindistan	37	22	33	7
Almaniya	41	43	11	5
İtaliya	46	41	11	3
Yaponiya	30	38	22	10
Ukrayna	37	40	18	6
Ümumi-Asiya	40	28	27	5
Yunanıstan	40	42	14	5
Gürcüstan	46	37	12	4

Bir sıra elmi araşdırmalarda göstərilir ki, qan qrupu növü ilə SDX arasında əlaqə mövcuddur. Bu əlaqə xüsusilə O (I) qan qrupu ilə SDX arasında daha çox müşahidə edilmişdir. Belə ki, SDX O qan qrupu olan xəstələrdə daha çox aşkarlanmışdır. Eyni zamanda xəstələrdə cinslərinə görə xəstələnmə hadisələri hər iki cins üzrə 40 yaşlarında daha çox qeydə alınmışdır [7].

Hirszfeld və əmakdaşlarının fikrincə, əslinə qalanda hələlik qan qrupu ilə xəstəliklərin baş verə bilmə səbəbliyi arasındakı əlaqə tam mütləq fikir deyildir. Lakin düşünülür ki, qan qrupu ilə xəstəliklər arasındakı əlaqə genetik və ailəvi xarakter daşıyır. Lenko və əməkdaşlarının fikrincə qan qrupu ilə böyrək neoplazmaları arasında əlaqə yoxdur [8].

Bir sıra elmi araşdırmalarda statistik olaraq SDX-i olan xəstələr arasında O, A (II) və AB (IV) qan qrupları daha çox müşahidə edilmişdirsə, B (III) qan quru çox az sayda qeydə alınmışdır. Xüsusilə O qan qrupu ilə SDX-nin yaranması arasında risk ehtimalı baxımından müsbət statistik nəticələr əldə edilmişdir [9].

A qan qrupu olan insanların sidiyində kalsiumun toplanması digər qan qrupları ilə müqayisədə daha çox toplanır [10].

O qan qrupu olan insanlar arasında SDX daha çox qeydə alınmışdır və bu nəticə statistik olaraq dəyərləndirilmişdir [11].

V.P.Aleksandrov və əməkdaşlarının fikrincə SDX-i ilə qan qrupu arasında əlaqənin olmadığı nəticələri qeyd edilmişdir [12].

Beləliklə SDX-nin formalaşması ilə qan qrupu arasında əlaqə haqda müxtəlif elmi mənbələrdə fərqli fikirlər mövcuddur. Bu baxımdan araşdırmanın aktual olduğu ortaya çıxır.

Tədqiqatın məqsədi. Tədqiqatımızda Şəki rayon əhalisi üzrə SDX-nin formalaşmasında insanların qan qrupunun risk faktoru ola bilmə ehtimalının təhlilini aparmaq əsas məqsəd olaraq qarşıya qoyulmuşdur.

Tədqiqatın material və metodu. Tədqiqat materialı olaraq Şəki rayon Mərkəzi Xəstəxanasında 2007-2010-cu (may ayına kimi) illər üzrə stasionar müayinə və müalicə təyin edilmiş sidik daşı xəstəliyi olan 232 xəstə təşkil etmişdir. Xəstələrdən 172-i (74,14%) kişi, 60-ı isə (25,86%) qadın olmuşdur. Xəstələrin minimum və maksimum yaş hədləri 15> və 71<-dir. Ümumi orta yaş 39.69±18.83 olmuşdur. Kişilərin orta yaş həddi 40.24±16.93, qadınların orta yaş həddi isə 38.1±12.1 olaraq təyin edilmişdir. Kişi qadın nisbəti uyğun olaraq 2,87:1 olmuşdur.

Qeyd edək ki, bütün hesablamalar Microsoft Office Excel 2007 və «Statistika 6,0» proqramlarında həyata keçirilmişdir.

İlk öncə xəstələrin yaş göstəriciləri izahlı şəkildə aşağıdakı cədvəldə təsvir edilmişdir.

Cədvəl 2

Xəstələrin yaş səviyyələrinin say üzrə bölgüsü.

Xəstələrin cinsləri	Xəstələrin yaş qrupları						
	15>	16-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71<
	say	Say	say	say	Say	say	say
Kişi	2	57	27	42	25	9	10
Qadın	1	19	8	25	6	1	0
Ümumi	3	76	35	67	31	10	10

Cədvəldən də göründüyü kimi SDX olan 172 kişi xəstəsi üzrə 16-30 (57 xəstə-33,14%) (p<0,000) və 41-50 (42 xəstə-24,42%) (p<0,037) yaş qruplarında xəstə sayları daha çox müşahidə edilmişdir. SDX olan 60 qadın xəstəsi üzrə də 16-30 (19 xəstə-31,67%) (p<0,000) və 41-50 (25 xəstə-41,67%) (p<0,004) yaş qruplarında xəstə sayları daha çox olmuşdur. Eyni zamanda alınan bu göstəricilər ümumi xəstə sayında da təkrar olunmuşdur. Belə ki, SDX olan ümumi 232 xəstə üzrə 16-30 (32,76%) (p<0,000) və 41-50 (67 xəstə-28,88%) (p<0,003) yaş tiplərində daha yüksək sayda xəstə qeydə alınmışdır. Alınan bütün bu statistik dürüstlük nəticələri müsbət olaraq dəyərləndirilmişdir.

Digər bir mühüm məqam olaraq xəstələrin yaş səviyyələrinin qruplar üzrə orta ədəd (M) və nisbi xətalarının (m) hesablanmasdır və bu aşağıdakı cədvəldə təsvir olunmuşdur.

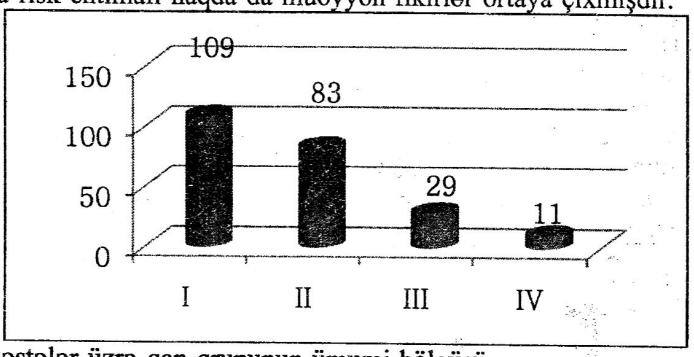
Cədvəl 3

Xəstələrin yaş səviyyələrinin orta rəqəm və nisbi xəta üzrə bölgüsü

Tədqiqat tipləri	Xəstələrin yaş qrupları						
	<15	16-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>71
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
Kişi	8±1,41	22,42±4,64	36,7±2,64	45,76±3,89	55±2,97	67±3,16	75,6±4,3
Qadın	-	24,05±3,04	35,87±2,7	45,32±2,44	54,5±3,27	-	0
Ümumi	10±3,6	22,83±4,4	36,5±2,64	45,6±3,41	54,9±2,98	67,1±3,0	75,6±4,3

Tədqiqat işimizdə xəstələrin qan qrupunun SDX-nin formalaşmasındakı risk ehtimalının tədqiqi həyata keçirilmiş və bu təhlil bir neçə diaqramda şərh edilmişdir.

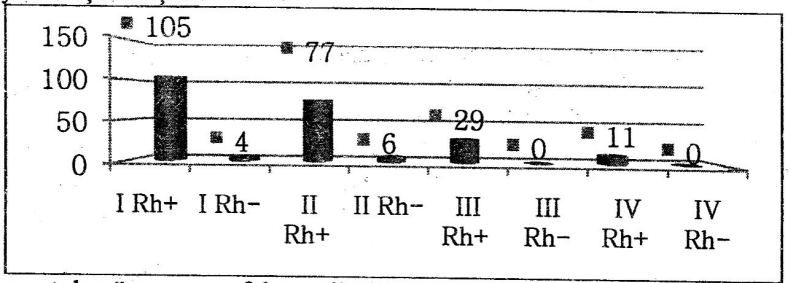
İlk olaraq aşağıdakı diaqramda SDX olan xəstələrdə qan qrupunun tiplərinə görə paylanma səviyyəsi təsvir edilmişdir. Eyni zamanda aparılan bu bölgü əsasında insanın qan qrupunun SDX-nin formalaşmasında risk ehtimalı haqda da müəyyən fikirlər ortaya çıxmışdır.



Şək. 1. Bütün xəstələr üzrə qan qrupunun ümumi bölgüsü

Tədqiqat qrupuna daxil SDX olan 232 xəstəyə nəzərən, I qan qrupu olan xəstələr digər qan qrupları ilə müqayisədə say etibari ilə daha çoxdur-109 xəstə (46,98%). İkinci sırada II qan qrupu olan xəstələr yer almaqdadır-83 xəstə (35,77%) (p<0,018). III və IV qan qrupu olan xəstələr isə əvvəlki qan qrupları ilə müqayisədə az hallarda qeydə alınmışdır (p>0,27 və p>0,706). Buradan da belə bir fikir ortaya çıxır ki, SDX xüsusilə I qan qrupu olan insanlarda daha yüksək risk təşkil edir. Alınan bu nəticə statistik olaraq öz təsdiqini tapmışdır (p<0,004).

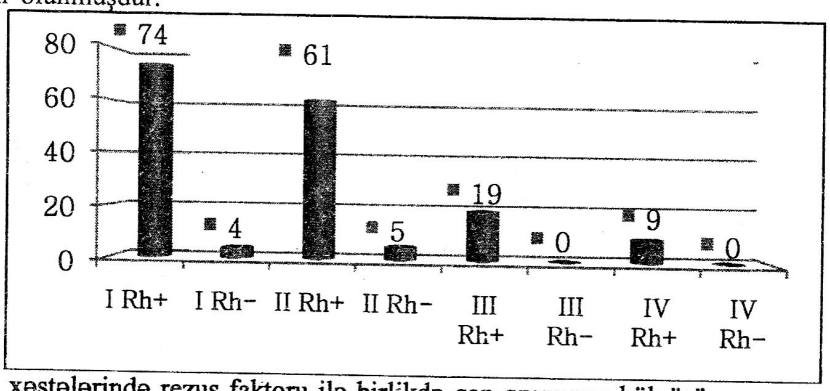
Digər bir bölgü əsasında SDX olan xəstələrdə hər bir qan qrupunun rezus faktorları da daxi olmaqla təhlili həyata keçirilmişdir.



Şək. 2. Bütün xəstələr üzrə rezus faktoru ilə birlikdə qan qrupunun ümumi bölgüsü

Araşdırmadan da göründüyü kimi tədqiqat qrupuna daxil SDX olan 232 xəstəyə nəzərən, I Rh^+ qan qrupu olan xəstələr digər qruplarla müqayisədə say etibari ilə daha çoxdur-105 xəstə (45,26%). İkinci sırada II Rh^+ qan qrupu olan xəstələr yer almaqdadır-77 xəstə (33,19%) ($p<0,018$). III (Rh^+ və Rh^-) və IV (Rh^+ və Rh^-) qan qrupu olan xəstələr isə əvvəlki qan qrupları ilə müqayisədə az hallarda müşahidə olunmuşdur ($p>0,27$ və $p>0,706$). Beləliklə, SDX xüsusilə I Rh^+ qan qrupu olan insanlarda təsadüflük ehtimalına görə daha yüksək risk təşkil edir. Alınan bu nəticə statistik olaraq öz təsdiqini tapmışdır ($p<0,004$).

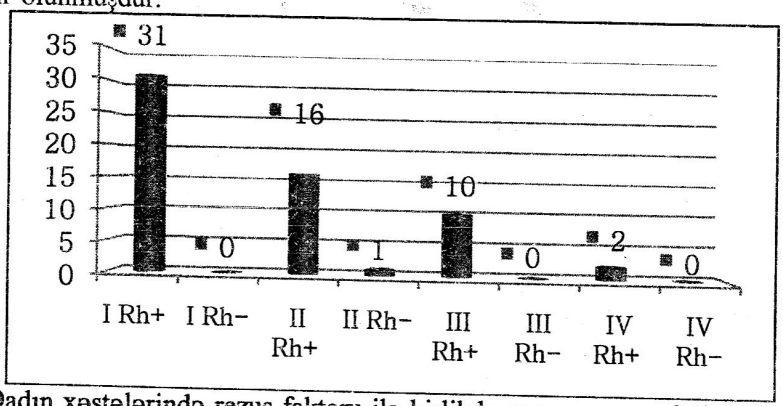
SDX olan xəstələrin qan qruplarının bölgüsü eyni zamanda cinslərə görə də aparılmışdır. Belə ki, kişi xəstələri arasında SDX-nin yayılma tendensiyasının qan qrupu ilə əlaqəliliyi aşağıdakı diaqramda təsvir olunmuşdur.



Şək. 3. Kişi xəstələrində rezus faktoru ilə birlikdə qan qrupunun bölgüsü

Tədqiqat işimizdən də göründüyü kimi tədqiqat qrupuna daxil SDX olan 172 kişi xəstəsinə nəzərən, I Rh^+ qan qrupu olan xəstələr digər qruplarla müqayisədə say etibari ilə daha çoxdur-74 xəstə (43,02%). İkinci sırada II Rh^+ qan qrupu olan xəstələr yer almaqdadır-61 xəstə (35,46%) ($p<0,018$). III (Rh^+ və Rh^-) və IV (Rh^+ və Rh^-) qan qrupu olan xəstələr isə əvvəlki qan qrupları ilə müqayisədə az sayda müşahidə edilmişdir ($p>0,27$ və $p>0,706$). Beləliklə, SDX xüsusilə I Rh^+ qan qrupu olan insanlarda təsadüflük ehtimalına görə daha yüksək risk təşkil edir. Alınan bu nəticə statistik olaraq öz təsdiqini tapmışdır ($p<0,004$).

Qadın xəstələri arasında SDX-nin yayılma səviyyəsinin qan qrupu ilə əlaqəliliyi aşağıdakı diaqramda təsvir olunmuşdur.



Şək. 4. Qadın xəstələrində rezus faktoru ilə birlikdə qan qrupunun bölgüsü

Araşdırmadan da göründüyü kimi tədqiqat qrupuna daxil SDX olan 60 qadın xəstəyə nəzərən, I Rh^+ qan qrupu olan xəstələr digər qruplarla müqayisədə say etibari ilə daha çoxdur-31 xəstə (51,67%). İkinci sırada II Rh^+ qan qrupu olan xəstələr yer almaqdadır-16 xəstə (26,67%) ($p<0,018$). III (Rh^+ və Rh^-) və IV (Rh^+ və Rh^-) qan qrupu olan xəstələr isə əvvəlki qan qrupları ilə müqayisədə az hallarda müşahidə olunmuşdur ($p>0,27$ və $p>0,706$). Beləliklə, SDX xüsusilə I Rh^+ qan qrupu olan insanlarda təsadüflük ehtimalına görə daha yüksək risk təşkil edir. Alınan bu nəticə statistik olaraq öz təsdiqini tapmışdır ($p<0,004$).

NƏTİCƏLƏR. 1.Kişi qadın nisbəti 2,87:1. 2.SDX ümumi və cinslər üzrə 16-30 və 41-50 yaş qruplarında hiss olunacaq dərəcədə çox müşahidə edilmişdir. 3.Xəstələrə ümumi və cinslər üzrə baxdıqda (ümumi 232 (172 kişi, 60 qadın)) xüsusilə I Rh^+ qan qrupu olan insanlarda təsadüflük

ehtimalına görə SDX daha yüksək risk təşkil etmişdir. Alınan bu nəticə statstik olaraq öz təsdiqini tapmışdır (p<0,004).

ƏDƏBİYYAT

1. Pearle M.S. Prevention of nephrolithiasis // Curr Opin Nephrol Hypertens, 2001, v.10, p.203-9.
2. Wilkinson H. Clinical investigation and management of patients with renal stones // Ann Clin Biochem., 2001, v.38, p.180-7.
3. Sakuno M.L.D., Akimoto L.S., Mereles E.A.L. et al Contribution of the laboratory for clinical analysis for the metabolic diagnosis of renal lithiasis // Ver Bras Anal Clin. In Portuguese, 1994, v.26, p.77-80.
4. Menon M., Resnick M.I. Urinary lithiasi: etiology, diagnosis and medical management / Campbell MF, Walsh PC, Retik AB (8th). Campbell^s Urology. Philadelphia: Saunders, 2002, p. 3229-3305.
5. Vesely K.T. Relationship between ABO and Rh (D) blood groups and urolithiasi //J. Urol.Nefrol, 1970, v.13, p.28
6. Charzewski T., Musierowicz A., Wieteska A. Differences in ABO blood group distribution in patients with certain urinary tract diseases (in Polish) // Pol. Tyg. Lek., 1972, v.20, p.741
7. Niemirowicz J. The analysis of cases for some age groups in patients being under treatment of Depertment of Urology of Medical Academy in Gdansk (in Polish) // Urol. Polska, 1978,.v.31, p.17
8. Lenko J., Wochna Z., Bartniczak Z. et al ABO blood group distribution in patients with malignant renal tumour (in Polish) // Biul. WAM, 1977, v.3, p.314
9. Rozanski W., Miekos E., Monita W., Pietraszun R. Distribution of blood groups of the ABO system in patients with urolithiasis // International Urology and Nephrology, 1983, v.15 (4), p. 303-307
10. Caudarella R., Malavolta N., Rizzoli E. et al Idiopathic calcium urolithiasis: genetic aspects // Ann Med Interne (Paris), 1986, v.137(3), p.200-202.
11. Gazymov M.M. ABO blood group and the rhesus classification of urolithiasis patients. Urol Nefrol (Mosk). 1985
12. Aleksandrov V.P., Kuznetsova V.A., Serova L.D. Incidence of ABO and rhesus system antigens in patients with urolithiasis // Sov Med., 1986, v.9, p. 24-28.
13. Steve M.. Population data. Is the RH negative blood type more prevalent in certain ethnic groups?. MadSci Network, 2001
14. WWW.bloodbook.com/world-abo.html. Racial and ethnic distribution of ABO blood types

РЕЗЮМЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: РОЛЬ ГРУППА КРОВИ В ОБРАЗОВАНИИ МОЧЕКАМЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ШЕКИНСКОГО РАЙОНА

Р.Т.Гусейн-заде

Во ряде эпидемиологических исследованиях была отмечена роль группа крови в образовании МКБ. Но данное заключение не нашло своего подтверждения с точки зрения науки. В наши исследования была включена часть населения Шекинского района, которым с диагнозом МКБ была назначено обследование и лечение в стационарном режиме за 2007-2010 (до месяца мая) годах. Число больных 232, из них 172 (74,14% мужчины), 60 (25,86% женщины). Соотношение между мужчинами и женщинами 2,87:1 и общий средний возраст был 39,68 + 18,83. С точки зрения статистики среди больных мужчинами и женщинами выявлены различия по возрастным особенностям. Самый высокий уровень заболеваемости МКБ у больных приходится на возрастные группы 16-30 и 41-50 лет. По Шекинскому району среди больных МКБ превалировали лица со О (I) группной крови.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH: THE ROLE OF BLOOD GROUP IN URINARY STONE DISEASE IN SHAKI POPULATION

R.T.Huseyzade

Previous epidemiological works have reported that blood group is a risk factor for urinary stone disease. However, the effect of increasing degrees blood group on stone formation has yet to be defined. We evaluated claims from a 4 year period 2007 to 2010 (until the month of may) in Shaki population to identify subjects diagnosed with or treated for urinary stone disease. Our study groups consist of 232 patients, 172 (74.14%) males and 60 (25.86%) females. The male to female ratio was 2.87:1. The mean age at onset of urolithiasis was 39.68±18,83 years. There was statistically significant difference in age at onset of urolithiasis among male and female. In the age presentation peak incidence was between 16-30 and 41-50 years in male and female. An O (I) blood group is associated with an increased risk of urinary stone disease-in shaki population.

Daxil olub:18.03.2011

AZƏRBAYCANDA YAYILAN QANSORAN AGCAQANADLARIN FAUNASI (1771-1992)

Ə.H.Bağırov, M.İ.Əliyev
Akademik V.Axundov ad. Milli ET Tibbi Profilaktika İnstitutu, Bakı

1902-1992-ci illərdə Respublikamızın Lənkaran, Kür-Araz, Böyük və Kicik Qafqaz dağları ərazisində yayılan ağcaqanadların faunası ətraflı öyrənilmişdir. Bu müddət də qan soran ağcaqanadların yumurta qoyub çoxaldıqları yerlərdən (göl və gölməcələrdən, ağacların koğuşlarından) sürfələr və qanadlı ağcaqanadlar sığınacaqlardan (təbiətdə bitgi örtüyünün arasından, yuvalardan, binalardan və s. yerlərdən) yığılaraq laboratoriyada mikroskop altında növləri və yarımnövləri təyin edilmişdir. Eyni zamanda ağcaqanadların növlərinin və yarm növlərinin təyinində onların yumurtalarından da, istifadə edilmişdir.

1771-1976-cı illərdə Azərbaycanda yeni tapılan qansoran ağcaqanadlar barədə monaqrafiyalar və çoxlu miqdarda məqalələr dərc olunmuşdur [1,2,4,5]. 1771-ci ildə P.S.Pallas Respublikamızda iki növ qansoran ağcaqanadların olması barədə məlumat vermişdir. Belə ki, o tapdığı ağcaqanadların birini *Hyrkan* aqcaqanadı, digərini isə *Culex caspius* adlandırmışdır [1]. Sonra bu ağcaqanadlar *Anopheles hyrcanus* və *Aedes caspius* növləri kimi təsnifata daxil edilmişdir.

1902-ci ildən sonra Azərbaycanda malyariya xəstəliyi və bu xəstəliyi yayan ağcaqanadlar barədə geniş elmi-tədqiqat işləri aparılmışdır. Belə ki, Rusiyada təşkil olunmuş Piraqov cəmiyyətinin bir qrup görkəmli tədqiqatcı həkimlər P.H. Saxarovin rəhbərliyi ilə Respublikamızın rayonlarında malyariya xəstəliyini və bu xəstəliyin keciricilərini öyrənmək məqsədi ilə elmi-tədqiqat işləri aparmışlar. V.V.Favrı Yevlax rayonunda tədqiqat işləri aparan zaman ilk olaraq *Anopheles sacharovi* ağcaqanad növünü aşkar etmişdir [7]. Sonrakı illərdə Azərbaycanda yayılan ağcaqanadların faunası barədə Q.T.Lintrop, İ.Ə.Axundov, S.Y.Veysiq, Q.K.Trofimov və b. məlumat vermislər. Aparılan tədqiqatların nəticəsi olaraq İ.Ə.Axundov 1932-ci ildə Azərbaycanda 4 cinsə mənsub olan 15 növ ağcaqanadların faunası barədə məlumat vermişdir. Bunlar aşağıda göstərilir: *Anopheles* cinsi – *Anopheles maculipennis, An.hyrcanus, Anopheles claviger, Anopheles plumbeus*; *Culex* cinsi – *Culex pipiens, Culex hortensis, Culex theileri, Culex mimeticus*; *Culizeta* cinsi – *Culizeta annulata, Culizeta lonqiareolata*; *Aedes* cinsi – *Aedes dorsalis, Aedes vexsans*.

İ.Ə.Axundov 1940-cı ildə dərc etdirdiyi "Малярия и *Culicidae* в Азербайджане" monoqrafiyasında 6 cinsə mənsub olan 26 növ qansoran ağcaqanadın Azərbaycanda yayılmasını göstərmişdir. Ancaq nədənsə 1934 cü ildə O.Ə.Veysiq tərəfindən Lənkaran rayonunun ərazisində aşkar etdiyi *Orthopodomia pulxripalpis* ağcaqanadı barədə məlumat verilməmişdir.

H.Ə.Bağırov Balakən, Zakatala və Qax rayonlarının ərazisində yığdığı ağcaqanad sürfələrini və qanadlı ağcaqanadların növlərini təyin edən zaman 6 cinsə mənsub olan 17 növ ağcaqanad aşkar etmişdir [3]. H.Ə.Bağırov ilk dəfə olaraq Böyük Qafqazda Qusar rayonu ərazisində 1600 metir hündürlükdə olan su durğunluğundan Aedes cataphylla ağcaqanadının sürfələrinin olmasını müəyyən etmişdir [2].

V.N.Danilov, Y.S.Kupriyanova və A.S.Aksiyonovanın Lənkaran rayonun ərazisindən yığdıqları ağcaqanad sürfələri arasından ilk dəfə olaraq *Aedes versicolor* ağcaqanadının sürfələrini aşkar etmişdir [4].

1960-1992-ci illərdə H.Ə.Bağırov, Ə.Y.Qiyasov və M.İ.Əliyev Zərdab,Ucar və Sabirabad rayonları ərazisində olan su durğunluqlarında, təbiətdə olan sığınacaqlarda və binalarda aparılan müayinə zamanı *An.pulcherrimus* ağcaqanadı tapılmamışdır. Ancaq N.C.Namazovun məlumatına görə guya o bu ağcaqanadı tapmışdır [6]. Bu məlumat həqiqətə uğun deyil. N.C.Namazov Respublikamızın ərazisində tutduğu ağcaqanadların ilk dəfə aşkar edən müəlliflər haqqında məlumat verir. Onun yığdığı 25 növ və 2 yarım növü ilk dəfə Respubilikamızda aşkar edən 18 müəllifi səhv göstərmişdir [6].

Cədvəl

Azərbaycan Respublikasının ərazisindən qansoran ağcaqanadları (Diptera, Culisidae) ilk dəfə aşkar edən müəlliflər və ağcaqanadların təbii bölgələrdə yayılması (1771-1992)

Sıra sayı	Ağcaqanadların cinsləri və növləri	İlk olaraq kimin tərəfindən aşkar olunub və il	Təbii bölgələr			
			Böyük Qafqaz	Kiçik Qafqaz	Kür-Araz	Lənkəran
	I. Anopheles cinsi					
1	An.maculipennis Meis	Lintrop, 1923	+	+	-	+
2	An.sacharovi Favr	Favr, 1903	+	+	+	+
3	An.subalpinus Grass	Lintrop, 1926	-	-	-	+
4	An.superpictus Grass	Lintrop, 1926	+	+	+	+
5	An.hircanis Pall.	Pallas, 1771	+	+	+	+
6	An.plumbeus Stef.	Lintrop, 1925	+	+	-	+
7	An.claviger Linn	Vişnevski, 1925	+	+	+	+
	II. Aedes cinsi					
8	Ae.caspius Pall.	Axundov, 1935	+	+	+	+
9	Ae.vexans Mg.	Axundov, 1929	+	+	+	+
10	Ae.geniculatus Ol.	Trofimov, 1937	+	+	-	+
11	Ae.pulchritarsis Ron.	Qutseviç, Qurov,1931	+	+	-	+
12	Ae.cataphylla Duc.	Bağırov, 1963	+	-	-	-
13	Ae.dersalis Mg.	Axundov, 1929	-	-	-	-
14	Ae.versicolor Dob.	Danilov, 1976	-	-	-	+
	III. Culex cinsi					
15	Cx.modestus F.	Qutseviç, Qurov, 1931	+	+	+	+
16	Cx.mimeticus N.	Trofimov, 1931	+	+	+	+
17	Cx.pipiens Hin	Axundov, 1936	+	+	+	+
18	Cx.theileri Th.	Axundov, 1936	+	+	+	+
19	Cx.tritaeniorhynchus G.	Trofimov, 1934	+	-	+	+
20	Cx.hortensis F.	Axundov, 1929	+	+	+	+
21	Cx.territans W.	Axundov, 1930	+	+	+	+
	IV. Culiseta cinsi					
22	Cs.annulata S.	Budulin, 1926	+	+	+	+
23	Cs.longieorolata	Axundov, 1929	+	+	+	+
24	Cs.morsitan T.	Veysiq, 1934	-	-	-	+
25	Cs.fumipennis S.	Axundov, 1929	-	-	-	+
	V. Uranotaenia cinsi					
26	Ur.unguiculata Ed.	Trofimov, 1935	+	+	+	+
	VI. Mansonia cinsi					
27	Mn.richirardii F.	Qutseviç, Qurov, 1931	+	+	+	+
	VII. Orthopodomyia					
28	O.pulchripalpis R.	Bağırov, 1963	+	-	-	-

Azərbaycanda agcaqanadların növlərini və yarım növlərini ilk dəfə aşkar edən və Respublikamızın bölgələri üzrə yayılması aşağıdakı cədvəldə göstərilir.

Cədvəldən aydın olur ki, Respublikamızın ərazisində 28 növ qan soran ağcaqanad aşkar edilmişdir. Bunlardan 23 növü Böyük Qafqaz dağları, 20 növü Kicik Qafqaz dağları, 17 növü Kür-Araz düzənliyi və 25 növü isə Lənkaran bölgəsi ərazilərdə yayilmışdır. Aşkar olunan 28 növ qan soran ağcaqanadlar 7 cinsə aitdir.Bunlardan *Anopheles* cinsinə 7 növ, *Aedes* cinsinə 7 növ, *Culex* cinsinə 7 növ, *Culiseta* cinsinə 4 növ, *Uranotaenia, Mansonia* və *Orthopodomyia* cinslərinin hər birinə bir növ aiddir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ахундов И.А. Малярия и Culicidae в Азербайджане. Баку, 1940, с.3-165.

2. Багиров Г.А. О новом для фауны Закафказья виде комара в Азербайджане (*Ae.catophylla Dyar*) / Труды Азербайджанского НИИ Медицинской Паразитологии и Тропический Медицины им. С.М.Кирова. т.6, Баку, 1969, с.153-155.

3. Багиров Г.А. Обзор кровососущих комаров Алазань-Агричайской долины южного склона Большого Кавказа // Труды Азербайджанского НИИ МП и ТМ им. С.М.Кирова. т.7, Баку, 1969, с.115-123.

4. Данилов В.Н. Первая находка в СССР комара *Aedes* (*Finlaya*) versicolor Barraud (*Diptera, Culicidae*), описание его самки и личинки стадии // Мед.паразитология и тропическая медицина, М., 1976, № 5,с.82-85.

5. Киясов А.Я. Малярийные комары Азербайджана и их географическое распространение / Материалы первой Республиканской конференции по медицинской географии. Баку, 1970с.62-64.

6. Намазов Н.Дж. Изучение эффективности некоторых экологических безопасных препаратов против массовых видов комаров семейства *Culicidae* в условиях Азербайджана. Автореф. дисс. ... к.б.н. Баку, 1991, с.3-23.

7. Фавр В.В. О работе Евлахской экспедиции по изучению малярии и меры борьбы с нею / Тр. по климатологии, 1903.

РЕЗЮМЕ

ФАУНА КРОВОСОСУЩИХ КОМАРОВ, РАСПРОСТРАНЕННЫХ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ (1771-1992)

Г.Г.Багиров, М.И.Алиев

Авторы представили в статье впервые имена открывателей обнаруженных в Азербайджанской Республике видов и подвидов кровососущих комаров и представили информацию о 28 видах, относящихся к 7 родам комаров, распространенных в 1771-1992 годы на территории Республики. Наряду с этим дана информация о кровососущих комарах, распространенных в зонах гор Большого и Малого Кавказа, Кюр-Араксинской низменности и Ленкоранской области.

SUMMARY

THE FAUNA OF BLOOD-SUCKING MOSQUITO SPREADED IN AZERBAIJAN (1771-1992)

G.G.Bagirov, M.I.Aliyev

The authors presented a papers about the names of species and subspecies of blood-sucking mosquitoes spreaded for the first time found in the Republic of Azerbaijan and provided information about 28 species belonging to 7 general types of mosquitoes, common in 1771-1992 on the territory of the Republic. At the same time was giving the information about blood-sucking mosquitoes, common in areas of mountains of the Greater and Lesser Caucasus, the Kura-Araks lowland and Lankaran region.

Daxil olub:06.05.2011

LOKOMOTIV DEPOSUNDA ÇALIŞANLARIN SAĞLAMLIĞININ MÜASIR SƏCIYYƏLƏRI

H.Ş.Həsənov

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Dəmiryolçuların sağlamlığının mühafizəsi ilk növbədə onların xəstəliklərinin adekvat müalicəsi və profilaktikasının təşkili kimi prioritet sahəni əhatə edir [2,4,7]. Ən çox diqqəti cəlb edən dəmiryolçu peşələrindən biri lokomotiv maşinist peşəsidir. Bu peşə fəaliyyəti üçün xüsusi sağlamlıq meyarlarına cavab verən şəxslər yararlı hesab edilir və onların sağlamlığına mütəmadi nəzarət sistemi mövcuddur [2,3]. Azərbaycan dəmir yolu sistemində də lokomotiv deposu işçilərinin, xüsusən maşinist və maşinist köməkçilərinin sağlamlığının monitorinqi ciddi, tibbi-təşkilati məsələ hesab edilir və mütəmadi aparılır. Buna baxmayaraq lokomotiv deposunda işləyənlərin sağlamlığının müasir səciyyələri və xüsusiyyətləri barədə sistemləşdirilmiş elmi məlumatlar yoxdur. Tədqiqatımızın MƏQSƏDI qeyd edilən aspektdə reprezentativ nəticələrin əsaslandırılması olmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI. Tədqiqat işində müşahidə vahidi kimi Biləcəri lokomotiv deposunun işçisi qəbul edilmiş, ucdantutma metodla bütün əməkdaşların ambulator kartları (1450) təhlil edilərək dəqiqləşdirilmiş (son) diaqnozlara əsasən müraciət zamanı qeydə alınmış ilkin və ümumi xəstəliklər barədə məlumatlar toplanmışıdr. İşçilərin kompleks profilaktik müayinəsini təşkil edib onlarda olan xroniki xəstəliklər aşkar edilmişdir. Bütün nozoloji formalar Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatların (10-cu baxılış) sinifləri üzrə qruplaşdırılmış və tezliyi müəyyən edilmişdir.

Alınmış nəticələrin statistik işlənməsində keyfiyyət əlamətlərinin təhlili metodları tətbiq olunmuşdur [5].

ALINMIŞ NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. İlkin ümumi xəstələnmə göstəriciləri 1-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Göründüyü kimi ilkin xəstələnmənin səviyyəsi 611,1±12,8‰ təşkil edtmişdir. Bu göstəricinin səviyyəsi neftçi kontingentinin müvafiq göstəricisindən (393,9±1,5‰) xeyli yüksəkdir [1]. İlkin xəstələnmə səviyyəsi tənəffüz orqanları (157,2± 9,6‰), həzm orqanları (79,3±7,1‰), sümük-əzələ sistemi (76,6±7,0‰), qan dövranı sistemi (77,2±7,0‰), sidik-cinsiyyət sis-

temi (61,4±6,3‰), sinir sistemi (47,6±5,6‰), dəri və dərialtı toxumanın patologiyaları (44,1±5,4‰) ilə bağlı nisbətən böyükdür. Digər patologiyaların ilkin xəstələnmədə rolu xeyli kiçikdir.

Lokomotiv deposu işçilərinin ümumi xəstələnmə göstəricisi (1175,9 ±28,5‰) neftçilərin müvafiq göstəricisindən (985,7±0,5‰) statistik dürüst çox olmuşdur, amma onların neftçilərlə müqayisədə xəstələnməsinin nisbi riski (1,6 dəfə), ümumi xəstələnməsinin nisbi riskindən (1,2 dəfə) kəskin fərqlənir. Ümumi və ilkin xəstələnmə bir-biri ilə bağlı olan sağlamlıq meyarlarıdır, onların nisbəti xəstəliklərin xroniki fazaya keçməsini dolayı da olsa əks etdirir. Bu baxımdan lokomotiv deposu işçiləri üçün ümumi xəstələnmə göstəricisinin formalaşmasında əsasən kəskin xəstəliklərin rol oynadığı nəzərə çarpır. Ümumi və ilkin xəstələnmənin səviyyələrinin nisbəti 1,9 təşkil edərək, neftçilərin müvafiq göstəricisindən (2,5) xeyli kiçikdir. Qeyd edək ki, rus alimləri də [6,7] lokomotiv maşinistlərinin (1030‰) və onların köməkçilərinin (722‰) ümumi xəstələnməsi – göstəricisinin yüksək olduğunu müşahidə etmişlər.

Lokomotiv deposu işçilərində ümumi xəstələnmə səviyyəsi əsasən qan dövranı (251,0±11,4‰) sistemi, tənəffüz orqanları (202,8±10,6‰), həzm orqanları (200,0±10,5‰) və sümük-əzələ sistemi (147,6±9,3‰) xəstəliklərinin hesabına formalaşmışdır. Rusiyada lokomotiv maşinistlərinin ümumi xəstələnməsində travmaların rolu çox yüksək olduğu halda (116‰) ölkəmizdə bu göstərici çox aşağı səviyyədədir (3,5‰).

Cədvəl 1

Lokomotiv deposu işçilərinin ilkin və ümumi xəstələnmə səviyyəsi (1000 orta illik işçiyə görə)

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatının sinifləri	İlkin xəstələnmə		Ümumi xəstələnmə	
	sayı	1000 nəfərə görə	sayı	1000 nəfərə görə
Bir sıra infeksion və parazitar xəstəliklər	6	4,1±1,7	6	4,1±1,7
Yenitörəmələr	2	1,4±1,0	4	2,8±1,4
Endokrin sistemi xəstəlikləri, qidalanma və maddələr mübadiləsi pozğunluqları	5	3,5±1,6	15	10,3±2,7
Qan və qanyaradıcı orqanların xəstəlikləri	2	1,4±1,0	6	4,1±1,7
Ruhi pozğunluqlar və davranış dəyişiklikləri	18	12,4±2,9	34	23,5±4,0
Sinir sistemi xəstəlikləri	69	47,6±5,6	138	95,2±7,7
Göz və onun əlavə apratının xəstəlikləri	28	19,3±3,6	36	24,8±4,1
Qulaq və məməvari çıxıntının xəstəlikləri	22	22,1±3,9	59	40,7±5,2
Qan dövranı sistemi xəstəlikləri	112	77,2±7,0	364	251,0±11,4
Tənəffüz orqanları xəstəlikləri	228	157,2±9,6	294	202,8±10,6
Həzm orqanları xəstəlikləri	115	79,3±7,1	290	200,0±10,5
Sidik cinsiyyət sistemi xəstəlikləri	89	61,4±6,3	164	113,1±8,3
Dəri və dərialtı toxumanın xəstəlikləri	64	44,1±5,4	76	52,4±5,9
Sümük-əzələ sisteminin xəstəlikləri	111	76,6±7,0	214	147,6±9,3
Travma və zəhərlənmələr	5	3,5±1,6	5	3,5±1,6
Cəmi	886	611,1±12,8	1705	1175,9±28,5

Beləliklə, lokomotiv deposu işçilərinin ilkin və ümumi xəstələnmə səviyəsinin və onları formalaşdıran nozoloji səbəblərin payı fərqli səciyyələrə malikdir. Bunun işçilərin sağlamlığı ilə bağlılığı şübhəsizdir, amma müraciət motivi olan xəstəliklər sağlamlıq barədə tam təsəvvür yaratmır. Ona görə də kompleks profilaktik müayinələrin nəticələri nəzərə alınmalıdır.

Apardığımız kompleks profilaktik müayinə əsasında müəyyən olunmuşdur ki, lokomotiv deposu işçilərinin az qismi sağlam (2,6%) və praktik sağlam (13,7%) qruplarına aid edilə bilər. Xroniki xəstəliyi olub peşə fəaliyyətinə tam yararlı hesab edilmiş şəxslərin xüsusi çəkisi 82,6% təşkil etmişdir. Həkim komissiyalarının qərarına əsasən bu qrup pasiyentlər dərman müalicəsi də daxil edilməklə bərpa müalicəsinə cəlb olunmalıdır. Müayinə olunanların çox az qismində (1,1%) peşə fəaliyyəti üçün yararsızlığa səbəb olan xroniki xəstəliklər aşkar edilmiş və onların həm tibbi, həm də sosial reabilitasiyası tövsiyə olunmuşdur. Diqqəti cəlb edən odur ki, lokomotiv deposu işçilərinin sağlamlığa görə qruplaşdırılması onların yaşından asılı olmuş, 40 yaşa qədər, 40-49, 50 və yüksək yaşlarda xroniki xəstəliyi olanların xüsusi çəkiləri (müvafiq olaraq: 74,7; 83,2 və 95,3%) bir-birindən fərqlənmişdir.

Lokomotiv deposu işçilərinin kompleks profilaktik müayinəsi zamanı aşkar edilmiş xəstəliklərin tezliyi 2-ci cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi, göstəricinin ümumi səviyyəsi 3561,2‰-dir və işçilərin yaşından asılı geniş intervalda (2400-6033%) dəyişir. Aşkar edilmiş xroniki xəstəliklərin böyük qismi dişlərin və ağız boşluğu selikli qişasının patologiyalarının daxil edildiyi həzm orqanları xəstəlikləri sinfi ilə bağlı olmuşdur (ümumi toplumda 1171,7‰, 40 yaşa qədər, 40-49, 50 və yüksək yaşlarda isə müvafiq olaraq 1071,7; 1153,2 və 1386,7‰). Lokomotiv deposu işçilərinin aşkar edilmiş xəstəlikləri arasında ikinci yeri qan dövranı sistemi (müvafiq olaraq: 430,3‰ ümumi toplumda, 200,0; 467,7 və 760,0‰ yaş qruplarında), üçüncü yeri sinir sistemi (391,7; 222,6; 361,3 və 753,3‰), dördüncü yeri sümük-əzələ sistemi (337,2; 190,6; 271,0 və 733,3‰) tuturlar. Bu patologiyaların əksəriyyəti lokomotiv deposu işçilərinin peşə fəaliyyəti ilə bağlı ola bilər. Xüsusən sümük-əzələ və sinir sistemləri, göz xəsətliklərinin izafi riski maşinist və maşinist köməkçilərinin üstünlük təşkil etdiyi lokomotiv deposu işçiləri üçün səciyyəvidir.

