İCMALLAR - ОБЗОРЫ

YARDIMCI REPRODUKTIV TEXNOLOGIYA ILƏ ASSOSIASIYA OLUNMUŞ PERINATAL RISKLƏR

N.A.Sədiyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: yardımçı reproduktiv texnologiya, yenidoğulmuş, perinatal dövr
Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии(ВРТ), новорожденный, перинатальный период
Key words: assisted reproductive technology, newborn infant, perinatal outcome

Ailə və uşaq insan həyatının ayrılmaz, əlaqəli və son dərəcə vacib hissələridir. Son əsr ailələrdə sonsuzluq böyük və ciddi problemə çevrilmişdir[1]. Ədəbiyyat qaynaqlarına əsasən qadın sonsuzluğu-41%, kişi sonsuzluğu-24% ,müştərək sonsuzluq-24% və izah olunmayan səbəblərdən yaranan sonsuzluq-11% halda qeyd olunur. Müxtəlif mənbələrdə bu rəqəmlər müxtəlifliyi ilə diqqəti cəlb edir[2].

Sonsuzluq probleminin həlli ilk növbədə əhalinin reproduktiv sağlamlığının qiymətləndirmə və qorunması yollarının geniş tətbiq olunmasını tələb edir.

Son illər dünyada və ölkəmizdə sonsuzluğun müxtəlif formalarının diaqnostikası və müalicəsi nəzərə çarpan dərəcədə inkişafla xarakterizə olunur. Yardımcı reproduktiv texnologiya(YRT) – sonsuzluğun müalicəsinin daha effektli müasir üsuludur[3]. Ildən ilə dünyanın müxtəlif ölkələrində eləcə də ölkəmizdə YRT köməyi ilə dünyaya göz açan körpələrin sayı artır. Azərbaycanda YRT ilk dəfə 2004-cü ildə Respublika Ailə Planlaşdırılması Mərkəzində-"İVF-Center" klinikasında tətbiq edilmişdir. İlk YRT körpəsi ET Mamalıq-Ginekologiya institutunda 2005-ci ilin fevral ayında dünyaya gəlmişdir [20].

Müasir dövrdə yardımçı reproduktiv texnologiyaların inkişafı sonsuzluq probleminin həllində əvəzolunmaz müalicə üsulu sayılır[4]. YRT sonsuzluğun müasir və nisbətən cavan müalicə üsuludur. YRT- laboratoriya şəraitində yumurtahüceyrə və spermatozoidin idarə edilməsi ilə mayalanmanın təmin edildiyi üsulları özündə birləşdirir. Artıq dünyada bu üsulla doğulmuş körpələrin sayı 1 milyondan çoxdur və müasir dövrdə inkişaf etmiş ölkələrdə bütün hamiləliklərin 1-4%-ini süni mayalanma ilə baş vermiş hamiləliklər təşkil edir [5].

YRT bir neçə üsulla aparılır. Bu üsullara ekstrakorporal mayalanma(EKM), spermatozoidin sitoplazmadaxili inyeksiyası(SSDİ), embrio kulturası, implantasiya önü genedik diaqnostika(İÖGD), təzə və donmuş embrion köçürülməsi və donor yumurtahüceyrə ilə EKM aiddir. EKM(İVF)-zamanı əvvəlcədən toplanmış qametlər hazırlanır, laborator şəraitdə mayalandırılır, 48-72 saat inkubasiyadan sonra embrionlar transfer edilir. İlk dəfə ekstrakorporal mayalanma üsulu 1978-ci ildə İngiltərədə Steploe P. və Edvards R. tərəfindən tətbiq olunmuşdur. Uzun müddətli tədqiqatlar nəticəsində 25 iyul 1978-ci ildə ilk körpə - Luiza Braun dünyaya gəlmişdir[6]. Bu gün Luizanın 35 yaşı var və artıq sağlam körpə dünyaya gətirib, böyüdür. Ekstrakorporal mayalanma üsulu sonsuzluq probleminin həllində və ailə planlaşdırılmasında öz sözünü dedi. Öncə milyonlarla ailələrə sevinc bəxş olundu.