Cədvəl 2

Lokomotiv deposu işçilərinin kompleks profilaktik müayinəsi zamanı aşkar edilmiş xəstəliklərinin tezliyi (1000 nəfərə görə)

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatının sinifləri	sayı	‰	Yaş qrupları üzrə					
			<40		40-49		50 və çox	
			say	‰	say	‰	say	‰
Yenitörəmələr	14	9,7	—		4	6,5	10	33,3
Endokrin sistemi xəstəlikləri, qidalanma və maddələr mübadiləsi pozğunluqları	298	205,5	82	154,7	104	167,7	112	373,3
Qan və qanyaradıcı orqanların xəstəlikləri	112	77,2	20	37,7	60	96,8	32	106,7
Ruhi pozğunluqlar və davranış dəyişiklikləri	78	53,8	15	28,3	32	51,6	31	103,3
Sinir sistemi xəstəlikləri	568	391,7	118	222,6	224	361,3	226	753,3
Göz və onun əlavə apratının xəstəlikləri	472	325,5	109	205,7	199	321,0	164	546,7
Qulaq və məməvari çıxıntının xəstəlikləri	374	257,9	841	158,5	128	206,5	162	540,0
Qan dövranı sistemi xəstəlikləri	624	430,3	106	200,0	290	467,7	228	760,0
Tənəffüz orqanları xəstəlikləri	124	85,5	18	34,0	44	71,0	62	206,7
Həzm orqanları xəstəlikləri	1599	1171,7	568	1071,7	715	1153,2	416	1386,7
Sidik cinsiyyət sistemi xəstəlikləri	168	115,9	32	60,4	68	109,7	68	226,7
Dəri və dərialtı toxumanın xəstəlikləri	144	99,3	19	35,8	46	74,2	79	263,3
Sümük-əzələ sisteminin xəstəlikləri	489	337,2	101	190,6	168	271,0	220	733,3
Cəmi	5164	3561,2	1272	2400,0	2082	3358,2	1810	6033,3

Beləliklə, kompleks profilaktik müayinə məqsədyönlü təşkil olunduqda işçilər arasında çoxlu sayda xroniki xəstəlik aşkar edilir, onların əksəriyyəti müraciət üçün motivasiya yaratmadığına görə diqqətdən yayınır və vaxtında müalicə olunmurlar. Odur ki, işçilərin vaxtında reabilitasiyası üçün ilk növbədə onların adekvat profilaktik müayinəsi təşkil olunmalıdır. Ədəbiyyatda dəmir yolu işçilərinin reabilitasiyası üçün nümunəvi profilaktika proqramları barədə məlumatlar mövcuddur [2,7]. Hesab edirik ki, lokomotiv deposu işçilərinin profilaktik nümunəsinin yekun sənədlərində həmin proqramların tövsiyəsi əhəmiyyətli ola bilər və müəssisənin vəsaiti hesabına maliyyələşdirilməsi mümkündür.

Beləliklə, Biləcəri lokomotiv deposu nümunəsində içşilərin sağlamlığı barədə aldığımız məlumatlar aşağıdakı nəticələri əsaslandırmağa imkan verir:

– işçilərdə xroniki xəstəliklərin aşkarlanma ehtimalı yüksəkdir və işçilərin sağlamlığının möhkəmləndirilməsi üçün profilaktik tədbirlər həmin xəstəliklərə yönəldilmişdir;

– işçilərin tibb müəssisəsinə müraciət materialları onların sağlamlığı barədə dolğun məlumat bazası yaratmağı kifayət deyildir, mütləq kompleks profilaktik müayinələr aparmaqla xəstəlikləri vaxtında aşkar etmək mümkündür;

– lokomotiv deposu işçilərinin sağlamlığının əsas səciyyəsi on-larda həzm orqanları, qan dövranı, sinir, sümük-əzələ sistemləri və göz patologiyalarının izafi riski ilə bağlıdır.

ƏDƏBIYYAT

1. Джавадов Ф.Г. Организация и пути совершенствования системы медико-санитарного обеспечения нефтяников Азербайджана. Баку, 2006, 2004 с.
2. Леонова Е.С., Азаров А.В. Проблемы профилактики зрительной астении у машинистов локомотивов на железнодорожном транспорте // Здравоохранения Российской Федерации, 2011, №1,с. 48 -52
3. Копейкин Н.Ф., Миляев И.А., Бомблевская К.З. условия труда и заболеваемость работников локомотивных бригад // Здравоохранения Российской Федерации, 2011, №4. с. 63 -64
4. Караевой С.А., Кузнецов Э.С., Мишина Е.С. Анализ медико-профилактических мероприятий по обеспечению безопасности движения поездов // Здравоохранения Российской Федерации, 2011, №4, с. 64 - 65
5. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М., 1999, 459 с.
6. Шеметова Г.Н., Трифонова Е.В. Болезни костно-мышечной системы у железнодорожников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2006, №4, с. 20 - 22
7. Ульянова А.С., Шеметова Г.Н., Касимов О.В., Коблов В.М. Комплексная профилактика болезней органов дыхания у работников железнодорожного транспорта // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2008, №1, с. 11 - 13

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНОГО ДЕПО

Г.Ш. Гасанов

Целью работы явилось обобщения материалов заболеваемости по обращаемости комплексных профилактических осмотров работников локомотивного депо. Наблюдение проводилось на базе железнодорожной поликлиники. Установлено, что фактическая частота заболеваемости по обращаемости работников локомотивного депо относительно высока и в ее составе преобладают болезни органов дыхания, системы кровообращения, костно-мышечной системы. При профилактических осмотрах выявлены патологии связанные с профессиональной деятельностью железнодорожников. Считается, что реабилитационные меры следует планировать с учетом материалов о заболеваемости выявленных при профилактических осмотрах.

SUMMARY

THE MODERN CURRENT CHARACTERISTICS OF THE HEALTH OF WORKERS OF THE LOCOMOTIVE DEPOT

Hasanov H.Sh.

The aim of the work was a generalization of materials of complex diseases by uptake of preventive examinations of workers of the locomotive depot. Surveillance was conducted on the basis of the railway clinic. It was is established that the actual incidence of appeal ability locomotive depot workers is relatively high and its composition is dominated by respiratory diseases, circulatory system, musculoskeletal was dominated by respiratory diseases, circulatory system, musculoskeletal system. When preventive examinations revealed pathology associated with professional activities of railway- men. It was believed that rehabilitation measures should be planned taking into account the materials of the diseases identified in preventive examinations.

Daxil olub:20.05.2011

QARACİYƏR EXİNOKOKKOZUNUN AĞIRLAŞMIŞ FORMALARININ KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ İNTRAKORPORAL MAQNİT-İNFRAQIRIMIZI LAZER TERAPİYASININ EFFEKTİVLİYİNİN QİYMƏTƏNDİRİLMƏSİ

B.A. Ağayev, M.M.Məmmədov, N.M.Həsənov

A.M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Son zamanlar exinokkokozun müalicəsində əhəmiyyətli nailiyyətlərin əldə edilməsinə baxmayaraq, ümumilikdə problem aktual olaraq qalmaqdadır. Dünyanın bir çox ölkələrində, xüsusilə endemik zonalarda exinokokkoz ilə xəstələnmə halları getdikcə artmaqda davam edir. Exinokokkoz əhalinin istənilən yaşda əhalisi arasında, xüsusən də 20-60 yaş arasında olan şəxlərdə rast gəlinir ki, bu da problemin tibbi, sosial və iqtisadi cəhətdən mühüm əhəmiyyətə malik olduğunu göstərir [1,2,5,7.11].

Bir çox müəlliflərin fikrincə, exinokokk sistinin irinləməsi ən tez rast gəlinən ağırlaşma olaraq, bütün fəsadların 10-51%-ni təşkil edir. Exinokokk sistlərinin irinləməsi səbəbləri hələ də tam tədqiq olunmamışdır [1,2,5,7,11].

Ultrasəs müayinəsi və kompüter tomoqrafiyası kimi yüksək informativliyə malik müayinə üsullarının istifədəsi sonra exinokokkozun fəsadlaşmış formalarının rastgəlmə tezliyinin artmasına səbəb olmuşdur ki, bu da problemə daha ciddi diqqət yetirilməsi tələbatından xəbər verir. Əgər əvvəllər nəşr edilmiş ədəbiyyat nümunələrində qaraciyərin ocaqlı zədələnmələri halları olan xəstədən danışılırdısa, hazırda kliniki materiallar yüzlərlə xəstəni əhatə edir [1,5,10,11,12]. Qaraciyərin ocaqlı törəmələrinin diaqnostikası və müalicəsində müəyyən nailiyyətlərə baxmayaraq, klinisistlər tərəfindən bu mövzuya olan maraq azalmır.

Qaraciyərin ocaqlı törəmələrinin cərrahi müalicəsində problemlərin olması, mürəkkəb və travmatik əməliyyatlardan uzaqlaşmağa imkan verən, yeni azinvaziv üsulların axtarışını təkidlə tələb edir.

Son illər geniş profilli stasionarların azinvaziv lazer texnologiyaları ilə müasir təminatı cərrahi taktikanı dəyişdirməyə imkan vermişdir və exinokokkozun ağırlaşmış formalarının müalicəsində yeni imkanlar yaranmışdır.

Yuxarıda qeyd edilənlər qaraciyərin ağırlaşmış formaları olan xəstələrin ənənəvi və maqnit-lazer terapiyasının tətbiqi ilə aparılan müalicəsində olan fərqi aşkar etməyə imkan verə biləcək klinik elmi-tədqiqat işinin aparılmasına səbəb olmuşdur.

Tədqiqatın MƏQSƏDI infraqırmızı lazer şüalanması və dəyişən elektromaqnit sahəsinin birlikdə istifadəsi ilə qaraciyər exinokokkozunun ağırlaşmış formaları olan xəstələrin müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaq olmuşdur.

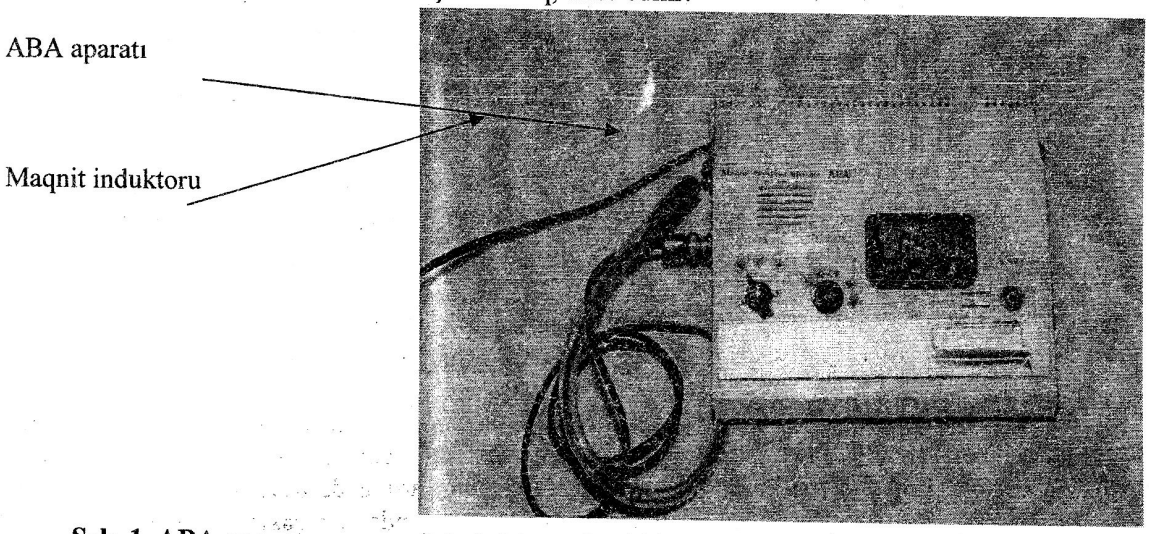
TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLAR. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin qaraciyər, öd yolları və mədəaltı vəzi cərrahiyyəsi şöbəsində qaraciyərin irinləmiş exinokok sisti diaqnozu ilə müalicə alan 32 xəstə müşahidəmiz altında olmuşdur.

Xəstələr aşağıdakı qruplara bölünmüşlər:

1.Nəzarət qrupu - 20 xəstədə ənənəvi üsullarla müalicə aparılmışdır.

2.Əsas qrup – qaraciyərin ağırlaşmış forması ilə əməliyyat olunmuş 12 xəstəyə erkən əməliyyatdansonraakı dövrdə, sist boşluğuna qoyulmuş drenaj içərisində yerləşdirilmiş inuktor vasitəsilə MİL terapiyası aparılmışdır.

İntrakorporal maqnit-infraqirimizi lazer (MİL) terapiya üçün lazım olan qurğu və induktor əməliyyat zamanı yerləşdirilir. İçərisində maqnit induktor və işıq ötürücüsü olan silikon boru əməliyyatın əsas mərhələsi bitdikdən sonra qalıq boşluğa yerləşdirilir. Silikon borunun effektor ucu qalıq boşluğunda saxlanılır, əks ucu konnektor vasitəsilə ABA və MİLTA aparatlarına qoşulması üçün sağ qabırğanın altında dəridən xaricə çıxarılaraq, fiksə edilir.



Şək. 1. ABA aparatı və maqnit induktoru olan silikon boru

Lazer şüalanması MİLTA aparatından gələn işıq ötürücüsü, elektromaqnit dalğaları isə ABA aparatı vasitəsilə boşluq daxilinə ötürülür. İntrakorporal MİL terapiyanın parametrləri:

Dəyişən maqnit sahəsinin parametrləri:

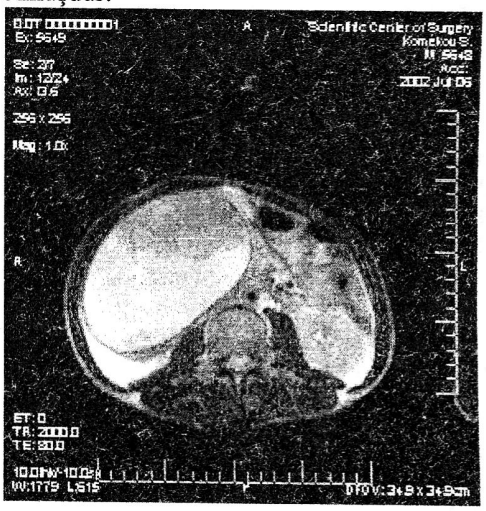
- Tezlik – 50 hers
- Induksiya – 40 mTl
- Çıxış gücü – 3 Vatt

Lazer şüalanması:

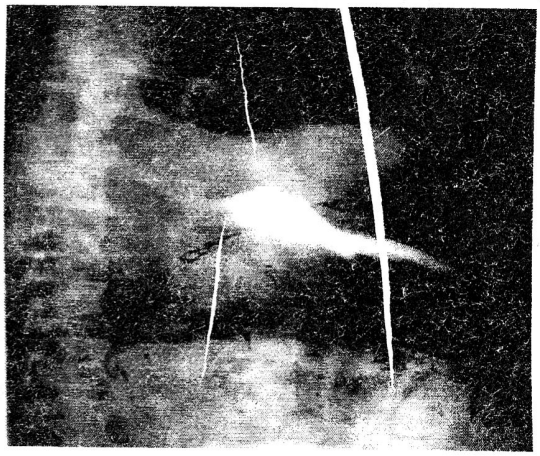
- Şüalanmanın dalğa uzunluğu – 0,85 mkm
- Rejim – impuls, 1500 Hs
- Cıxışda gücü – 6 Vatt
- Tezlik – 600 Hs

MİL terapiyanın ekspozisiyası – 10-14 dəqiqə. İntrakorporal MİL terapiya seansları, əməliyyatdan sonra birinci gündən başlayaraq 8-14 sutka ərzində aparılır. İntrakorporal MİL terapiyanın seansları qurtardıqdan sonra, silikon boru dreanajlarının çıxarılmasının ümumi prinsiplərinə əsasən həyata keçirilir.

TƏDQIQATIN NƏTICƏLƏRI. İndukltorun çıxarılmasından əvvəl qalıq boşluğun ölçülərinin kiçilməsi və ya obliterasiyana əmin olmaq məqsədi ilə kontrol USM olunur. Zondların çıxarılmasına əsas göstərişlər, intoksikasiya əlamətlərinin olmaması, qalıq boşluğun ən azı 3-4 sm kiçilməsi olmuşdur.



Şək. 2. Qaraciyərin sağ payının exinokok sisti



Şək. 3. Qalıq boşluğun fistuloqrafiyası

Bütün xəstələrə boşluğunun həcmini və drenaj boru ətrafında hermetikliyi dəqiqləşdirmək məqsədilə fistuloqrafiya aparılır. Qalıq boşluqdan alınmış irinli möhtəviyyatın antibiotiklərə həssaslığın təyin etmək üçün bakterioloji müayinəyə göndərilmişdir.

MİL terapiya zamanı əməliyyatdan sonrakı dövrün xoş gedişatı müşahidə edilmişdir ki, bu da xəstələrin ümumi halının yaxşılaşması, temperaturun normallaşması, qalıq boşluqdan ifrazatınnn azalması və qranulyasiyanın erkən başlaması və başqa kliniki təzahürlər ilə özünü biruzə vermişdir.

Xəstələrə 1 ay sonra aparılan kontrol USM zamanı, qalıq boşluğun tam obliterasiya edilməsi aşkar çıxmışdır.

Beləliklə, intrakorporal MİL terapiya metodu effektli, təhlükəsiz, iqtisadi cəhətdən səmərəli olub kapitonajın aparılmasını tələb etmir, qalıq boşluğun maqnit-infraqırmızı şüalanması isə sağalma proseslərini sürətləndirir, boşluğun obliterasiyasını tezləşdirir və xəstələrin stasionarda qalma zamanını qısaldır. Erkən əməliyyatdansonrakı dövrdə MİL terapiya, qalıq boşluğun irinləməsi, öd sızması hallarının azalmasına səbəb olur və yaxşı nəticələr verir.

MİL terapiyanın tətbiqi zəruriyyəti onun patogen mikroflora ilə mübarizədə əhəmiyyətli antiseptik olub, qalıq boşluğun irinləməsinin qarşısının alınması və qapanmasının tezləşməsi, regenerativ və reperativ prosesləri sürətləndirməsi kimi xüsusiyyətlərindən irəli gəlir.

ƏDƏBIYYAT

1.Агаев Б.А., Гадиев С.И., Мусаев Б.А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени // Аз.мед.журнал, 1990, №5, с.52-55

2. Агаев Б.А.,Мамедов А.А., Мамедов М.М. Интраоперационная переменная магнито-лазерная терапия в коррекции перекисного окисления липидов у больных с механической желтухой. Материалы международного конгресса Актуальные проблемы гепатологии. Алматы., 2006, с. 84-85

3. Agaev B.A.Cərrahi xastaliklar. Baki, 2000, s.369-384

4. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений//Хирургия,2001,№ 2, с. 76.

5. Агаев Б.А., Мамедов А.А., Мамедов М.М. Аппарат для магнитолазерной терапии Патент Республики Азербайджан. I.2007. 0109. Опубл.17.05.2007

6. Агаев Б.А., Мамедов А.А., Мамедов М.М Интракорпоральный магнито-лазерный индуктор Патент Республики Азербайджан. I.2007. 0108. Опубл.17.05.2007.

7. Агаев Б.А., Агаев Р.М., Курбанов Ф.С. Хирургическое лечение эхинококкоза печени // Хирургия, 1997, №2, с.89-90

8. Алиев Р.М. Диагностика и хирургическое лечение очаговых заболеваний печени: Автореф. дис... докт. мед. Наук. Омск, 1994, 30 с.

9. Алиев И.М. Магнито-лазерная терапия в комплексном лечении и профилактики печеночной недостаточности при механической желтухе: Автореф. дисс.... канд.мед.наук. М., 1989, 26 с.

10. Алиев М.А., Мамедов М.М., Сейсембаев М.А., Джафаров Х.З. Использование эндовидеоскопической техники при непаразитарных кистах печени / Материалы VI междунар. конгр. хирургов и гастроэнтерологов Евразия. Баку, 2003, с. 48-49.

11. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений // Хирургия, 2001, №2, с. 76.

12. Бондаревский И.Я. Способ лазерно-пластического лечения паразитарных и непаразитарных кист и гемангиом печени: Автореф. дис. ... канд. мед. Наук. Челябинск, 2000, 24 с.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МАГНИТНО- ИНФРАКРАСНОЙ И ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Б.А.Агаев, М.М.Мамедов, Н.М.Гасанов

Цель исследования явилось, улучшении результатов лечения осложненных форм ЭХИНОКОККОЗА печени наряду с использованием инфракрасного лазерного излучения и электромагнитных полей. В отделении печени, желчных путей и поджелудочной железы Научного центра хирургии им. М.А.топчибашева 32 пациентов с диагнозом нагноения печени лечеилсь и были под нашим наблюдением.

SUMMARY

ASSESSMENT OF MAGNETIC INTRAKORPORALNOY-IR AND LASER THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF LIVER ECHINOCOCUS

B.A.Agaev, M.M.Mamedov, N.M.Gasanov

The aim of the study was, to improve the results of treatment of complicated forms ECHINOCocus liver along with the use of infrared laser radiation and electromagnetic fields. The Department of the liver, biliary tract and pancreas, Scientific Center of Surgery named. M.A. Topchibasheva 32 patients with a diagnosis of liver abscesses, and treatment have been under our supervision.

Daxil olub:20.05.2011

ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕТСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Ч.Б.Кулиев, Э.М.Насибова

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Реформирование системы оказания медицинской помощи населению, предполагает дальнейшее совершенствование роли так называемых, «стационаров одного дня» в деле амбулаторной хирургии [1,2]. По мнению многих исследователей в скором будущем в амбулаторных условиях будет выполняться более 60% всех хирургических вмешательств. Во всем мире неуклонно растет интерес к амбулаторной хирургии и подобное отношение к данному направлению обусловлено его целесообразностью, социальной значимостью и экономической выгодой. Безусловно, помимо социальных преимуществ, дальнейшему развитию однодневной хирургии способствует освоение новых хирургических и анестезиологических методик.

Опыт западных стран и США в организации амбулаторных хирургических центров огромен. В США первый амбулаторный хирургический центр был открыт в 1969 году. Теперь их более 1250, объем амбулаторной хирургии возрос на 77%. Годовая экономия денежных средств за счет амбулаторной хирургии составляет 400 млн. долларов. По Азербайджану аналогичных цифр нет.

Основные условия организации центров амбулаторной хирургии следующие:

- высокий профессиональный уровень специалистов;
- целенаправленный отбор больных для хирургического лечения;
- преемственность на всех этапах лечебно-диагностического процесса;
-проверенная тактика хирургического вмешательства и анестезиологического пособия;
- полноценное оснащение центров амбулаторной хирургии;
- четкая организация работы.

В настоящее время количество операций, выполняемых в так называемых стационарах одного дня, быстро увеличивается. При выполнении операций в амбулаторных условиях необходимо соблюдать особые требования, предъявляемые к анестезиологическому обеспечению.

Предпосылками развития анестезиологического пособия при амбулаторной хирургии послужили несколько основных факторов:

1. Финансово-экономический.
2. Высокая безопасность анестезии.
3. Прогресс хирургических технологий в сторону менее травматичных, малоинвазивных хирургических вмешательств.

Финансово-экономический фактор в амбулаторной хирургии складывается из прямой и косвенной экономии финансовых средств.

При прямой экономии наблюдается: 1) повышается оборот койки дневного стационара (в среднем на койке дневного стационара в день получают лечение два-три пациента, а не один, как в круглосуточном стационаре); 2) значительно сокращаются расходы на коммунальные услуги и эксплуатацию инфраструктуры клинических отделений – работа центров амбулаторной хирургии длится 8-10 часов в сутки вместо 24 часов как в стационарах; 3) отсутствует работа в ночное время суток и, следовательно, нет необходимости повышать оплату труда за ночные дежурства.

Помимо этого прямая экономическая эффективность определяется предотвращенным экономическим ущербом, т.е. разностью в расходах государства при лечении в стационаре госпитального типа и в дневном стационаре [3,4,5].

Косвенная экономия определяется следующими: 1) дорогостоящие койки госпитальных стационаров высвобождаются для лечения более тяжелых больных; 2) сокращается очередность на выполнение плановых операций; 3) в дневных стационарах оказывается помощь на более ранних стадиях заболевания и это предотвращает развитие более тяжелых форм заболеваний и их осложнений; 4) общие затраты в расчете на одного больного, при выполнении хирургического вмешательства в амбулаторных условиях по данным некоторых исследователей снижаются до 50-60%.

Традиционно, в амбулаторной хирургии, как и в «хирургии большой», основной задачей анестезиолога является обеспечение максимальной безопасности пациента. Необходимо отметить, что анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств в амбулаторных условиях на всех этапах должно быть направлено на быструю посленаркозную реабилитацию пациента. При отборе больных для амбулаторной хирургии необходимо учитывать наличие у пациента хороших социально-бытовых условий и возможность организации ухода за ним в домашних условиях после операции [6].

Применяемые в хирургии одного дня различные методы анестезии, должны обеспечивать своевременную посленаркозную адаптацию и реабилитацию пациента. Некоторые зарубежные исследователи предполагают возможность ускоренного перевода больного непосредственно из операционной в палату хирургического отделения (fast track) [7]. Более ранняя активизация и выписка из клиники, его возвращение к привычному образу жизни, помимо экономической выгоды, практически исключает психологическую нагрузку, связанную с госпитализацией и вынужденной изоляцией от семьи, особенно у детского контингента больных.

ЦЕЛЬЮ данной работы явилось определение перспектив детской амбулаторной хирургии и анестезиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В период с 1946 года по 2008 год клиника кафедры детской хирургии располагалась на базе БСМП г. Баку. В этот период оперативное лечение детей со следующими заболеваниями: грыжи передней брюшной стенки, водянки и кисты оболочек яичка и семенного канатика, фимоз, крипторхизм, мягкотканые доброкачественные образования небольших размеров проводились лишь в стационарных условиях. Длительное пребывание пациентов в стационаре приводило к значительным экономическим затратам, а также способствовало развитию психологической травме ребенка связанное отлучкой от семьи.

С 2008 года на базе Клинического Медицинского Центра г. Баку по инициативе кафедры детской хирургии АМУ был организован хирургический стационар одного дня. Хирургический стационар одного дня подразумевает госпитализацию, операцию, полное пробуждение от наркоза и выписка в один и тот же день. За год в стационаре одного дня выполняется более 500 оперативных вмешательств вышеуказанными хирургическими заболеваниями.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Вопрос о выборе метода анестезиологического пособия при амбулаторных непродолжительных, малотравматичных вмешательствах, несмотря на уже проведенные исследования остается открытым.

Анестезия, проводимая по общепринятым правилам с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) и приводящая к длительной постнаркозной депрессии, диспепсическим расстройствам, эмоционально-психологическому дискомфорту и другим побочным эффектам при нахождении детей в клинике амбулаторной хирургии не желательна. Поэтому необходимо усовершенствовать анестезиологическое обеспечение детской амбулаторной хирургии.

Специфичность амбулаторной хирургии позволила искать адекватные составляющие оптимального анестезиологического обеспечения выполняемого в «стационаре одного дня» и удовлетворяющего как хирурга и анестезиолога, так и пациентов. Анестезия с самостоятельным дыханием является более щадящим видом анестезии и во многом лишена побочных эффектов в посленаркозном периоде.

Реализация этого вопроса стала весьма актуальна. Его первоначальное решение зависит от совершенствования деятельности анестезиолога, от психосоматического и лабораторного статуса пациента в предоперационном периоде, от выбора безопасной анестезии влияющей как на продолжительность его пребывания в стационаре, так и на состояние в ближайшие дни после операции.

Общей тенденцией выбора оптимального метода анестезиологического пособия в амбулаторной хирургии является стремление использовать препараты короткого действия, обеспечивающие быстрое и спокойное засыпание, а также пробуждение больного, адекватную защиту от боли, хорошую управляемость. Не менее важным требованием является быстрое восстановление сознания и психического статуса пациента, что определяет безопасный перевод больного в палату.

В последние десятилетия для анестезиологического обеспечения операций выполняемых в рамках так называемой однодневной хирургии, все чаще стали применять препарат пропофол, который согласно многочисленным литературным данным, отвечает практически всем требованиям, предъявляемым к оптимальному препарату для анестезии. Он обладает выраженным седативным эффектом, незначительно влияет на дыхание кровообращение, обеспечивает хорошую управляемость анестезией (быстрое начало и короткое продолжительность действия, минимальный кумулятивный эффект). Пропофол широко применяется является альтернативным препаратом в детской амбулаторной анестезиологии [8,9].

По мнению Coates (1989), появление пропофола произвело революцию в амбулаторной практике. Это произошло благодаря большому количеству клинических данных, быстрому накоплению положительного клинического опыта использования и высокой эффективности препарата (быстрое пробуждение и восстановление функций организма после операций, низкая частота развития побочных реакций).

Анестезия с использованием пропофола характеризуется быстрым пробуждением с «ясной головой», больные после операций практически никогда не жалуются на тошноту и рвоту. Эти

свойства и определили своеобразный профиль особой «приемлемости» анестетика при проведении кратковременных хирургических вмешательств. Данные исследований сроков выписки больных после таких операций с использованием пропофола показало, что таких пациентов раньше выписывали из стационара. Более того, в некоторых работах указывается на снижение частоты осложнений, развивающихся в первые 48 часов у больных получавших пропофол (Sung Y.F., 1981). Кроме того, пациенты отмечают хорошее самочувствие после анестезии с пропофолом, они раньше возвращаются к обычной деятельности.

Проводились также исследования экономической эффективности использования пропофола в «однодневной хирургии» . Экономия времени при использовании препарата составила 8,5 ч в сутки, то есть – 29% рабочего времени медицинских сестер, обеспечивающих уход за больными после пробуждения. Sung и соавт. (1990) указывают, что при использовании пропофола для анестезии в стационарах «одного дня» экономия достигает 1000 часов рабочего времени при проведении 4000 операций в год.

Следовательно, использование пропофола обеспечивает быстрое пробуждение после операций, что в свою очередь приводит к экономии рабочего времени медперсонала и снижает стоимость лечения.

В нашей клинике для проведения оперативных вмешательств в стационарах одного дня как анестезиологическое обеспечение широко применяется комбинация пропофола, кетамина и фентанила. Для определения эффективности данной комбинации проводится нами разностороннее исследование, в частности влияние этой комбинации на иммунологический статус и гормональный фон организма.

Тем не менее анестезиологическое обеспечение амбулаторных хирургических операций является достаточно дорогостоящей процедурой и очевидно, что возможность снижения затрат на лечение актуальна как для пациентов, так и для здравоохранения. Таким образом, возможность оптимизации анестезиологического пособия в «хирургии одного дня», требует дальнейшего пристального изучения

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевитин А.Б., Воробьев В.В., Безуглый А.В. и др. Возможности амбулаторной хирургии. // Хирургия, 2010., №3. с.49-51.

2. Раннев И.Б., Наумов С.С., Магомадов Р.Х., Башанкаев Б.Н. Анализ работы амбулаторных хирургических отделений и перспективы их развития // Здравоохранение, 2005, №11, с.36-40.

3. Мосиенко Н.И., Кутин А.А., Магомадов Р.Х., Наумов С.С. Медицинская и экономическая эффективность работы центра амбулаторной хирургии // Российский медицинский журнал, 2001, №5, с.9-11.

4. Воробьев В.В. Перспективы совершенствования амбулаторной хирургической помощи // Амбулаторная хирургия, 2002, №4, с.8-9

5. Orkin F.K. Growth and Location of US Ambulatory Surgery / International Congress on Ambulatory Surgery. London, 1997, p.1980-1985.

6. Паршин В.И. Оптимизация анестезиологического обеспечения в амбулаторной хирургии // Автореф. дис. ...к.м.н. М., 2011, 20 с.

7. Toftgoard C., Parmentier G. International terminology in ambulatory surgery and is worldwide practice / International Association for Ambulatory Surgery: Day surgery – development and practice. London, 2006, p. 35-60.

8. Маркин С.М., Козлов И.А. Новый общий анестетик ультракороткого действия пропофол // Анестезиология и реаниматология, 1994, №6, с.49-53.

9. Мизиков В.М. Диприван (пропофол); фармакокинетика, фаркодинамика, применение. Вести, интенсивная терапия. «Диприван» (приложение к журналу). М., 1995, с.4-5

SUMMARY

THE PERSPECTIVE OF CHILDREN AMBULATORY SURGERY AND ANESTEZIOLOGY

Ch.B.Guliyev, E.M.Nasibova

One of the promising trends in modern health care to provide health care to people is to develop a hospital one day. The development of ambulatory surgery is due to the rapid progress in surgical technology and anesthetic techniques. Holding surgeries in the hospital one day in the presence of modern anesthetic drugs can provide the comfort of the patient throughout the hospitalization period and thereby improve the quality of life.

XÜLASƏ

UŞAQ AMBULATOR CƏRRAHIYYƏSI VƏ ANESTEZIOLOGIYASININ PERSPEKTIVLƏRI

Ç.B.Quliyev, E.M.Nəsibova

Müasir səhiyyənin əhaliyə yardımının perspektivli istiqamətlərindən biri "bir günlük" stasionarın təşkil edilməsindən ibarətdir. Ambulator cərrahiyyənin inkişafı cərrahi texnologiyaların sürətli proqressi və yeni anesteziloji metodların tətbiqi ilə bağlıdır. Müasir anesteziloji prepararlarla təchiz olunmuş "bir günlük" stasionarlarda aparılan cərrahi əməliyyatlar zamanı xəstələrə komfort şərait yaradılır və bu da insanların həyatını yaxşılaşdırır.

Daxil olub:15.04.2011

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВИРУСНОЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Б.А.Бабаева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из важнейших проблем детской инфекционной патологии, в связи с широким и повсеместным распространением, значительной частотой развития тяжелых форм болезни и высоким уровнем летальности. По данным ВОЗ, ежегодно в мире ОКИ переносят около 2 млрд. человек, при этом 60-65% всех случаев ОКИ регистрируется у детей раннего возраста (до 70%) [3,4,5].

Многочисленными исследованиями отмечены, что на современном этапе, в связи с успехами в изучении этиологии ОКИ, открытием новых возбудителей и совершенствованием их диагностики особую актуальность приобрели вирусные диареи, среди которых первое место занимают ротавирусы, вызывающие до 65-70% всех диарей у детей [5,6].

В этиологической структуре вирусных диарей, аденовирусы занимают второе место после ротавирусов, хотя сведения об особенностях клинической картины и течении спорадических ОКИ аденовирусной этиологии можно встретить в единичных работах [7].

При оценке этиологического спектра диарей немаловажное значение придается проблеме дисбактериоза. Любые изменения микробиоценоза кишечника приводят к нарушениям нормальной функции кишечника, которые проявляются в форме диарей, болевого синдрома, интоксикации. Это связано с тем, что снижение или исчезновение нормофлоры кишечника сопровождается увеличением количества условно-патогенных бактерий, грибов, что и может быть причиной острых кишечных заболеваний [1,2.

Сравнительной характеристики клинического течения ОКИ, вызванных условно-патогенной микрофлорой (УПМ) и вирусами, посвящены единичные работы, не раскрывающие всех аспектов проблемы. В то же время важность подобного рода исследований не вызывает сомнений, поскольку, своевременно поставленный диагноз позволяет избрать правильную тактику ведения больного, определить рациональную этиопатогенетическую терапию, включая решение вопроса о назначении антибиотиков. Нередко нерациональный выбор схемы терапии ОКИ способствует пролонгированию сроков реконвалесценции, обострению сопутствующих или наслоению новых заболеваний желудочно-кишечного тракта, определяя медико-социальную значимость данной проблемы.

ЦЕЛЬЮ исследования явилось проведение сравнительного анализа клинической картины ОКИ, вызванными условно-патогенными бактериями и вирусами у детей первого года жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 123 детей с острыми кишечными инфекциями бактериальной и вирусной этиологии в возрасте до одного года, госпитализированных в НИИ Педиатрии им. К.Я. Фараджевой. Из них было 81(65,8%) мальчиков и 42(34,2%) - девочки. Контрольную группу составили 30 условно-здоровых детей соответствующего возраста. На каждого ребенка была заведена карта обследования, в которой были отражены анамнестические данные, динамика развития клинической картины соответствующего заболевания, результаты лабораторных исследований, включающие общепринятые методы обследования (общий

анализ крови, мочи, расширенная копрограмма), которые проводились всем больным при поступлении в стационар. Для выяснения этиологии ОКИ всем детям проводилось бактериологическое исследование фекалий на наличие патогенных и условно-патогенных возбудителей ОКИ. Идентификация выделенных культур и изучение их свойств проводились по общепринятой методике. Определение антигенов ротавирусов и аденовирусов в кале проводились методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА), который является наиболее чувствительным, специфическим и достоверно информативным. Для проведения ИФА нами использован набор реагентов фирмы «Вектор-Бест» (Россия). Иммунологические исследования проводили на кафедре микробиологии и иммунологии АМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. Среди обследованных 123 детей с ОКИ у 43(34,9%) выявлена вирусная моно-инфекция, из них ротавирусная инфекция диагностирована у 38(88,4%) детей, аденовирусная инфекция – у 5(11,6%). Бактериологическое исследование выявило у 47 детей рост условно-патогенной микрофлоры (протей, клебсиелла, стафилококк), что составило 38,2% случаев от всех наблюдавшихся нами детей. Микст-ротавирусная и микст-аденовирусная инфекции диагностированы у детей в 26(21,13%) и 7(5,7%) случаев соответственно (Рис.1).

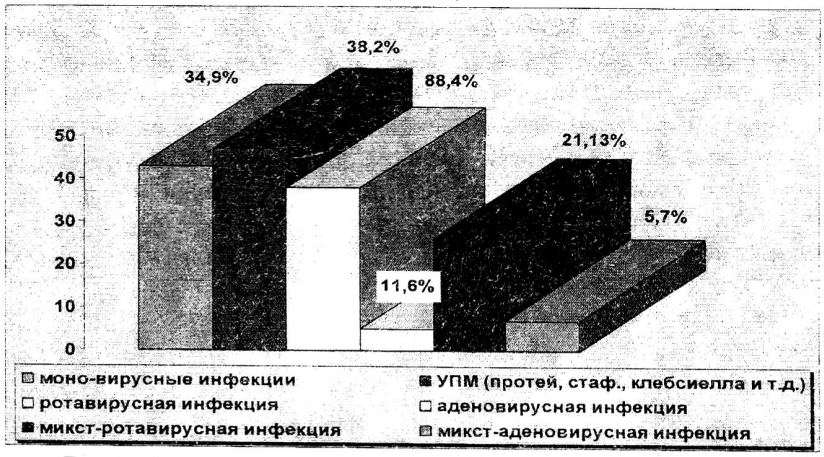


Рис.1. Частота встречаемости ОКИ вирусной и бактериальной этиологии у детей первого года жизни

Как показали наши исследования, ОКИ, в 100% случаев начинались остро. Причем, при кишечных инфекциях вирусной этиологии заболевание начиналось с одновременного появления рвоты и жидкого стула на фоне повышения температуры, тогда как при бактериальной этиологии на первый план выступали диарея и лихорадка. Оценка степени тяжести течения заболевания проводилась нами на высоте клинических проявлений по совокупности общих и местных проявлений соответствующей болезни: выраженность степени интоксикации (нарушение общего самочувствия, сна, аппетита, температурная реакция и т.д.), а также степени поражения желудочно-кишечного тракта (кратность рвоты, частота и характер стула).

При бактериальных инфекциях у 19(40,4%) детей регистрировали среднетяжелое, а у 28(59,6%) детей - тяжелое течение заболевания. Проведенные исследования показали, что бактериальные инфекции чаще развивались и тяжело протекали у детей с ранним переводом на искусственное вскармливание, с аномалиями конституции, различными дефицитными состояниями, отягощенным аллергологическим анамнезом. При вирусных инфекциях у 31(72%) ребенка заболевание имело среднетяжелое, у 10(23,3%)- тяжелое течение. Легкое течение, наблюдаемое у 2(4,7%) детей отмечалось лишь при аденовирусной инфекции. Как было указано выше, при ОКИ как вирусной, так и бактериальной этиологии наблюдалась интоксикация, которая при бактериальных инфекциях была более выражена, чем при вирусных диареях. Температура тела при диареях, вызванных УПМ, в 2(4,3%) случаях была нормальная, в 12(25,6%)- субфебрильная, в 27(57,4%) - фебрильная, а в 6(12,7%) – высокая. При вирусных инфекциях в 100% случаев у всех детей отмечалось повышение температуры тела. У всех детей с аденовирусной инфекцией в клиническом течении, кроме гастроинтестинальных проявлений,

наблюдались также и катаральные явления, такие как изменения ротоглотки (умеренная гиперемия и отечность передних дужек и небных миндалин, поражение слизистой оболочки задней стенки глотки с нежными белесоватыми наложениями и т.д.), наличие кашля (в основном влажный, с рассеянными влажными и сухими хрипами в легких - аускультативные данные), умеренное увеличение шейных лимфатических узлов. Сравнительный анализ клинической картины ротавирусной инфекции выявил наличие катаральных явлений на фоне гастроинтестинальных проявлений у 21(52,3%) больных, что согласуется с данными литературы.

Результаты исследования показали, что одним из часто наблюдаемых симптомов при кишечных инфекциях являлась рвота, характерная как для детей с вирусной диареей, у 39(90,7% рота+аденовирусная инфекция) больных, так и бактериальной – у 40(85,1%) детей. Для вирусных инфекций была характерна многократная рвота (до 10 раз в сутки), наблюдаемая у 10(26,3% - ротавирусная инфекция) детей, причем кратность рвоты варьировала от 3-х до 5-ти раз у 15 детей, что составляет 39,5% случаев, однократная рвота наблюдалась у 14(32,6% рота+аденовирусная инфекции) детей. При бактериальных инфекциях у 30(63,8%) детей кратность рвоты не превышала 3-5 раз в сутки, а у 8(17%) - вообще отсутствовала.

Согласно проведенным исследованиям, ведущим признаком при ОКИ у детей являлся кишечный синдром, сопровождающийся метеоризмом, наличием выраженным учащением перистальтики кишечника, умеренным беспокойством ребенка при пальпации области живота. Наши исследования показали, что для ротавирусной инфекции ведущим является кишечный синдром, выраженность которого определяет тяжесть процесса, токсикоз и обезвоживанием различной степени. Характер стула у наблюдаемых детей зависел от этиологии заболевания. Сравнительный анализ выявил, что в большинстве случаев стул при вирусных диареях имел кашицеобразный характер с пятном обводнения вокруг, в остальных случаях - желтый, водянистый, без примесей или содержал небольшое количество слизи. Чаще всего стул был брызжущий, в ряде случаев - пенистый; наблюдался от 3-х до 10-ти раз в сутки, причем выраженная диарея отмечалась у детей с ротавирусной инфекцией. При бактериальных диареях, в большинстве случаев стул был желто-зеленого цвета, с непереваренными комочками пищи, с большим количеством слизи, причем кратность которого не превышал 5-7 раз в сутки.

Анализ гемограммы показал, что у детей при бактериальных диареях отмечается умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ, тогда как при ОКИ вирусной этиологии, в целом показатели периферической крови у больных в остром периоде соответствовали таковым у здоровых детей.

Сравнительный анализ копрологического исследования у детей с бактериальной инфекцией выявил, что в 100% случаев наблюдались признаки воспалительного процесса (наличие в стуле больных слизи, повышенного количества лейкоцитов), указывающие на вовлечение нижних отделов кишечника. Тогда как, аналогичные исследования при вирусных диареях позволил выявить наличие выраженных функциональных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (наличие нейтрального жира и жирных кислот в большом количестве 90,7% и 88,4% соответственно), что согласуется с данными литературы.

Наблюдения, проведенные в динамике показали, что при вирусных ОКИ больные выздоравливали значительно раньше, чем при бактериальных. Так, нормализация температуры при бактериальной инфекциях наблюдалась в среднем через 3-4 дня, тогда как при вирусных инфекциях- 2-3 дня, появление оформленного стула при данных инфекциях отмечалось в среднем через 5-6 дней и 3-4 дня соответственно. Важно отметить, что хотя продолжительность диарейного синдрома при вирусных ОКИ было гораздо меньше, чем при бактериальных, частота стула и объем теряемой жидкости при ротавирусной инфекции были более выражены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. На фоне проводимой терапии вирусные кишечные инфекции в сравнении с бактериальными характеризуются менее выраженными проявлениями интоксикации, быстрым его исчезновением, более ранним появлением оформленного стула, отсутствием воспалительных изменений при лабораторном обследовании.

Таким образом, результаты наших наблюдений позволяют утверждать, что на основании сопоставления характера, выраженности, последовательности развития отдельных симптомов заболевания, и их продолжительности, можно клинически предположить вирусную или бактериальную ОКИ. И это должно учитываться практическими врачами при построении

лечебной тактики и проведении противоэпидемических мероприятий, хотя для подтверждения окончательного диагноза необходимо проведения специфических лабораторных методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельмер С.В. Дисбактериоз кишечника как осложнение антибактериальной терапии // Детские инфекции, 2007, №2, с, 44 - 48

2. Горелов А.В. Современные подходы к стартовой терапии острых кишечных инфекций у детей // Вопросы современной педиатрии, 2003, Т2, №3, с. 2- 4

3. Малов В.А., Горобченко А.Н. Острые инфекционные диарейные заболевания //Лечащий врач, 2005, №2, с. 6- 8

4. Учайкин В.Ф., Новокшонов А.А., Мазанкова Л.Н.и др.Острые кишечные инфекции у детей: пособие для врачей. М., 2005, 36 с.

5. Харченко Г.А., Буркин А.В. Кишечные инфекции у детей раннего возраста. М.: Феникс, 2007, 286 с.

6. Михайлова Е.В., Шульдяков А.А., Кошкин А.П., Левин Д.Ю. Ротавирусная инфекция у детей. Учебное пособие, 2006

7. Козина Г.А., Горелов А.В., Подколзин А.Т. Роль аденовирусов серотипов F40-41 в структуре острых кишечных инфекций у детей / «Актуальные проблемы педиатрии» Сборник материалов XII Конгресса педиатров России. М., 2008, с.155.

SUMMARY

BİR YAŞA QƏDƏR UŞAQLARDA VİRUS VƏ BAKTERİAL ETİOLOGİYALI KƏSKİN BAĞIRSAQ İNFEKSİYALARININ KLİNİK ŞƏKLİNİN VƏ GEDİŞİNİN MÜQAYİSƏLİ XARAKTERİSTİKASI

B.A.Babayeva

Bakterial və virus etiologiyalı kəskin bağırsaq infeksiyası (KBİ) olan 123nəfər bir yaşa qədər xəstə uşaq müayinə olunub. Bütün uşaqlara tam klinik-laborator müayinə ilə yanaşı KBİ-nın patogen və şərti- patogen törədicilərini aşkar etmək məqsədi ilə nəcisin bakterioloji müayinəsi, rotavirus və adenovirus antigenlərini təyin etmək üçün nəcisin immunoferment müayinəsi aparılmışdır.Xəstələrin 43-də (34,9 %) rotavirus və adenovirus,47-də (38,2 %) şərti- patoqen mikroflora (Proteus, Klebsiella, Stafilokokk) təyin olunub.Aparılmış tədqiqatın nəticəsində aşkar olunmuşdur ki, virus mənşəli KBİ bakterial KBİ ilə müqayisədə daha zəif şəkildə özünü biruzə verən intoksikasiya simptomları ilə, nəcisin daha erkən formalaşması və laborator müayinə zamanı dəyişikliklərin olmaması ilə səciyyələnir. Alınmış nəticələr belə bir mülahizəyə əsas verir ki, KBİ zamanı simptomların aşkarlıq dərəcəsini, ardıcıllığını və davam etmə müddətini müqayisə edərək xəstəliyin virus və ya bakterial mənşəli olmasını ehtimal etmək olar.

SUMMARY

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE CLINICAL PICTURE AND COURSE OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS OF THE VIRUS AND BACTERIAL ETIOLOGY AT CHILDREN THE FIRST YEAR OF LIFE

B.A.Babayeva

The examination embraced 123 children with acute intestinal infections of a bacterial and virus etiology in children of the first year of life.To all children the clinical-laboratory investigations including bacteriological researches of stool samples on presence of pathogenic and conditional-pathogenic microflora, Enzyme-linked immunosorbent assays (ELISAs) for detection of rotavirus and enteric adenovirus were carried. At 43 (34,9 %) it is revealed rotavirus, adenovirus infections; at 47 (38,2 %) children - conditional-pathogenic microflora (Proteus, Klebsiella, St.aureus) . Our researches have shown that virus intestinal infections in comparison with bacterial, are characterised less expressed by display of an intoxication, earlier occurrence of the issued chair, absence of inflammatory changes at laboratory inspection. The received results allow to assert that on the basis of comparison of character, expressiveness, sequence of development of separate symptoms of disease and their duration, it is possible to assume clinically virus or bacterial intestinal infection.

Daxil olub:29.04.2011

ПАПИЛЛОМОВИРУСЫ И АСПЕКТЫ ПЕРСИСТЕНЦИИ И КАНЦЕРОГЕНЕЗА

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

Название семейства Popoveviridac предложено McCnick (1962) и образовано из слогов па-папиллома, ро- полиома и va- вакуолизирующий вирус ОВ- 40, т.е. от названия трех вирусов, составивших первоначально группу- вирусов Papova.

Папилломавирусы представляют собой изометрические частица диаметром 45-55 нм.

Геном представляет собой цикличную молекулу двинитчатой ДНК с молекулярной массой 3-5 мегадальтон; проходят медленный цикл размножения в ядре. Вызывают латентную и хроническую формы инфекции. Многие виды онкогенны. Паразитируют в основном на животных, но ряд вирусов, такие как вирус папилломы бородавок, поражает человека.

В состав семейства входят роды Papillomavirus (от лат. papilla- сосок, греч. ome-опухоль) и Polyomavirus (от греч. Poly- много).

В состав рода Papillomavirus входят вирусы папиллом человека и разных видов животных: вирус папилломы, или бородавок, вирус кроличьей папилломы Шоупа, вирус папиллом коров, вирус папиллом собак, вирус папиллом хомяк.

Представляют интерес специфика данной вирусной популяции: в зависимости от клетки хозяина вирусы вызывают литические, латентные и трансформирующие инфекции.

Латентный вирус в форме плазмиды (эписомы) находится в базальном слое клеток, но репродуцируется в дифференцирующихся эпителиальных клетках кожи или слизистой оболочки. Он интенсивно размножается в поверхностных слоях (чешуйчатых клетках)

В биопрофиле папилломовирусов приобретенное место по своей значимости, безусловно, занимают персистентные свойства, обеспечивающие «иммунорезистентность», их выживание при контакте с гуморальными и клеточными эффекторами зашиты хозяине.

В.А.Гриценко, Ю.Б.Иванов (2009) рассматривают персистентные свойства микроорганизмов «как каркас патогенного потенциала возбудителей». Авторы отмечают, что данное положение имеет не только теоретическое, но и практическое значение, так как позволяет оценить персистентные биопрофиль микроорганизмов в качестве информативного критерия при диагностике и прогнозирование патологии, а также в качестве своеобразный биомищени при разработке средств для терапии профилактики [1].

Немногочисленные, но интересны сведение о микст- инфекции кожных и урогенитальных типов ВПЧ, обоюдно способствующих персистирующему течению ПВЧ [10].

Вирусная этиология бородавок (warts) была доказана как путем перевивки их бесклеточными фильтратами, так и на основании электронномикроскопических исследований (Black, 1953).

Гистологические исследования бородавок выявили в эпителиальных клетках, находящихся над базальным слоем эпителия, крупные внутриядерные включения, дающие положительную реакцию Фельгена. В ультратонких средах папиллом на электронномикроскопических снимках обнаружила частицы размером 53-58 мμ с характерным для этой группы вирусов продолговатыми капсомерами.

Выделена ДНК, изучен ее нуклеотидный состав [7].

Экстракты из кожных папиллом, добавленные в культуры эксплантатов эндотелия кожи человека, вызывают сначала дегенерацию, а затем пролиферативный рост клеток. Ядра и ядрышки клеток укрупняются, образуются включения [2].

Основная особенность паповавирусов состоит в том, что они либо трансформируют клетки без репродукции, либо вызывают продуктивную инфекцию, заканчивающуюся гибелью клеток и образованием полноценного вирусного потомства.

Продуктивная инфекция чаще всего наблюдается в пермиссивных (чувствительных), а онкогенная трансформация - в неппермиссивных клетках. Этим они отличаются от онкорнавирусов, вызывающих в премиссивных клетках онкогенную трансформацию их. При продуктивной инфекции наблюдаются репликация вирусной ДНК, образование и РНК, которые

транслируют информацию на рибосомы, где синтезируются ферменты и структурные белки капсида. В конечном итоге происходит формирование вирионов, покидающих клетку хозяина.

При трансформации клеток не наблюдается ни репликации вирусной ДНК, ни синтеза структурных белков капсида. При этом транскрибируется лишь ограниченное число гено, контролирующих образование вирусспецифических белков, которые необходимы для трансформации клеток.

Одним из таких белков являются так называемый Т- антиген (tumor- опухоль), который обнаруживается в трансформированных клетках. Функции всех этих белковокончательно не выяснены.

При онкогенной трансформации вирусная ДНК встраивается в ДНК чувствительных клеток животных, что было доказано методом гибридизации нуклеиновых кислот.

Сложный цикл внутриядерной репликации, возможность существования инфекции в эписомальной (в виде плазмид) и интегрированной формах обусловливают онкогенный потенциал папилломавирусов.

Так, папилломавирусы человека (ПВЧ-16, ПВЧ-18) вызывают цервикальные папилломы, дисплазию, рак. Персистирующие папилломавирусы (в основном серотипы 16 и 18) регулярно обнуражиаются в злокачественных опухолях гениталий, в основном в клетках рака шейки матки [10].

Вирус обезьян (SV- 40 Simian Virus) – прототип папилломовирусов, является онкогенным вирусом.

Вирусный геном в трансформируемых клетках обычно интегрирован в геном клетки.

Папиллома как в естественных, так и в экспериментальных условиях могут перерождаться в карциномы.

Следует отметить, что изучение настоящее время общие закономерности в патогенезе, патологической анатомии, клинике и эпидемиологии злокачественных опухолей животных и человека, выделение вирусов, вызывающих у людей ряд доброкачественных опухолей (бородавки и контагиозный моллюск), а также другие факты свидетельствуют о вирусной этиологии опухолей человека.

Все известные онкогенные вирусы подразделены на две группы: 1.Онкогенные ДНК-содержащие вирусы; 2. Онкогенные РНК- содержащие вирусы, или онковирусы.

И в эту сборную группу ДНК- содержащих вирусов относятся паповавирусы- возбудители инфекционных заболеваний человека и животных.

Наиболее характерной особенностью ДНК- содержащих онкогенных вирусов является их способность вызывать инфекционный процесс в организме своего хозяина и наряду с этим индуцировать образование различных опухолей в клеточной культуре и организме других хозяев.

Инфекция обусловленная вирусом папилломы человека (ВПЧ), выявляется у 50-80% населения и в 99,7% случаев гистологически подтвержденного рака шейки матки, что представляет собой важную проблему общественного здравоохранения [6].

Широкое распространение паповавирусов в человеческой популяции в с сочетании с их персистирующими и туморообразующими свойствами представляют актуальную проблему, требующую дальнейшего изучения причин, способствующих длительной персистенции вируса папилломы в организме или факторы, которые ее сопровождают и которые до сегодняшнего дня еще недостаточно изучены.

В связи с отмеченным ЦЕЛЕВОЙ установкой наших исследований был эпидемиологический анализ случаев паповирусной инфекции среди людей на территории Азербайджана в сочетании с клинической и вирусологической диагностикой инфекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В период с 1995 по 2011 года было обследовано 1900 больных с клиническим диагнозом папилломы, полиомы, кондиломы из различных регионов Азербайджана.

Возраст больных был от 18 до 80 лет.

Из обследованных и леченных больных 900 был женщин в возрасте 18-50 лет, 800 мужчин в возрасте 20-80 лет и 200 детей в возрасте 3- 18 лет.

Локализация наростов у исследованных больных было в виде обыкновенных плоских бородавок, остроконечных кондилом, папиллом слизистых оболочек полости рта. Папилломы

кожи и слизистых оболочек характеризовались разрастанием покровного эпителия в виде небольших сосочков, выступающих над поверхностью кожи. Они были отмечены также на слизистых оболочках полости рта, дыхательных и мочеполовых путях.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Эпидемиологический анализ выявил, что у 1900 обследованных больных в 250- ти случаях в семье также наблюдалось паповирусная патология различной локализации. Вышеотмеченное подтверждает известный факт довольно легкой передачи и возникновения инефкции.

Паповирусная инфекция – регистрируемое заболевание только по обращаемости и потому трудно судить о распространении отмеченной инфекции в Азербайджане эпидемиологической точки- зрения.

Но исходя из вышеотмеченного факта выявленной контаминации в кругу семьи количества больных с обращением к врачу по поводу хирургического вмешательства следует вывод о значимой инфицированности населения.

Диагностика инфекции была клиническая, патологическая мазков- отпечатков, вирусологическая постоперационного экссудата в реакции гемагглютинации (РГ) и методом ПЦР (PCR) с выявлением папилломавируса 6- го серотипа. Из исследованных больных в 25,0% случаев была установлена персистентная инфекция: трехкратное выявление вирсуа папилломы человека с интервалом 3-6 месяцев, а у 75,0% - транзиторная (однократное выявление вируса).

Таким образом, факт выявления персистирующих форм папилломавирусной инфекции в значимом проценте случаев подтверждает факт латенции вируса, а с учетом биологии вируса папилломы и патогенетическими механизмами трансформации тканей при инфицировании представляется необходимостью своевременное диагностика и лечение данной инфекции целью профилактики развития неоплазий [6].

Об актуальности проблемы папиломмавирусной инфекции говорит и факт включение в плановую иммунизацию взрослых наряду с рядом вакцин вирусно- бактериального содержания относительно ряда инфекционных болезней и вируса папилломы человека (ревакцинация) [8,9,4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриценко В.А., Иванов Ю.Б. Роль персистентных свойств микроорганизмов в патогенезе эндогенных инефкций // ЖМЭИ, 2006, №4, с.66-70

2. Жданов В.М., Гайдамович С.Я. Вирусология.- М.: Медицина, 1966

3. Роговская С.И., Трофимов Д.Ю., Коган Е.А., Сабдулаева Э.Х. Клиническое значение молекулярных маркеров при папилломавирсной инфекции // Акушерство и гинекология, 2011, №4. С.4-10

4. Семенов Б.Ф., Зверев В.В., Хатов Р.М. Вакцинопрофилактика в XXI веке: настоящее и будущее // Иммунология, 2009, №6, с.324- 335

5. Тимаков В.Д., Левашев В.С., Борисов Л.Б. Микробиология. М.: Медицина, 1983, с.432- 433

6. Andreas U. План действия ВОЗ по борьбе с раком шейки матки // Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью, 2007, №64, с.4

7. Crawford L.V. // Virology, 1963, v.19, p.279

8. Orestain W.A., Rodewald L.E., Himman A.R. Immunization of the United Stated // Vaccines, 2008, p.1479- 1510

9. Salisbury D.M., Spika J.S. Immunization in Europe. P.1511-1524

10. Severseon J., Evans T.Y., Lee P. et al Human papillomavirus infection: epidemiology, pathogenesis and therapy // J Cutan. Med. Surg., 2001, v.5, N1, p.43-60

XÜLASƏ

İNSAN PAPILOMA VIRUS INFEKSIYASININ MÜALICƏ KOMPLEKSINDƏ MINERAL SORBENTLƏR.

S.A.Eyvazova

Seolitli "Azeomed" həblərinin indolla kompleksi ilə papiloma virus infeksiyasının müalicəsi effektinin üyrənilməsi üçün aparılan tədqiqatlar nəticəsində tibbi əməliyyətdən sonrakı dövrün qedişinin yünqülləşməsi (ağrıların, qaşınmanın olmaması), residivlərin tezliyiniin azalması effekti aşkar olunmuşdur.

SUMMARY
MINERAL SORBENTS IN COMPLEX TREATMENT OF A VIRUS INFECTION OF A PAPILLOMA OF THE PERSON
S.A.Eyvazova
On studying of effect of application zeolite of containing tablets "Azeomed" in a complex with an indole in treatment of a virus of a papilloma has been revealed by the spent researches effect of reduction of frequency of relapses, softening of a current after the operational period: absence of pains, an itch.

Daxil olub:16.03.2011

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Н.М. Камилова, Э.А.Исламова
Родильный дом №1 им. Г.Касимова, Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Сохранение и восстановление репродуктивного отечественного здоровья относится к числу важнейших задач здравоохранения. Хронические воспалительные заболевания женских половых органов занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии в репродуктивном возрасте с частотой до 60-65%, и являются основной причиной женского бесплодия и нарушений менструальной функции. При хронических воспалительных заболеваниях повышен риск развития опухолей и опухолевидных образований яичников, имеют место нарушения в нервной, эндокринной, иммунной системах организма, дисгармония личностных и сексуальных взаимоотношений в супружеской паре. Лечение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза сложная и далеко не разрешенная задача. Проблема терапии усугубляется рецидивирующим характером патологии, ее негативным влиянием на ряд важнейших функций женского организма, непереносимостью лекарственных препаратов или их побочными влияниями. Характерной чертой воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) в современных условиях является их субклиинческое, латентное течение и большая частота первично-хронических форм заболевания, для обозначения которого в отечественной литературе используется термин «стертого, малосимптомного», а в англоязычной литературе - «атипичного или немого» воспалительного процесса, редко встречающийся мономикробный характер заболевания и, соответственно, большая частота смешанных полимикробных процессов, развивающихся на фоне дисбиотических состояний, характеризующихся выделением микроорганизмов с высокими персистентными свойствами [5,12,13]. Указанные изменения характера заболевания обусловлены широким распространением инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в том числе вирусных и массивным применением, зачастую необоснованным либо неадекватным, антибактериальных препаратов [5,12,13]. Если в прежние годы преобладающим патогенным фактором считалась гонококковая инфекция, то в современных условиях среди микроорганизмов, вызывающих ВЗОМТ возросла роль анаэробных микроорганизмов и хламидий [7,12,14,16]. Воспалительные процессы, вызываемые патогенными анаэробами, протекают наиболее тяжело, часто приводя к формированию тубоовариальных абсцессов. Результаты исследований по изучению роли микоплазм и уреаплазм в возникновении ВЗОМТ противоречивы. S. Rousseau и др. (1991) выявили наличие микоплазменной инфекции в 30% случаев при ВЗОМТ, причем в половине из этих случаев микоплазмы служили единственным патогенном. I. Simms и соавт. (2003) показали достоверно более частое выявление *M. genitalium* в цервикальном канале у больных ВЗОМТ по сравнению со здоровыми женщинами [16]. A. Chatwani, и соавт. показали, что наличие *M. hominis* and *U. urealyticwn* существенным образом не сказывается как на симптоматике, так и не характере течения ВЗОМТ. Указанные микроорганизмы могут персистировать либо заново колонизировать эндометрий после полного излечения от ВЗОМТ. Авторы приходят к выводу, что указанные микроогрганизмы не играют существенной роли в патогенезе ВЗОМТ. По рекомендации Центра по контролю и профилактике заболеваемости (США) (1998) разделяют минимальные, дополнительные и определяющие критерии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ХВЗОМТ). К минимальным критериям относятся: болезненность при пальпации в нижней части живота, болезненность в

области придатков и при смещении положения шейки матки. К дополнительным критериям относятся повышение температуры тела, патологический характер выделений из цервикального канала и влагалища, повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), увеличение концентрации С-реактивного белка и лабораторное подтверждение цервикальной инфекции. К числу определяющих критериев относят: гистологическое подтверждение эндометрита при биопсии эндометрия, выявление тубо-овариального абсцесса с помощью визуализирующих методов и лапароскопических признаков, характерных для заболевания. При первичной стертой картине впервые возникшего заболевания, воспалительный процесс часто приобретает форму хронического течения. Наиболее частыми причинами обострения хронического процесса служат неспецифические факторы: переутомление, переохлаждение, стрессовые ситуации, отрицательные эмоции, экстрагенитальные заболевания. Анализ литературных данных показывает низкую эффективность прогнозирования тяжести течения заболевания по клиническим симптомам ХВЗОМТ [3,4,8,10,15]. Ю.Э. Доброхотова и соавт. (2003) показали, что эффективность традиционного консервативного лечения острого или обострения хронического воспалительного процесса органов малого таза составляет 42,9%, что является крайне низким и с точки зрения современных позиций не может считаться удовлетворительным.

ЦЕЛЬЮ данного исследования явилась оценка клинической эффективности лечения ХВЗОТ с применением «Алмаг 01-Н» без дополнительных физиотерапевтических воздействий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. С целью исключения возможных противопоказаний к физиотерапии всем больным проводили расширенную кольпоскопию и цитологическое исследование мазков-отпечатков , по показаниям – маммографию, определяли в крови концентрацию гонадотропных и яичниковых гормонов, тестостерона, кортизола, осуществляли ультразвуковое сканирование органов брюшной полости. Для более объективной оценки результатов лечения наряду с рутинными методами у больных хроническим эндометритом применяли динамический контроль за состоянием эндометрия с помощью ультразвукового исследования органов малого таза в динамике менструального цикла (на 5–7-й и 24–25-й дни).

Физиотерапию с помощью «Алмаг 01-Н» начинали с 5–7-го дня менструального цикла и проводили ежедневно. Положение больной – лежа на спине.

Механизм действия магнитного поля:

1. обезболивающий эффект за счёт блокады проведения нервного импульса, что уменьшает спазм напряжённых мышц;

2. улучшение кровообращения в месте воздействия за счёт увеличения просвета капиллярного русла, что обуславливает: противоотёчный эффект и создания благоприятных условий для оттока жидкости; восстановления кислотно-щелочного равновесия за счёт вымывания продуктов воспаления в поражённом месте; насыщение тканей кислородом и питательными веществами, необходимыми для восстановления изменённых тканей;

3.борьба с дегенеративными процессами: стимуляция тканевого дыхания (активация процессов метаболизма углеводов и липидов - увеличение неэстерифицированных жирных кислот и фосфолипидов в крови и внутренних органах, уменьшение холестерина в крови) [1,2,6,9,11].

Аппарат «Алмаг 01-Н» – воздействует на поражённые органы бегущим импульсным магнитным полем. Бегущее импульсное магнитное поле (БИМП) обладает высокой биологической активностью, так как имеет максимальное число биотропных параметров, что обеспечивает наивысшую пространственно-временную неоднородность этого вида поля. Именно такое БИМП, представляющее собой сложное неоднородное изменяющееся во времени и пространстве поле, генерирует магнитотерапевтический «Алмаг 01-Н».

При применении бегущего импульсного магнитного поля не происходит адаптации организма к воздействию вследствие того, что контрольно-адаптационные системы не успевают реагировать на непрерывное "перемещение" источника воздействия и изменения фазы.

Глубина проникновения бегущего импульсного магнитного поля аппарата «Алмаг 01-Н» в тело пациента составляет 6 - 8 см, что позволяет непосредственно воздействовать им на различные внутренние органы человека.

Несмотря на то, что узлы воздействия аппарата «Алмаг 01-Н»имеют две равнозначные рабочие поверхности, "омагничивания" окружающих не происходит, так как при удалении от поверхности аппарата на расстояние 15 см воздействие магнитного поля ослабевает до уровня фона Земли. Частота повторения электромагнитных импульсов попадает в диапазон биологически активных частот организма человека, наложение которых способствует нормализации функций подвергающихся воздействию органов и тканей.

Эффективность лечения бегущим импульсным магнитным полем аппарата «Алмаг 01-Н»подтверждена протоколами медицинских испытаний. «Алмаг 01-Н» лечит бегущим импульсным магнитным полем самым эффективным видом магнитного поля по воздействию на организм. К импульсному магнитному полю у человека не возникает привыкания, поэтому эффективность лечения АЛМАГом со временем не снижается.Общая продолжительность процедуры составила 20 мин. Курс терапии варьировал от 10 до 15 процедур.

Под наблюдением находилось 72 женщины с воспалительным процессом в придатках матки. Все женщины были разделены на две клинические группы. Первую клиническую группу (контроль) составили 42 пациентки, которые получали традиционную комплексную противовоспалительную терапию. Во вторую группу (основную) вошли 30 женщин, которым в комплексе с традиционным лечением была применена физиотерапия по соответствующей методике. Оценивая клиническую картину заболевания, мы обращали внимание на динамику и выраженность клинической симптоматики, температурную реакцию, общее состояние больных, учитывались результаты лечения и сроки пребывания пациенток в клинике. В период лечения и двух последующих месяцев все пациентки применяли барьерную контрацепцию. При изучении анамнеза особое внимание уделялось становлению менструальной и генеративной функции (количество родов, число абортов), перенесенным заболеваниям: детским инфекциям, соматическим и гинекологическим заболеваниям, контрацептивному анамнезу. Изучение объективного статуса исследуемых пациенток начинали с оценки цвета кожных покровов, пальпации регионарных лимфатических узлов, молочных и щитовидной желез.

Массово-ростовой коэффициент рассчитывался по формуле Brey (масса тела (в кг), деленная на рост (в метрах), возведенный в квадрат). Согласно расчетам, полученных ранее данных для женщин репродуктивного возраста величина индекса Brey ниже 19 – астеническое телосложение, 19-26 – нормостеническое, выше 26 – интерстеническое телосложение.

Состояние половых органов оценивалось при помощи бимануального исследования, методом трансабдоминального и трансвагинального ультразвукового сканирования.

Общеклинические методы исследования включали общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови и коагулограмму.

Проводилось бактериоскопическое и бактериологическое исследование мазков из заднего свода влагалища и цервикального канала по общепринятой методике.

Определение инфекций ППП - хламидии, микоплазма, уреаплазма, гарднерелла проводили прямым методом иммунофлюресцентного окрашивания.

Ультразвуковое исследование, проводилось на аппарате «Medison 8000 EX prime» с многочастотными линейными и конвекционными датчиками от 2,5 до 12 МГц. Органы малого таза исследовались, в основном, трансвагинально с датчиком 5,5-7,5 МГц, молочные и щитовидная железа также исследовались датчиками 5,5-7,5 МГц.

Допплерометрическое исследование яичниковых и маточных артерий производилось с помощью допплерометрической приставки в реальном масштабе времени энергетическим и импульсным режимом. При помощи этого исследования изучались особенности кровотока в маточных и яичниковых артериях, для исключения нарушений кровообращения.

Гормональные исследования проводились с целью определения функционального состояния репродуктивной системы у женщин с миомой матки. Определялось содержание гонадотропинов – ФСГ, ЛГ и пролактина в плазме крови. Определение содержания гормонов в плазме крови выполнялось методом твёрдофазного иммуноферментного анализа, который производился до и после лечения парлоделом, для определения эффективности препарата.

Состояние шейки матки оценивалось с помощью кольпоскопии. При наличии показаний производилась прицельная биопсия шейки матки. Исследования проводились по общепринятой методике с использованием 3% уксусной кислоты и 3% раствора йода.

Статистическая обработка производилась с использованием программы Statistika 6,0. Проводился расчёт средних значений, среднеквадратических отклонений, ошибки средних арифметических. Достоверность разницы двух величин определяли с помощью вычисления критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При обследовании женщин обращалось внимание на возраст, менструальную и половую функции, наличие хронических заболеваний других органов и систем.

Физиотерапевтические воздействия все больные переносили хорошо. Уже после 1-й процедуры отмечен анальгезирующий эффект, к концу курса лечения полное болеутоление достигнуто у 64% больных, значительное – у 36%. Такой результат сохранялся в течение всего 2-месячного срока наблюдения. Регуляция функции кишечника наступила у 70% обследованных. У всех пациенток отмечено повышение эластичности тазовых перитонеальных спаек и увеличение подвижности матки. Значительно сократилась продолжительность перименструальных кровяных и мажущих выделений. У 7 больных с исходным нарушением толщины и эхоструктуры эндометрия после лечения эти показатели нормализовались. У 10 пациенток, страдавших бесплодием, наступила беременность, при этом у 3 из них в прошлом имели место неэффективные попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). У 8 обследованных беременность развивается. Допплерометрические исследования сосудистого бассейна малого таза показали, что уже первое физиотерапевтическое воздействие сопровождается значительным возрастанием интенсивности кровотока ($p < 0,05$).

Контингент больных, которым провели физиотерапию с помощью «Алмаг 01-Н», типичен для современного течения ХВЗОТ. Результаты проведенной физиотерапии свидетельствуют о быстро наступающем и выраженном болеутолении с продолжительным (не менее 2 месяцев) последствием; об увеличении как эластичности тазовых перитонеальных спаек, так и экскурсии матки, если ее положение первоначально было неправильным; о корригирующем влиянии на нарушенную функцию кишечника со стойкими запорами. Определенный параллелизм между хорошими результатами лечения и улучшением гемодинамики в сосудистом бассейне малого таза позволяет связать достигнутый клинический эффект с положительным влиянием физиотерапии на регионарное кровообращение.

Следует подчеркнуть, что применение «Алмаг 01-Н» оказалось адекватным функциональному состоянию больных, о чем свидетельствует хорошая переносимость процедур, в том числе у метеозависимых женщин в метеонеблагоприятные дни. Как и при других методах, в физиотерапии ХВЗОТ иногда может наступить кратковременно ухудшение некоторых исходных регионарных гемоциркулярных процессов, которое, как правило, прекращалось спонтанно. Однако такая местная сосудистая реакция нередко сопровождается возникновением или усилением болей внизу живота и в пояснично-крестцовой области. Эти явления напоминают обострение заболевания и часто вызывают необоснованную отмену физиотерапевтических процедур или ненужное назначение антибактериальных препаратов.

Таким образом, использование «Алмаг 01-Н» успешно дополняет и расширяет возможности современной электротерапии хронического эндометрита и хронического сальпингоофорита. Высокая эффективность магнитотерапии при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза позволяет рекомендовать его использование с целью применения в комплексной терапии этого заболевания для усиления противовоспалительного, дефиброзирующего и иммуннокорригирующего действия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.Ю. организация работы физиотерапевтических отделений (лазерная терапия). Основные нормативные документы. М.: Техника, 2003

2. Багирова Х.Г. Использование общесистемной магнитотерапии в комплексной реабилитации больных после гинекологических операций: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. Н.Новгород, 2007, 140 с.

3. Возианов А.Ф., Бутенко А.К., Зак К.П. Цитокины: биологические и противоопухолевые свойства. Киев: Наукова Думка, 1998, 313 с.

4. Волков В.Г., Горшкова И.А. Оценка эффективности консервативного лечения воспалительных заболеваний придатков матки / Мать и дитя: Матер. IX Российского форума. М., 2007, 350

5. Евсеев А.А., Богинская Л.Н., Протопопова Л.О. и др Современные принципы диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. 2003. №2, с.32-36. 29

6. Казачкова Э.А. Патогенез, клинико-морфологическая характеристика и лечение воспалительных заболеваний матки и придатков: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. Челябинск, 2000

7. Кулешова Т.В., Табашникова Н.А., Аккер Л.В. Непосредственные и отдаленные результаты общей магнитотерапии в консервативном лечении женщин репродуктивного возраста с миомой матки // Вопросы курортологии, 2005, №2, 44 -47

8. Курбанова Д.Ф. Воспалительные заболевания придатков матки. М: Медицина,2007, с.85-118

9. Макаров О.В., Гельфанд Б.Р., Платова Е.С. и др. Оценка эффективности режимов антибактериальной терапии при осложненных формах воспалительных заболеваний органов малого таза // Акушерство и гинекология, 2002, №5, с. 19-23

10. Половинкина Е.О. Общесистемная магнитотерапия как средство коррекции перекисного стресса у больных после гинекологических операций / Человек и электромагнитные поля. II Международная конференция. Саратов, 2007, с. 118-119

11. Сикирина О.И. Реабилитация гинекологических больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза и спаечной болезнью при помощи магнито-инфракрасно-лазерной терапии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2000, № 1, с. 39-41

12. Системы комплексной электромагнитотерапии: Учебное пособие для вузов / Под ред. А.М.Беркутова и др. М.: Лаборатория Базовых Знаний, 2000, 376 с.

13. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М.: МИА, 2005, с.516-626

14. Тихомиров А.Л., Сарсания СИ. Современные принципы профилактики и лечения воспалительных заболеваний женских половых органов в оперативной и неоперативной гинекологии. Методические рекомендации. М.2005

15. Eckert L.O., Hawes S.E. Endometritis: The clinical-pathologic syndrome / Am J Obstet Gynecol., 2002, v.186, N 4, p.690-695

16. Savelli L., Pilu G., Valei B. Transvaginal sonographic appearance of anaerobic endometritis // Ultrasound Obstet Gynecol., 2003, v.21(6), p.624-5

17. Simms I., Eastick K., Mallinson T.R. et al. Association between Mycoplasma genitalium, Chlamidia trachomatis and pelvic inflammatory disease // J Clin Pathol., 2003. v.56(8), p.616-618.

XÜLASƏ

QADIN CİNSİYYƏT ORQANLARININ İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİ ZAMANI FİZİOTERAPIYANIN MÜASİR İMKANLARI

N.M., Kamilova, E.A.İslamova

Milli reprodukiv sağlamlaığın qorunması və bərpa olunması səhiyyənin ən vacib məsələlərindən biridir. Qadın cinsiyyət orqanlarının xronik xəstəlikəri reproduktiv yaş dövründə ginekoloji patologiya strukturunda aparıcı yer tuta və onun tezliyi 60-65% təşkil edir. Bu tədqiqat işinin məqsədi əlavə fizioterapevtik təsirlər olmadan "ALMAQ 01H"- ın kiçik çanaq orqanlarının xronik iltihabi xəstəliyinin müalicəsində kilinik effektivliyini təyin etməkdən ibarətdir. "ALMAQ 01-H"- ın tətbiqi xronik endometrit və xronik salpinhooforit kimi xəstəliklər zamanı müasir elektroterapiyanın imkanlarını günişləndirir və artırır. Kiçik çanaq üzvlarının xronik iltihabi xəstəlikləri zamanı maqnit terapiyasının yüksək effektivliyi bu xəstəliklərin kompleks müalicəsində onun tətbiqini tövsiyə etməyə imkan verir. Bu zaman onun iltihabəleyhinə, defibrozəedici və immun korreksiyaedici imkanlarından geniş istifadə etmək mümkündür.

SUMMARY

MODERN POSSIBILITIES OF PHYSICAL THERAPY IN INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS.

N.M. Kamilov, E.A. Islamova

Saving and restoring reproductive health home is one of the most important health problems. Chronic inflammatory diseases of the female genital organs occupy a leading position in the structure of gynecological pathology in the reproductive age with up to 60-65%. The aim of this study was to evaluate the clinical efficacy of treatment with chronic inflammatory disease of the pelvic organs "ALMAG 01-N" with no additional effects of physiotherapy. The use of "ALMAG 01-H" successfully complements and extends the capabilities of modern electrotherapy of chronic endometritis and chronic salpingoophoritis. The high efficiency of magnetic therapy for chronic inflammatory diseases of the pelvic organs can recommend its use to use in the treatment of this disease to enhance the anti-inflammatory and immunn correction action.

Daxil olub:25.03.2011

BAKTERİOLİZİS- BRUSELLOZ ZAMANI SPESIFIK ANTICISMLƏRIN DİAQNOSTİK TİTR GÖSTƏRİCİLƏRİNİN MÖVCUDLUĞU KİMİ

Ə.Ə. Alıyev
Azərbaycan Elmi - Tədqiqat Baytarlıq İnstitutu, Bakı

Bruselloz 1 əsrdən çox tarixə malik zooantroponoz xəstəlikdir. Hər il statistik məlumatlara görə təxminən 350 nəfərə qədər insan mövcud spesifik anticismlərin axtarılmasına əsaslanan seroloji üsullarla bruselloz diaqnozu qoyularaq müalicəyə cəlb olunur. 2000- dən çox iri və xırda buynuzlu heyvanlarlar səmərəli müalicə üsulu olmadığından həmin üsullarla bruselloz diaqnozu ilə məcburi kəsimə verilir. Xəstəlikdən hər il məcburi kəsimdən hər heyvanın faktiki dəyərinin 50% - dən çox heyvan sahiblərinə ziyan dəyir. Bruselloza seroloji (Çəhrayı benqal sınağı (ÇBS), Aqqlütinasiya reaksiyası (AR), Komplimentin birləşmə reaksiyası KBR, İmmun ferment analiz (İFA) və.s) reaksiyalarla müsbət göstərən heyvanlar normal bala verir, həmin heyvanlarda xəstəliyin klinikası olmur, bakterioloji və bioloji müayinələrin nəticələri çox zaman mənfi olur. Lakin brusellozdan balasalmış heyvanlarda, bakterioloji və bioloji müayinənin nəticələri müsbət, seroloji reaksiyalar isə mənfi olur. Bu isə nəticədə təbii immunizasiya, yəni qazanılmış steril immuniteti olan və vaksinasiya olunmuş heyvanların qarışıqda bruselloz adı ilə məcburi kəsimə verilməsinə, brusellaları ifrazatları ilə yayan heyvanların isə mövcud seroloji üsullarla xəstəliyin kəskin dövründə aşkar edilə bilmədiyindən sağlam adı ilə təsərrüfatlarda qalaraq, məhsulları və ifrazatları ilə heyvan və insanlar arasında xəstəliyin yayılmasına səbəb olur. Hər bir müayinə olunan seruma nəzarətdə pozitiv və neqativ serumdan istifadə olunur. Müayinə olunan serumun nəticələri nəzarət serumları ilə müqayisə edilərək qiymətləndirilir. Müayinə olunan serumun nəticəsi pozitiv serumla eyni olarsa, bu zaman heyvan və insan xəstə, əgər neqativ seruma müvafiq olarsa, sağlam hesab edilir. Nəzarətdə istifadə olunan pozitiv bruselloz serumu inaktivasiya olunmuş brusellanın ada dovşanı və qoça hiperimmunizasiyası ilə əldə olunur, lakin həmin təcrübə heyvanları xəstə deyil, xəstəliyə davamlı hesab olunur. Həmin pozitiv serum vahid bruselloz antigeninə nəzarət məqsədilə qoyulur və nəticələr müayinə edilən serumun nəticələri ilə müqayisə edilərək diaqnostik qiymətləndirilir. Nəticə eyni olarsa, heyvan və insan xəstə hesab edilir.[9, 10] Spesifik anticismlərin əmələ gəlməsinə səbəb brusellanın somatik antigenidir. Həmin antigen sünii qida mühitində boy vermir, orqanizmdə heç bir patomorfoloji dəyişikliklər yaratmır və həmin heyvanda bruselloza xas olan əlamətlərə təsadüf olunmur. Belə ki, antigen üzərində alınmış nəticələrlə patogen brusellalarla alınmış nəticələrdə ziddiyyətlilik mövcuddur. Brusella ona invazivlik verən hiolironidaza fermentindən və somatik antigendən ibarətdir. Patogen brusella orqanizmə daxil olduqda xəstəliyin əlamətləri müşahidə edilir. Diaqnostik və yuxarı titr göstəricilərinə malik heyvanlarda belə hal müşahidə olunmur. Məhz bu baxımdan diaqnostik titrdə insandan – insana brusellozun keçməsi təsadüf olunmamış və bioloji dalan adlandırılmışdır [1,2,11,12].

KBR 1901 - ci ildə ilk dəfə Borde və Janqu, 1909 - cu ildə isə ilk dəfə Qolt brusellozun diaqnostikası məqsədilə təklif etmiş, bu gün də ən dəqiq üsul kimi tətbiq edilməkdədir. Bu üsul antigen – anticism kompleksinin sərbəst komplementi təsbit (fiksasiya) etmə prinsipinə əsaslanır. Bu reaksiya bakterioliz və hemoliz kimi 2 - fenomen reaksiyanın əsasını təşkil edir. Bakterioliz hadisəsini alman tədqiqatçısı Rixard Pfeyfer və Rus mikrobioloqu V. İ. İsayev hind donuzlarını zəiflədilmiş vəba vibrionu ilə peyvənd edərkən heyvanların qan zərdabında spesifik anticismlər - bakteriolizinləri müşahidə etmişlər. Əldə edilmiş immun qan zərdabına in vitro diri vəba vibrionları əlavə olunarkən komplementin iştirakı ilə lizisə uğramış, və ona görədə bakteriolizis adlandırılmışdır. Hemoliz fenomeni isə Borde, F. Çistoviç 1898 - ci ildə qoç eritrositlərini ada dovşanına 3 - dəfə artan dozada hiperimmunizasiya etmiş, əmələ gələn spesifik anticismlər komplementin iştirakı ilə in vitro qoç eritrositini lizis etmiş, bu hadisəni rəngin qızarması ilə müşahidə etmişlər. Bu hadisəni hemolizis reaksiyası adlandırmışlar. Bruselloz antigeni orqanizm üçün iri molekullu genetik yad cism olub, orqanizmə daxil olduqda spesifik anticismlərin əmələ gəlməsinə səbəb olmaqla in vitro (mixbərdə) müvafiq antigeni elektrolitik mühitdə əridərək çöküntü halında özünü göstərir. Bakterioliz, hemoliz reaksiyalarına və antigenə verilən tərifə nəzər salsaq, məlum olur ki, orqanizmin infeksion - brusellladan və qeyri infeksion - qoç eritrositindən mühafizə edilməsi immunitetdir [1,5,9,11]. Bakterioliz və hemoliz reaksiyalarından belə demək olar

antigenlərə qarşı əmələ gələn spesifik anticismlərin funksyası brusella antigenini və ya qoç eritrositini lizis etməkdir. Bu hadisə immun cavab adlanır. KBR - də isə hemoliz reaksiyası bakterioliz reaksiyasına indiqator (nəzarət) rolunu oynayır. Əgər komplement bakteriolitik sistemdə birləşirsə, hemolitik sistemdə hemoliz olmur, ancaq reaksiya müsbət, nəticəsi isə xəstə hesab edilir. Əksinə kompliment hemolitik sistemdə birləşirsə qoç eritrositi lizisə uğrayır mixbər qızarır, reaksiyanın nəticəsi isə mənfi olmaqla, heyvan sağlam hesab edilir. Bu prosesdə spesifik anticismlərin funksiyası hər iki halda yalnız müvafiq antigeni lizis etməkdir. Yəni orqanizmdə brusellalara qarşı anticismlər əmələ gəlirsə və həm orqanizmdə və ya mixbərdə müvafiq antigeni əridirsə bu nəticə xəstəlik deyil, xəstəlikdən təbii sağalmadır və ya qoç eritrositinə qarşı əmələ gələn hemolizin komplimentin iştirakı ilə eritrositi lizisə uğradırsa bu hadisə də immun cavabdır və bu nəticəni də xəstə heyvan serumuna indiqator kimi götürüb eyniləşdirmək düzgün deyildir. Xəstəliyin kəskin təhlükəli dövründə spesifik anticismlər serumda olmadığı üçün seroloji üsullar mənfi göstərir, çünki mikrobun virulentliyi artdıqca ona qarşı anticismlərin əmələ gəlmə müddəti uzanır, bu da nəticədə virulentli brusellaları yayan heyvanların bu üsullarla sağlam hesab edilməsinə və məhsulları ilə insan və heyvanların yoluxmasına səbəb olur. Brusellalar zəiflədikdə isə əksinə 4 - cü gündən başlayaraq serumda spesifik anticismlər müəyyən olunur ki, onda isə heyvan infeksiya mənbəyi sayılmır, əksinə xəstə hesab edilir və heyvanların məcburi kəsilməsinə səbəb olur. Süddə, dölətrafı mayedə brusella ayrılan zaman, lakin seroloji reaksiyalar mənfi göstərir, süddə seroloji reaksiya müsbət olanda kultura ayrılmır, bioloji sınaq mənfi olur. Heyvan orqanizmləri müxtəlif immun vəziyyətdə olduğundan, xəstəliyin müxtəlif dövrlərində seroloji üsullarla ona diaqnoz qoymaq çətinlik törədir. Spesifik anticismlərin axtarılmasına əsaslanan seroloji üsullar brusellaları yayan orqanizmləri tam aşkar etmir, brusellanın axtarılmasına əsaslanan kütləvi müayinə üçün daha səmərəli üsulların axtarılmasını tələb edir [1,2,3,4,5,6,7,8]. Dünya alimlərinin bu məsələ barədə məlumatsızlığı xəstəliyin diaqnostikası və müalicəsində problemlərə səbəb olmuşdur. Alınmış nəticələrin müvafiq sahələrdə tətbiqi iqdisadi inkişafa təkan verəcək, qida təhlükəsizliyini təmin etməklə, xəstəliyin ləğvi üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir. Respublikada ilk dəfə bu problemin həlinə müraciət edilməsi məhz bu baxımdan vacib hesab edilmişdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqat işləri Azərbaycan Elmi - Tədqiqat Baytarlıq İnstitutunda 2009 - cu ilə qədər Brusellozu və Vərəmi öyrənən laboratoriyasında, sonralar isə heyvanların infeksion xəstəliklər laboratoriyasında son diaqnostik və profilaktik təlimatlara müvafiq olaraq aparılmışdır.

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Hər bir seroloji reaksiya nəzarətlə paralel qoyulur. Nəzarətdə pozitiv və neqativ serumdan istifadə olunur. Müayinə olunan serumun nəticələri nəzarət serumları ilə müqayisə edilərək qiymətləndirilir. Müayinə olunan serumun nəticəsi pozitiv serumun nəticəsinə uyğun olarsa, reaksiya müsbət, heyvan və insan xəstə, neqativ serumun nəticəsinə müvafiq olarsa, sağlam hesab edilir [9,10]. Pozitiv serum inaktivasiya olunmuş brusellanın ada dovşanı və qoça hiperimmunizasiyası ilə əldə olunur. Lakin pozitiv serum hazırlanan təcrübə heyvanları xəstə deyil, xəstəliyə davamlıdır [6,7,8]. Aqqlütinasiya reaksiyası kütləvi müayinə zamanı qoyun keçilərdə 1:25, 1:50, qaramalda 1:50, 1:100 nisbətlərdə qoyulyr. İlkin durultmada müayinə üçün 0,1 ml müayinə olunan serum götürülür üzərinə 1:10 fizioloji məhlulla durultmuş vahid bruselloz antigeni 0,5 həcmdə əlavə edilir. 1 - ml vahid bruselloz antigenində 10 milyard brusella cismciyi var. 1 - ml 1: 10 durultma hazırladıqda 1ml - də 1 - milyard mikrob cismciyi qalır, ondan 0,5 ml serumun üzərinə əlavə edildikdə hər mixbərdə 500 min bruselloz cisimciyi olur. Qaramalda 1:100, qoyun keçidə 1:50 ən azı 2++ aqqlütinasiya müşahidə olunarsa, reaksiya müsbət heyvan isə bruselloz hesab edilir [9,10].

Əgər müayinə olunan 0,1 serumu 1:50, 1:100 durultmalarda in vitro (mixbərdə) 500 min bruselloz cismciyini elektrolitik mühitdə çökdürərsə, bu isə o deməkdir ki, 20 l qanı olan heyvanın ən azı 4 5% - ni serum təşkil edir ki, bu da təxminən 9 l- dək serum deməkdir. Əgər 0,1 müayinə olunan serumun 1: 100 durultması 500 min bruselloz cismciyini in vitro elektrolitik mühitdə çokdürürsə, onda 9 l serumda olan anticismlərin in vivo nə qədər brusellaları neytrallaşdırmaq qabiliyyətinə malik olduğunu riyazi hesablamaqla daha aydın görmək olar.

Bundan başqa 45 baş ada dovşanları vahid bruselloz antigeni ilə 1 - ci gün 1ml, 6 - cı gün 2 ml, 14 - cü gün 2,5 ml bud nahiyyəsindən əzələ daxilinə immunizasiya edilmiş, 21- ci gün serumun titri AR - lə yoxlanılmış, ən aşağı olan titr 1:160 və 1:1280 titrlər olmuşdur. Sonra hər iki titrlərin

mixbərlərinin çöküntüsü 1:5 - dən 1:1280 - ə qədər müxtəlif ada dovşanlara immunizasiya edilmiş, 7 - gündən sonra nəticələri aşagıdakı kimi olmuşdur:

Son həddtitri AR- lə 1:160 olan serumun 1:5, 1:10, 1:20 - ə qədər duruldulmuş 18 – 24 saat sonrakı çöküntüsündən ada dovşanlarına immunizasiya zamanı spesifik anticismlər əmələ gəlməmiş, lakin yuxarı titrlərin 1: 40 - dan 1: 320- dək çöküntülərinə qarşı spesifik anticismlər əmələ gəlmişdir.

Növbəti təcrübə məqsədilə 10- dovşan 1973 - cü ilin istehsalı olan 19 ştamla hərəsinə 1ml hesabilə qarınaltı nahiyyədən subdermal, intraperitonal immunizasiya edilmişdir. Eyni zamanda 1989 - cu ilin istehsalı olan vahid bruselloz antigeni ilə 10 ada dovşanlarına eyni qayda ilə 1ml həcmdə immunizasiya edilmişdir. Nəzarətdə isə yararlılıq müddəti keçməyən Rev -1, şt - 82 və vahid bruselloz antigeni götürülmüşdür. 7 - gün fasilə ilə 3 dəfə təkrar artan doza ilə immunizasiya edilmişdir. Hər immunizasiyadan sonra ada dovşanlarının qulaq venasından 2 ml qan alınaraq serumu ayrılmışdır. Nəticələr ÇBS - ilə müsbət olmuşdur. Paralel ada dovşanları qansızlaşdırılaraq daxili orqanlarından 1:10 suspenziya hazırlanmış, hər nümunədən 2 - baş ada dovşanına bud əzələsinə 1ml inyeksiya edilmiş, 5 - gündən sonra qulaq venasından qan alınaraq serumu ÇBS – lə mənfi olmuşdur. Digər təcrübədə 59 baş cins qaramaldan 10 qramlıq birdəfəlik steril şprislə qan nümunəsi sterillik gözlənilməklə götürülmüş, yerindəcə 1 ml hesabı ilə yeni (Ə. Ə. Alıyev, F. R. Gülalıyeva tərəfindən şərti adlandırılmışdır) AF2 və mövcud ət peptonlu qaraciyərli qlükozalı qlesirinli (ƏPQQQ) bulyon və aqar qida mühitlərinə əkilmişdir. Qalan qan nümunələri seroloji müayinə üçün götürülərək laboratoriyada kompleks mövcud və yeni müayinə üsulları ilə [8,9,10] müqayisəvi yoxlanılmış, nəticədə 8 - baş ÇBS, AR - lə müsbət, 2 baş ÇBS ilə 2 müsbət olmuşdur. Bakterioloji müayinənin nəticələri bütün nümunələrdə mənfi olmuşdur. Həmçinin, müsbət olan 8 serumların AR - lə 20 saatdan sonrakı 1:50, 1:100 çöküntülərini 40 - baş ada dovşanına bioloji sınaq zamanı diaqnostik titrdə mənfi olmuş, yuxarı titrlərdə müsbət olmuşdur. ÇBS ilə 3 2 baş müsbət olanlar AR lə 1: 40 titrdə olmuşdur. 20 saatdan sonrakı çöküntülərin 1:50, 1:100 titrlərdə hərəsini 2 - baş ada dovşanının bud əzələsinə 1 ml hesabı ilə inyeksiya edildi. Nəticə isə müsbət oldu. Nəzarətdə hiperimmun bruselloz serumunun standart vahid bruselloz antigeninin 18 saatdan sonrakı 1:50, 1:100 çöküntüləri hərəsini 2 - baş ada dovşanına immunizasiya eyni qayda ilə bud əzələsinə inyeksiya edilmiş nəticələri 5 - ci gün diaqnostik titrlərdə spesifik anticismlərin təsirindən standart antigen in vitro (mixbərdə) lizis olduğundan spesifik anticismlər əmələ gəlməmişdir. Müsbət serumlar vahid bruselloz antigeni ilə Həlqə Presipitasiya Reaksiyası ilə nəticələri eyni olmamış, ləngimə müşahidə edilmiş, (çarpaz aqqlütinasiya) nəzarətdə isə reaksiya 16 cı dəqiqədə müsbət olmuşdur. 3 – cü təcrübədə vahid bruselloz antigeni 6 mixbərdə hərəsində 4 - ml olmaq şərtilə götürülmüş 30, 60, 90, 120, 150, 180 dəqiqə intervallarda suda qaynadılmış, hər nümunədən 2 - ədəd ada dovşanlara enteral, subdermal, intraperitonal olaraq yeridilmişdir. 4 -5 gündən sonra nəticələr CBS - ilə yoxlanılmış nəticə müsbət olmuşdur. Antigen qaynama temperaturunda 3- saat saxlanıldıqdan sonra da spesifik anticism əmələ gətirmə qabiliyyətini saxlamışdır. Spesifik anticismlərin əmələ gəlməsi 4-5 gün ərzində olduğu halda, enteral immunizasiyada 3 – 5 gün sonra spesifik anticismlərin əmələ gəlməsi komissyon təsdiq edilmişdir. Növbəti təcrübədə biz vahid bruselloz antigeni 7 ada dovşanına və ya 3 baş qoçun bud əzələsinə 1,5 ml, 7 gün fasilə ilə artan dozada 7 - ci gün 2 ml, 14 - cü gün 2,5 ml, inyeksiya edilmiş, hər 10 gündən bir qanın serumu seroloji müayinəyə cəlb edilmişdir. Hər seroloji müayinə zamanı ada dovşanlardan 1 – i qansızlaşdırılmış, serumu ayrılmış, daxili orqanlarından və sümük iliyindən steril şəraitdə 1: 10 nisbətdə fizioloji məhlulda suspenziya hazırlanmış və 70 dərəcə C də 1 saat su hamamında saxlanılm16 saat soyuducuda saxlandıqdan sonra hazırlanmış suspenziyaları standart pozitiv bruselloz serumu ilə Həlqə Presipitasiya (HPR) və Presipitasiya reaksiyası (PR) ilə yoxlanılmışdır. Nəzarətdə isə vahid bruselloz antigeni pozitiv, neqativ və müayinə olunan heyvanın serumu götürülmüş, nəticələr müqayisə edilərək, diaqnostik qiymətləndirilmişdir. Həlqə Presipitasiya reaksiyası (HPR) sınaq təcrübəsində 0,3 ml 1: 10 hazırlanmış suspenziya, 0,3 üzərinə standart pozitiv serum, nəzarətdə isə eyni qayda ilə standart vahid bruselloz antigeni pozitiv, neqativ və müayinə olunan serumla 55 dərəcə su hamamında 4 dəqiqə saxlanıldı, sonra 4 dəqiqə soyuq suya mixbərlər keçirildi. Proses 4 dəqiqə fasilə ilə isti soyuq rejimdə saxlanıldı. Reaksiyanın nəticəsi nəzarətdə pozitiv serumla reaksiya gedəndə dayandırıldı və nəticələr müqayisə edilərək diaqnostik qiymətləndirildi. Məlum oldu ki, serumun titri ardıqca HPR nın nəticəsi tez oxunur, azaldıqca ləngiyir. Təcrübələr 10, 20, 30- cu günlərdə də təkrar edilmişdir. Antigen üzərində alınan nəticələrə

görə ada dovşanlarının qanında 4- 5 – ci gündən başlayaraq spesifik anticismlər əmələ gəlir. Orqanlardan hazırlanmış suspenziya (HPR ilə müsbət verənlərlə) diri çəkisi 2 kq olan ada dovşanına və ya 1 aylıq broyler cücəsinə hər nümunə 2 - başın bud və ya döş əzələsinə 1 ml hesabı ilə inyeksiya edildi. HPR - ilə müsbət nəticə bioloji sınaqla 5 ci gün serumun ÇBS və HPR – ilə nəticəsi mənfi olmuş, nəzarətdə isə vahid bruselloz antigeni olduğundan nəticə hər iki reaksiya ilə müsbət olmuşdur. Orqanlardan hazırlanmış suspenziyalardan yalnız qaraciyər suspenziyası HPR ilə müsbət olmuş, lakin bioloji sınağın nəticəsi mənfi olmuşdur. Bu təcrübələr eyni qayda ilə Ştamm – 82, Rev - 1, Ştamm – 19 la paralel aparılmış, 7 - 14 gündən başlayaraq ÇBS, AR, KBR və HPR ilə müayinə edilmiş serumun nəticələri müsbət olmuş, Lakin HPR - ilə reaksiya 1 - saata qədər ləngimişdir. Orqanlardan hazırlanmış suspenziyaların nəticələri standart vahid bruselloz antigeninin nəticələri ilə eyni olmuşdur. [1,2,3,4,5,6, 7]

Ədəbiyyat məlumatlarının və aparılan təcrübələrin təhlili bizim aşağıdakı nəticələrə gəlməyimizə əsas verir.

NƏTICƏ. 1. Təbii immunizasiya və vaksinasiyadan sonra immunoloji reaksiyalar müxtəlif dərəcədə müsbət ola bilər, xəstəliyin kliniki əlamətləri olmadan, bruselloza görə reaksiyaların müsbət olması, bruselloza diaqnoz qoyulmasına əsas vermir. Hemokulturanın alınması, bioloji sınağın müsbət olması diaqnozu təsdiq edir. 2. Bruselloza diaqnoz o zaman düzgün qoyulmuş hesab edilir ki, brusella təmiz kultura kimi ayrılsın, təcrübə mixbərlərində özünü standart bruselloz antigeni kimi aparmış olsun. Yəni hər iki sınaq və nəzarət mixbərlərində eyni müddətdə neqativ serumla aydın nəzərə çarpan mənfi nəticə, monospesifik pozitiv (hiperimmun) serumla isə aydın, gözlə görünən həlqə əmələ gəlsin (presipitasiya) və mixbərin dibinə çöksün. Həmin suspenziyanın bioloji sınaqla nəticəsi 5 - ci gün ÇBS və HPR ilə serumu müsbət olsun (Ə.Ə.Alıyev, N. G. Quliyev və F. R. Gülalıyeva şərti adı "ABNUREL" Triada reaksiyası).

ƏDƏBIYYAT

1.Alıyev Ə.Ə., Quliyev N.G. Həsənov E.H. Gülalıyeva F.R. Kənd təsərrüfatı heyvanlarının brusellozunun diaqnostikasının təkmilləşdirilməsinə dair // Elmi iş, 2010, №28, s.35 -40

2. Alıyev Ə.Ə., Quliyev N.G., Gülalıyeva F.R. Brusellozlu və immitetli orqanizmlərin təfriqi // Aqrar elmi, 2011, №3, s.122

3.Alıyev Ə.Ə., Gülalıyeva F.R. Brusellaların süni qida mühitlərində spesifik boy vermə müddətinin öyrənilməsi // Aqrar elmi, 2011, №3, s.125.

4. Alıyev Ə.Ə., Quliyev N.G., Gülalıyeva F.R. ƏBNUREL" triada reaksiyasının Brusellozun diaqnostikasında tətbiqinə dair // "ELM" qəzeti, 2011, 1007 - 1008 sayı, s.9.

5.Alıyev Ə.Ə., Quliyev N.G., İsgəndərov H.M., Atakişiyev N.F. Bruselloz antigeni ilə patogen brusellalar arasında ziddiyyətlilik mövcuddur // Azərbaycan aqrar elmi, 2007, № 8 -9, s.75

6.Alıyev Ə.Ə., Quliyev N.G., Həsənov E.H., Qarayeva M.A. Bruselloz zamanı spesifik anticismlərin mövcudluğu xəstəlikdən sağalma göstəricisidir //Azərbaycan beynəlxalq elmi nəzəri jurnal, 2005, N 8-9, s.34- 38

7.Alıyev Ə.Ə., Quliyev N.G., Həsənov E.H. Qarayeva M.A. Bruselloza qarşı orqanizmin spesifik cavab reaksiyası immun raaksiyadır // Azərbaycan beynəlxalq elmi nəzəri jurnal, 2005, N 6-7, s.24-30

8. Alıyev Ə.Ə., Quliyev E.H., Həsənov E.H. Brusellozun diaqnostikasının təkmilləşdirilməsinə dair Milli Elmlər // "ELM" qəzeti, 2004, 21 iyun, s.14.

9. Brusellozun diaqnostik təlimatı. B., 2003.

10. Əliyev E. Kənd təsərrüfatı heyvanlarının bruselyozu. Bakı, 2002

11. Колычев Н.М., Госманов Р.Г. Ветеринарная микробиология и иммунология. М.: Колосс, 2006,

12. Бессарабов Б.Ф. и др. Инфекционные болезни животных / Под ред. И.И. Сидорчука. М.,2007, с.29

РЕЗЮМЕ

БАКТЕРИОЛИЗИС- КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

А.А. Алиев

В настоящее время при диагностике бруцеллеза нами предлагается использовать триаду «АБНУРЕЛ», основанную на поиске бруцелл, а не специфических антител. Во время проведенных исследований было отмечено, что единый бруцеллезный антиген даже при кипячении в течение 3 - х часов не теряет свойств образовывать антитела. С возрастанием вирулентности бруцелл увеличивается время образования антител. Антиген, при поступлении в организм вместе с мясом и молоком, способствует выработке специфических антител, а это приводит к тому, что людей лечат против бруцеллеза, а животных подвергают вынужденному убою. Реакция между антигеном и антителом называется бактериолизом, эта реакция не может быть использована в качестве контроля при диагностических реакциях, как показатель заболеваемости, В этой реакции функция антител заключается в лизисе антигена. Это показатель иммунитета, а не показатель восприимчивости.

Отсутствие антител в сыворотке крови кроликов на введение осадочного материала, образованного через 20 ч в результате РА в диагностическом титре, служит этому подтверждением. Диагноз на бруцеллез считают установленным с момента выделения чистой культуры бруцелл, в контролных и опытных пробирках выделенная культура идентична стандартному бруцеллезному антигену. То есть в обоих контрольных пробирках с негативной сывороткой происходит ясный отрицательный результат, положительной (гипериммунной) сывыроткой получается видимое кольцо (преципитация), осадок выпадает на дно пробирки и результат условно называемой реакции «АБНУРЭЛЬ» бывает положительным.

SUMMARY

BACTERIOLISYS-AS AN INDICATION OF SPECIFIC ANTIBODIES DIAGNOSTIC FOR BRUCELLOSIS

A.A. Aliyev

At present, the diagnosis of brucellosis, we propose to use the triad "ABNUREL" based on a search for Brucella, but not specific antibodies. During the studies, it was noted that a single brucellosis antigen even when boiled for 3 - hours do not lose the properties to form antibodies. With an increase in the virulence of Brucella increases during the formation of antibodies. The antigen, when the body along with the meat and milk, promotes the development of specific antibodies, and this leads to the fact that people are treated against brucellosis, and animals subjected to the forced slaughter. The reaction between an antigen and an antibody called bacteriolysis, this reaction can not be used as a control in diagnostic reactions, as an indicator of morbidity in this reaction is a function of antibodies in the lysis of the antigen. It is a measure of immunity, and not an indicator of susceptibility. The absence of antibodies in the serum of rabbits to the introduction of sediment formed after 20 h by RA in diagnostic titre, this is a confirmation. The diagnosis of brucellosis is considered established after isolation of pure cultures of Brucella, the limit control and experimental tubes isolated culture is identical to the standard brucellosis antigen. That is, in both test tubes with negative serum is a clear negative, positive (hyperimmune) syvyrotkoy turns visible ring (precipitation), sediment falls to the bottom of the tube and the result is conventionally called the reaction "ABNUREL" is positive.

Daxil olub:11.04.2011

UŞAQLIĞIN ÜZƏRİNDƏ ÇAPIĞI OLAN HAMİLƏLƏRİN APARILMA TAKTİKASI

Z.M. Topçubaşova, N.M. Kamilova, T.F. Cəfərova, S.S. Səfərova, S.A. Mürsəlova, A.N.Abdinova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Keysəriyyə kəsiyi (KK) son illər mamalıqda ən geniş yayılmış əməliyyatdır [6,11,13]. KK tezliyi azalma tendensiyasına uğramır və müxtəlif müəlliflərin göstəricilərinə görə 11%-dən 29%-ə qədər təşkil edir, mamalıq patologiyalarının kollektoru olan doğuşa yardım müəssisələrində 40%-ə və daha artıq göstəricilərə çatır [1,3,12].

Son illərdə dünya üzrə doğuşların təbii yolla aparılması tendensiyası yüksəlir, bu da KK aparılan qadınlarda bütün göstərişlərin və hərtərəfli müayinələrin yerinə yetirilməsindən sonra məqsədəuyğun hesab olunur. Uşaqlığın üzərində çapığı olan qadınlarda doğuşun təbii yollarla aparılması məsələsini həll edərkən aşağıdakı göstərişləri nəzərə almaq lazımdır:

-əvvəlki əməliyyatın göstəriciləri (xəstəlik tarixindən çıxarış

-dinamikada uşaqlığın üzərində çapığın tədqiqinin nəticələri (hamiləliyə qədər və hamilələlik zamanı)

-əməliyyatdan sonra və hal-hazırki hamilələlik arasında baş verən hamiləliklərin sayı (onların nəticələri və mümkün ağırlaşmalar nəzərə alınır)

-hal-hazırki hamiləliyin gedişi (ağırlaşmalar) [2,4,5,14,15]

Təbii yolla doğuşu uşaqlığın üzərində çapığı olan qadınlarda aşağıdakı hallarda aparmaq olar:

- vaxtı bitmiş hamilələlik

-uşaqlığın aşağı seqmentində aparılan, əməliyyatdan sonrakı dövrü ağırlaşmamış olan yeganə kesar kəsiyi

-dölün çox böyük olmayan çəkisi (3500 q artıq olmayan)

-dölün baş gəlişi

-ciftin çapıqdan kənar lokalizə olması

-çapığın əlatlərlə sübüt olunmuş tamlığı

-təkrar əməliyyatın aparılmasına başqa göstərişlərin olmaması [3,7,10,16]

Toxumaların yaxşı regenerasiyası və çapığın tam aradan qaldırılması üçün əsas meyarlar optimal qan təchizatının təmin olunmasıdır ki, bu da tikiş nahiyəsində işemiyanın və hipoksiyanın, minimal iltihabi reaksiyanın inkişaf ehtimalını azaldır [7,10,12].

Hal-hazırda çapığın tamlığının qiymətləndirilməsi üçün hamiləlik zamanı kliniki-anamnestik göstəricilərdn geniş istifadə olunur. Rentgenoloji və endoskopik müayinələrin hamiləlik zamanı aparılmasına əks göstərişlərin olduğu üçün USM indiki vaxtda uşaqlığın aşağı seqmentinin qiymətləndirilməsində yeganə əlverişli üsuludur.

Uşaqlığın üzərində çapığı olan hamilələrdə əməliyyata uğramamış uşaqlıqla müqayisədə operativ müdaxiləyə məruz qalmış aşağı seqmentin orta hissəsində yalnız miometrium nazikləşmişdir. Hamilələrdə KK sonra uşaqlığın üzərində çapığın vəziyyəti bu zonada olan reparativ proseslərin təsiri altında formalaşır, bunlar da angeogenezin intensivliyindən bilavasitə asılıdırlar. Elmi tədqiqatlarda təyin olunmuşdur ki, çapıq zonasında kollagen liflərin üstünlük təşkil etməsi miometriumun radial arteriyalarının qan axarında yüksək təziqin əmələ gəlməsinə zəmin yaradır. Əksinə belə lifləri az olan çapıqlarda fibroblastlar və fibrositlər daha çox nəzə çarpır [3,5,8].

Krasnopolskiy V.İ. və Loqutova L.S. (2005) verdikləri göstəricilərə görə, orta hesabla 100% qadınlar abdominal doğuşdan sonra gələcəkdə yenə uşaq əldə etmək planlaşdırırlar. Uşaqlığın üzərində çapığı olan qadınlarda gələcək hamiləliyə hazırlıq mərhələsi qadın məsləhətxanasında keçməlidir. KK sonra ilk bir il ərzində ağırlaşmaların və ginekoloji xəstəliklərin yüksək tezliyini nəzərə alaraq (30,6%) biz tərəfdən qadın məsləhətxanası şəraitində abdominal doğuşdan sonra 64 pasiyentin kompleks kliniki laborator müayinəsi və nəzərəti aparılmışdır.

Bütün pasiyentlər doğum evindən çıxarılandan sonra 10 gün ərzində qadın məsləhətxanasında dispanser nəzarətə götürülmüşlər və 2 il bu nəzarətdə saxlanılmışlar. İlk 2 ay ərzində müayinə 10-14 gündən bir dəfə keçirilirdi. Bu da həmin dövrdə qanaxma, irinli septiki ağırlaşmalar, uşaqlığın üzərində tikişlərin natamamlığı kimi ağırlaşmaların yüksək tezliyi ilə əsaslanır. Sonradan pasiyentlər ehtiyac əmələ gəldikdə və planlı sürətdə qadın məsləhətxanasına 3 ayda 1 dəfə 1 il ərzində gəlirdilər.

Planlı qospitalizasiya belə hamilələrdə 37-38 həftələrdə aparılırdı. Doğuş üsulunun seçimi həkim konsiliumunda təyin olunurdu. Təbii yolla doğuşa 64 pasiyent planlaşdırılmışdır, lakin sərbəst doğuş 53 qadında baş verdi, bu da 81,9% təşkil etdi, vaxtında doğuş 44 pasiyentdə baş verdi, vaxtından əvvəl – 9, qalan 11(18,1%) qadında ekstren surətdə abdominal doğuş mamalıq göstərişlərinə uyğun olaraq aparılmışdır. Təbii yolla doğuş zamanı müddət 12 saatdan 14 saat 10 dəq təşkil etdi, susuz dövür 5 saatdan 9 saata qədər təşkil etdi. Bütün hallarda əməliyyatdan sonrakı və doğuşdan sonrakı dövrlər normal keçmişdir. 64 sağ uşaq doğuldu, 52 kafi vəziyyətdə, Apqar şkalası ilə ağır asfiksiyada - 3(4,6%). 4 uşaqda 32-34 həftəlik hestasion dövrlərdə reanimasion tədbirlər görüldü.

Ağırlaşmış zahılıq dövrü olan qadınları çapıqlarının morfoloji tədqiqatı zamanı sklerozun formalaşması fonunda xroniki iltihabi proses qeyd olunurdu. Birləşdirici toxumanın artıq dərəcədə əmələ gəlməsi təyin olundu. Beləliklə, uşaqlıqdaxili müdaxilələr, genital üzvlərin iltihabi xəstəlikləri, intra-və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar 1,5 dəfə uşaqlıq üzərində natamam çapığın formalaşma riskinin artırır, bu da uşaqlığın üzərində çapığı olan qadınlarda anamnezin daha dəqiq yığılmasını və doğuş üsulunun seçiminin analizini hərtərəfli aparmağı tələb edir.

Exoskopiyanın nəticələri morfoloji göstəricilərlə 82,5% hallarda üst-üstə düşdü. Aparılan tədqiqatlar göstərdi ki, bugünki gündə çapığın tamlığını təyin edən ən informativ kriterilər aşağıdakılardır: miometriumun strukturu, yüksək akustik sıxlığı olan sahələr, uşaqlıq seqmentini vaskulyarizasiyası. Səhfmüsbət nəticələr (qeyri-kafi exoqrafik parametrlərdə uşaqlığın üzərində çapıq morfoloji olaraq tamdır) 6,2% hallarda aşkar olunmuşdur.

Səhfmənfi nəticələrdə isə natamam çapıq uşaqlıq üzərində USM vasitəsi ilə 11,3% hallarda təyin olundu.

ƏDƏBİYYAT

1. Болвачева Е.В. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке: Автореф. дис… канд. мед. наук. М., 2007,19с.

2. Воронин К.В., Потапов В.О., Черненко Д.В. Прогноз родоразрешения у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения //Медицинские перспективы, 2003, №2, с.80-84.

3. Габидулина Р.К. Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты: Автореф. дис… канд. мед. наук. Казань, 2004, 258с.

4. Горбачева А.В., Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н. Влияет ли количество кесаревых сечений в анамнезе на течение последующей беременности, операции и послеоперационного периода? / 1 межрегион, форум «Мать и дитя»: тез. докл. Казань, 2007, с. 35-36.

5. Густоварова Т.А., Самедова Н.С., Щербакова О.Л. Консервативое родоразрешение беременных с оперированной маткой / 6 Российский научный форум «Мать и дитя»: тез.докл. М., 2004, с.64.

6. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Тимохина Т.Ф. и др.Динамика показаний и частота операции кесарева сечения в современном акушерстве / 1 межрегиональный форум «Мать и дитя»: тез. докл. Казань, 2007, с.147-148

7. Иванова О.Г., Шалина Р.И., Курцер М.А. и др. Кесарево сечение в анамнезе. Выбор метода родоразрешения // Акуш. и гин., 2003, №2, с.29-32.

8. Крамарский В.А. Целесообразность индивидуального выбора методики кесарева сечения при различных видах акушерской ситуации: Автореф. дис… д-ра. мед. наук. Челябинск, 2003, 38с.

9. Макаров И.О. Особенности беременности и родов при наличии рубца на матке, 2007, http://www.art-med.rll/al1;icles/list/artl66.asp.

10. Ландеховский Ю.Д., Комисарова Л.М.,. Фролова О.Г и др Национальный стандарт. Протокол ведения больных «Кесарево сечение» / 1 межрегиональный форум «Мать и дитя»: тез. докл. Казань, 2007, с. 9091.

11. Савельева Г.М. Кесарево сечение в современном акушерстве. Снижение материнской и перинатальной смертности и заболеваемости / 9 Российский научный форум «Мать и дитя»: тез. докл. М., 2007, с.217-218.

12. Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы / Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2002, №2, с.40-46.

13. Чернуха Е.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве? // Акуш. и гин., 2005, №5, с.8-12.

14. Lieberman E. Risk faktors for uterine rupture during a trial of labor after cesarean // Clin. Obstet. Gynecol., 2001, v.44 N 3, p. 609-621.

15. Smith W.J., Blackmore C.C. Economic analyses in obstetrics and gynaecology: a methodological evaluation of the literature // Obstet. Gynecol., 1998, N91, p. 472-478.

16. Zelop C.M., Shipp T.D., Repke J.T. et al. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing >4000 g. //Am. J. Obstet. Gynecol., 2001, v.186(5), p. 1104-5

РЕЗЮМЕ

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦАМИ НА МАТКЕ

З.М.Топчибашева, Н.М.Камилова, Т.Ф.Джафарова, С.С.Сафарова, С.А.Мурсалова, А.Н.Абдинова

Последние года не отмечается тенденция уменьшения количественных показателей кесарева сечения. Частота этих операций колеблется от 11% до 29%. Проведенные исследования показали, что на сегодняшний день информативными критериями рубцов на матке после кесарево сечения являются следующие: структура миометрии, участки с высокими акустическими плотностями, васкуляризация сегмента матки.

SUMMARY

TACTICS FOR PREGNANT WOMEN WITH A UTERINE SCAR

Z.M.Topchibasheva, N.M.Kamilova, T.F.Jafarova, S.S.Safarova, S.A.Mursalova, A.N.Abdinova

Last year did not reduce the tendency of quantitative indicators of cesarean section. The frequency of these operations varies from 11% to 29%. Studies have shown that to date, informative criteria of scarring of the uterus after cesarean section are the following: the structure of the myometrium, areas with high densities of acoustic, vascularization of a segment of the uterus.

Daxil olub:11.04.2011

QAMMALON ALMAMIŞ VƏ ALMIŞ HEYVANLAR TOTAL YUXU DEPRİVASİYASINA MƏRUZ QALDIQDA BAŞ BEYNİN NEYRON VƏ SİNAPSLARININ ULTRAQURULUŞUNDA VƏ DABRANIŞ REAKSİYALARINDA DƏYİŞİKLİKLƏR

B.M.Abuşov

Azərbaycan MEA-nın A.İ.Qarayev adına Fiziologiya İnstitutu, Bakı

Yuxu orqanizmin enerji balansını, toxuma və hüceyrələrin strukturunun bərpasını təmin etməklə hemostazın sabit saxlanmasına xeyli köməklik göstərir, bütövlükdə fəal qoruyucu-uyğunlaşma funksiyası daşıyan həyati əhəmiyyətli, təbii-fizioloji mürəkkəb prosesdir [1,7,8]. Yuxu pozulan zaman mərkəzi sinir sistemində (MSS-də) əmələ gələn morfofunksional dəyişikliklərin öyrənilməsi və bu dəyişikliklərin qarşısının alınma yollarının aranması müasir neyrobiologiya və tibb elminin ən aktual problemlərindəndir. Yuxu pozulan zaman MSS-də baş verən dəyişikliklərin üyrənilməsi üçün yuxu deprivasiyası olduqca əlverişli üsul hesab olunur [6].

Qeyd olunanları nəzərə alaraq, hazırkı tədqiqatımızı qammalon preparatı almamış və almış heyvanlar 96 saat total yuxu deprivasiyasına (TYD-yə) məruz qaldıqda hipokampın CA_1 sahəsinin neyron və sinapslarının ultrastrukturunda və onların davranış reaksiyalarında (rearinq və qruminq aktlarının miqdarında) baş verən dəyişikliklərin araşdırılmasına həsr etmişik.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Tədqiqatlar Vistar xəttindən olan cinsi yetkinlik dövrünə çatmış erkək, 220-230 q ilkin kütləyə malik siçovullar üzərində aparılmışdır. Heyvanlar 2 qrupa, hər qrup hərəsində 10 siçovul olmaqla 2 yarımqrupa ayrılmışlar. Hər qrupun birinci yarımqrupu normal yuxu rejimində saxlanmış və kontrol kimi öyrənilmişlər. Birinci qrupun ikinci yarımqrupu qammalon almadan, ikinci qrupun ikinci yarımqrupu isə 14 sutka 24 mq /100q dozada qammalon aldıqdan sonra 96 saat TYD-yə məruz qoyulmuşlar. TYD-yə vaxtaşırı heyvanların burun nahiyəsinə yumşaq fırça ilə ehmalca toxunmaqla və yerləşdirildikləri qəfəsi yungülcə silkələməklə nail olunmuşdur. Həm kontrol, həm də təcrübə qruplarda TYD-nin 95-96-cı saatlarında (2 saat ərzində) rearinq və qruminq aktlarının miqdarı qeydə alınmışdır. Təcrübələr başa çatdıqdan sonra heyvanlar qlütaraldehid və paraformaldehidin fosfat buferində məhlulu ilə perfuziya olunmuş və beyinləri OsO_4-lə fiksə edilmişlər. Nümunələr hipokampın CA_1 sahəsindən götürülmüş, elektron mikroskopik tədqiqatlar ümumi qayda üzrə aparılmışdır. Tədqiqat obyekti olan strukturun 0,01mm^2 toxumasında normal ultraquruluşunu saxlamış və submikroskopik dəyişikliklərə uğramış neyronların miqdarı müəyyənləşdirilmiş. Statistik analiz Excel 2003 proqramı paketindən istifadə olunmaqla variasiya statistikası qaydası ilə aparılmışdır. Qruplararası fərqin etibarlılığı Styudentin t-kriteriyasından [3] istifadə olunmaqla hesablanmışdır.

ALINMIŞ FAKTLAR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Qammalon almamış, lakin 96 saat TYD şəraitində saxlanmış heyvanlarda təcrübələrin 95-96-cı saatlarında kontrol siçovullarla müqayisədə ümumi halsızşıq nəzərə çarpır, rearinq və qruminq aktları qeydə alınmır. Bu heyvanların hipokampının CA_1 sahəsində normal ultrastrukturunu saxlamış neyron və sinapslarla bərabər, həm də submikroskopik dəyişikliklərə uğramış hüceyrələrə və sinaptik əlaqələrə rast gəlinin. Qeyd etmək lazımdır ki, submikroskopik dəyişikliklər bəzi neyron və sinapslarda reparativ, digərlərində isə distrofik xarakter daşıyır.



Şək.1. 14 sutka qammalon aldıqdan sonra 96 saat TYD- yə məruz qalmış siçovulun hipokampının CA1 sahəsində reparativ regenerasiyaya uğramış orta diametrli piramidaşəkilli neyron. 8000 dəfə böyüdülmüş



Şək.2. 14 sutka qammalon aldıqdan sonra 96 saat TYD-yə məruz qalmış siçovulun hipokampının CA_1 sahəsində distrofik dəyişikliklərə uğramış orta diametrli piramidaşəkilli neyrondan bir fraqment. 26 000 dəfə böyüdülmüşdür.

Reparativ dəyişikliklər neyron və sinapslarda, bir qayda olaraq, sitoplazmatik orqanellərin hiperplaziyası şəklində meydana çıxır. Reparativ dəyişikliklərə uğramış neyronlarda nüvə aparatının fəallaşması (nüvə və nüvəciyin ektopiyası, kariolemma əyilmələrinin sayının və karioplazmada xromatin maddəsinin miqdarının artması və s.) mitoxondrilərin, danəli endoplazmatik şəbəkə kanalcıqlarının, ribosomların, Holci aparatının və s. orqanellərin sayının artması ilə müşayiət olunur

(Şək.1). Reparativ dəyişikliklərə uğramış sinapslar arasında həm aksodendritik, həm də aksosomatik sinapslara rast gəlinir. Bəzi presinaptik aksonlarda sinaps qovuqcuqlarının sayının artması ilə bərabər, bir qrup qovuqcuğun həcmi qismən böyüyür. Həcmi böyümüş sinaps qovuqcuqları, bir qayda olaraq, "şəffaf" orqanellərdir. Reparativ dəyişikliklərə uğramış sinapslarda sinaptik membranın fəal sahəsi böyüyür, osmiofilliyi yüksəlir, postsinaptik membran qismən qalınlaşır, sinaps yarığı bir qədər daralır (Şək. 2).



Şək. 3. 14 sutka qammalon aldıqdan sonra 96 saat TYD-yə məruz qalmış siçovulun hipokampının CA_1 sahəsində distrofik dəyişikliklərə uğramış orta diametrli piramidaşəkilli neyrondan bir fraqment15 000 dəfə böyüdülmüşdür.



Şək.4. 14 sutka qammalon aldıqdan sonra 96 saat TYD-yə məruz qalmış siçovulun hipokampının CA_1 sahəsində distrofik dəyişikliklərə uğramış aksodendritik sinaps. 35 000 dəfə böyüdülmüşdür.

Qammalon almış və sonra 96 saat TYD-yə məruz qalmış heyvanlarda rearinq və qruminq aktlarının miqdarı kontrol siçovullarla müqayisədə xeyli azalır [kontrol heyvanlarda qruminq və rearina aktlarının miqdarı 4,0±0,2 və 4,9±0,2 təşkil edir ($p<0,001$), təcrübə heyvanlarında bu göstəricilər uyğun olaraq 2,1±0,2 və 2,3±0,2-yə bərabərdir ($p<0,001$)]. Bu heyvanlarda da reparativ və distrofik dəyişikliklərə uğramış neyronlar nəzərə çarpır (cədvəl). Lakin cədvəldən göründüyü kimi, qammalon almamışlarla müqayisədə bu preparatı almış heyvanların hipokampının CA_1 sahəsində reparativ proseslər xeyli neyronu əhatə edir və distrofik dəyişiklikərə uğramış neyronların miqdarı 3 dəfə az olur. Normal ultraquruluşunu saxlamış neyronların da miqdarı qammalon almış heyvanlarda daha çoxdur (cədvəl). Qammalon almamış heyvanlarla müqayisədə bu preparatı almış heyvanlarda distrofik dəyişikliklərə uğramış sinapsların miqdarı xeyli çoxdur. Distrofik dəyişikliklərə uğramış sinapsların pre- və postsinaptik qütblərində sitoplazmatik orqanellərin sayı kontrol heyvanlarla müqayisədə xeyli azalır. Bundan əlavə, pre- və postsinaptik hissələrdə müxtəlif həcmli vakuollar görünür. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, qammalon almamışlarla müqayisədə bu preparatı almış heyvanların sinapslarında vakuolizasiya prosesi xeyli zəifdir. Distrofik dəyişikliklərə uğramış sinapslar arasında həm aksodendritik, həm də aksosomatik əlaqələrə rast gəlinir, lakin ultrastrukturu pozulmuş aksodendritik sinapsların sayı dəfələrlə çoxdur. Bəzi aksodendritik sinapsların presinaptik aksonlarında sinaps qovuqcuqlarının sayı azalır, postsinaptik dendritlərdə mitoxondrilərin bir qismi hipertrofiyaya uğrayır. Belə mitoxondrilərin bir neçə kristi genişlənərək vakuola çevrilir (Şək. 4).

Qammalon almamış və almış heyvanlarda distrofik dəyişikliklərə uğramış aksodendritik sinapsların postsinaptik dendritləri, adətən, orta diametrli (II-III dərəcəli) dendrit şaxələri, aksosomatik sinapsların postsinaptik komponentləri isə orta ölçülü (20-30 mkm diametrə malik) neyronların cisimidir.

Beləliklə, 14 sutka 24 mq/100g dozada qammalon aldıqdan sonra 96 saat TYD-yə məruz qalmış siçovulların hipokampının CA_1 sahəsinin neyron və sinapslarında reparativ proseslərin xeyli intensiv, distrofik proseslərin isə zəif olduğu və davranış reaksiyalarının zəifləsə də qammalon almamış heyvanlarda olduğu kimi tam pozulmaması diqqəti cəlb edir. Neyron və sinapslarda reparativ

proseslərin yüksək intensivliyi, görünür, qammalonun sinir toxumasında mübadilə proseslərinə sürətləndirici təsir göstərməsi ilə əlaqədardır. Reparativ proseslərin intensivləşməsi distrofik proseslərin üzə çıxmasının qarşısını xeyli almaqla, hipokampın CA_1 sahəsində distrofik dəyişikliklərə uğramış neyron və sinapsların miqdarının az olmasına səbəb olur. Bizim morfofunksional tədqiqatlarımızın nəticələri digər tədqiqatşıların [2,4,5] biokimyəvi araşdırmalarının nəticələri ilə üst-üstə düşür.

Cədvəl

Qammalon almamış və bu preparatı almış (14 sutka, 24 mq /100 q dozada) heyvanların 96 saat total yuxu deprivasiyasına məruz qaldığı şəraitdə hipokampının CA_1 sahəsinin 0,01 mm^2 toxumasında normal ultraqurtuluşunu saxlamış və submikroskopik dəyişikliklərə uğramış neyronmarın miqdarı

Stat. göstə ricilər	Qammalon almamış, lakin 96 saat total yuxu deprivasiyasına məruz qalmış heyvanlar						Qammalon almış və 96 saat total yuxu deprivasiyasına məruz qalmış heyvanlar					
	Normal neyronlar		Reparativ dəyişikliklərə uğramış neyron lar		Distrofik dəyişikliklərə uğramış neyronlar		Normal neyronlar		Reparativ dəyişikliklərə uğramış neyronlar		Distrofik dəyişik liklərə uğramış neyronlar	
n M±m p	Kont.	Təcrübə	Kont	Təcr.	Kont	Təcrüb.	Kon t	Təcrüb	Kon	Təcrüb.	Kon	Təcrüb
	10 54,1± 0,4	10 28±0,2 < 0,001	100	100	100	10 36±0,2 < 0,001	10 53,8 ±04	10 32±0,3 <0,001	100	10 10±0,2 < 0,001	100	10 12±0,2 < 0,001

YEKUN. Əvvəlcədən 14 sutka qammalon almış heyvanlar 96 saat davam edən TYD-yə məruz qaldıqda baş beynin neyron və sinapslarında reparativ proseslərin intensivləşməsi sayəsində distrofik dəyişikliklərə uğramış heyronların miqdarının 66,7% az olması TYD zamanı bu preparatın yüksək kompensator effektə malık olmasına dəlalət edir. Gammalon TYD şəraitində MSS-də "qoruyucu" ləngimə yaratmaqla sinir hüceyrələrini və sinapsları mühafizə edir və nəticədə beynin, bütövlükdə orqanizmin mühitə kompensator-uyğunlaşma reaksiyalarında iştirak edir.

Beləliklə, qammalon TYD şəraitində MSS-də əmələ gələn distrofik dəyişikliklərin qarşısını almaq məqsədilə yüksək effektə malik preparat kimi tətbiq oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Вейн А.М., Хехт К. Сон человека. Физиология и пато-логия. М.: Медицина, 1989, 272с.
2. Джафарова Н.М. Влияние гаммалона на обмен ГАМК в ЦНС при воздействии неионизирующего дециметрового ЭМИ высокой интенсивности // Соврем. достижен. Азерб. мед., 2009, № 1, с. 84-89
3. Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Высшая школа, 1990, 293с.
4. Сафаров М.И. Роль гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в центральных механизмах адаптации на экстремальные воздействия // Известия АН Азерб. ССР. Серия биол. наук,1987, №2, с.116-122.
5.
5. Сафаров М.И. Обмен гамма-аминомасляной кислоты в постнатальном развитии мозга при экстремальнхых состояниях организма. Баку: Азернешр, 2008, 220с.
6. Элиава М.И., Аристакесян Е.А. Эффекты шестичасовой то-тальной депривации сна на цикл бодрствование-сон крыс в разные сроки онтогенеза // Ж. эвол. биохим. и физиол., 1998, т. 34, № 2, с. 202-211
7. Feinberg I., Campbell I.G. Cerebral metabolism and sleep homeostasis: A comment on Vyazovskiy et al. // Brain Res. Bull., 2010, v. 81, N 1, p. 1-2
8. Samuels C.M. Sleep, Recovery, and Performance: The New Frontier in High-Performance Athletics // Neurol. Clin., 2008. v. 26, N 1, p.169-180.

РЕЗЮМЕ

ИЗМЕНЕНИЯ УЛТРАСТРУКТУРЫ НЕЙРОНОВ И СИНАПСОВ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ТОТАЛНОЙ ДЕПРИВАЦИИ СНА У КРЫС НЕПОЛУЧАВШИХ И ПОЛУЧАВШИХ ГАММАЛОНА

В.М.Абушов

Статья посвящена сравнительному анализу морфофункциональных изменений поля CA_1 гиппокампа у животных получавших и неполучавших гаммалон на фоне 96-часовой тотальной депривации сна (ТДС). Установлено, что гаммалон в нейронах и синапсах ускоряя репаративные процессы предотвращает развитие дистрофических процессов в ходе действия мощного стрессорного фактора - ТДС и этим тормозит генерацию функциональных нарушений. На основании этих фактов,

можно гаммалон рекомендовать как препарат против развития морфофункциональных нарушений при различных формах бессонницы.

SUMMARY

MORPHOFUNCTIONAL CHANGEZ IN CA_1 FIELD OF HIPPOCAMPUS OF GAMMALONE-TREATED AND GAMMALON-UNTREATED WHIT RATS UNDER TOTAL SLEEP DEPRIVAION

B.M.Abushov

The present paper is concerned comparative analysis of morphofunctional changes in CA_1 field of hippocampus of qammalone-treated and qammalone-untreated animals under 96-hour total sleep deprivation (TSD). It has been revealed that gammalone elevating reparative processes in the neurons prevents the course of strong stress factor influence – TSD and this way inhibits the generation of functional disturbances. On the basis of the data gammalone can be recommend as a preparate against development of morphofunctional disturbances under various forms of sleeplessness.

Daxil olub:05.05.2011

ПРИРОДНЫЙ ЦЕОЛИТ И ЕГО ИЗБИРАТЕЛЬНЫЕ АДСОРБЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОТНОСИТЕЛЬНО БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРЫ

Л.Ф.Рзаева, Т.Ш.Халилова, Ф.Э.Садыхова

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им.А.А. Алиева;
Научно- производственная компания ООО "Yem tex"

Одной из актуальных проблем инфекционной патологии человека является нарушения нормальной флоры различных биоценозов организма. Среди них, безусловно превалируют поражения микрофлоры кишечника.

Стойкие нарушения микробных ценозов называют дисбактериозами (дисмикробиоценозами) или дисбиозами, что обусловливается длительно протекающими инфекциями, дисфункции желудочно- кишечного тракта (ЖКТ) на фоне или после проведенной антибиотикотерапии [1].

Дисфункция ЖКТ также может быть у больных с болезнями злокачественного роста, страдающих диспептическими расстройствами; у лиц, подготавливаемых к операциям на органах брюшной полости, а также у недоношенных или травмированных новорожденных и при наличии бактериемии и гнойных процессов, трудно поддающихся лечению (язвенные колиты и энтероколиты, пиелиты, холециститы и др.).

Установлено наличие дисбактериоза у больных запором, однако этиологическое и патогенетическое взаимодействие микробного диабслснса и моторики толстой кишки изучено недостаточно. Но клинические исследования показывают, что у преобладающего большинства больных с функциональным запором отмечается дисбаланс микрофлора толстой кишки, что преимущественно выражается в снижении количества бифидобактрий и лактобактерий и более высоком, чем в норме, содержании условно- патогенных энтеробактерий и стрептококков [2].

При дисбактериозе происходят стойкие количественные и качественные изменения бактерий, входящих в состав нормальной микрофлоры. При дисбиозе изменения происходят и среди других групп микроорганизмов (вирусов, грибов и др.).

Дисбиоз и дисбактериоз могут приводить к эндогенным инфекциям.

Дисбиозы классифицируют по этиологии (грибковый, стафилококковый, протейный и др.) и по локализации (дисбиоз рта, кишки, влагалища и т.д.).

Изменения в составе и функциях нормальной микрофлоры сопровождаются различными нарушениями: развитием инфекций, диарей, запоров, синдрома мальадсорбции, гастритов, колитов, язвенной болезни, злокачественных новообразований, аллергий, мочекаменной болезни, гипо- и гиперхолестеринемии, гипо- и гипертензии, кариеса, артрита, поражений печени и др. (30); имеются данные о наличии коррелятивной связи дисбиоза влагалища и кишечника [4,5]. Для коррекции дисбактериозов рекомендуется применять эубиотики – коли-, лакто-, бифидо- бактерины и др. [6].

Но, следует отметить приобретением в последнее время особой популярности широкого использования в различных областях промышленности уникальных свойств природных цеолитов.

Природные цеолиты- новый вид минерального сырья. Уникальные адсорбционные и ионообменные свойства, химическая и механическая устойчивость, высокая кислотная и радиационная стойкость высококремнистых цеолитов обусловливает область применения [7].

Модельные эксперименты и клинические испытания выявили мощные антитоксическое действие цеолитов, а уникальные особенности адсорбционных, ионообменных свойств позволяют вывести тяжелые металлы, свободные радикалы, продукты распада и токсина из внутренней среды организма [8].

Установлено, что применение цеолитов в качестве лечебно- профилактических пищевых добавок дает ряд положительных эффектов, антитоксическое, иммуномодуляторное, радиозащитное и обеспечивающее ликвидацию дисбактериоза действия являются показанием к применению цеолитов в лечебной практике и при инфекционных заболеваниях [9,10].

Цеолиты лучше других средств (лактобактерин, бифидумбактерин) способствуют лечению дисбактериоза [12].

Учитывая имеющиеся клинические наблюдения по корригирующему дисбактериоз эффекту при применении природных цеолитсодержащих препаратов представляло интерес подтверждение полученных наблюдений в эксперименте. Следует отметить, что в Азербайджане на основе клиноптилолита Айдагского месторождения совместно с немецкими учеными (Германия) налажено производство биоактивных добавок к пище человека «Азгомед» [11].

ЦЕЛЬЮ настоящих исследований было изучение адсорбционных возможностей минерального комплекса «Азгомед» относительно бактериальной флоры на модели патогенных и непатогенных штаммов кишечной палочки- E coli.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В эксперименте использованы общепринятые в бактериологии методы [13,14].

В опыт был взят цеолит в количестве 500 мг на основе выявленной нетоксичной дозы препарата (цеолита) на культуре тканей L-20B в количестве 0,0005мг/мл (5- ая нетоксичная доза).

Опты по выявлению сорбционных свойств цеолит относительно отмеченных выше бактерий заключался в наслоении определенной дозы (в10^{-7} от 100 до 1000 колоний) бактериальной флоры (700- 7000 ЕД) патогенных и непатогенных штаммов в количестве 1 мл на цеолит с выдержкой 2 два часа, затем следовал высев культуры из надосадочной жидкости на элективные среды и сравнение количества колоний после адсорбции на исследуемом цеолите «Азгомед» (1 таблетка- 500 мг). Пи бактериологических исследованиях степень адсорбции определяли методом «счета колоний» - сравнением числа колоний в контроле и числа колоний после адсорбции бактериальной флоры цеолитах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Было установлено совершенное отсутствие колоний в чашках Петра с бактериями E coli.

Полученные данные были подтверждением полученных клинических наблюдений a priori по коррекции дисбактериоза при применении природных цеолитов [10].

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранитов В.М., Хорошилова Г.А., Шабанова С.В. Нарушение микробиоценоза кишечника у больных парентеральными вирусными гепатитами // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2002, №6, с.30-32

2. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. М.. 1998, Т2, с.100- 106

3. Воробьев А.А. Медицинская микробиология, вирусология иммунология. М.: «Медицинское информационное агентство», 2008, с.93-95

4. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры пир вагинальных дисбактериозах. М., 1999, с.3-69

5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. СПб.: «Нива- Люкс», 2001, 364 с.

6. Медицинская миркбиология / Под ред. РАМН Покровского В.И..- М.: Медицина, 1999, с.74-76

7. Общая информация о цеолите // http // www/zeolite/ru

8. Халилов Э.Н., Багиров А.А. Природные цеолиты, их свойства, производства и применение. Баку-Берлин, 2002, с.157-169

9. Применение цеолитов в качестве лечебно- профилактических пищевых добавок. СПб: Санкт-Петербургский Государственный Технический Университет, с.8-10

10. Лучшев В.И., Ватутина О.В., Шахмарданов М.З. Энтеросорбия в комплексной терапии острых кишечных инфекционных заболеваний. М.: Российский Государственный Медицинский Университет, 2002

11. Халилов Э.Н., Гувалов А.А., Пат АР №190050011

12. Белобородов В.В. Современные представления о применении методов экстракорпоральной детоксикации у пациентов с бактериальными инфекциями // Российская медицинская Академия последипломного обучения. Тяжелые инфекции. Клиническая антимикробная химиотерапия, 2000, Т2, №1,

13. Тимаков В.Д., Левашев В.С,, Борисов Л.Б. Микробиология. М.: Медицина, 1983, с.497

14. Поздеев О.К. Медицинская микробиология. М.: ГЭОТАР, 2010, с.593

XÜLASƏ

TƏBII SEOLIT VƏ ONUN BAKTERIAL FLORA ILƏ ƏLAQƏDAR SEÇILMIŞ ADSORBSIYA IMKANLARI

L.F.Rzayeva, T.Ş.Xəlilova, F.E.Sadıqova

Məqalədə patogen və qeyri- patogen E coli. ilə əlaqədar olaraq bakterial floranın seçilmiş adsorbsiya imkanları haqqında məlumatlar əks olunmuşdur. Əldə olunmuş göstəricilər disbakteriozun müalicəsinin patogenetik taktikasl üçün zəmin yaradır.

SUMMARY

NATURAL ZEOLITE AND ITS SELECTIVE ADSORPTION CAPABILITIES WITH RESPECT TO THE BACTERIAL FLORA

L.F.Rzaeva, T.Sh.Halilova, F.E.Sadyhova

The article presents data about the identified selective sorption with respect to pathogenic bacterial flora and pathogenic strains of E coli. bThe set can be the basis for the pathogenetic treatment strategy dysbiosis.

Daxil olub:11.04.2011

ЗНАЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ УРОДИНАМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

А.А. Годжаева, Э.М. Алиева, Ш.Ш. Асадова, Н.М.Поладова
Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Наличие эстрогенного дефицита в постмено-паузальном периоде вызывает атрофические изменения вульвы, влагалища, мочевыводящих путей, влияющие на качество жизни у данного контингента женщин. Наличие этих расстройств прогрессирует с увеличением длительности постменопаузального периода [6,7].

По данным Jackson S.L. et al. [5], Palacios S. [8] частота клинических проявлений урогенитальной атрофии колеблется в пределах 27-59%. Установлено,что каждая вторая женщина старше 50 лет страдает различной выраженностью расстройств мочеполовой системы [2,3,4]. Наличие атрофических изменений в мочеполовой системе создают условия для инфицирования мочевых путей и с последующим недержанием мочи.

Исследования клинической симптоматики урогенитальных расстройств (УГР) позволили выявить три степени тяжести этих расстройств. При легкой степени УГР отмечается наличие сочетания симптомов атрофического вагинита и атрофического цистоуретрита: сухость, зуд, жжение во влагалище, неприятные выделения, диспаурения, поллакиурия, никтурия, цисталгия.

К УГР средней тяжести относятся сочетание симптомов атрофического вагинита, цистоуретрита и истинного недержания мочи при напряжении.

При тяжелой степени УГР отмечается сочетание симптомов атрофического вагинита, цистоуретрита, истинного недержания мочи при напряжении и ниличие неудержания мочи [1].

Установлено, что частота легких проявлений УГР составляет 16%, среднетяжелых проявлений 80%, тяжелых – 4% [1,5].

Учитывая высокую частоту уродинамических расстройств у женщин в постменопаузальном периоде является важным определение выраженности этих расстройств, что существенно сказывается на качестве жизни женщин и является основанием для проведения поэтапной терапии этих расстройств.

Исходя из актуальности этой проблемы, определена ЦЕЛЬ настоящего исследования: изучение выраженности уродинамических расстройств нижних мочевых путей в постменопаузальном периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Было обследовано 75 женщин с раз-личной длительностью постменопаузального периода и выраженностью УГР. Средний возраст обследованных женщин составил 62,8+1,13 лет. Длительность постменопаузального периода была в пределах 14,18+1,08 (8-30) лет.

Для определения выраженности уродинамических расстройств приме-нялись неинвазивные методы обследования: опросник по влиянию недержания мочи на качество жизни, кашлевая проба и Valsalva.

Клиническое обследование больных начиналось с заполнения опросника по влиянию недержания мочи на качество жизни (ICS- опросник). Опросник заполнялся больными под контролем врача. При этом результаты опросника фиксировались в бланке с указанием даты проведения исследования, возраста больных с указанием даты рождения и ответами на представленные вопросы с бальной оценкой фиксируемых ответов.

ПРИМЕНЕНИЕ ICS-ОПРОСНИКА (опросник по влиянию недержания мочи на качество жизни).

При этом фиксировалось: 1)дата проведения исследования и дата рождения обследуемой женщины; 2)бальная оценка вопросов; 3)как часто отмечается подтекание мочи?

Ответ	Оценка в баллах
Никогда	0
раз в неделю и реже	1
2-3 раза в неделю	2
раз в день	3
несколько раз в день	4
Всё время	5

4)Какое количество мочи у Вас подтекает?

Ответ	Оценка в баллах
Нисколько	0
небольшое количество	2
среднее количество	4
большое количество	6

5)Насколько сильно подтекание мочи влияет на Вашу повседневную жизнь? (с указанием от 0-нисколько до 10-очень сильно влияет.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

совсем не влияет очень сильно влияет

Индекс ICIQ-SF определяется суммированием 3+4+5 вопросов.

1.Когда у Вас подтекает моча?

никогда моча не подтекает	+(-)
На пути к туалету	
при кашле и чихании	
Во сне	
Во время физической нагрузки	
сразу после опорожнения мочи	
без особых причин	
всё время	

Ответы на данный вопрос нами были расширены и представлены ниже в таблице:

Параметры	Абс.	%
Непроизвольное мочеиспускание мочи		
Подтекание мочи при кашле и чихании		
Подтекание мочи при физической нагрузке		
Частое мочеиспускание малыми порциями		

Преобладание ночного диуреза над дневным		
Боли при мочеиспускании		
Боли в надлобковой области		
Затруднённое мочеиспускание		
Выделение мочи по каплям		
Чувство жжения при мочеиспускании		

Кашлевая проба проводилась в амбулаторных условиях после наполнения мочевого пузыря катетером до 150мл стерильной жидкостью. Больной предлагалось прокашлять 3-4 раза с промежутками между кашлевыми толчками с максимальным вдохом.

Была проведена также проба Valsalva. Больной с приподнятым тазовым концом максимально наполнялся мочевой пузырь. На фоне глубокого вдоха больная тужилась.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В результате проведённого исследования были получены ответы обследуемых женщин. Ответы на вопрос: «Как часто отмечается подтекание мочи?» представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, 60% обследуемых больных констатировало подтекание мочи несколько раз в день, что соответствовало 4 баллам, 26,7% женщин отмечало подтекание мочи 1 раз в день, 13,3% отмечали постоянное подтекание мочи, что соответствовало 5 баллам. Среднее количество баллов на вопрос «Как часто отмечается подтекание мочи?» соответствовало 4 баллам.

Таблица1

Частота подтекания мочи

Параметры	Абс.	%	Баллы
Никогда	-	-	-
Раз в неделю и день	-	-	-
2-3 раза в день	-	-	-
1 раз в день	20	26,7	3,0
Несколько раз в день	45	60,0	4
Всё время	10	13,3	5

Отметы на вопрос «Какое количество мочи у Вас подтекает?» представлены в таблице 2 .

Таблица 2

Количество подтекаемой мочи

Параметры	Абс.	%	Баллы
Нисколько	-	-	
Небольшое количество	35	46,7	2
Среднее количество	32	42,7	4
Большое количество	8	10,7	6

Таблица 3

Особенности подтекания мочи

Параметры	Абс.	%
Непроизвольное мочеиспускание мочи	43	4,7
Подтекание мочи при кашле и чихании	75	8,2
Подтекание мочи при физической нагрузке	75	8,2
Частое мочеиспускание малыми порциями	70	7,6
Преобладание ночного диуреза над дневным	73	7,9
Боли при мочеиспускании	29	3,2
Боли в надлобковой области	64	7,0
Затруднённое мочеиспускание	21	2,3
Выделение мочи по каплям	16	1,7
Чувство жжения при мочеиспускании	67	7,3

Как видно из таблицы 2, 46,7% больных отмечало небольшое количество подтекаемой мочи, 42,7% женщин отмечало среднее количество подтекаемой мочи, 10,7% женщин констатировало большое количество подтекаемой мочи.

Таким образом, количество подтекаемой мочи в баллах составило 4 балла.

Ответы на вопрос «На сколько сильно подтекание мочи влияет на Вашу повседневную жизнь?» по шкале составили 7,7 баллов, что отражает сильное влияние подтекание мочи на повседневную жизнь обследуемых больных.

Ответы на вопрос «Когда у Вас подтекает моча?» ответы представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы, практически у всех обследуемых женщин в постменопаузальном периоде определялось подтекание мочи при кашле и чихании, физической нагрузке (у 75), преобладание ночного диуреза над дневным (у 70),частое мочеиспускание малыми порциями (у 73),чувство жжения при мочеиспускании (у 67).

В результате проведённого исследования для всех женщин с УГР был определен индекс ICS (International Continence Society).Средний индекс ICS составил 15,7 баллов.

Анализ результатов кашлевого теста позволил установить наличие поло-жительной кашлевой пробы у всех обследуемых женщин. Через 1-3 мин после проведения кашлевой пробы отмечалось выделение мочи малыми порциями.

У 61 (81,3%) больной с цистоцеле при покашливании отмечалось выпячивание в области уретры и преддверия влагалища с последующим выделением капель мочи, у 14 (18,7%) на фоне пробы определялись капли мочи, что отражало функциональную несостоятельность внутреннего сфинктера мочеиспускательного канала.

Полученные данные были сравнены с аналогичными показателями срав-нительной группы (n=30), в которую были включены женщины с длитель-ностью постменопаузального периода до 2-х лет. В этой группе положительная кашлевая проба отмечалась у 7, отрицательная проба наблюдалась у 23 женщин. Результаты проведения кашлевой пробы представлены в таблице 4.

Таблица 4

Показатели кашлевого теста у женщин с УГР

Группы обследованных	Положительная проба		Отрицательная проба	
	Абс.	%	Абс.	%
Основная группа (=75)	75	100	-	-
Сравнительная группа (=30)	7	23,3	23	76,7

Таким образом, применение неинвазивных методов в диагностике уродинамических расстройств нижних мочевых путей у женщин с различной длительностью постменопаузального периода позволило определить у 60% больных подтекание мочи несколько раз в день, у 26,7% женщин- 1 раз в день, у 13,3%- постоянное подтекание мочи.

Исследования количества подтекаемой мочи выявило у 46,7% больных небольшое количество подтекаемой мочи, у 42,7%- среднее количество подтекаемой мочи и у 10,7% больных - большое количество подтекаемой мочи, что достаточно сильно влияло на повседневную жизнь и качество жизни обследуемых женщин.

Индекс ICS составил 15,7 балла. Проведение кашлевого теста и пробы Valsalva позволило выявить положительную пробу у всех женщин с уродинамическими расстройствами в постменопаузальном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балан В.Е., Анкирская А.С., Есефидзе З.Т., Муравьева В.В. // Consilium medikum, 2001, №73, с.326-331.

2. Castelo-Branco C., Canselo M.J., Villero J. et al Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis // Maturitas., 2005, v.52 (suppl.1), p.46-52.

3. Cella D., Fallowfued L, Barker P. et al Quality of life of postmenopausal women in the ATAK ("Arimidex", Tamoxifen, Alone or in Combination) trial after completion of 5 years'adjuvant treatment for early breast cancer // Breast Cancer Res Treat., 2006, v.100, № (3),p. 273-284.

4. Golstein I. Recognizing and treating urogenital atrophy in postmenopausal women. J Women's Health (Larchmt), 2010, v.19, №(3), p. 425-432

5. Jacson S.L., Boyko E.J., Scholes D. et al. Predictors of urinary tract infection after menopause: a prospective study // Am J. Med., 2004, v.117, №(12), p.903-911

6. Kao A., Binik Y.M., Kapuscinski A., Khalife S. Dyspareunia in postmenopausal women: a critical review // Pain Res Manag, 2008, v.13, №(3), p.243-254.
7. North American Menipause Society. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women; 2010 statement of the North American Menopause Society // Menopause, 2010, №17, p.242-55.
8. Palacios S. Managing urogenital atrophy // Maturitas, 2009, v.63, №(4), p.315-318.
9. Pastore L.M., Carter R.A., Hulka B.S., Wells E. Self- reported urogenital symptoms in postmenopausal women, Women's Health Initiative // Maturitas, 2004, v.49, №(4), p.292-303.

XÜLASƏ

POSTMENOPAUZAL DÖVRDƏ AŞAĞI SIDIY YOLLARININ URODINAMIK POZULMALARININ QEYRI-INVAZIV METODLARLA DIAQNOSTIKASININ ƏHƏMIYYƏTI

A.A. Qocayeva, E.M. Əliyeva, Ş.Ş. Əsədova, N.M.Poladova

Tədqiqatın məqsədinə əsasən postmenopauzal dövrdə 75 qadın müayinə olunmuşdur. Qadınların orta yaş dövrü 62,8+1,13 yaş. Postmenopauzal dövrün müddəti 14,8+1,08 yaş olmuşdur. Tədqiqatda ICS sorğusu, öskürək və Valsalva sınağınnan istifadə olunmuşdur. Tədqiqatın nəticələrinə görə 60% xəstədə sidiy axanı gündə 1 necə dəfə olmuşdur, 26,7%-da 1 dəfə olmuşdur, 13,3%- müntəzəm olmuşdur. 46,7%-da sidiyin miqdarı az miqdarda, 42,7%-da orta miqdarda, 10,7%-da çox miqdarda olmuşdur. Bu da həyat tərzi və keyfiyyətinə güclü təsir etmişdir. Müayinə olunan xəstələrdə ICS indeksi 15,7 ball olmuşdur. Öskürək və Valsalva testi bütün müayinə olunan xəstələrdə müsbət sınaq alınmışdır.

SUMMARY

PARTICULAR OF NONINVASIVE METHODS OF INVESTIGATION FROM WOMEN WITH UROGENITAL DISCHARGE DURING POSTMENOPAUSAL PERIOD

A.E. Godjayeva, E.M. Aliyeva,Sh.Sh.Asadova,N.M.Poladova

To define of incidence of symptoms of uragenital discharge by noninvasive methods from women during postmenopausal period. Were investigate 75 patients by noninvasive methods: ICS questionaire, caught-test and Valsalva test. Were define that 60% patients had incontinence 2 time and more in day, 26,7%- incontinence 1 time in day, 13,3% patients during all time. As the result of this investigation were investigate that 46,7% of patients had small volume of urine leaks, 42,7% had moderate urine leaks and 10,7% of women had big volume of urine leaks. Index ICS consisted 15,7 bal.

Daxil olub:27.05.2011

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ТОКСИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В КАЗАХСТАНЕ И АЗЕРБАЙДЖАНЕ

В.А. Азизов, И.Н. Эфендиев [1], Г.Н.Башинская [2]

[1]Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан;
[2]Первая городская больница, г. Астана, Казахстан

Химическая безопасность в настоящее время является одной из основных глобальных проблем человечества [1]. Если в 60-х годах в странах Европы по поводу острых отравлений госпитализировалось в среднем 1 человек на 1000 жителей, то уже через 20-30 лет этот показатель вырос вдвое [2].

Для каждого из мировых регионов характерна своя, уникальная эпидемиологическая ситуация с острыми химическими отравлениями. Основные риски возникновения острых интоксикаций сильно меняются даже от страны к стране. Все это требует особого внимания к различным факторам сопутствующим отравлениям и делает актуальным и необходимым детальное изучение, эпидемиологический надзор и мониторинг «токсической ситуации» в каждом государстве в отдельности и регионе в целом [3;4;5].

В связи с этим нами была поставлена ЦЕЛЬ совместного исследования - изучить и сравнить основные токсикоэпидемиологические показатели в столичных городах Казахстана и Азербайджана, определить диапазон и особенности данной проблемы в каждой из стран, выработать общие рекомендации для разработки в дальнейшем региональной программы превентивных мероприятий в области химической безопасности для государств Каспийского бассейна, улучшения качества специализированной токсикологической помощи населению каждой из стран.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Токсикологическая служба Казахстана представлена специализированными подразделениями по лечению острых отравлений в пяти

городах (Караганда, Алматы, Чимкент, Астана, Усть-Каменогорск). Специализированный токсикологический блок в Первой городской больнице г. Астаны рассчитан на 15 коек.

Специализированная токсикологическая служба в Азербайджане полностью сконцентрирована в г. Баку, и представлена единственным в республике специализированным токсикологическим отделением (токсикологическим центром) на 40 коек, расположенным городской больнице №1 и являющийся клинической базой кафедры внутренних болезней-2 Азербайджанского Медицинского Университета.

В течение 2010 года нами в стандартные формы проспективно собирались данные о больных, госпитализированных в токсикологические отделения гг. Астана и Баку (пол, возраст больных, тяжесть интоксикации, тип химического вещества, вызвавшего отравление, продолжительность стационарного лечения и другие доступные данные), после чего полученные материалы подверглись дальнейшей статистической обработке.

Данные о пациентах возрастной группы <15 лет, а также больных с химически обусловленными аллергическими и прочими побочными медикаментозными реакциями были исключены из информационной базы, собранной в г. Баку, поскольку они не являются предметом настоящего исследования.

Статистическую обработку полученных данных проводили общепринятыми методами, используя возможности программы SPSS v 16.0, при помощи которой были определены отношения шансов (ОШ), а также доверительные интервалы (ДИ). Статистически достоверными считали $p<0,05$.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Цифровые данные о нозологической структуре стационарных больных токсикологического профиля в гг. Астана и Баку представлены нами в табл. 1.

Как видно из таблицы, как в Казахстане, так и в Азербайджане наибольшую долю среди госпитализированных больных с острыми химическими отравлениями составляют пациенты с различными медикаментозными интоксикациями (40,% и 43,9% соответственно). При этом, пиковое число медикаментозных отравлений было обусловлено суицидальным приемом фармакологических средств, относящиеся к рубрикам Т42 и Т43 Международной Классификации Болезней X пересмотра – МКБ-10 (противосудорожные, седативные, снотворные, нейролептики, противопаркинсонические средств и прочие психотропные препараты). Среди прочих фармакологических групп значимо выделялись также интоксикации нестероидными противовоспалительными препаратами (Т39), сердечно-сосудистыми (Т46) и антигистаминными средствами (Т45).

Число отравлений алкогольсодержащими напитками (Т51) было достоверно выше в г. Астана ($p<0,05$; ОШ 0,28; 95% ДИ 0,21-0,37). При этом не было зафиксировано отравлений фальсифицированными алкогольными напитками, а единичные случаи потребления суррогатов алкоголя (метилового и пропилового спиртов, этиленгликоля) были обусловлены их случайным или преднамеренным приемом. Вместе с тем, зачастую в токсикологический центр бригадами «Скорой помощи» и представителями органов правопорядка доставляются лица в состоянии алкогольного опьянения, оказание специализированной медицинской помощи которым вообще не требуется. Данная ситуация объясняется отсутствием как в Казахстане, так и в Азербайджане специализированных учреждений (вытрезвителей) для лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. Сложившаяся ситуация приводит к созданию дополнительной нагрузки на токсикологический стационар.

Среди группы больных с отравлениями наркотическими веществами в гг. Астана и Баку (11 и 48 больных соответственно - $p<0,05$; ОШ 2,05; 95% ДИ 1,06-3,98) подавляющее большинство составляли случаи передозировок веществами группы опиатов (героин, опий-сырец, метадон и пр.).

Отравления прижигающими жидкостями по-прежнему остаются значимой проблемой токсикологических стационаров как в Казахстане, так и в Азербайджане. Согласно полученным нами данным 10,7% и 12,6% соответственно в структуре госпитализаций токсикологических отделений обоих стран составили больные с интоксикациями различными прижигающими веществами, среди которых преобладали отравления 70% уксусной кислотой (эссенцией), неорганическими кислотами (соляная, серная, азотная), крепкими щелочами, хлорной и другими прижигающими жидкостями.

Ингаляционные интоксикации угарным газом, продуктами горения и другими токсичными газами также являются предметом внимания для токсикологических служб обеих стран. Использование населением несертифицированных отопительных и водонагревательных устройств, пренебрежение к элементарным правилам безопасности становится причиной значительного числа отравлений монооксидом углерода. Число больных с отравлениями токсичными газами, классифицируемых в рубриках Т58/Т59 МКБ-10, госпитализированных в гг. Астана и Баку за исследуемый период составило 141 и 330 человек, что составляет 19,3% и 20,9% соответственно.

Число отравлений органическими растворителями (рубрика Т52 МКБ-10) составили 17 (2,3%) и 24 (1,5%) человек соответственно. В данную когорту входили случаи отравлений нефтепродуктами, ацетоном, растворителями для красок и лаков и пр.

Случаи интоксикаций веществами, входящими в классификационную рубрику Т60 МКБ-10 (отравления пестицидами) были представлены различными по своей химической структуре и токсическому действию веществами – фосфорорганическими соединениями, пиретроидами, инсектицидами, родентицидами различных групп. Общее число отравлений в когорте интоксикаций пестицидами достоверно различалось ($p<0,05$; ОШ 1,26; 95% ДИ 1,67-7,93), составив в г. Астана 8 (1,1%), а в г. Баку – 59 (3,7%) человек.

В группу прочих интоксикаций, составивших в сумме 36 пациентов (4,9%) в г. Астана и 132 пациента (8,4%) в г. Баку входили отравления животными ядами (змеи, пауки, скорпионы и перепончатокрылые), ядами растительного происхождения (дурман, клещевина и пр.), ядовитыми грибами, мылами и детергентами, тяжелыми металлами, а также неустановленными ядами.

Таблица 1

Сравнительная нозологическая характеристика госпитализированных больных токсикологического профиля в гг. Астана и Баку (*- $p<0,05$)

Нозология	г. Астана			г. Баку		
	Кол-во	Койко-дней	Среднее пребывание	Кол-во	Койко-дней	Среднее пребывание
Медикаментозные отравления	300 (40,9%)	1338	4,5	693 (43,9%)	1235	1,8
Отравления алкоголем	135(18,4%)	368	2,7	93 (5,9%)*	162	1,7
Отравления наркотическими веществами	11 (1,5%)	47	4,3	48 (3,0%)*	71	1,5
Отравления прижигающими жидкостями	78 (10,7%)	1054	13,5	199 (12,6%)	1093	5,5
Отравление угарным газом и другими дымами	141 (19,3%)	803	5,7	330 (20,9%)	614	1,9
Отравления органическими растворителями	17 (2,3%)	92	5,4	24 (1,5%)	61	2,5
Отравления пестицидами	8 (1,1%)	43	5,0	59 (3,7%)*	144	2,4
Отравления лакокрасочными изделиями	6 (0,8%)	26	4,1	1 (0,1%)*	1	1,0
Прочие	36 (4,9%)	168	4,7	132* (8,4%)	701	5,3
Итого:	732	4004	5,4	1579	4082	2,6

Суицидальные попытки от общего числа госпитализированных составили 49,7% (364 пациента) в г. Астане и 59,9% (947 больных) в г. Баку. По продолжительности лечения наиболее длительную стационарную терапию как в Казахстане, так и в Азербайджане проходили больные с острыми отравлениями прижигающими жидкостями (13,5 и 5,5 койко-дней соответственно).

Среди случаев острых отравлений, госпитализированных в токсикологические стационары Казахстана и Азербайджана, преобладали отравления средней, тяжелой и крайне тяжёлой степени (табл. 2), что соответствовало уровню II-III-IV Европейской шкалы оценки тяжести отравлений [6].

Среди госпитализированных больных токсикологического профиля как в Казахстане, так и в Азербайджане преобладали женщины - 422 (58%) и 968 (61%) человек соответственно, а среди возрастных групп – пациенты возрастной группы от 21 до 30 лет - 245 (33%) и 583 (37%) человек соответственно (табл. 3).

Анализ больных с острыми отравлениями в отдельных возрастных категориях показал достоверное отличие между городами в группах от 15 до 20 лет ($p<0,05$; ОШ 1,28; 95% ДИ 1,03-1,29) и от 41 до 50 лет ($p<0,05$; ОШ 0,74; 95% ДИ 0,51-0,96).

Доставка больных в специализированный токсикологический стационар в большинстве случаев осуществлялась бригадами скорой помощи - 85% в г. Астана и 72% в г. Баку. По направлению медицинских учреждений первичного звена здравоохранения госпитализировано соответственно 1% и 8%, а самообращения составили 14% и 20% от общего числа стационированных больных.

Таблица 2

Распределение больных по степени тяжести отравлений

Степень тяжести отравления	г. Астана	г. Баку
легкая	70(10%)	10 (<1%)
средняя	470(64%)	1131 (72%)
тяжелая; крайне тяжелая	192(26%)	438 (28%)

Таблица 3

Распределение больных по половому и возрастному признаку (*- $p<0,05$)

Пол	г. Астана	г. Баку
Мужчин	310(42%)	611 (39%)
Женщин	422(58%)	968 (61%)
Возраст		
15-20 лет	141(19%)	369 (23%)*
21-30 лет	245(33%)	583 (37%)
31-40 лет	149(20%)	280 (18%)
41-50 лет	105(14%)	174 (11%)*
51 –60 лет	57(8%)	113 (7%)
61 –70 лет	20(4%)	26 (2%)
старше 71	15(2%)	34 (2%)

Помимо изучения сравнительной структуры острых отравлений нами также был произведен анализ некоторых организационных аспектов работы специализированных токсикологических служб Казахстана и Азербайджана.

В частности, отмечена слабая материально-техническая база токсикохимических лабораторий, позволяющая в настоящее время проводить только ограниченный спектр анализов по выявлению ксенобиотиков в различных биосредах.

В обоих государствах было выявлено значительные трудности в обеспечении токсикологических отделений антидотами, в том числе препаратами, входящими в список жизненно важных антидотов, которыми и соответствие с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) должны быть обеспечены все центры по лечению острых отравлений. Существует реальный дефицит таких первостепенных антидотных веществ как реактиваторы холинэстеразы (оксимы), метиленовая синь, противокаракуртовая сыворотка, дигоксин-специфические антитела, фомепизол и др.

Необходимость постоянного наличия в арсенале токсикологических служб важнейших антидотов можно проиллюстрировать примером внедрения в практику отделениями по лечению острых отравлений обоих государств специфического антагониста опийных рецепторов налоксона, использование которого позволило не только снизить смертность от отравлений наркотическими средствами, но и сократить пребывание данной категории

пациентов в стационаре, тем самым значительно повысить экономическую эффективность лечения.

Несмотря на работу в обоих государствах информационно-консультативной токсикологической службы, для улучшения ее работы требуется постоянное обновление информационных компьютерных баз данных (POISON, INTOX, MIKROMEDEX и др.).

Другим важным вопросом является подготовка кадров для токсикологической службы. Исключение специальности «клиническая токсикология» из списка врачебных специальностей в Азербайджане, невозможность пройти первичную специализацию по токсикологии в Казахстане не позволит в обозримом будущем подготовить достойную смену специалистов для токсикологических служб обоих стран.

Данная проблема еще больше усугубляется тем фактом, что в медицинских ВУЗах и институтах усовершенствования врачей как Казахстана, так и Азербайджана отсутствуют кафедры клинической токсикологии. Пробелы в знаниях выпускников медицинских ВУЗов и врачей первичного звена здравоохранения в области клинической токсикологии приводит к ослаблению качества оказания первичной квалифицированной помощи больным с острыми отравлениями на догоспитальном этапе.

Помочь смягчить эту проблему могло бы внедрение протоколов и государственных стандартов оказания медицинской помощи при различных видах острых отравлений. В Азербайджане в 2009 году Министерством Здравоохранения утвержден единственный действующий в области токсикологии клинический протокол «диагностики и лечения оставлений змеиным ядом гюрзы и змей семейства гадюковых», что никак не может быть признано достаточным. В Казахстане к настоящему моменту действуют пять протоколов в по токсикологическим нозологиям, однако за 10 лет, прошедших с их утверждения, многие положения отраженные в них устарели и требуют значительной корректировки. Своевременная разработка и внедрение клинических протоколов по основным видам отравлений позволит избежать в будущем значительных проблем и при переходе на систему страховой медицины.

Значимым недостатком является также отсутствие в Казахстане и Азербайджане единой системы сбора, учета, обработки эпидемиологических данных по острым химическим отравлениям у населения, в связи с чем затруднено не только осуществлять текущий надзор за «токсической ситуацией», но и прогнозировать характер и тенденции ее изменения с целью оперативного реагирования на возникающие риски. Подобные системы «токсикологического мониторинга» и «токсикологической бдительности» с успехом уже много лет функционируют не только в США и странах Европы, но и в соседней России, благодаря чему стало возможно осуществить целый ряд мероприятий, направленных на эффективную профилактику острых отравлений среди населения этих стран.

Вопросы профилактики острых отравлений среди населения, диспансеризация и последующая адекватная (в т.ч. психологическая) реабилитация для лиц, перенесших острую химическую травму также являются приоритетным и перспективным направлением для токсикологических служб Казахстана и Азербайджана, которому не уделяется в настоящее время достаточное внимание.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Несмотря на то, что Казахстан и Азербайджан уже 20 лет являются независимыми государствами, в нашем совместном исследовании были выявлены значительные схожести в структуре острых химических отравлений у населения двух стран. Вместе с тем по отдельным видам интоксикаций (отравления алкоголем, наркотическими веществами, пестицидами и некоторым другим) установлено достоверное различие между двумя государствами.

Перед органами здравоохранения стран СНГ необходима постановка вопроса о создании единой информационной сети мониторинга острых химических отравлений, позволяющей наладить постоянный обмен информации и оперативное реагирование на возникающие токсикологические риски.

Ключевой детерминантой повышения эффективности государственной модели специализированной токсикологической медицинской помощи в обоих государствах является приведение ее в соответствие с современными рекомендациями ВОЗ, что в конечном итоге приведет к снижению медико-социальных потерь от острых экзогенных отравлений химической этиологии населения Республики Казахстан и Азербайджанской Республики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кавальканти Э. Химическая безопасность- глобальная цель // Токсикологический вестник.2002, №2, с.2-4

2. Лужников Е.А. (под ред.) Неотложная клиническая токсикология. М.: Медпрактика-М, 2007, 608 с.

3. Кобидзе Т.С. Современное состояние и перспективы развития клинической токсикологии в Грузии // Вестник Российской Военно-медицинской Академии. 2005, № 1 (14), с.190-192

4. Эфендиев И.Н. 25 лет специализированной токсикологической службе Азербайджана /3-й съезд токсикологов России. Тезисы докладов. М., 2008, с. 352-354

5. Buckley N.A. Poisoning and epidemiology: "toxicoepidemiology" // Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. 1998, v. 25, N. 3-4, p. 195-203

6. Persson H.E., Sjöberg G.K., Haines J.A., Pronczuk de Garbino J. Poisoning severity score. Grading of acute poisoning //J. Toxicol. Clin. Toxicol. 1998, v.36, N.3, p. 205-213

XÜLASƏ

QAZAXSTANDA VƏ AZƏRBAYCANDA ƏSAS TOKSİKOEPİDEMİOLOJİ GÖSTƏRİCİLƏRİN MÜQAİSƏVİ XARAKTERİSTİKASI

V. Ə. Əzizov, İ.N. Əfəndiyev, Q.N. Başinskaya

Xəzər regionunun ölkələrinə dair toksik-epidemioloji məlumatlar hal-hazırda çox məhduddur. Qazaxstanda və Azərbaycanda əsas toksikoloji göstəricilərin öyrənilməsi bizim birgə aparılan prospekviv tədqiqın məqədi olmuşdur. Bu müqaisəvi tədqat 2010-cu ildə Astanada (Qazaxıstan) və Bakıda (Azərbaycan) toksikoloji şöbələrinə kəskin kimyəvi zəhərlənmə diaqnozu ilə daxil olmuş xəstələrin məlumatları əsasında aparılmışdır. Toksikologiya profilli hospitalizasiya olunmuş xəstələrin ümumi sayı Astanada - 732, Bakıda ilə 1579 xəstə olmuşdur. Stasionar müalicənin orta müddəte Qazaxstada 5,4 gün, Azərbaycanda – 2,6 çarpayı gün təşkil etmişdir. 21-30 arası yaş qrupda və qadinlar arasında zəhərlənmələrin sayı daha çox qeydə alınmışdır (58% Qazaxstanda, 61% Azərbaycanda). Zəhərlənmələrin əsas səbəbləri müxtəlif dərman preparatların (XBT-10 üzrə T36-T50 rubrikaları) qəbulu olmuşdur. Müvafiq olaraq bu zəhərlənmələr 40,9% Qazaxstanda və 43,9% Azərbaycanda təşkil edirdi. Farmakiloji preparatların arasında T42/T43 rubrikalara daxil olan epilepsiya qarşı, sedativ və sair psixotrop preparatları nəzərəçarpan üstünlük təşkil edirdi

SUMMARY

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF MAIN TOXICOEPIDEMIOLOGICAL INDEXES IN KAZAKHSTAN AND AZERBAIJAN

V.A. Azizov, I.N. Afandiyev, G.N. Bashinskaya

Toxic-epidemiological data on acute chemical poisonings in Caspian region countries are quiet limited. The aim of this joint prospective study was evaluation and analyzes the main toxicological indexes in Kazakhstan and Azerbaijan. This investigation was performed on data of poisoned adult patients hospitalized to toxicological departments in First Clinical Hospitals in Astana (Kazakhstan) and Baku (Azerbaijan) in 2010. Total were 732 admissions in toxicological unit in Astana and 1579 poisoned patients hospitalized to toxicological department in Baku. The mean lengths of hospitalization were 5.4 days in Kazakhstan and 2.6 days in Azerbaijan. Acute intoxications were more frequent amount females (61% in Azerbaijan to 58% in Kazakhstan) and in 21-30 age group. The main cause of poisonings was intoxications by various medications (rubrics T36-T50 of ICD-10) made up 40.9% and 43.9% of total admissions, respectively. Among the pharmaceuticals poisonings by antiepileptic, sedative-hypnotic and antiparkinsonism drugs and other psychotropic drugs (T42/T43) were the most frequent. The other cases of poisonings were inhalation of carbon monoxide and other toxic gases (T58) - 141 hospitalization in Kazakhstan and 330 hospitalization in Azerbaijan; toxic effect of alcohol (T51) - 135 admissions in Kazakhstan and 93 admissions in Azerbaijan; poisoning by narcotics and psychodysleptics (T40) - 11 cases in Kazakhstan and 48 cases in Azerbaijan; toxic effect of corrosive substances (T54) 78 patients in Kazakhstan to 199 patients in Azerbaijan; toxic effect of pesticides (T60) – 8 patients in Kazakhstan to 59 patients in Azerbaijan; toxic effect of organic solvents (T52) – 17 patients in Kazakhstan to 24 patients in Azerbaijan and poisoning by other toxic substances - 36 patients in Kazakhstan to 132 patients in Azerbaijan. Our findings provide essential information about toxicoepidemiological situation in Caspian region countries and would help to develop program on chemical safety and prevention of acute chemical poisonings in this part of the world.

Daxil olub:14.04.2011

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОГРАММЕ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЖИДКОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.Г. Алекберов, В.П.Потанин
РФ, РТ Казанская государственная медицинская академия;
Клинический онкологический диспансер г. Казань

Нарушения реологических свойств крови и микроциркуляции ведут к развитию гипоксии, метаболическим нарушениям, а в последующем к неадекватному макрореологическому поведению крови [1,2,3]. В связи с этим ЦЕЛЬЮ настоящей работы являлось улучшение результатов пластических операций на молочной железе путем коррекции гемолимфореологических нарушений с помощью инфузий озоно-оксигенированных кристаллоидных растворов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Согласно поставленным задачам, нами была обследована 151 больная после реконструктивно-пластических операций на молочной железе. Больные находились на лечении в ГУЗ Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ г.Казань с 2006 по 2009 гг. В зависимости от методов профилактики послеоперационных осложнений все больные были подразделены на две группы. В первую группу (группа сравнения) вошли 80 женщин, перенесших реконструкцию груди, которых в послеоперационном периоде лечили по стандартной инфузионной программе. Вторая группа (основная группа) состояла из 71 пациентки, которым в программу профилактики и лечения послеоперационных осложнений включали внутривенную инфузию озоно-оксигенированной смеси.

Все исследования с медицинским озоном проводились в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава РФ «Техника озонотерапии» (1991, 1996). Критериями эффективности методов явились уменьшение частоты послеоперационных осложнений и потребности в проведении повторных операций.

Нами было изучено коэффициент уменьшения отека, кислотно-щелочного состояния и водно-электролитного баланс. Все пробы проводились не позже, чем через 3 часа после взятия их у пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Изучив состояние кислотно-основного равновесия в послеоперационном периоде у больных основной группы, и сделав обоснованные выводы, мы включили в программу лечения озоно-кислородную терапию. После окончания операции снизилось напряжение углекислого газа до 36,91 мм Hg. Как указывалось выше, такое же уменьшение концентрации было и у больных в группе сравнения, а связано оно было с искусственной вентиляцией легких, проводимой в режиме умеренной гипервентиляции в ходе операции. Уже через сутки (II этап) параметры напряжения углекислого газа стабилизировались до нормальных значений. Наиболее важные сдвиги имели место в параметрах кислородной емкости крови, BE и EBE, характеризующие метаболический компонент кислотно-основного состояния (в сравнении с первой группой). Так, после окончания операции отмечался выраженный метаболический ацидоз со снижением BE и сдвигом буферных оснований экстрацеллюлярной жидкости по отношению к исходным данным ($p<0,001$). Такое состояние требовало метаболической коррекции. В этой связи нами проводилась системная озоно-кислородная терапия. Появление сдвигов кислотно-основного состояния, имеющего высокоэффективные механизмы компенсации, свидетельствует о тяжелых нарушениях метаболизма (метаболический синдром) в раннем послеоперационном периоде. Инфузия озонированного раствора способствовала нормализации параметров КОС и уже через сутки (II этап) показатель BE и EBE стабилизировались до 1,22 и 1,85 соответственно. В течение всего послеоперационного периода они находились в пределах физиологической нормы (на фоне проводимой системной озонооксигенации). Динамика наших наблюдений показала, что сразу после операции отмечалось снижение pCO_2 до 35,27 мм Hg. Надо полагать, что это снижение дыхательного компонента КОС связано с проведением искусственной вентиляции легких, в условиях которой были выполнены операции. Через сутки после операции (II этап) существенные изменения претерпевал метаболический компонент

КОС, при этом ВЕ снизился до – 3,6 ммоль/л, а сдвиг буферных оснований экстрацеллюлярной жидкости до –3,09 ммоль/л. Представленные метаболические сдвиги были компенсированнми. Метаболический ацидоз сопровождался нарушением дыхательной функции крови, подтверждающим развитие гипоксии смешанного генеза. Значения pO_2 и StO_2 уменьшались на 12,20% и 3,51%, а кислородная емкость крови снизилась на 12,5%. Ослабление кооперативного взаимодействия Hb и O_2 увеличивало P_{50} на 7,55%. Через трое суток после операции (III этап) в крови продолжал преобладать обменный компонент ацидоза. Так, ВЕ был–2,56, а ЕВЕ–2,36. Значение $pH_{мет.}$ превышало $pH_{ист.}$, составив 7,318±0,01. Указанные изменения, наблюдаемые в течение 3-х суток послеоперационного периода, требовали компенсации, что и было нами осуществлено с применением ощелачивающих растворов – бикарбоната натрия и трис-буфера. Проведение инфузионнной терапии способствовало улучшению метаболического звена КОС и к пятым суткам (IV этап) сохранялась лишь тенденция к уменьшению basis exicus, который составил–1,3 ммоль/л, а ЕВЕ–1,94 ммоль/л. Схематически этой регуляции можно представит так (Рис. 2).

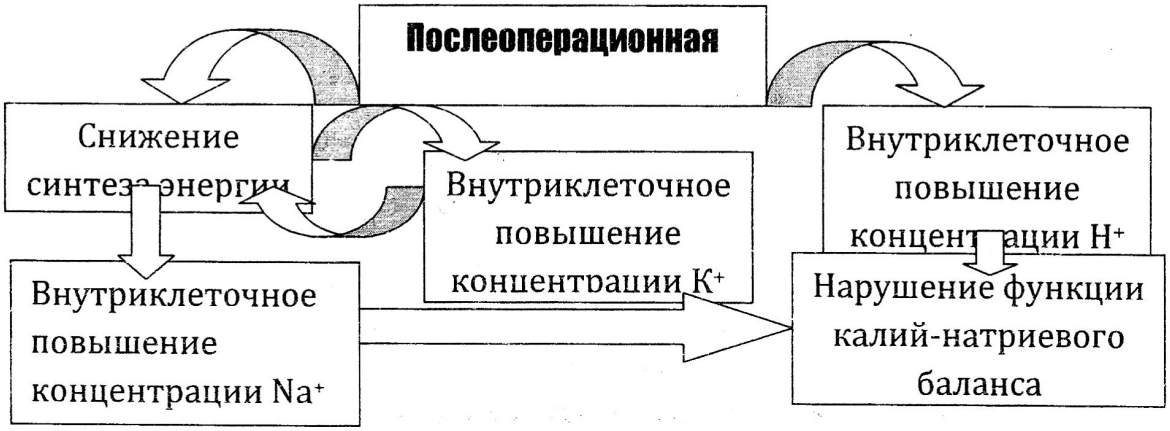


Рис. 1. Первичные изменения тканевой гипоксии и калий – натриевого обмена после пластических операций на молочной железе

После травматичных оперативных вмешательств перестройка окислительно-восстановительных процессов в клетке направлена в сторону анаэробного гликолиза и способствует гиперпродукции ионов H^+, перемещению ионов K^+ из клетки в обмен на ион Na^+. Развивается клеточный ацидоз с гипокалиемией и гипернатриемией, нарушаются энергетические процессы. При этом создаются дополнительные затруднения для продукции энергии в клетках. Все вышеперечисленное требует поставки энергии с помощью оксигенации – этом заключается основной смысл применения системной озонооксигенации.

У больных первой группы через сутки после операции (II этап) отмечалось закономерное снижение концентрации калия в плазме крови до 3,05±0,09, то есть на 12% (рис.2). Через трое суток (III этап) его концентрация тоже была сниженной по сравнению с исходными данными на 10% ($p<0,05$). Концентрация ионов натрия на II этапе возросла до 159,06±1,41 ммоль/л, что превышало исходные значения на 13,6% (Рис.3).

Гипернатриемия сохранялась в течение 3 суток послеоперационного периода (III этап). В последующие сутки количество натрия стабилизировалось на нормальных значениях 138,42±1,40 ммоль/л (рис.3.). Ионы кальция и хлора в послеоперационном периоде хотя и имели закономерную тенденцию к снижению к 7-м суткам (V этап), но их концентрация не выходила за пределы физиологической нормы.

При изучении изменений содержания натрия в моче выявилось его снижение через сутки (II этап) до 92,40±5,88 ммоль/л, на 17% по сравнению с исходными данными (I этап). Гипонатриурия сохранялась до пятых суток послеоперационного периода (IV этап) с последующей стабилизацией до 103,24±4,10 ммоль/л. Концентрация кальция в моче не

претерпевала особых сдвигов в течение всего послеоперационного периода, а ионов хлора было сниженным по сравнению с исходными данными. Представленные результаты наблюдений за состоянием электролитного обмена у больных в послеоперационном периоде позволяют сделать заключение, что наибольшие и серьезные изменения касались концентраций калия и натрия.

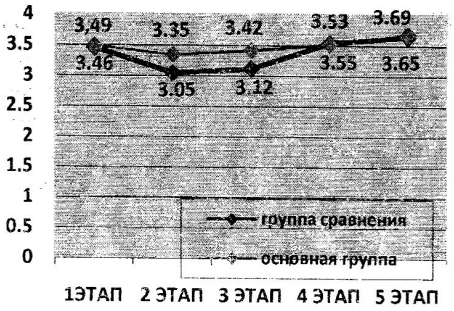


Рис.2. Динамика содержания калия в плазме крови (ммоль/л)



Рис.3. Динамика содержания натрия в плазме крови (ммоль/л)

В основном группе содержание калия в плазме крови через сутки (II этап) имело лишь тенденцию к снижению с исходных 3,49±0,04 до 3,35±0,08 ммоль/л (p >0,05). В дальнейшем послеоперационном периоде концентрация калия и натрия не претерпевала особых изменений (рис.2-3.). Стабильными оставались такие параметры ионов кальция и хлора, хотя последний был снижен к моменту выписки больных из стационара (по сравнению с исходными данными), но его концентрация (102,47±1,62 ммоль/л) не выходила за пределы нормы.

Изучение воздействия интрасосудистой озонооксигенации на течение послеоперационного периода показало достоверные различия в частоте развития послеоперационных осложнений. В основной группе ранние послеоперационные осложнения были выявлены у 5 (7%) больных: 2 (2,8%) – краевой некроз аутотрансплантата, у одного (1,4%) – лигатурный свищ в области послеоперационного рубца на передней стенке животе, у 2 (2,8%) – нагноение раны. В группе сравнения ранние послеоперационные осложнения возникли у 14 (17,5%) больных: у 11 (13,7%) некроз аутотрансплантата, у 3 (3,75%) – нагноение раны на 80 операций.

Полученные результаты указывают на то, что эффект озонооксигенации в профилактике послеоперационных осложнений реализовался преимущественно за счёт уменьшения случаев необратимых нарушений кровоснабжения в пересаженных тканях в 5 раз.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алекберов Д.Г. Новые технологии в программе коррекции кроволимфообращения при пластической хирургии молочной железы: Автореф. Дис… канд. … мед. наук. Казань., 2009, 25 с.

2. Альбертон И.Н. Лимфовенозные анастамозы при лимфэдеме нижних конечностей: Автореф. Дис. … канд. мед. наук. М., 1981, 22 с.

3. Головин Г.В. Нарушения реологических свойств крови и микроциркуляции у хирургических больных / Г. В. Головин // Вестник хирургии, 2007, №12, с. 95-99.

XÜLASƏ

SÜD VƏZİSİNİN PLASTİK CƏRRAHİYYƏSİ ZAMANI QANIN MAYE TƏRKİBİNİN KORREKSİYASINDA YENİ TEXNOLOJİ PROQRAM

C.H. Ələkbərov, V.P.Potanin

Mammoplastika olunmuş xəstələrdə əzələ loskutların nekrozu kimi ağırlaşmaların əmələ gəlmə tezliyi 30% - ə qədər təşkil edir ki, bununda əsas səbəbi hemoreoloji pozğunluqlardır. Aparılan işin məqsədi süd vəzilərdə aparılmış plastik əməliyyatların nəticələrini (151 xəstədə) qanın maye tərkibini korreksiya etməklə yaxşılaşdırmaqdır. Mammoplastika olunmuş 71 xəstəyə əməliyyatdan sonra venadaxili ozonoterapiya tetbiq edilmiş və qanın reoloji xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Alınmış nəticələrin analizindən aydın olur ki, əməliyyatdan sonra ozonoterapiya almış xəstələrdə qanın maye tərkibi tez bərpa olur, ağirlaşmalar isə standart müalicə almış xəstələrlə müqayisədə 2,5 dəfə, əzələ loskutların nekrozu isə 5 dəfə az rast gəlinir.

SUMMARY

NEW TECHNOLOGIES IN THE PROGRAM THE CORRECTION OF THE LIQUID STATE OF BLOOD IN PLASTIC SURGERY OF THE BREAST

J.H. Alakbarov, V.P.Potanin

Patients with complications such as necrosis of the muscle flaps forming mammoplastic frequency of 30% - are up to that of the main reason for the hemorheology disorders. The purpose of the breast with the results of plastic operations (151 patients) to improve the blood by adjusting the composition of the liquid. Of the 71 patients after operation intravenous ozonotherapy mammoplastic rheology features have been applied and blood was studied. It is clear from the fluid content of blood after operation in patients who received ozonotherapy is restored quickly, the standard treatment for complications compared with patients who for received 2,5 times, flaps muscle necrosis can be less than 5 times.

Daxil olub:17.03.2011

CİVƏ KATODLU XLOR VƏ SODA İSTEHSALINDA ƏMƏK ŞƏRAİTİNİN YAXŞILAŞDIRILMASI VƏ PEŞƏ YÖNÜMLÜ XƏSTƏLİKLƏRİN PROFİLAKTİKASI

R.H.Əliyeva, S.Ə.Xəlilova

Azərbaycan Tibb Universiteti, V.Axundov adına Milli Elmi Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutu, Bakı

Respublikanın əmək qabiliyyətli əhalisinin sağlamlağının mühafizəsi və möhkəmləndirilməsi əhalinin sağlamlığının mühafizəsi istiqamətində dövlətin pritoritetlər məsələlərindən biridir. İşçilərin səhhətinə təsir edən ən vacib faktorlar əməyin təşkili, əmək şəraiti və əmək rejimindən ibarətdir.

Civə- elektroliz metodu ilə əldə olunan xlor və sodanın istehsalı sahəsi təkcə Respublikanın tələbatını təmin etmir, həm də xarici ölkələrə ixrac olunur. İstahsalat mühitinin və əmək prosesləri faktorlarının öyranilməsi zamanı orqanizmə kompleks təsirin imkanlarını hərtərəfli nəzərə almaq mümkün olmur. Bununla əlaqədar olaraq peşə xəstəliklərin və ya peşə zərərləri ilə şərtlənən xəstəliklərin öyrənilməsi aktual problem olaraq qalmaqdadır [5,1,4].

Belə ki, qeyd olunan müəlliflər tərəfindən peşə yönümlü xəstəliklərin profilaktikası üçün fərdi rezistentlik, ərazinin iqlim- coğrafi xüsusiyyətləri, ekzogen və endogen faktorların təsir riskinin xarakteri, peşə zərərlərinin təsir dərəcəsi nəzərə alınmaqla yeni ekoloji- genetik sistem təklif olunur.

Aparıcı Rusiya alimləri [4,1] və başqaları peşə risklərinin orqanizmə təsirini və peşə xəstəliklərinin inkişafını qiymətləndirərək qeyd edirlər ki, təkcə peşə xəstəlikləri deyil, həm də peşə yönümlü xəstəliklərin yaranmasıda istehsalat faktorları ilə yanaşı ətraf mühit faktorunun da az "əməyi" olmamışdır.

Yuxarıdakıları nəzərə alaraq bu tədqiqat işində işçilərin xəstələnmə dərəcəsinin azaldılmasına və sağlam əmək şəraitinin yaradılmasına yönələn adekvat tibbi- profilaktik tədbirlərin elmi cəhətdən əsaslandıdırlması qarşıya MƏQSƏD qoyulmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERAIL VƏ METODLARI. Tədqiqatın obyekti qismində işçi kontingenti- öyrənilən istehsalat sahəsinin müxtəlif sexlərində işləyən kişilər seçilmişdir. Nəzarət qrupunu istilik elektrik mərkəzində işləyən işçilər təşkil etmişdir. əmək prosesinin faktor şəraitinin gigiyenik qiymətləndirilməsi P 2.2.755-99 Rəhbərliyinə əsasən aparılmaşdır, xüsusi formul üzrə kimyəvi maddələrin gigiyenik təhlükəsinin inteqral indeksi hesablanmışdır [4].

Səhhətin vəziyyəti 2003-2005- ci illərdə aparılan dövrü tibbi baxışların göstəriciləri əsasında öyrənilmişdir.

Materialların statistik emalı unifakasiya edilmiş proqram və "Statistika" proqramları üzrə İBM tipli personal kompüterdə aparılmışdır.

NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Yuarıda qeyd olunan istehsalat sahəsində işçi kontingentinə istehsalat zərərlərinin və peşə təhlükəsinin çoxfaktorlu kompleks təsiri baş verir. Bu zaman patologiyaların formalaşması üsulları cənub iqlimdə yaşayanlarla sərt iqlimi olan şimal iqlimdə yaşayan işçi kontingentində fərqli olur.

Tərəfimizdən sözügedən istehsalat sahəsində əmək şəraitinə tətbiq olunan professional risk sxeminə uyğun olaraq [4] daha çox əhəmiyyət kəsb edən faktorların (mikroiqlim, küy, buxar-aerozol-qazyaradıcı toksik maddələrin vibrasiyası, ağırlıq, əmək gərginliyi) gigiyenik tədqiqi aparılmış, istehsalat baxımından şərtlənən xəstəliklərin mənzərəsi verilmişdir. Istilik elektrik mərkəzinin işçiləri müqayisə qrupu qismində istifadə olunmuşdur.

Işçi yerlərin hava mühitinin inteqral qiymətləndirilməsi üçün kimyəvi maddələrin real gigiyenik təhlükə inteqral indeksindən (MGTİ) istifadə olunmuşdur, bu indeks aşağıdakı formul üzrə hesablanmışdır [2].

MGTİ= K_{max}.P.K.

K_{Ma}- faktiki konsentrasiyanın PRK artımının maksimal dərəcəsi

P- həmin maddənin tərkibinin təyin olunması üzrə analizlərin ümumi sayının artan yol verilən konsentrasiya həddinin analız payı,%

K- maddələrin təhlükəli sinfinə gətirib çıxaran koefisienti

Müxtəlif kimyəvi maddələrin tərkibi üzrə (metallik civə, süleymani, xlorid turşusu, sulfat turşusu, qələvi natrium, oksid natrium hidratı, xörək duzu, qazabənzər xlor, xlorlu hidrogen, ammiak və s.) işçi yerlərin hava mühitinin təhlilindən məlum olmuşdur ki, birinci sinif maddələri üçün K = 2,6; ikinci sinif maddələri üçün K = 1,5; üçüncü sinif maddələri üçün K = 1; dördüncü sinif maddələri üçün K = 0,85 olmuşdur. Ümumilikdə bütün maddələrin summar təhlükəsi müqayisə qrupundan fərqli olaraq 2 dəfə artıq olmuşdur ki, bu da həmin istehsalat sahəsində çalışan işçilərin müəyyən kimyəvi yüklənməyə məruz qaldığını və onların səhhətinə mənfi təsir etdiyni göstərir.

Xlor və sodanın təhlükə və zərərinin dərəcəsi üzrə işçilərin əmək şəraitinin ümumi qiymətləndirilməsi üçün [6] "Əmək prosesinin istehsalat mühiti, ağırlıq və gərginliyi faktorlarının təhlükə və zərərlilik göstəriciləri üzrə əmək şəraitinin gigiyenik meyarların"dan istifadə olunmuşdur (P 2.2.755-99). Istehsalat faktorlarının kombinəolunmuş və qarışıq təsirləri nəzərə alınmaqla apparatçılar əmək şəraitinin 3- cü dərəcəsi 3- cü sinfinə aid edilmişlər, bu zaman peşə xəstəliklərinin qabarıq formalarının baş verə biləcəyi hesab olunur və xronik patologiyarın nəzərəçarpacaq dərəcədə artması və müvəqqəti olaraq əmək qabiliyyətinin itirilməsi ilə yüksək xəstələnmə dərəcəsi qeydə alınır.

Əmək şəraitinin 2- ci dərəcəsi 3- cü sinfinə operatorlar, çilingər- təmirçilər, maşinistlər aid edilmişlər, belə əmək şəraitində əmək fəaliyyəti zamanı professional patologiyanın yüngül forması inkişaf edə bilər, xronik ümumi somatik xəstəliklərin və xronik yorğunluq ilə xəstəlilklərin artması mümkündür.

2003- 2005- ci illərdə tibbi baxışların nəticələrinə əsasən məlum olmuşdur ki, aparıcı peşələrin əmək fəaliyyəti təkcə professional intoksikasiya deyil, həm də müxtəlif orqan və sistemlərdə xronik qeyri- spesifik xəstəliklərin yaranması ilə də müşayiət olunur. Belə xəstəliklər içərisində tənəffüs sistemi xəstəlikləri, sinir sistemi və lamisə orqanlarının xronik xəstəlikləri, qan- damar sistemi, əzələ-sümük sistemi, həzm sistemi və sidik- cinsiyyət üzvü xəstəlikləri aparıcı yerdədir. Xronik patologiyanın inkişafına istehsalat faktorlarının təsir payı 23,2 ± 25,0% təşkil edir. Işçilər arasında xronik xəstəliklərin yayılma dərəcəsi öyrənildikdə təyin olunmuşdur ki, daha çox rast gəlinən patologiyalar tənəffüs sistemi (100 işçiyə 19,5 ± 1,3); sinir sistemi xəstəlikləri, eləcə də xronik bel-sarğı radikuliti, vegetativ pozuntulu radikulitopatiya və s. (100 işçiyə 20,1 ± 1,5); qan- damar sistemi xəstəlikləri (100 işçiyə 16,1 ± 1,2); əzələ- sümük sistemi xəstəlikləri (100 işçiyə 15,8 ± 1,2; həzm sistemi xəstəlikləri (100 işçiyə 13,6 ± 1,0). Istilik elektrik mərkəzində işləyən müqayisə qrupunda bu və ya digər formalı patologiyalar əsas "risk faktorolar" – rejim, əmək şəraiti və xarakteri təsiri altında olan daha yüksək ağırlıq dərəcəsi ilə xarakterizə olunan işçilər arasında baş verir. Müqayisə olunan qruplarda xəstəlik strukturu fərqli xüsusiyyətlərə malikdir, təcrübəçi işçilərdə "sətəlcəm" xəstəliklərinin, əzələ- sümük sistemi xəstəliklərinin yüksək səviyyəsi diqqəti cəlb edir ki, bu da əldə olunan göstəricilərlə üst- üstə düşür [3]. Sosialoji sorğular zamanı bu peşə nümayəndələri səhhətləri ilə əlaqədar olaraq bir çox şikayətlərini bildirmişlər, iş stajı artdıqca xəstəliklərin sayı da artmışdır; şikayətlərin xarakteri müntəzəm tibbi baxışlar zamanı aşkar olunan xəstəliklərlə ust- üstə düşür və iş

yerlərində olan əmək prosesi və kompleks zərərli faktorların (fiziki, kimyəvi) mənfi təsirinin nəticəsi kimi nəzərdən keçirilə bilər. Peşə xəstəliklərinin inkişafında zərərli istehsalat faktorlarının etioloji payının qeyd olunan xəstəliklr arasında 32-73% təşkil etməsi diqqətəlayıq məsələdir.

Tədqiq olunan istehsalat sahəsində gigiyenik- epidemiololji materialların və tibbi statistik metodlar əsasında əldə olunan göstəricilərin əsasında aşağıdakı sağlamlıq tədbirlətinin tətbiq olunması tövsiyə olunur. Əmək potensialının mühafizə olunması üçün əməyin tam mexanikləşdirilməsi və avtomatlaşdırılması hesabına həmin istehsalat sahəsinin işçilərinin əmək şəraitinin yaxşılaşdırılması, ventilyasiyanın yaxşılaşdırılması və tibbi- profilaktik tədbirlərin, eləcə də işə götürüldükdə (ciddi şəkildə peşə seçimi ilə) və müntəzəm aparılan tibbi baxışların təkmilləşdirilməsi; orqanizmin müqavimətini artıran vasitələrin istifadə olunması (vitaminləşdirmə, az dozada biostimulyatorlar), antioksidant mühafizənin həyata keçirilməsi. Işçilərin peşə yönümlü xəstəlikləri riskindən mühafizəsi üçün pul ödənişləri, iş gününün qısaldılması, gücləndirilmiş reabilitasiya, rasional əmək və istirahət rejimlərinin əsaslandırılması, müalicəvi proqramlar əsasında əmək şəraiti və səhhətlərinin vəziyyətinin sosial- gigiyenik monitorinqinin həyata keçirilməsi və təkmilləşdirilməsi qismində sosial müdafiə zəmanətinin yüksəldilmsəsi.

Istehsalat mühitində və əmək prosesində zərərli faktorlatın olması istehsalatın təşkilinin xüsusiyyətləri, texnoloji proseslər, profilaktik tədbirlərin yerinə yetirilməsi üçün təhlükəsiz qaydalarının təmin olunması da daxil olmaqla mədəni istehsalatın dərəcəsi ilə təyin olunur. Işçilərin təlimatı- sanitar norma və qaydalarına əsasən yol verilən konsentraisyalara və yol verilən səviyyəyə riayət olunması, fərdi mühafizə üçün effektiv vasitələrin istifadə olunmasıdır.

YEKUN. Civə katodlu xlor və soda istehsalında istehsalat- peşə faktorları və əmək prosesləri müxtəlif sexlərin qeyri- bərabər kimyəvi yüklənməsinə səbəb olur və fiziki faktorlarla yanaşı işçilərin orqanizminə mənfi təsir göstərir ki, bu da peşə yönümlü xəstəliklərin strukturunda əks olunur və kompleks mexniki və tibbi- profilaktika tədbirlərin aparılmasını tələb edir.

ƏDƏBIYYAT

1. Артамонова В.Г. Актуальные проблемы диагностики и профилактика
2. профессиональных заболеваний // Медицина труда и промышленная экология, 1996, № 5, с.4-6
3. Галимов Р.Ш.Современные аспекты социально-гигиенического мони
4. торинга условий труда / Материалы I Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». М., 2002, с.53-54
5. Захаренков В.В., Панауотти Е.А. Оценка условий труда и риска для здоровья работников в основных цехах тепловых электростанций / Материалы I Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». М., 2006, с.151-152
6. Измеров Н.Ф., Денисов Э.И. Профессиональный риск для здоровья работников (руководство). М., 2003, с.214-227
7. Покровский В.И. Современные проблемы экологически и профессионально обусловленных заболеваний / Медицина труда и промышленная экология. М., 2003, № 1, с.2-6
8. Руководство Р 2.2.755-99.Гигиенические критерии оценки и классификация условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственно среды, тяжести и напряженности трудового процесса. М.: Минздрав России, 1999
9. Федорова И.В. Дозо-эффективная зависимость распространенности хронических заболеваний у работающих как критерий оценки риска воздействия химических веществ // Материалы I Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». М., 2002, с.53-54

РЕЗЮМЕ

ОЗДОРОВЛЕНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОИЗВОДСТВЕ ХЛОРА И СОДЫ С РТУТНЫМ КАТОДОМ

Р.Х.Алиева, С.А.Халилова

В статье приводятся гигиено-эпидемиологические,медико-статистические исследования у работающих на производстве хлора и соды при южных климатических условиях. Результатами анализа проведенных исследований показано, что в отличие от контрольной группы, работающие на данном производстве, подвергаются химической нагрузке; при их сочетанном и комбинированном воздействии с этиологической долей влияния вредных производственных факторов (32-73%), приводит к развитию и росту хронической патологии различных органов и систем организма. Рекомендованы медико-профилактические мероприятия.

SUMMARY

IMPROVEMENT OF HEALTH AND PREVENTION OF PROFESSIONAL-RELATED DISEASES IN PRODUCTION OF CHLORINE AND SODA WITH A MERCURY CATHODE

R.Kh.Aliyeva, S.Y.Khaliova

The article presents the hygiene-epidemiological, medical and statistical studies have employed in the production of chlorine and sodium in the southern climates. Analysis results of the investigations showed that in contrast to the control group, working on this production, subjected to chemical stress, when combined, and the combined action of the etiologic fraction of harmful factors of production (32-73%), leads to the growth and development of various chronic diseases organs and body systems. Recommended by medical and preventive measures.

Daxil olub:11.04.2011

AÇIQ-ƏNƏNƏVİ ÜSULLA XOLESİSTEKTOMİYA ƏMƏLİYYATINA MƏRUZ QALMIŞ XƏSTƏLƏRİN KLİNİKİ MÜŞAHİDƏLƏRİNİN NƏTİCƏLƏRİ

Z.T. Şirinov, F.S. Idrisov

Akad. M.A. Topçubaşov dаına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Öddaşı xəstəliy son zamanlar bütün dünyada, o cümlədən Azərbaycanda geniş yayılmış, dünya əhalisinin orta hesabla 10 % bu xəstəlikdən əziyyət çəkir. Hər 10 ildə bu xəstəlikdən əziyyət çəkən insanların sayı 2 dəfə artır, həmçinin yaşla əlaqədar olaraq öddaşı xəstəliyinin rastgəlmə tezliyi artır [1,2,3].

İlk dəfə 1867-ci ildə Bobs tərəfindən İndianapolisdə müalicə məqsədi ilə xolesistostomiya icra olunmuşdur. 15 iyun 1882-ci ildə Alman cərrahı Karl Langenbux dünyada ilk xolesistektomiya əməliyyatını icra etmişdir. Rusya Federasiyasında ilk xolesistektomiya əməliyyatı 1889-cu ildə İ.F. Kosinski tərəfindən icra olunmuşdur [4].

Xolesistektomiya əməliyyatları əksərən iki üsulla: açıq-ənənəvi və laporaskopik olmaqla yerinə yetirilir. Artıq bütün dünyada xolesistektomiya əməliyyatları 90% laparoskopik, 10 % hallarda isə açıq üsulla icra olunur. Azərbaycan Respublikasında o cümlədən bizim klinikada xolesistektomiya əksinə, 10-20 % hallarda laparoskopik üsulla icra olunur [1, 5, 6].

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Açıq-ənənəvi və laparoskopik üsulların müqayisəli təhlili məqsədi ilə 2006-2011-ci illər ərzində akad.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin qaraciyər, öd kisəsi və mədəaltı vəzin xəstəliklərinin cərrahlığı şöbəsində xolesistektamiya əməliyyatına məruz qalmış 500 xəstənin nəticələri öyrənilmişdir. Bu xəstələr randomizə olunmuş 3 qrupa bölünmüşlər. I qrupa açıq-ənənəvi üsulla xolesistektamiya əməliyyatına məruz qalmış-200 (40%) xəstə, II qrupa laparoskopik üsulla xolesistektamiya əməliyyatına məruz qalmış- 200 (40%) xəstə və III qrupa "mini" kəsiklə açıq xolesistektamiya əməliyyatına məruz qalmış-100 (20%) xəstə daxil edilmişdir.

I qrupa açıq-ənənəvi üsulla xolesistektamiya əməliyyatına məruz qalmış 200 xəstənin daxil edilmişdir. Aşağıdakı 1 saylı cədvəldə xəstələrin cinsə və yaşa görə bölünməsi qeyd olunmuşdur.

Cədvəl 1

Xəstələrin cinsə və yaşa görə bölünməsi

Yaş / Cins	<20	21-40	41-60	61-75	>75	Cəmi
Kişi	-	8	23	8	1	40 (20%)
Qadın	2	41	86	26	5	160 (80%)
Cəmi	2 (11%)	49(24,5%)	109(54,5%)	34 (17%)	6 (3%)	200

Cədvəldən göründüyü kimi 40 xəstə - 20% kişilər, 160 xəstə - 80% qadınlar olmuşdur. Bu bir daha onu təsdiq edir ki, qadınlar kişilərə nisbətən öddaşı xəstəliyindən daha çox əziyyət çəkirlər. Bizim kliniki müşahidəmizdə öddaşı xəstəliyinin kişi və qadınlar arasında rast gəlmə tezliyi 1/4 nisbətində olmuşdur. Xəstələrin böyük əksəriyyəti 160 (80%) cavan və orta yaşlı fiziki və zehni əmək qabiliyyətli nəslin nümayəndələridir. Bu isə öddaşı xəstəliyinin sosial bir problem olmasına dəlalət edir.

Xəstələrin klinikaya müraciəti araşdırılmışdır. Məlum olmuşdur ki, xəstələr 11% hallarda təcili yardım briqadası tərəfindən gətirilmiş, 16% hallarda poliklinikaların göndərişi ilə, böyük əksəriyyəti isə 73% özləri müraciət etmişlər. Bu fakt bir daha öddaşı xəstəliyindən əziyyət çəkən xəstələrə poliklinik yardım və dispanserizasiya işinin qənaətbəxş olmamasına dəlalət edir.
Xəstələrin anamnezinə əsaslanaraq xəstəliyin davam etmə müddəti öyrənilmişdir. Aşağıdakı 2 saylı cədvəldə bu göstərici öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 2

Xəstələrin anamnezinə əsaslanaraq xəstəliyin davam etmə müddəti

Müddət	1 ilə qədər		2-5 ilə qədər		5 ildən çox		
Xəstələrin sayı	n	%	n	%	n	%	Cəmi
	82	41	65	32,5	53	26,5	200

2 saylı cədvəldən göründüyü kimi 82 xəstə (41%) bir il müddətində, 65 xəstə (32,5%) 5 ilə qədər və 53 xəstə (26,5%) isə 5 ildən çox müddətdir ki, öddaşı xəstəliyindən əziyyət çəkir. Ümumilikdə götürsək 118 xəstədə 59% hallarda cərrahi müalicə üsulunun seçilməsi qərarı gecikmiş hesab olunmalıdır.

Cədvəl 3

Yanaşı olan xəstəliklər

№	Xəstəliyin adı	Sayı	%
1	Ürəyin xroniki işemik xəstəliyi	13	6,5
2	Aterosklerotik kardioskleroz	14	7
3	Hipertomiya xəstəliyi II B.	18	9
4	Miokardiodistrofiya	8	4
5	Aterokardioskleroz- seyrəci aritmiya	5	2,5
6	Mitral qapaq protezləşməsindən sonra vəziyyət: ürək- ağciyər çatmamazlığı II dər.	1	0,5
7	Serebral ateroskleroz. Dissirkulyator və hipoksik ensefalopatiya III dər.	4	2
8	Neyrosirkulyator distoniya	6	3
9	Anemiya	10	5
10	Şəkərli diabet	4	2
11	Sağ tərəfli pnevmoniya	1	0,5
12	Bronxial astma	2	1
13	Xroniki bronxit	4	2
14	Talassemiya-splenektomiyadan sonrakı vəziyyət	1	0,5
15	Hepatit C virus daşıyıcısı	1	0,5
16	Xroniki persistəedən hepatit	2	1
17	DQBD yırtığı, Reflüks-ezofagit	31	15,5
18	Eroziv qastroduodenit	15	7,5
19	Mədə rezeksiyasından sonrakı vəziyyət	3	1,5
20	12b.b-xorası, bulbodeformasiya	1	0,5
21	Biliar pankreatit	8	4
22	Parapankreatik absesləşmə	1	0,5
23	Öd kisəsinin polipozu	1	0,5
24	Öd kisəsinin divertikulu	1	0,5
25	Xroniki kolit, dolixosiqma (dolixokolon)	6	3
26	Göbək yırtığı	1	0,5
27	Uşaqlığın fibromioması	1	0,5
28	Sol yumurtalığın sisti	1	0,5
29	Böyrək daşı xəstəliyi, Hidronefroz II dər.	2	1
30	Sol xayalığın hidropsu	1	0,5
31	Prostat vəzinin hipertrofiyası	1	0,5
32	Piylənmə III-IV dərəcə	4	2
	Cəmi	172	

Aparılan sorğu anamnestik məlumatlara əsasən, xəstələrin 108-i (54%) stasionar və ya ambulator olaraq həkim nəzarətində olmuş, lakin 92 xəstə (46%) heç bir həkim nəzarətində olmamışdır. Bu fakt həmçinin cəmiyyətdə- insanlar arasında, kütləvi informasiya vasitələrində öddaşı xəstəliyi barədə təbliğat və təsfiqat işlərinin kifayət dərəcədə olmağına dəlalət edir.

Bütün xəstələrə (200xəstə-100%) qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsi (USM), 4 xəstədə (2%) xoledoxun ölçüləri və öd kisəsi barədə məlumatın kifayət qədər olmadığı üçün kompüter tomoqrafiya (KT) müayinəsi, rentgen-televizion qurğunun köməyi ilə 195 xəstəyə (97,5%) döş qəfəsinin Rentgenosnopik müayinəsi, (100%) elektrokardioqrafiya (EKQ) müayinəsi, bəzi xəstələrə (16%) hallarında EXO kardioqrafiya müayinəsi, 120 xəstəyə (60%) qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsağın kontrast Rentgen- televizion müayinəsi və 24 saat sonra təkrar yoğun bağırsaqın Rentgen müayinəsi, 36 xəstəyə (18%) endoskopik müayinə, mədə turşuluğunun öyrənilməsi üçün Rusiya Federasiyası istehsalı olan "АГМ-03- Ацидогастрометр"-dən istifadə olunmaqla PH- metriya instrumental müayinələri aparılmışdır.

Bütün xəstələrə akademik M.A. Topçubaşov adına ECM-nin kliniki laboratoriyasında müasir qan analizatorlarının vasitəsi ilə laborator müayinələr aparılmış: qanın ümumi analizi, biokimyəvi analizlər, RW, QİÇS, HCvAg və HBsAg antigenləri təyin olunmuşdur. Bu zaman qan qrupu, Rh faktoru, Hb, eritrosit, leykosit, EÇS, bilirubin və onun fraksiyaları, AlAT, AsAT, QQT, qələvi fosfotaza, Sial turşusu və s. öyrənilmişdir.

NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Bütün müayinələrin nəticələrinə əsaslanaraq 72 xəstəyə (36%) xroniki daşlı xolisistit, 128 xəstəyə (64%) isə kəskin daşlı xolisistit diaqnozu qoyulmuşdur.

3 saylı cədvəldən göründüyü kimi 172 sayda müxtəlif ağırlaşmalar- yanaşı gedən xəstəliklər rast gəlinmişdir. Bəzən elə xəstə olmuşdur ki, bir xəstədə 4 və ya 5 yanaşı gedən xəstəliyə eyni halda rast gəlinmişdir. Bütün bunlar bir daha onu sübut edir ki, biz kliniki materialın yığılmasında heç bir seçmə üsulundan istifadə etməyərək, ucdantutma yanaşılmaqla analiz aparmışıq. Bu isə alınan nəticələrin dürüst olacağına zəmanət verir. Yanaşı gedən xəstəliklər müvafiq mütəxəsislər tərəfindən konsultasiya olunaraq, əməliyyat önü və əməliyyatdan sonrakı dövrdə korreksiya olunmuşdur.

Əməliyyat önü dövrdə 152 xəstə 76% müayinələrlə yanaşı medikamentoz müalicə, infuzion, kardiotonik, hepatotrop, vitaminoterapiya, spazmolitiklə müalicə, 119 xəstə (59,5%) isə antibiotikoterapiya almışdır. Antibiotikoterapiya zamanı, nefrotoksik, hepatotoksik təsiri az olan və ədəbiyyatdan bəlli öd yolları infeksiyalarına daha yaxşı təsir edən ampisillin+sulbaktam qrupu antibiotiklərinə və metronidazol infuziyasına üstünlük verilmişdir.

Bütün xəstələrə əməliyyat ümumi ağrısızlaşdırma: intubasion – endotraxeal narkozun tətbiqi ilə açıq-ənənəvi üsulla "böyük cərrah-böyük kəsik" prinsipinə uyğun olaraq 20-22 sm uzunluğda geniş kəsik aparılmaqla icra olunmuşdur.

Cədvəl 4

Xəstələrin sayının kəsiyin formasına gör kəmiyyət göstəriciləri

№	Kəsiyin adı	Xəstələrin sayı	%
1	Transrektal	2	1
2	Yuxarı orta laparotomiya	12	6
3	Fedorov kəsiyi	2	1
4	Koxer kəsiyi	184	92
	Cəmi	200	100

4 saylı cədvəldən göründüyü kimi ən çox üstünlük Koxer kəsiyinə (92%) verilmişdir. Bütün hallarda kəsiklər aparılarkən müasir bipolyar və monopolyar elektrokoaqulyasiya avadanlıqlardan istifadə olunmuşdur, hansı ki, işi texniki cəhətdən asanlaşdırır, tezləşdirir və qanitirməsini minimuma endirir.

Əməliyyat zamanı taktiki və texniki yanaşma: Xroniki daşlı xolesistitlə olan xəstələrdə mütləq öd kisəsi boynu əldə edilir, Kalo üçbucağı nahiyyəsi və hepatoduodenal bağ elementləri təftiş olunur, kisənin arteriyası və axacağı ayrı-ayrılıqda tutulub kəsilib-iki liqatura ilə bağlandıqdan sonra kisə yatağından subseroz çıxarılır – retroqrad xolesistektomiya. Kisə yatağı əksər hallarda elektrokoaqulyasiya ilə hemostaz olunur və tikişsiz saxlanılır.

Əsasən kəskin daşlı xolesistitlə olan xəstələrdə əməliyyat taktikasında müəyyən dəyişikliklər və fərqli-fərdi yanaşmalar olmuşdur. Belə ki, öd kisəsi kəskin fleqmanoz ya qanqrenoz dəyişikliyə uğradıqda və kisə axarında daş abturasiya olduqda, öd kisəsinin empieması zamanı, kisə həddən artıq gəngirdirsə və əməliyyat sahəsini tutur, manipulyasiya etməyə çətinlik törədərsə, onda kisə dibi nahiyyəsindən punksiya olunur, elektrosorucuya qoşulur və içərisində olan möhtəviyyat (öd ya qatı irin) sorulur, sonra isə öd kisəsinin boynu Kalo üçbucağı nahiyyəsi və hepatoduodenal bağ elementləti - xoledox təftiş olunur.

Kəskin daşlı xolesistitlə olan 76 xəstədə 38% göstərilən üsulla öd kisəsi punksiya olunmuş, boşaldıldıqdan sonra - boyun nahiyəsi əldə olunmuş retroqrad xolesistentomiya icra olunmuşdur. Lakin kəskin qanqrenoz dəyişikliyə uğramış və hepatoduodenal bağ elementlərini iltihabi infiltrasiya hesabına identifikasiya etmək mümkün olmadığı 14 xəstədə (7%) Pribram üsulundan istifadə olunmuşdur. Belə ki, öd kisəsi punksiya olunduqdan sonra dibi nahiyyəsindən olmaqla mənfəzi açılmış içərisindən möhtəviyyat, daşlar və detritlər evakuasiya olunmuş və içəridən duktus sistikus identifikasiya olmaqla heç bir yatrogen zədələnmə olmadan anteqrat üsulla xolesistektomiya icra olunmuşdur. Bu qrupdan olan xəstələrdə kisə yatağından qanaxmalar olmuş-elektrokoaqulyasiyanın köməyi ilə dayanıqlı hemostaz əldə olunmadığı 26 xəstədə (13%) kisə yatağı fasiləsiz atrovmatik ketqut 2.0 saplarla tikilmişdir. Ümumiyyətlə biz bütün hallarda xolesistektomiyadan sonra öd kisəsi yatağının tikilməsinin əleyhinəyik.

5 saylı cədvəldə kəskin qanqrenoz daşlı xolesistitlə olan xəstələrin əməliyyatı zamanı rast gəlinən bəzi ağırlaşmalar verilmişdir.

Cədvəl 5

Kəskin qanqrenoz daşlı xolesistitlə olan xəstələrin əməliyyatı zamanı rast gəlinən bəzi ağırlaşmalar

№	Ağırlaşmanın adı	n	%
1	Öd kisəsi yatağından qanaxma	5	2,5
2	Texniki çətinlik	3	1,5
3	Arteriya sistikadan qanaxma	2	1
4	Parapankreatik abseslər	1	0,5
	Cəmi:	11	5,5%

Cədvəldən göründüyü kimi 5 xəstədə (2,5%) öd kisəsi yatağından qanaxma qeyd olunmuşdur. Bu hal həm anteqrat üsulla xolesistektomiya olunduqda öd kisəsi arteriyasının bağlanmadığı üçün, həm də, perivezikuliyar sahədə kəskin infiltratın əmələ gəlməsi-həmin sahədə qaraciyər toxumasının kövrəkləşməsi və mexaniki təsirdən cırılması ilə izah olunur.

3 xəstədə (1,5%) texniki çətinliklər olmuşdur, yəni kisə axarına daş pərçim olunduğu üçün hətta kisənin içərisindən belə kisə axarını tapmaq və identifikasiya etmək çətinlik törətmişdir. Belə hallarda kisə ehtiyatla tamamilə mobilizə olunaraq duktus sistikusdan asılı qalır və ondan sonra duktus sistikus tutulub kəsilir, bağlanır.

2 xəstədə duktus sistikus və arteriya sistika ətrafında manipulyasiya edərkən kisə arteriyası qopmuş və kəskin qanaxma qeyd olunmuşdur. Əsasən yatrogen zədələnməyə səbəb olan bu ağırlaşma zamanı ümumi qəbul olunmuş və bizim də, tətbiq etdiyimiz üsulu yada salmaq istərdim. Kisə arteriyası qoparaq içəriyə doğru qaçır və güclü qanaxma baş verir. Belə halda təcrübəli cərrah özünü itirməməli, hepatoduodenal bağ elementlərini Vinslov dəliyindən keçməklə elastik sıxıcıya - asılqana götürməli. Bu zaman qanaxma dayanır və asılqanda gərginliyi azaldan kimi qanaxmanın haradan olduğu tapılır. Kisə arteriyası tutulur və liqatura alınaraq hemostaz əldə edilir. Elastik sıxıcı açılır. Bu zaman kisə arteriyasına ancaq liqatura qoyulur. Biz belə hallarda tikiş qoyulmasının əleyhinəyik, çünki tikişə ətraf elementlər götürülə bilər və sonradan ağırlaşmalar ola bilər. Rast gəlinən yatrogen zədələnmələrin əksəriyyəti kisə arteriyasından qanaxmalar zamanı hemostaz məqsədi ilə arteriya ilə yanaşı qaraciyrdənxaric öd yollarının tikilərək liqaturaya alınmasından baş verir.

1 xəstədə isə, yanaşı parapankreatik abseslər olduğu üçün, abses boşluqları açılıb boylama drenləşdirilmiş və dekompressiya məqsədi ilə xolesistektomiyadan sonra duktus sistikusdan olmaqla Pikovski üsulu ilə xoledoxostomiya icra olunmuşdur.

Bütün xəstələrin hamısıda xolesistektomiyadan sonra kiçik piylik kisəsi bir drenaj vasitəsi ilə əlavə kəsiklə xaricə drenləşdrilmişdir.

Bütün xəstələrin narkoz kartlarındakı qeydiyyata əsasən cərrahi əməliyyatın icra olunması müddəti öyrənilmişdir. 6 saylı cədvəldə əməliyyat müddətinin nəticələri dəqiqə ilə verilmişdir.

Cədvəl 6

Əməliyyat müddətinin nəticələri (dəqiqə ilə)

Vaxt. dəq.	50	60	70	80	90	100	110	120
Xəstə N	6	38	24	22	26	16	11	22

Vaxt. dəq.	130	140	150	160	180	210	240	360	
Xəstə N	7	6	3	6	8	3	1	1	200

Cədvəldən görüldüyü kimi əksər xəstələr 1-2 saat ərzində əməliyyata məruz qalmışlar. Lakin əməliyyatın 3-4 hətda 6 saat belə davam etdiyi hallar qeyd olmuşdur. Biz 200 xəstə üçün xolesistektomiya əməliyyatına sərf olunan orta əməliyyat vaxtını hesablamışıq. Bunun üçün hər bir vaxt göstəricisinin ona uyğun xəstələrin sayına vurub alınan bütün rəqəmlər toplanılır və 200-ə bölünür: 19640/200=98,2 dəqiqə (orta hesabla bir əməliyyata sərf olunan vaxt)

Beləliklə orta hesabla bir əməliyyata sərf olunan vaxt 98,2 dəqiqə və ya, təqribən 1saat 40 dəqiqə olmuşdur.

7 saylı cədvəldə əməliyyatdan sonrakı ilkin dövürdə meydana çıxan ağırlaşmalar öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 7

Əməliyyatdan sonrakı ilkin dövürdə meydana çıxan ağırlaşmalar

№	Ağırlaşmalar	N	%
1	Yaranın irinləməsi, II-cili sağalması	39	15,5
2	Leykoplastra dərinin alergik reaksiyası	5	2,6
3	Xroniki bronxitin kəsginləşməsi	3	1,5
4	Kubital venaların flebiti	10	5
5	Sağ tərəfli reaktiv eksudativ plevrit	6	3
	Cəmi	63	31,5

Cədvəldən görüldüyü kimi əməliyyatdan sonrakı ilkin dövürdə 63 xəstədə (31,5%) müxtəlif ağırlaşmalar meydana çıxmışdır. Bunlarda ən çox rast gəlinən yaraların irinlənməsi 39 xəstədə (19,5%) qeyd olunmuşdur. Sağ tərəfli reaktiv eksudativ plevrit kimi ağırlaşmalar daha çox kəskin qanqrenoz daşlı xolisistit, perivezikulyar abseslaşmə ilə olan xəstələrdə rast gəlinmişdir. Aparılan konsentativ müalicə tədbirləri ilə bütün ağırlaşmalar aradan qaldırılmışdır. Cədvəldə 8- də çarpayı günlərinin sayı verilmişdir.

Cədvəl 8

Çarpayı günlərinin sayı

Çar. günləri	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Xəstələr	2	10	14	15	27	25	16	9	22	21	8

Çar. günləri	17	18	19	20	21	22	24	25	26	32	39
Xəstələr	2	5	6	8	3	1	1	2	1	1	1

Cədvəldən göründüyü kimi çarpayı günlərinin sayı ən az 6 gündən başlayaraq 39 günə qədər davam etmişdir.

Açıq - ənənəvi üsulla xolesistektromiya əməliyyatına məruz qalmış xəstə qrupu üçün orta çarpayı günü öyrənilmişdir. Bunun üçün hər günü müvafiq xəstə sayına vurub, alınan nəticələri toplayaraq ümumi xəstə sayına (200) bölürük 2588/200=12,94≈13 gün

Beləliklə açıq-ənənəvi üsulla xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalmış xəstələr üçün orta çarpayı günü 12,94 təqribən 13 gün olmuşdur.

YEKUN. Açıq-ənənəvi üsulla xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalmış 200 xəstədən 40 xəstə - 20% kişilər, 160 xəstə - 80% qadınlar olmuşdur. 118 xəstədə 59% hallarda cərrahi müalicə üsulunun seçilməsi qərarı gecikmiş hesab olunmalıdır. Bütün müayinələrin nəticələrinə əsaslanaraq 72 xəstəyə (36%) xroniki daşlı xolisistit, 128 xəstəyə (64%) isə kəskin daşlı xolisistit diaqnozu qoyulmuşdur.

Əməliyyat önü dövrdə 152 xəstə 76% medikamentoz müalicə, 119 xəstə (59,5%) isə antibiotikoterapiya almışdır. 172 sayda (86%) müxtəlif ağırlaşmalar- yanaşı gedən xəstəliklər rast gəlinmişdir. Bəzən bir xəstədə 4 və ya 5 yanaşı gedən xəstəliyə eyni halda rast gəlinmişdir. Əməliyyat zamanı ən çox üstünlük Koxer kəsiyinə (92%) verilmişdir. 11 xəstədə (5,5%) əməliyyat daxili ağırlaşmalar olmuşdur. Orta hesabla bir əməliyyata sərf olunan vaxt 98,2 dəqiqə və ya, təqribən 1saat 40 dəqiqə olmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı ilkin dövürdə 63 xəstədə (31,5%) müxtəlif ağırlaşmalar meydana çıxmışdır. Bu qrup xəstələr üçün orta çarpayı günü 12,94 təqribən 13 gün olmuşdur. Bu qrupdan olan xəstələrimizdə letallıq qeyd olunmamışdır.

ƏDƏBIYYAT

1. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. B., 2008.
2. Ветшев П.С., Шулутко А.М. и др. Хирургическое лечение холелитаза: незыблемые принципы, щадящие технологии // Хирургия, 2005, №8, 2005.
3. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М., 2006.
4. Ермолов А.С., Упырев А.В., Иванов П.А. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему // Хирургия, 2004, №5
5. Нестеренко Ю.А., Михайлусов С.В., Бурова В.А. и др. Лечение калькулезного холецистита и его осложений // Хирургия, 2003, №10
6. Afdhal N. Diseases of the gallbladder and bile ducts / Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. *23rd* ed. Philadelphia: Pa: Saunders Elsevier, 2007, chap 159

РЕЗЮМЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫХ, КОТОРЫМ БЫЛА ПРОВЕДЕНА ОТКРЫТАЯ ТРАДИЦИОННАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

З.Т.Ширинов, Ф.С.Идрисов

Были изучены рузльтаты 500 пациентов, подвергающихся воздействию холецистэктомия в печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы в НЦХ им М.А,Топчибашева в 2006-2011 года. Пациенты были разделены на 3 группы: в первой группе были проведены открытые традиционной холецистэктомии - 200 (40%) больных, 2-я группа - лапароскопическая холецистэктомия - 200 (40%) пациентов и 3-й группы "мини" открытая операция резекции-100 холецистэктомия (20%) пациентов. Данная статья посвящена результатам клинического наблюдения за больными которым была проведена открытая традиционная холецистэктомия

SUMMARY

THE RESULTS OF CLINICIAL OBSERVATION Of PATIENTS WERE PERFORMED OPEN-TRADITIONAL CHOLECYSTECTOMY

Z.T.Shirinov, F.S.Idrisov

Results of 500 patients exposed to cholecystectomy at the hepatic, biliary and pancreas surgery at the SSC named after M.A.Topchubashov within 2006-2011 were studied. The patients were divided onto 3 random groups. The 1st group were performed open-traditional cholecystectomy – 200 (40 %) patients, 2nd group – laparoscopic cholecystectomy – 200 (40%) patients and 3rd group "mini" resection open cholecystectomy operation-100 (20%) patients. This article is devoted to the results of clinical observation of patients were performed open-traditional cholecystectomy.

Daxil olub:11.04.2011

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK - ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

BAKTERIAL VAGINOZUN MÜASIR MÜALICƏSI

E.Q.Sarıyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Son illər cinsi yolla keçən xəstəliklərin sayının artması, əsaslandırılmamış antibiotik istifadəsi uşaqlıq yolu mikroflorasının kəskin disbalansına səbəb olmuşdur. Uşaqlıq yolunun normal mikrobiosenozu müxtəlif yaş dövrlərində qadın sağlamlığını təmin edir. Uşaqlıq yolunun mikrobiosenozu indigen (avtoxton) və tranzitor (alloxton) mikrofloradan ibarətdir. Uşaqlıq yolunun normal mikroflorası cinsiyyət yolunun kolonizasiya rezistentliyini şərtləndirir. Kolonizasiya rezistentliyi dedikdə normal mikrofloranın keyfiyyət və kəmiyyət tərkibinin daimiliyi nəzərdə tutulur. Nəticədə uşaqlıq yolunda nəinki patogen mikroorqanizmlərin çoxalmasının, həmçinin şərti-patogen floranın replikasiyasının qarşısı alınmış olur [6]. Qeyd etmək lazımdır ki, sağlam qadınlarda uşaqlıq yolunda 95-98% hallarda lactobacillus spp. (mikroaerofil bakteriyalar) rast gəlinir. Ən çox aşağıdakı laktobasil növləri tapılır: lactobacillus acidophilus, lactobacillus brevis, lactobacillus jensenii, lactobacillus casei, lactobacillus leishmanii, lactobacillus plantarum. Nadir hallarda lactobacillus buchneri, lactobacillus crispatus, lactobacillus fermentum, lactobacillus gasseri, lactobacillus johnsonii, lactobacillus reuteri, lactobacillus rhamnosus, lactobacillus ruminis, lactobacillus salivarius, lactobacillus vaginalis aşkar olunur. Klinik təcrübədə xroniki vulvavaginitlərin uzun-müddətli müalicəsi uşaqlıq yolundakı anaerob floranın (qardnerella, fuzobakteriyalar, pepptokokklar və s.) kolonizasiyasının üstünlüyünə gətirib çıxarır, nəticədə uşaqlıq yolunun disbiozu –bakterial vaginoz (BV) inkişaf edir [1,3]. BV ginekoloji xəstəliklər arasında ən geniş yayılan patologiyadır. Vulvo-vaginal infeksiyaların 1/2 hissəsi BV-in payına düşür. BV zöhrəvi xəstəlik deyil. Lakin, bu patoloji vəziyyətin müalicə olunmaması uşaqlığın, uşaqlıq artımlarının iltihabi xəstəliklərinin riskini artırmaqla, gələcəkdə vaxtından qabaq doğuşlara, doğuş ağırlaşmalarına səbəb olur [2,5]. Klinik qabarıq BV qadınların 50-75% rast gəlinir, 24-50% halda simptomsuz BV-yə laborator üsullarla diaqnoz qoyulur [7].

Biz BV-in müalicə üsullarının səmərililiyini qiymətləndirmək üçün müasir diaqnostika metodlarının köməyilə klinik təcrübələr aparmışıq. Bu məqsədlə reproduktiv yaşda olan BV-li 50 qadın klinik- mikrobioloji müayinələrdən keçirilmişdir. Müəyyən olunmuşdur ki, BV-li xəstələrin anamnezində kolit, psevdoeroziya, uşaqlıq artımlarının iltihabi, aybaşı pozulmaları, həmçinin bağırsaq disbakteriozu üstünlük təşkil etmişdir. Xəstələrin 75%-i cinsiyyət yolundan "balıq iyli" xoşagəlməz qoxuya malik ağ rəngli ifrazatın gəlməsindən, uşaqlıq yolunda yanğı hissindən şikayətlənmişlər. Xəstələrin 25%-də xəstəlik simptomsuz keçmişdir. Tədqiqat obyektini təşkil edən qadınlarda müasir laborator üsulların köməyilə cinsi yolla keçən infeksiyalar istisna olunmuşdur. BV-li xəstələrin nativ uşaqlıq yolu yaxmalarında laktobakteriyaların olmaması, çoxlu polimorf qrammüsbət və qrammənfi çöplər, kokk florası, "açar hüceyrələr" aşkar olunmuşdur. Əlavə laborator diaqnostika metodlarından Qramm üsulu ilə rənglənmə, uşaqlıq yolunun pH-metriyası (pH 4,5-dən yuxarı olmuşdur), müsbət amin testi, birbaşa immunofluoressensiya sınağı, bakterioloji sınaqlardan istifadə olunmuşdur. Klinisistlər BV-in müalicəsində antianaerob dərman preparatlarına üstünlük verirlər (4). Beynəlxalq ekspertlər qrupu (Xəstəliklərin profilaktikası və nəzarət üzrə Amerika mərkəzi) BV-in terapiyasına aid 52 elmi işi təhlil edərkən metronidazol, yaxud klindamisinin tətbiqinin 88-94% halda effektiv olduğunu təsdiq etmişdir [8,9]. Bizim tərəfdən BV-in müalicəsi məqsədilə metronidazol 500 mq dozada gündə 2 dəfə 7 gün daxilə təyin edilmişdir. Alternativ müalicə qismində klindamisin (klindamisin fosfat 100 mq) şam şəklində gündə 1 dəfə 3 gün müddətində uşaqlıq yoluna təyin edilmişdir. Xəstələrə turş qidaların (biokefir, yoqurt və s.) qəbulu məsləhət görülmüşdür. BV-in cinsi yolla ötürülmədiyini nəzərə alaraq cinsi partnyora müalicə təyin olunmamışdır. Ümumiyyətlə, çoxsaylı elmi tədqiqatlarda BV ilə klassik zöhrəvi xəstəliklər arasında birbaşa əlaqə müəyyən olunmamışdır. Müalicənin ikinci mərhələsi uşaqlıq yolu mikrobiosenozunun

normallaşdırılmasından ibarət olmuşdur. Bu məqsədlə Gynofit geli (İsveçrə) gündə 1 dəfə 6-12 gün ərzində yerli tətbiq edilmişdir. Təkrari kontrol müayinələr 4 həftədən sonra aparılmışdır. Müalicə kurslarından sonra xəstələrin 85%-də klinik əlamətlər yaxşılaşmış, uşaqlıq yolu yaxmalarında normal biosenoz bərpa edilmişdir. Xəstələrin 15%-də nativ uşaqlıq yolu yaxmalarında tək hallarda "açar hüceyrələr" tapıldığından təkrari yerli müalicə kursu təyin edilmişdir.

Alinan nəticələr yerli müalicə usulunun sistem müalicəsi qədər effektiv olduğunu sübüt etmişdir. Aparılan tədqiqat işi ikinci müalicə mərhələsi kimi uşaqlıq yolunun biosenozunun normallaşdırılmasının vacibliyini təsdiq etmişdir. İndiyədək obliqat anaerobların patogenetik amilləri və laktobasillərin antaqonist aktivliyi mexanizmləri (adgeziya reseptorları, növ tərkibi, faqların mövcudluğu və s.) kifayət qədər öyrənilmədiyindən BV-in residivlərinin profilaktikası açıq məsələ kimi qalmaqdadır.

ƏDƏBIYYAT

1. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Рук-во для врачей. М. 2001. 436 с.
2. Багирова Л.Г. Современные аспекты проблемы бактериального вагиноза // Здоровье, Баку 2011, №3, с. 137-141
3. Захарова Т.В., Волков В.Т. Лисицина Т.В. Современные подходы к лечению бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология,2005, №1, с. 40-42.
4. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Руководство для практических врачей. М.:Литерра. 2005. 1152 с.
5. Прилепская В.Н. Клиническая гинекология. Избранные лекции. М., 2007, 480 с.
6. Сидорова И.С., Воробьев А.А., Борокова Е.И. Микробиоценоз половых путей женщин репродуктивного возраста // Акушерство и Гинекология, 2005, №2, с. 7-9.
7. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М.,1998, 592 с.
8. Koumans E.N., Markowitz L.E., Hogan V. //J. Clin. Inf. Dis., 2002, v.35, suppl.2 p. 152-172/
9. Paavonen J., Mangioni C., Martin M.A., Wajszczuk C.P. //Obstet.Gynec. 2000, v.96. p. 256-260

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Э.Г.Сарыева

Целью исследования явилось изучение эффективности методов лечения бактериального вагиноза (БВ). Работа была проведена на кафедре акушерства –гинекологии II АМУ. Объектом исследования явилось 50 женщин репродуктивного возраста. Больные были подвергнуты клинико-микробиологическим исследованиям. Результаты исследования показали, что у 75% женщин БВ сопровождался яркими клиническими проявлениями как неприятный «рыбий» запах, патологические выделения, жжение во влагалище. У 25% женщин заболевание было подтверждено лабораторными методами. С целью лечения БВ был назначен метронидазол 500 мг в течении 7 дней. Альтернативное лечение составил клиндамицин местно во влагалище в течении 3 дней. Для нормализации микробиоценоза влагалища был назначен Gynofit (гель) в течении 6-12 дней. Повторные контрольные исследования проводились через 4 недели. У 85% больных улучшились клинические симптомы, был восстановлен нормальный биоценоз влагалища. У 15% случаях обнаружены единичные «ключевые клетки», по поводу чего был назначен повторный курс лечения. Полученные данные подтвердили не только эффективность данного метода лечения БВ, но и важность восстановления нормального биоценоза влагалища.

SUMMARY

MODERN TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS

E.G.Sariyeva

The aim of our research was analysis of BV treatment methods` efficiency. Investigation has been spent at the department of obstetrics-gynecology II of Azerbaijan Medical University. As an object of our research 50 women in the reproductive age were selected. Patients were subjected for the clinical and microbiological analysis. Results of the researches demonstrated that, BV accompanied with a bright clinic implications at 75% women: unpleasant "fish" smell, pathological secretion, burning sensation in the vagina. Diagnoze was confirmed with different laboratory tests in the 25% women. For the treatment of BV metronidazolium 500 mg within 7 days was prescribed. The alternative treatment included Clindamycin vaginally within 3 days. For the normalization of vaginal microbiocenosis Gynofit for 6-12 days was prescribed. The repeated control was conducted after 4 weeks. At the 85% patients the clinic symptoms have improved, normal vaginal biocenosis were restored. Only in current 15% cases "key cells" were found, which was indication for the repetitive course of treatment. The obtained data confirmed not only efficiency of this treatment method, but importance of vaginal biocenosis restoration.

Daxil olub:31.04.2011

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

MİKROORQANIZMLƏRIN YETIŞDIRILMƏSINDƏ YENI QIDALƏ MÜHITIN EFFEKTIVLIYININ ÖYRƏNILMƏSI

R.F.Axundov, H.A.Rəhimova, Ə.Ə.Alıyev, F.R.Gülalıyeva
Azərbaycan Respublikası Kənd Təsərrüfatı Nazirliyi Elmi- tədqiqat Baytarlıq Institut, Bakı

Mikrobioloji tədqiqatlar aparılarkən mikrobların identifikasıyasında müayinələrin düzgünlüyünü təmin edən amillər sırasında keyfiyyətli qida mühitlərinin böyük əhəmiyyəiti vardır [1].

Müxtəlif xəstəlik törədən mikroorqanizmləri tez bir zamanda aşkara çıxarmaq və beləliklə, düzgün diaqnoz qoyub xəstəliyin müalicəsinə başlamaq üçün səmərəli qida mühitlərinin rolu əvəzsizdir. Xəstəliklərin diaqnostikası və bakterioloji preparatların hazırlanması çox vaxt istifadə olunan qida mühitlərinin keyfiyyətindən bilavasitə asılı olur. Qida mühitlərinin keyfiyyətli olması üçün isə hüceyrələrin zülalla təmin olunmasına lazım olan azot, karbon, hidrogen və oksigen elementlərinin mövcudluğu çox vacibdir. Bu elementlər qida mühitində elə formada olmalıdır ki, müxtəlif növ mikroorqanizmlər onlardan qida mənbəyi kimi istifadə edə bilsin, yəni qida mühiti daha yaxşı mənimsənilsin [2,3].

Mikrob kultaraların yetişdirlməsində istifadə olunan qida mühitlərinin əksəriyyəti süni şəkildə hazırlanıb və bu çox zəhmət çəkməklə yanaşı bahalı bir metoddur. Ona görə də çox ucuz və az zəhmət tələb edən yüksək keyfiyyətli yeni qida mühiti hazırlamaq və beləliklə, müxtəlif taksonomik qruplara aid mikroorqanizmlərin yetişdirilməsi, onların zərərli və faydalı cəhətlərinin öyrənilməsi son illərdə bu sahədə çalışan tədqiqatçıların qarşılaşdığı problemlərdən biridir. Bu baxımdan öz keyfiyyətinə görə məlum qida mühitlərindən geri qalmayan iqtisadi cərətdən əlverişli və az zəhmətə tələb edən yeni qida mühitinin alınması üsullarının hazırlması ilə əlaqədar elmi-tədqiqat işlərinin aparılması aktual olub, çox məqsədyönlüdür.

Yeni qidalı mühitin ilkin yoxlamalarının nəticələrinə görə patogen mikroorqanizmlərin yetişdirilməsi üçün lazım olan bütün xüsusiyyətlərə malikdir və mövcud olan qida mühitlərinə nisbətən əsas üstünlüyü onun iqtisadi cəhətdən daha səmərəli olmasıdır.

Yeni qida mühitinə müxtəlif inqridientlər əlavə etməklə patogen mikroorqamizlərin müxtəlif qrupları üçün spesifik və yüksək keyfiyyətli yeni qida mühiti əldə etmək olar. Əldə edilmiş yeni qida mühiti müayinə müddətini azaltmaqla yanaşı patogen mikroorqanizmlərin identifikasiyasını tezləşdirir. Bu isə diaqnozun müəyyən edilməsini sürətləndirməklə infeksiyaya yoluxmuş insan və heyvanların müalicəsinin tezləşdirir.

Aparılan tədqiqatların nəticəsi olaraq yeni qidalı mühit Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının Mikrobiologiya İnstitutunda, Azərbaycan Dövlət Aqrar Universtitenin "Epizootologiya, Mikrobiologiya və Parazitologiya" kafedrasında, Respublika Gigiyena və Epidemiologiya Mərkəzində, Azərbaycan Respublikası Kənd Təsərrüfatı Nazirliyi yanında Dövlət Baytaqlıq Xidməti Komitəsinin Respublika Mərkəzi Baytarlıq laboratoriyasında yoxlanılmış və müxtəlif mikrob kulturalarının yetişdirilməsində yararlılığı təsdiq edilmişdir.

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi S.İmaməliyev adına Respublika taunəleyhinə stansiyasının laboriyasında yeni qidalı mühitin yararlılığı xüsusi təhlükəli infeksiya törədicilərinin (taun, vəba, brusellyoz, qarayara) yetişdirilməsində yoxlanılmış və onun yüksək keyfiyyətli bir qida mühiti olması ilə bağlı effektivliyi göstərilmişdir [4].

Elmi- tədqiqat Ağ Ciyər Xəstəlikləri Institutunun bakterioloji laboratoriyasında yuxarı və aşağı tənəffüs yollarının iltihabını törədən mikrobların yetişdirilməsi üçün yeni qidalı mühit sınaqdan keçirilmişdir [5,6].

Pulmonoloji xəstəliklərin yaranmasında əsas aerob törədicilərdən biri olan göy irin çöpləri (pseudomonas aeruginosa) özünəməxsus morfologiyası, biokimyəvi xüsusiyyətlərinə görə əsl klassik törədici kimi yeni qida mühitində kultivasiya olunmuşdur. Yeni qidalı mühit göy irin çöplərinin yetişdirilməsi üçün laboratoriya tərəfindən yararlı mühit kimi təsdiqlənmişdir.

Yeni qidalı mühitə bəzi inqridientlər əlavə edilməklə qarm (+) mikroflora nümayəndələri olan Candida göbələklərinin və streptokoklar yertişdirməkıə mümkün olmuşdur. Bu mühitin 50%- li qanla qarışığından streptokokkların identifikasıyasında əsas faktor hesab olunan hemolis sahələri aydın

müşahidə olunmuşdur. Mühitin qlükoza- D qarışığına mayeyə bənəzr göbələklərdən olan candida cinsli göbələklərin nümayəndələri kultivasiya olunmuşdur. Bu istiqamətdə tədqiqat işləri davam edir.

Aparılan elm- tədqiqat işlərinin nəticəsina əsasən belə qənaətə gəlmək olar ki, yeni qidalı mühitə müxtəlif mikroblara uyğun stimulyatorları əlavə etməklə Respublikanın bütün bakterioloji laboratoriyalarında geniş şəikldə tətbiq etmək mümkündür.

ƏDƏBIYYAT

1. Поляк М.С., Сухаревич В.И., Сухаревия М.Э. Питательные среды для медицинской и санитарной микробиологии. СПб.: Элби- СПб, 2008

2. Талынкин В.А., Заикина Н.А., Когеровиц В.И., Курбанова И.З. Питательные среды для микробиологического контроля качества лекарственных средств и пищевых продуктов.- Спб, 2006

3. Меджидов М.М. Справочник по микробиогическим питательным средам. М., 2003

4. Талыбзаде А.К., Касумов М.С., Гасанзаде А.И. и др. Изучение эффективности новой питательной среды (AR1) при культивировании возбудителей особо опасных инфекций / Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi V.Axundov ad. Milli elm- tədqiqat Tibbi profilaktika İnstitutunun elmi əsərləri. B.: Nasir, 2077, I cild, s.483-484

5. Bayramov F.Y., Abdullayev M.Q., Axundov R.F. Yeni qida mühiti (AR1) və mikroorqanizmlərin yetişdirilməsində səmərəliliyin öyrənilməsi / Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Vərəm və ağ ciyər xəstəlikləri üzrə III Respublika Elm- praktik konfransı və I milli respirator konqresinin elmi materiallar toplusu. Bakı, 2010, s.136-137

6. Axundov R.F., Rəhimova H.A. Əsgərova S.M., Abuzərov R.M. Yeni qidalı mühit olan AR-1- in aerob mikroorqanizmlərin kultivasıyasında effektivliyinin öyrənilməsi / Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Vərəm və ağ ciyər xəstəlikləri üzrə III Respublika Elm- praktik konfransı və I milli respirator konqresinin elmi materiallar toplusu. Bakı, 2010, s.136-137

РЕЗЮМЕ

ИЗУЧЕНИЕ НОВОЙ ПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ВЫРАШИВАНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ

Р.Ф.Ахундов, Г.А.Рагимова, А.А.Алыев, Ф.Р.Гюльалиева

В статье предлагается новая питательная среда для культивации микроорганизмов. Здесь описан основные принципы этого метода. Также в статье показан места, где эти питательные используются

SUMMARY

STUDING NEW EFFECTIVINESS OF NEW NUTRITIOUNESS ENVIRONMENT IN KULTAVATION OF MICROORQANIZMS

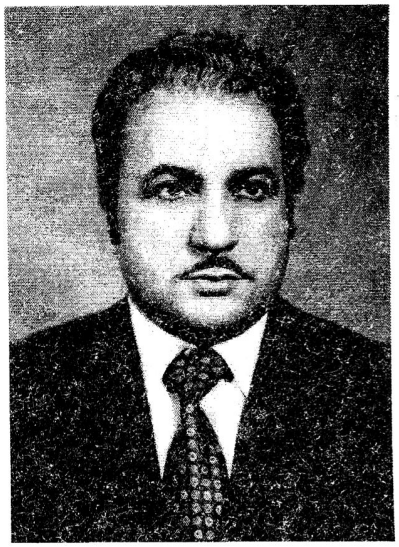
R.F.Akhundov, H.A.Rahimova, A.A.Aliyev, F.R.Gulaliyev

It was offered New nutritiouness environment for cultivartion of microorqanizms in this article. There was described the main prinsiple of this mathod. It was shown the places where this new nutritiouness environment applicted.

Daxil olub:20.04.2011

XRONİKA- ХРОНИКА

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА МАМЕДА НЕЙМАТ ОГЛЫ АЛИЕВА



Более 80 лет противочумная служба Азербайджана без устали стоит на страже эпидемиологического благополучия нашей страны и уже несколько поколений азербайджанских врачей и биологов отдали свои силы и посвятили свои жизни защите населения Азербайджана от особо опасных инфекций. Однако деятельность этой службы долгие годы оставалась в тени и сегодня уже мало кто из молодых врачей знает ученых, в прошлом работавших в этой службе. Между тем, здесь работали известные в свое время ученые, которые не должны быть преданы забвению. И вспоминая их поименно, мы единодушно посчитали своим долгом, хотя бы в небольшом очерке, отдать должное памяти одного из таких ученых - доктора медицинских наук, профессора Мамеда Неймат оглы Алиева (1928-2001).

М.Н.Алиев родился в г.Акстафа в многодетной семье рабочего. С 1935 г он учился в средней школе, которую в 1945 г закончил с золотой медалью и в том же году стал студентом лечебно-профилактического факультета Азербайджанского медицинского института, который он успешно окончил в 1950 г. После окончания института и на протяжение всей жизни он работал в противочумной системе Азербайджана.

С конца 1950 г до января 1955 г он работал врачом в Гадрутском противочумном отделении Азербайджанской противочумной станции Минздрава СССР (АзПЧС). В 1951-1952 гг он прошел специализацию по особо опасным инфекциям в Научно-исследовательском противочумном институте в г.Ростове на Дону, а в 1953-1954 гг курсы усовершенствования специалистов противочумной системы СССР в Научно-исследовательском противочумном институте "Микроб" в г.Саратове.

В феврале 1955 г он поступил в очную аспирантуру в Саратовском научно-исследовательском противочумном институте, где до 1958 г проводил свою изыскательскую работу под научным руководством профессора Е.И.Коробковой, крупного специалиста по микробиологии чумы, в свое время удостоенной Сталинской Премии за исследования в области вакцинопрофилактики этой инфекции. Надо сказать, что М.Н.Алиев на всю жизнь сохранил теплую память о Е.И.Коробковой, а небольшой портрет Евгении Ильиничны всегда находился на его рабочем столе.

В марте 1958 г М.Н.Алиев вернулся в г.Баку и работал врачом в Азербайджанской противочумной станции. В 1959 г он в г.Саратове успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему "Механизм иммунизирующего действия живой противочумной вакцины" по специальности "микробиология".

В 1961 г он возглавил бактериологическую лабораторию Станции и активно включился в большую и многогранную практическую работу, проводимую в станции и ее региональных отделениях по оздоровлению природных очагов чумы и профилатике ее у населения.

Он часто посещал противочумные отделения, корректировал решение эпизоотологических и бактериологических проблем, выезжал в составе противоэпидемических отрядов и лично проводил бактериологические исследования и осуществлял изучение свойств свежевыделенных штаммов микробов чумы и туляремии. В процессе работы им лично были изолированы десятки штаммов возбудителей особо опасных инфекций.

На протяжение всего периода работы М.Н.Алиев активно продолжал научные исследования, посвященные изучению природной очаговости чумы в Азербайджане. Он лично принял участие и руководил широкомасштабными и многоплановыми исследованиями по

изучению не только "горного" и "полупустынного" очагов чумы, открытых в период его работы в АзПЧС, но и всех природных очагов чумы, расположенных на территории Азербайджана.

Результаты многолетнего и тщательного изучения закономерностей течения эпизоотических процессов в трех природных очагах чумы Азербайджана и умелая расшифровка механизма сохранения возбудителя чумы в межэпизоотические периоды составили основу успешно защищенной им в 1969 г в Азербайджанском медицинском институте докторской диссертации "Возбудитель чумы и условия его существования в Восточном Закавказье" по специальности "эпидемиология".

В 1977 г М.Н.Алиев был назначен на должность заведующего эпидемиологическим отделом и заместителя начальника (директора) АзПЧС по научной работе, на которых он оставался до конца жизни.

На этих позициях, руководя большой практической эпидемиологической и профилактической деятельностью всего коллектива специалистов АзПЧС и ее отделений как в медицинском, так и биологическом направлениях, он проявил превосходные организаторские способности. Более того, он неоднократно лично принимал участие в мероприятиях по борьбе с вспышками и эпизоотиями чумы и других особо опасных инфекций и постоянно вел работу по подготовке специалистов АзПЧС и общей медицинской сети по этим инфекциям. Его профессиональное мнение почти всегда являлось решающим по многим вопросам научно-практической деятельности АзПЧС.

Ни на один день он не прекращал и научную деятельность - ему принадлежат более 150 опубликованных научных работ, посвященных не только проблеме чумы, но и ряду вопросов, связанных с холерой и другими особо опасными инфекциями. В 1991 г ему было присвоено научное звание "профессора" по специальности "эпидемиология".

Его высокий научный авторитет признавался во всей противочумной системе бывшего СССР и он считался одним из наиболее крупных ученых всей противочумной системы и противоэпидемической службы, в целом. Под его руководством были подготовлены и защищены 11 кандидатских диссертаций. Он являлся членом Ученого Совета Азербайджанского медицинского Университета и закрытого Специализированного Совета при Саратовском научно-исследовательском противочумном институте "Микроб". М.Н.Алиев участвовал в работе других ученых советов, был официальным оппонентом целого ряда диссертаций.

Большая заслуга М.Н.Алиева состояла в том, что он своей деятельностью в области организации научных исследований и подготовки научных кадров способствовал АзПЧС из практического учреждения подняться на уровень научно-исследовательского института и выдвинутся на передовые позиции среди аналогичных учреждений.

Превосходно владея азербайджанским и русским языками и обладая отличными ораторскими данными, он был прекрасным лектором, который, завораживая слушателей, умело передавал свои большие знания и опыт молодым специалистам. Мы все хорошо помним его выступления на научных конференциях в г.Баку и в других городах СССР, которые неизменно оставляли очень яркое впечатление. М.Н.Алиев читал цикл лекций по эпидемиологии и микробиологии особо опасных инфекций слушателям из Азербайджанского института усовершенствования врачей им.А.Алиева, а также специалистам противочумной системы и других медицинских учрежнеий.

Деятельность М.Н.Алиева была высоко оценена и правительством - в разные годы он был награжден орденом "Знак почета" и несколькими медалями и неоднократно поощрен Почетными грамотами и благодарностями Министерств здравоохранения СССР и Азербайджана.

И сегодня, когда Мамеда Нейматовича с нами уже нет более 10 лет, с нами остается добрая память о нем и чувство гордости за то, что нам довелось лично знать этого замечательного человека и работать с этим крупным азербайджанским ученым, внесшим большой вклад в развитие отечественной эпидемиологии.

Р.М.Абдуллаев, А.Н.Талыбзаде, М.К.Мамедов
Республиканская противочумная станция

2011- Cİ İLDƏ «AZƏRBAYCAN TƏBABƏTİNİN MÜASİR NAİLİYYƏTLƏR» JURNALINDA NƏŞR OLUNAN MƏQALƏLƏRİN GÖSTƏRİCİSİ
УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ ЖУРНАЛА «СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ МЕДЦИНЫ» НА 2011 ГОД

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Abdullayev R.M. Azərbaycanın epidemioioji rifahının stabillik şərti kimi taunun təbii ocaqları üzərində fasiləsiz epizootoloji nəzarətin təmini, 4, 27
Bəndəliyeva A.A. Bitki mənşəli dərman preparatlarının alınma üsullarina nanotexnologiyanın tətbiqi, 4, 34
Isayev E.İ., Bərdəli A.H. Miokard infarktı olan xəstələrdə klopidoqrel rezistentliyi və onun aradan qaldırılması yolları, 3, 12
İsayev İ.İ., Xanməmmədova S.Q. Uşaq və yeniyetmələrdə metabolik sindrom, 4, 21
Kərimli E.H., Süleymanov A.T. Zeytun fəsiləsinə aid nıvlərin kimyəvi tərkibi və istifadəsi, 1,35
Qəhrəmanlı F.Y., Əliyeva F.K. Ekstrakorporal mayalanmadan sonrakı embrionik itkilərdə trombofiliyaların rolu, 4, 37
Quliyev N.C., Əliyeva L.F. Neonatal sarılıqların differensial diaqnostikasında hüceyrının energetik mübadiləsinin öyrənilməsinin əhəmiyyəti, 1, 3
Səfərova S.M. Zadaksinin antibakterial aktivliyi və onun realizasiya şərtləri, 4, 40
Sultan R.R. Yumurtalıq xərçəngi. Kimyəvi terapiyanın müasir prinsipləri , 3, 24
Tərlanova S.X., Babaşov R.M., Kazımova V.A. Mürəkkəb və nadir rast gəlinən anadangəlmə ürək patologiyaları, 4, 29
Vəliyeva M.N., Bağırova A.B. Dünya optika bazarlarının inkişüfı və oinun əczaçiliqmarketinqinin öyrənilməsi, 1, 7
Quliyev Ə.A. Kemik iliği mikroçevre komponenti olarak mezenkimal kök hücreler, 3, 19
Абдуллаев В.А. Современные подходы к диагностике ишемической болезни сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких, 2, 3
Гасанов А.Г. Патогенетические пути формирования сердечной недостаточности у детей с кардиомиопатиями, 1, 18
Гудратов Н.О., Мамедов М.К. Причины возникновения психосоматических и психосоциальных проблем, связанных с инфекциями, вызванными вирусами гепатитов и возможности их преодоления, 4, 17
Дадашева А.Э. Стратегия и тактика мероприятий по ограничению эпидемиологической опасности групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С, 4, 12
Камилова Н.М., Мамедова К.Р. Минеральный состав: метаболизм, механизм действия и клиническое применение при нормально протекающей беременности и осложненной гестозом, 1, 30
Мамед-заде Г.Т. Врожденные пороки развития и вопросы их профилактики, 1, 14
Мамедов М.К. Достигнутые успехи, нерешенные проблемы и обозримые перспективы этиотропной терапии больных гепатитом С, 4, 3
Мирзазаде М.В. Определение глюкозы в моче и его значение для клинической и профилактической диабетологии,1 , 44
Садыхова Ф.А., Рзаева Л.Ф. Современное состояние проблемы бактериального вагиноза, 1, 26
Мирзаханова Л.Р., Кулиев Ф.А. Инвазивные методы в лечение ишемической болезни сердца у больных пожилого и старческого возраста, 2, 8
Михайлов М.И., Малинникова Е.Ю., Мамедов М.К. Гепатит Е: Новый взгляд на "старую" инфекцию, 3, 3
Сафарова С.М., Мамедов М.К. О перспективах применения тимозина-альфа1 в лечении инфекционных заболеваний вирусной и бактериальной этиологии, 3, 7
Таги-заде Р.К., Алифаттахзаде С.А., Мамедов М.К. Дисфункция иммунной системы у больных талассемией: феноменология иммунологических расстройств и их патогенез, 3, 16

ORIJINAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Abdullayev V.A. Ağ ciyərin xronik obstruktiv xəstəliyi və ürəyin işemik xəstəliyi yanaşi olan xəstələrin
Abdullayev O.S., Məlikova A.D., Əfəndiyev M.A., Yaqubova V.İ. Şəkərli diabet zamanı lipid mübadiləsi göstəricilərinin öyrənilməsi, 3, 69
müalicəsində yüksək seleketivli beta- adrenoblokatorlarin tətbiqinin müasir vasitələri, 3,140
Ağayev E.K. Bağırsaqlarin intubasion dekompressiyasi və qastroenterosorbsiya, 4, 100

Ağayeva K.F., Cabbarov Ş.M. Terminal mərhələyə qədər müddətdən asili xroniki böyrək çatmamazliğinda pasiyentlərin həyatinin keyfiyyəti, 2, 123
Atilla B., Qəhrəmanov A., Alpaslan M., Aksoy C., Tokgözöğlu M. 30 yaşından yuxari xəstələrdə bud-çanaq oynağinin displastik və degenerativ patologiyalarin qanz periaseta- bulyar osteotomiyasi ilə müalicəsi, 2, 48
Bababəyli E.Y., Bababəyli H.E. Ultrasəs müayinənin nəzarəti altında punksion-aspirsion drenləmə və irriqasiya üsulu, 2, 68
Bababəyli E.Y., Dülgər M., Bababəyli N.E. Dalağın exinokokkoz xəstəliyinin perkutan və laporaskopik müalicəsi, 3, 136
Baxşəliyev Z.F. Anorektal nahiyə irinli xəstəliklərinin bakterioloji xüsusiyyətləri,1, 108
Bayramov A.Z., Verdiyev V.Q., Musayev Z.M., Bəşirov A.Ə. Döş qəfəsinin anadangəlmə qıfvari deformsiyalı xəstələrin kliniki diaqnostikası və müayinə metodları, 1, 164
Bayramov İ.P. B virus hepatitinin kompleks müalicəsində qisadalğalı ultrabənövşəyi şüaların tətbiqinin hüceyrə immunitetinin vəziyyətinə təsiri, 4, 46
Bayramov V.A., Tezcan S. Uşaqlıq boynu xərçəngi, patoloji uşaqlıq boynu yaxmaları (pap smear) və biopsiyanın yeri, 3, 117
Bayramova T.E. Açıq və laparoskopik histerektomiya əməliyyatlarının icrasının cətinlik səviyyələrinin qiymətləndirilməsi, 4, 51
Cabbarov Ş.M. Xroniki böyrək çatmamazliğinin terminal mərhələyə qədər müddətinin proqnozlaşdırılması barədə, 3, 52
Eyvazova K.Ə. Qanaxma ilə fəsalaşmış qastroduodenal xoraların kompleks müalicəsində "Ronkoleykinin" əhəmiyyəti, 1, 178
Əliyev T.Q. Yoğun bağırsağın keçməməzliyi modeli fonunda aparılan rezeksiyadan sonra defektin sinir-damar ayaqcığı üzərində qalça bağırsaq seqmenti ilə bərpasında anastomoz tutarlılığının yaxşılaşdırılması, 1, 50
Əliyeva Ü.Ə. Qaçqın uşaqlarında müxtəlif ağırlıq dərəcəli dəmir çatışmazlığı anemiyasinin laborator-diaqnostik xarakteristikası, 4, 172
Əmirov T.C., Rustəm Ə.M. Mürəkkəb pararektal fistullar zamanı sfinkterqoruyucu cərrahi müalicənin nəticələri, 2, 99
Əzimov E.H. Relktumun anterior və Low anterior rezeksiyalrından sonra əməliyyatdaxili buraxmış anasyamozların preventiv ileostoma ilə müalicənin mümkünlüyü, 1, 191
İmamverdiyev S.B., Hüseynzadə R.T., Qədimova Ş.H. Şəki rayonunda sidik daşı xəstəliyinin aylar və illərə görə variasiyaları, 4, 103
İskəndərov E.A. Hemihepatektomiyalardan sonra qaraciyərin qan dövranında yaranan pozğunluqların diaqnostikası və tənzimlənməsi mexanizmləri, 4, 146
Fətəliyeva M.M., İcayev İ.İ., Mustafayeva A.İ. Qeyri- paroksizmal taxikardiyası olan uşaqlarda ürək ritminin variabelliyinin spektral parametrlərinin öyrənilməsi, 2, 59
Hacıyeva A.S. Perinatal asfiksiya keçirmiş yenidoğulanlarda lipidlərin peroksid oksidləşməsi və antioksidant sisteminin vəziyyəti, 4, 82
Hacıyeva R.Ş. Stasionar xəstələrin konsultativ yardım göstərilməsinə olan ehtiyaclarının təyin edilmə metodologiyasının təkamülü , 1, 76
Heydərova N.F. Enterovirus infeksiyası olan hamilə qadınlarda ciftin funksional vəziyyəti, 3. 130
Həmişəyev C.Z. ST seqment qalxmali miokard infarkti zamani nt-pro bnp-nin yüksək riskli xəstələrin seçilməsində əhəmiyyəti, 1, 118
Həmzəyev S.M.. Sultanov Ə.P., Əliyev Ə.H. Peritonitin toksiki fazasında aparılan hipotermik sanasiya zamanı qaraciyər və böyrək toxumasında baş verən histomorfoloji dəyişikliklər, 4, 62
Həsənov E.N. Azərbaycan Respublikasında quduzluq xəstəliyinin epidemiologiyasi, antirabik kömək və hidrofobiya, 2, 43
Həsənova M.K., Şahbazova N.A., Təhməzi X.M., Heydərova K.A., Ramazanova G.K. Hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərinin erkən diaqnostikasinda autoantitellərin kliniki əhəmiyyəti, 2, 108
Heydərova N.F. Enterovirus infeksiyası olan qadınlarda ciftin morfoloji xüsusiyyətləri, 4, 56
İmamverdiyev S.B., Hüseynzadə R.T. Uroloji sistem da.larının analizi, 1, 80
Kamilova N.M.. Cəfərova T.F., Hacıyeva Ə.A., Vazirova R.Ş., Vəliyeva S.H., Hüseynova V.Ə. Doğuş fəaliyyətinin diskoordinasiyasının antihomotsik preparatlarla profilaktikası, 1, 84
Kazimi M.M. Vaskulyar endotelial böyümə faktoru (vegf) geni -460 C/T, -141 A/C, +405 G/C polimorfizmləri və hepatosellülyar karsinoma riski, 3, 97
Kərimov Ə.X., Əliyeva G.A. Süd vəzisi xərçənginə görə cərrahi əməliyyatdan sonra tamoksifenin istifadəsi zamanı endometriyada baş verə biləcək patologiyaların histeroskopik diaqnostikası, 3, 67
Qacarov İ.T. "Thymus koci" preparatının eksperimental parodontitin inkişaf dinamikasına təsiri, 3, 79
Qarayeva S.Q. Yumurtalıqların bədxassəli şişlərinin diaqnostikasında anamnezin, klinik əlamətlərin və instrumental müayinə metodlarının əlaqələndirilməsinin rolu, 2,130

Qəhrəmanlı F.Y. Trombofiliya – ekstrakorporal mayalanmanin uğursuzluqlarinin bir səbəbi kimi, 3, 102
Qəhrəmanov A., Atilla B., Alpaslan M., Aksoy C., Tokgözoğlu M., Verdiyev V. Bud-çanaq oynağının Qanz periasetabulyar osteotomiyasi sonrası total protezləşdirmə, 1, 188
Qubadov E.İ. Bud sümüyünün xronik osteomieltinin cərrahi müaliəsində intellektual sistemlərin rolu, 3, 56
Quliyev F.Q. Xroniki hematogen osteomielitli xəstələrin dispanserizasiyasının nəticələri, 4, 167
Quliyev Ə.A., Uçkan D.Ç. Talasemi majorlü hastalarda mezenkimal kök hücre özellikleri ve kemik iliğinde gdf 15 düzeyleri, 2, 75
Quliyev F., Əliyev Q., Əli-zadə Ç.A. Elmi- Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya Institutunun materiallari əsasinda xronik osteomielitli xəstələrin dispanser nəzatərinin vəzifələri və nəticələri, 3, 122
Quliyev F.Ə., Zahidova K.X., İsmayılova S.S. Xroniki ğrək zatişmazlığı və şəkərli diabet xəstələrdə hiss dəstəsinin sol ayagzığının blokadasının proqnostik rolu, 1, 143
Qurbanov Y.Z., Musayeva T.M., Mirzəzadə V.A. Metabolik sindromsuz II tip şəkərli diabeti olan kişilərdə urikemiya, 4, 109
Qurbanov S.N., Həsənov V.M. Şəki ipək kombinatında çalışan işçilər arasında kariyesin yayılması və intensivliyi, 2, 79
Qurbanova M.B. Vərəm ocaqlarında yaşayan uşaq və yeniyetmələr arasında fəal vərəmin yaranmasının xüsusiyyətlərəri, 1, 86
Mansurova H.T., Qarayev Z.Ö. Reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində sepsisin mikrobioloji strukturu və antimikrob müalicənin əsas prinsipləri, 4, 127
Mansurova H.T., Bayramlı R.B. Dərinin açıq zədələnmələri ilə intensiv terapiya bölməsində müalicə alan xəstələrdən izolə edilmiş mikroorqanizmlərin morfobioloji xüsusiyyətləri və antibiotiklərə həssaslığı, 3, 63
Məmmədov F.Y., Alkişiyev K.S. Qanyaradıcı sistemin patologiyalarının ağız boşluğunda təzahürləri, 3, 37
Musayev A., Erdener Ata, Coşkun Özcan Yad cisim aspirasyasının müalicəsi, 3, 89
Namazov N.C. Ağcaqanad sürfələrinin qidalanmasinda və inkişafinda su durğunluqlarinda mövcud olan ekoloji şəraitin öyrənilməsi, 3, 44
Novruzova G.Ə. Süni mayalanma üsulu ilə yaranmiş hamiləlikdən doğulan yenidoğulanlarda neonatal dövrün xüsusiyyətləri, 4, 120
Ömərova Z.M., Ağamalıyeva A.C., Kərimova G.A., Cavanşirova L.B., Bəbirov S.S. Qalxanvari vəzin disfunksiyasında хроники ъ щепатитинин aşkarlanmasi və autoimmun pozğunluqlar, 1, 121
Ramazanova İ.F. Azərbaycanda əhalinin qidasinin yodla təminat dərəcəsinin öyrənilməsi (2009-CU ILIN nəticələrinin 2007-ci il ilə müqayisəsi), 4, 115
Rüstəmov E.A. Fəsadsız piloroduodenal xoralı xəstələrin cərrahi müalicəsinin müasir problemləri, 1, 57
Rüstəmov İ.R., Nurullah B.E. Uşaqlarda "mayor depressiv epizod" və xətt yönünü təyin testi ilə ölçülən vizual diqqətin qarşılaşdırılması, 2, 82
Rüstəmova N.M. Makulodistrofiya Ilə bağlı ilkin əlilliyin tibbi-sosial yükünün dinamikası, 1, 105
Rzayeva A.M., Əliyeva S.A., Həsənova R.P., Tağıyeva İ.Ə., Hüseynova Z.H. Hormonal kontrsepsiyanın premenstrual sindromun gedişinə terapevtik təsiri, 1, 195
Rzayeva A.Ş. Genital endometriozun kompleks diaqnostikası prosesində və cərrahi müalicəsinin nəticələrinin proqnozlaşdırılmasında interleykin-8 sintezinə nəzarət edən genin mutasiyalarinin əhəmiyyəti, 1, 149
Səfərov A.M., Alkişiyev K.S., Məmmədov F.Y. Anemiyalar və onlarin stomatoloji təzahürü, 4, 170
Səfərova X.İ. Revmatoid artritli xəstələrdə elektrokardioqrafik dəyişikliklər, 4, 132
Sultanova N.H. Atopik forma bronxial astmali uşaqlarda neyroimmun əlaqə,1, 97
Şamıyeva F.V. Məktəb müəllimləri arasında arterial hipertenziya və onunla assosiasiya olunan risk amillərinin tezliyi, 1, 69
Şərifova J.R., Əliyeva E.M. Uşaqlıq boynu və uşaqlıq yolunun involyutiv prosesləri olan qadınlarda klimakterik sindromun xüsusiyyətləri, 3, 85
Təhməzi X.M., Şahbazova N.A. Hipertenziv vəziyyətlərin və hamiləliyin vərdişi düşüklərinin erkən diaqnostikasının immunoloji aspektləri, 1, 128
Tərlanova S.X., Şükürov M.Ə., Babaşov R.M. Mərkəzi venoz təzyiq ürək-damar fəaliyyətinin göstəricilərindən biri kimi, 3, 105
Yaqublu V.Ş., Keese M., Post S., Bastiaens P.I. Eksperiment heyvanlarinda apoptozun yeni təyin edilmə üsulu, 2, 87
Kerimov R.İ. Kliniğimizde yüksek gerilim elektrik yaniklari sonrasi tam kat defektlerin rekonstrüksiyonunda oluşan komplikasyonlar, 4, 123
Аббасзаде Э.З., Цимейко О.А., Исаев Н.И., Мороз В.В. Хирургическое лечение разорвавшихся артериальных аневризм переднего полукольца осложнённых внутрижелудочковыми кровоизлияниями, 1, 185
Абдуллаев В.А. Особенности течения хронических обструктивных болезней легких с сочетанием ишемическими болезнями сердца, 4, 58

Абдуллаева Н.В., Ахмедова Л.А., Садыгов Р.В., Эфендиева М.З., Агаева Х.Г., Кулиева З.М., Гаджиева Г.К., Мамедбекова Р.А., Садыхова Ф.Э. Наследственное звено иммунитета у детей с бактериальной инфекцией, 1, 200

Агаев Б.А., Рустамов Э.Г., Рустамов Г.А. Профилактика развития послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки, 2, 111

Алекберов Д.А., Свешников А.А. Концентрация гормонов стресс-группы и остеотропных гормонов при исправлении деформации костей голени методом монолокального и билокального остеосинтеза, 1, 91

Алекберов Д.Г., Потанин В.П. Современные технологии в программе коррекции нарушений гемореологии при пластической хирургии молочной железы, 4, 153

Алекперова Г.Г., Караханова М.С., Караев Ф.А., Зейналова Э.Р., Мамедова С.А., Фейзуллаева Н.Н., Исрафилбекова И.Б. Диетотерапия при пищевой аллергии у детей грудного возраста, 2, 29

Алескерова С.М., Сафаров А.М. Степень микроэлементного дисбаланса в ротовой жидкости при бронхиальной астме, 2, 126

Алиев М.Г., Керимов Е.А. Исследование Т-системы иммунитета при кандидозе желудочно-кишечного тракта, 1, 115

Алиева Н.В. Состояние гормонального статуса у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников после оперативных вмешательств, 4, 69

Алиева Н.В. Влияние эндокоагуляции яичников на репродуктивную функцию, 3, 134

Алиева Э.А. Действие нового метода санации брюшной полости и энтеродетоксикации на иммунную систему у больных с разлитым гнойным перитонитом в послеоперационном периоде, 2, 52

Алифаттахзаде С.А., Таги-заде Р.К., Мамедов М.К. Показатели функционального состояния печени у больных талассемией, инфицированных и неинфицированных вирусом гепатита, 4, 48

Алияров Ю.Р. Оптимизация интенсивной терапии и хирургического лечения острого деструктивного панкреатита , 1, 197

Алыев Ф.И., Магеррамбейли И.Ш., Ахмедов А.М., Фатуллаева А.А., Абдуллаев А.Д., Ягубов Э.Г., Архмамедов А.М., Мамедов Ф.Ю. Комбинированный растительный препарат «stomasol» в профилактики осложнений несъемного ортодонтического лечения, 4, 72

Асланова А.Р. Отдаленные результаты эндоваскулярного и открытого хирургического методов закрытия дефекта межпредсердной перегородки сердца, 1, 160

Афшари М. Некоторые аспекты регуляции барьерной функции желудка и двенадцатиперстной кишки у больных тяжелой черепно-мозговой травмой, 2, 57

Ахмедов Р.А., Абдуллаев Р.М., Рагимов М., Талыбзаде А.Н., Раджабов М.А. Иерсиниозные артриты, 4, 96

Ахмедова Р.М. Обоснование подхода к внутрилабораторному контролю качества серологической диагностики сифилиса, 2. 55

Ахунбейли А.А., Рагимов В.С., Фатуллаева А.А. Использование перфторана для коррекции гемостаза у больных с ушибом головного мозга, 2, 92

Багиров И.М. К фитотехнологическому изучению растений семейства лоховые, 4, 88

Багирова Х.Ф., Мамедова Г.А. Влияние производственно-профессиональной среды на репродуктивное здоровье женщин, 1, 124

Бехбудова Д.А., Ахмедова Т.А. Результаты изучения распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, их факторов риска и метаболического синдрома среди трудоспособного населения в организованных популяциях г.Баку, 1, 140

Велиева М.Н., Велиев П.М., Халилова Т.Ш. Разработка косметологической фармацевтичекой продукции на основе солодки, 4, 157

Гаджиев Д.Г., Сафаров А.М. Изучение стоматологического статуса, предупреждение и выявления ранних признаков заболеваний зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области, разработка программ по оптимизации лечебно- профилактической помощи спортсменам, 4, 161

Гараев З.И., Пашаев А.Ч., Гасанов В.М. Влияние возрастного фактора на частоту патологии пародонта и особенности распространения ее нозологических форм среди населения, 1, 111

Гахраманова М.Д. Новые опыты использования фитосборов при лечении алопеци, 4, 148

Гахраманова С.М. Оценка ультразвуковых критериев патологии мочевыделительной системы плода у беременных с цитомегаловирусной инфекцией, 1, 72

Гулиева Г.А. Результаты экспериментальных исследований по концентрированию энтеровирусов из больших объемов вод на ионообменных смолах, 2, 86

Гурбанов Ф.А. Фексофенадин – в комплексном лечении аллергического риносинусита, 1, 137

Гурбанов Ф.А. Применение макролидов в терапии хронического полипозного риносинусита, 2, 37

Дадашева А.Э., Мамедов М.К., Михайлов М.И. Патогенетическая характеристика инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования, 2, 20

Дадашева А.Э., Михайлов М.И., Гаджиев А.Б., Таги-заде Р.К., Мамедов М.К. Лабораторные признаки субклинической гепатоцеллюлярной дисфункции у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С, 1, 53
Дадашева А.Э. Особенности распространения инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С и патогенетические варианты их течения у лиц с высоким риском парентерального инфицирования, 3, 28
Джавадов Р.А., Гараев З.И. Клинико-лабораторные аспекты развития периимплантитов и оптимизация лечебно – профилактических мероприятий, 4, 160
Ибрагим Э.Р. Определение объема расхода костно-замещающего материала при туннельной остеопластике на верхней челюсти, 3, 127
Исмайлова М.И. Возможные формы коррекции и профилактики климактерического синдрома в зависимости от степеней тяжести , 1, 155.
Исмайлова М.И. Современные метолы коррекции и профилактики климактерического синдрома, 2, 135
Касумова С.М., Велиева К.Т. Постинфекционные нарушения микрофлоры и пути их коррекции, 2, 101
Керимова С.Н., Алиева Э.М. Особенности сперматогенеза при мужском факторе бесплодия при проведении программы ЭКО, 4, 66
Кулибеков Ф.М., Макаев Х.Н. Разработка и испытание цветного антигена для диагностики листериоза, 1, 174
Кулибеков Ф.М., Муртазина Г.Х. Изучение биологических свойств штаммов листерий, выделенных в различных регионах снг и Российской Федерации, 2, 40
Кулибеков Ф.М., Муртазина Г.Х. Этиология и диагностика листериоза, 4, 163
Кулиева Н.Г. Оптимизация лучевой терапии больных раком прямой кишки после паллиативных операций, 3, 113
Курбанов А.К. Новые опыты по поводу искусственного влагалища из брюшины в Азербайджане, 3, 34
Магалов И.Ш., Багирова Х.Ф., Эберт А.Д. Возможная роль аденомиозного поражения матки в возникновении боли у женщин с тазовым эндометриозом, 2, 25
Малышев С.Н., Николаева А.И., Ахмедов Э.И. Коррекция цитопений препаратом "кошачий коготь" у больных хроническим вирусным гепатитом С, в процессе проведения противовирусного лечения альфа-интерферонами, 3, 50
Мамедов М.К., Кадырова А.А., Дадашева А.Э., Таги-заде Р.К., Ахундова И.М. Вирусологические характеристики инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования и здоровых жителей Азербайджана, 2, 16
Мамедов М.К., Рагимов А.А., Зейналов Р.С., Дадашева А.Э., Таги-заде Р.К. Больные солидными злокачественными опухолями, как одна из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С, 4, 43
Мамедов Ф.Ю., Архмамедов А.М., Сафаров А.М. Динамика развития патологических процессов в тканях пародонта в эксперименте при применении различных лекарственных средств, 3, 73
Мамедова Г.А. Опыт лечения бактериального вагиноза у работниц швейного производства биоселаком, 2, 95
Мамедова Ф.М., Гасанов А.Г., Алиева А.И. Оценка корреляционных взаимосвязей между эхо- и допплерэхокардиографическими показателями у детей с дисплазией соединительной ткани сердца, 2, 120
Мацко Д.Е., Калантарли С.С. Определение клеточной плотности в раке молочной железы и прилежащих нормальных структурах органа, 4, 91
Мусабекова Г.Н., Мусабеков З.Ф. Динамика инвалидности детей вследствие психических расстройств в городе Баку , 3, 110
Нагиев Р.Л. Оценка результативности стационарной медицинской помощи больным почечнокаменной болезнью после применения пиелолитотомии,2, 138
Насирова Х.Б., Сафаров А.М. Клинико-лабораторное обоснование применения апикомпозиций при лечении верхушечного периодонтита, 4, 151
Несруллаева Н.А., Гусейнова С.К., Ширалиева Р.К., Гнездицкий В.В. Мультимодальные вызванные потенциалы при рассеянном склерозе с дебютом оптического неврита, 1, 133
Новрузова М.С. Этиология и патогенез артериальной гипертензии при сахарном диабете типа 2 с метаболическим синдромом, 4, 112
Пирвелиев В.В., Спесивцев Ю.А., Любимов М.В. Нелактационный мастит в подростковом и юношеском возрасте – особенности клиники, диагностики и лечения, 3, 92
Рзаева М.А. Ранняя адаптация новорожденных, извлеченных повторным кесаревым сечением, 4, 143
Садыгов С.А., Мамедов Дж.Т., Багирзаде А.А. **Внебольничная пневмония у лиц с постуберкулезными изменениями в легких: проблемы диагностики , 2, 34**
Сафаров А.М., Алескерова С.М. Изменение структурных показателей полости рта у больных с бронхиальной астмой после реализации комплексных лечебно-профилактических мер, 3, 40
Тарланова С.Х., Довгань А.М., Бабашов Р.М. Хирургическое лечение новорожденных с перерывом

дуги аорты в условиях дополнением перфузии мозга, 4, 78
Шадлинский В.Б., Гусейнова Г.А. Морфологические изменения желез мочевого пузыря в эксперименте при бальнеопроцедур сульфидного воздействия, 1, 170
Шадлинский В.Б., Гусейнова Г.А. Морфологические изменения желез и лимфоидных структур мочевого пузыря в эксперименте при йодобромного воздействия, 2, 63
Шамсадинская Н.М., Багирова С.К. Гнойно- септические заболевания и материнская смертность за 10 лет по г.Баку, 4, 138
Ярадангулиева М.Ш. Основные параметры левого желудочка после операции реваскуляризации миокарда у больных ибс с метаболическим синдромом и без него, 2, 71
Эйвазова С.А., Агаджанова А.Х. Патоморфологические изменения кожи при папилломавирусной инфекции человека, 4 75
Эфендиев И.Н. Обзор случаев острых отравлений пестицидами в Азербайджане в 1991-2010 гг., 3, 47
Эюбова А.А., Аллахвердиева Л.И., Ахмедова Г.П. Изменения в цитокиновом статусе у детей с атопической бронхиальной астмой и влияние на него иммунотерапии, 2, 11
Maharramova S.H. About writing prescriptions and main prescription's phrases, 4, 86

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK-- ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Çernik-Bülend A.F., Əliyeva M.F. Şvarts-Campel sindromu, nadir xəstəliklərdən biri kimi, 1, 210
Əliyev F.V. Meqadolixokolon zamanı rast gəlinən ağırlaşmalar, 1, 204
Топчубашова З.М., Везирова Р.Ш., Велиева С.Н. Редкий случай трубной беременности , 1, 208
Шамхалова И.А. Кесарево сечение в современном акушерстве, 4, 177

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

Əliyeva İ.Z. Ibn Sinanın nəşriyyatçılıq fəaliyyəti, 4, 181
Namazov N.C., Hüseynova F.H. Malyariya uzun illərdən bəri təkamül prossesində inkişaf edsn ağcaqanadlar tərəfindən yayilan bəladir, 1, 214
Pirəliyeva Y.Ü. Azərbaycanda pediatriyaya dair elmi monoqrafiya və tədris ədəbiyyatının nəşri və biblioqrafiyası, 2, 144
Исаева О.В., Дадашева А.Э., Мамедов М.К. Генотипная принадлежность изолятов вируса гепатита в в сыворотках парентерально инфицированных лиц из групп с высоким риском инфицирования, 1, 213

XRONIKA- ХРОНИКА

Əvəzedilməz insan, 1, 217
7 aprel sağlamlıq günü 1, 218
Талыбзаде А.Н., Мамедов М.К. Памяти Мамедгасана Ахундова- ученого- организатора здравоохранения, 4, 183

MÜNDƏRİCAT

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Успехи, проблемы и перспективы этиотропной терапии больных хроническим гепатитом В
М.К.Мамедов.....3
Qaraciyərin işemik-reperfuzion sindromunun etiopatogenezinə müasir baxiş
E.A. İskəndərov.....12
Sidik kisəsi xərçənginin diaqnostiikasinda, iinvaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində ultrasəs və digər müayinə üsullarinin müqayisəli təhlili
S.B. İmamverdiyev, E.C. Qasımov.....16
Современное состояние проблемы рака молочной железы
Л.А.Меджидова.....19
Organizmada demir metabolizmasi
Ə.A.Quliyev.....24
Современные представления об этиологии и лечении острого холецистита
А.Д.Абдуллаев.....26

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Соотношение результатов определения серологического и молекулярного маркеров инфекции, вызванной вирусом гепатита С у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования
А.Э.Дадашева.....33
Histerektomiya üsullarinin klinik nəticələrinin müqayisəli dəyərləndirilməsi
T.E. Bayramova, H.F.Bağırova.....36
Hamilə qadınların sağlamlıq vəziyyətinin ekspert qiymətləndirilməsi və proqnozlaşdırılması
V.Ş.Şıxlı, H.F.Bağırova.....39
Возрастная динамика объёма и характера экстренной медицинской помощи по поводу болезней уха, горло и носа
Г.М.Рустамова.....42
Редкие формы заболевания, вызванные микроорганизмами рода Yesinia
Р.А. Ахмедов, Н.Г. Гусейнова, А.А, Фараджев, Р.М. Абдуллаев, А.Н. Талыбзаде, М.А Раджабов.....48
Обращаемость за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста (по материалам обследования в Республике Дагестан)
О.Р. Курбанов, З.О. Курбанов, М.М. Алиханов, А.Ч. Пашаев, Д.И. Исмайлов.....53
Perinatal ensefalopatiyasi olan südəmər yaşli uşaqlarda qəbizlik sindromu zamani antihomotoksik terapiyanin səmərəliliyi
S.Ş. Həsənov, B.A, Kazımova, A.S. Hacıyeva.....56
Doğuşdan sonrakı dövrün xüsusiyyətləri və doğuşdan sonrakı xidmət prinsiplərindən asılı olaraq zahı qadınların sağlamlığının vəziyyəti
N.T.Məhərrəmova.....60
Qanz osteotomiyasindan əvvəl və sonra aparilan rentgenoloji müayinələrin xüsusiyyətləri haqqinda
A.Q.Qəhrəmanov.....63
Об эффективности индуктора интерферона у детей с бронхиальной астмой при острой респираторной вирусной инфекции
Г.Г.Кабулов, А.А.Эюбова, С.Н.Гусейнова.....67
Enterevirus infeksiyası və hamiləliyin başa çatdırılmasında onun rolu
H.F.Heydərova.....70
Взаимосвязь показателей вариабельности ритма сердца с концентрацией ренина, альдостерона и катехоламинов в плазме крови при эссенциальной гипертонии
С.М. Кахраманова, А.Б. Бахшалиев, Г.Ч.Алиева.....74
Применение тимозина-альфа1 в комбинированной терапии хронической пиодермии
Ф.Р.Махмудов, М.К.Мамедов, С.М.Сафарова.....79
Кандидоз и другие поражения слизистой рта у вич-инфицированных женщин репродуктивного возраста
А.Дж. Агамалиева, А.Г. Рахманова, А.Н.Виноградова.....81
Мозговой натрийуретический пептид при стабильной стенокардии напряжения
Р.Ф.Абдуллаев, А.А.Меликов.....85
Epidemiooji araşdırma: Şəki rayon əhalisi üzrə sidik daşı xəstəliyinin formalaşmasında qan qrupunun rolu
R.T.Hüseynzadə.....89

Azərbaycanda yayılan qansoran agcaqanadlarin faunasi (1771-1992)
Ə.H.Bağırov, M.İ.Əliyev.....94
Lokomotiv deposunda çalışanların sağlamlığının müasir səciyyələri
H.Ş.Həsənov.....96
Qaraciyər exinokokkozunun ağirlaşmiş formalarinin kompleks müalicəsində intrakorporal maqnit-infraqirimizi lazer terapiyasinin effektivliyinin qiymətəndirilməsi
B.A. Ağayev, M.M.Məmmədov, N.M.Həsənov.....99
Перспективы детской амбулаторной хирургии и анестезиологии
Ч.Б.Кулиев, Э.М.Насибова.....102
Сравнительная характеристика клинической картины и течения острых кишечных инфекций вирусной и бактериальной этиологии у детей первого года жизни
Б.А.Бабаева.....106
Папилломовирусы и аспекты персистенции и канцерогенеза
С.А.Эйвазова.....110
Современные возможности физиотерапии при воспалительных заболеваниях женских половых органов
Н.М. Камилова, Э.А.Исламова.....113
Bakteriolizis- bruselloz zamani spesifik anticismlərin diaqnostik titr göstəricilərinin mövcudluğu kimi
Ə.Ə. Alıyev.....118
Uşaqlığın üzərində çapığı olan hamilələrin aparılma taktikası
Z.M.Topçubaşova, N.M.Kamilova, T.F.Cəfərova, S.S.Səfərova, S.A.Mürsəlova, A.N.Abdinova.....122
Qammalon almamiş və almiş heyvanlar total yuxu deprivasiyasina məruz qaldiqda baş beynin neyron və sinapslarinin ultraquruluşunda və dabraniş reaksiyalarinda dəyişikliklər
B.M.Abuşov.....124
Природный цеолит и его избирательные адсорбционные возможности относительно бактериальной флоры
Л.Ф.Рзаева, Т.Ш.Халилова, Ф.Э.Садыхова.....128
Значение неинвазивных методов в диагностике уродинамических расстройств нижних мочевых путей в постменопаузальном периоде
А.А. Годжаева, Э.М. Алиева, Ш.Ш. Асадова, Н.М.Поладова.....130
Сравнительная характеристика основных токсико-эпидемиологических показателей в казахстане и Азербайджане
В.А. Азизов, И.Н. Эфендиев, Г.Н.Башинская.....134
Новые технологии в программе коррекции нарушений жидкого состояния крови при пластической хирургии молочной железы
Д.Г. Алекберов, В.П.Потанин.....140
Civə katodlu xlor və soda istehsalinda əmək şəraitinin yaxşilaşdirilmasi və peşə yönümlü xəstəliklərin profilaktikasi
R.H.Əliyeva, S.Ə.Xəlilova.....143
Açiq-ənənəvi üsulla xolesistektomiya əməliyyatina məruz qalmiş xəstələrin kliniki müşahidələrinin nəticələri
Z.T. Şirinov, F.S. Idrisov.....146

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK- ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Bakterial vaginozun müasir müalicəsi
E.Q.Sarıyeva.....152

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

Mikroorqanizmlərin yetişdirilməsində yeni qidalı mühitin effektivliyinin öyrənilməsi
R.F.Axundov, H.A.Rəhimova, Ə.Ə.Alıyev, F.R.Gülalıyeva.....154

XRONİKA- ХРОНИКА

Памяти профессора Мамеда Неймат оглы Алиева.....156
2011- ci ildə «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətlər» jurnalında nəşr olunan məqalələrin göstəricisi.....158

Çapa imzalanıb: 28.03.2012
Sayı:250, Həcmi 20,5 çap vərəqi
Formatı 60X841/8, əla növ kağız
AzTU- nun mətbəəsi, H.Cavid pr.25