Son illər YRT sahəsində əhəmiyyətli inkişaf baş vermişdir. Embrionların dondurulması, daha invaziv üsul olan SSDİ, EKM-dən fərqli olaraq baş verən hamiləlik şansını artırmışdır. Spermanın sitoplazmadaxili inyeksiyası(İCSİ) ilk dəfə 1992-ci ildə əsasən kişi sonsuzluğunu aradan qaldırmaq üçün təkmilləşdirilmiş yardımçı reproduktiv üsuldur və o vaxtdan minlərlə körpə bu üsulun köməyilə dünyaya göz açmışdır[7]. EKM-dən fərqli olaraq SSDİ(İCSİ) şüşə bir pipet yardımı ilə spermatozoidin yumurtahüceyrənin işərisinə mexaniki yeridilməsidir. Bu səbəbdən bu üsulun xromosomlara zərər verərək anadangəlmə inkişaf qüsuru(AİQ) riskini artırıb artırmadığı mövzusuna maraq hər gün artmaqdadır. SSDİ üsulu ilə spermatozoidin oositin daxilinə yeridilməsi onun hüceyrə membranının zədələnməsi ilə müşahidə olunur, nəticədə bu fiziki zədənin həm oositə,həm də embrionun inkişafına təsiri danılmazdır. Eyni zamanda spermatozoidin keyfiyyəti də tədqiqatçıların diqqətindən yayınmamışdır[8]. Belə ki, kişi sonsuzluğunun bir çox ağır formaları (spermanın üçlü defekti-az konsentrasiyalı, hərəkətsizliyi və morfologiyasının pozulması) zamanı yardımçı reproduktiv texnologiyada yeganə spermatozoidin sitoplazma daxili yeridilməsi üsulu tətbiq edilmişdir[9]. Belə ki,təbii mayalanma zamanı oositin baryerini keçməyi "yaxşıların yaxşısı" bacardığı halda, süni mayalanma zamanı

isə spermatozoidlərin seçimini bu proseduru həyata keçirən mütəxxəssis vizual olaraq "normal görünən" spermatozoidi seçməklə aparır.

YRT ilə doğulmuş körpələrin böyük əksəriyyətinin normal və sağlam olmasına baxmayaraq, müasir dövrdə bu körpələrin sağlamlıq vəziyyətlərinin təbii mayalanma ilə doğulan uşaqlarla müqayisədə daha çox risk altında olduğu düşünülür. Bunun bir çox səbəbləri vardır.YRT zamanı çoxdöllü hamiləliklərin yüksək tezliyi, vaxtından qabaq doğulma və bətndaxili inkişaf ləngiməsi ilə əlaqədar perinatal xəstələnmə və ölüm göstəricisi artır[10]. Digər tərəfdən reproduktiv qabiliyyəti aşağı olan valideynlərin bioloji və genetik xüsusiyyətləri körpələr üçün risk daşıyır. Bundan başqa sonsuzluq müalicəsi məqsədilə istifadə olunan dərman preparatları və invaziv üsullar döldə və yenidoğulmuşda əhəmiyyətli problemlərə səbəb ola bilir[11].

Ədəbiyyat məlumatları göstərir ki, təbii mayalanma ilə doğulan uşaqlarla müqayisədə YRT ilə doğulan uşaqlar arasında AİQ rastgəlmə tezliyinə dair tədqiqatların nəticələri müxtəlifdir[7]. Bu müxtəliflik tədqiqatlara daxil edilən xəstələrin sayının az olması, müqayisə apararkən istifadə olunan məlumatların və inkişaf qüsurlarını müəyyənləşdirən meyarların standart olmaması ilə əlaqədar metodlara bağlı amillərlə izah olunur.

Ədəbiyyatda SSDİ üsulu ilə doğulan körpələrlə təbii mayalanma ilə doğulan körpələr arasında AİQ rastgəlmə tezliyinin müqayisəsinə əsasən aparılan tədqiqatda SSDİ ilə doğulanlar arasında AİQ daha çox rast gəlindiyi, hətta xromosom anoploidisinin daha sıx rast gəlinməsinə diqqət çəkilir[7]. Kox və əməkdaşlarının apardığı tədqiqatda SSDİ ilə doğulmuş Angelman sindromlu iki xəstə təsvir edilərək bu üsulun oosit və preembrio mərhələsində maternal impritingə səbəb ola biləcəyi fikri irəli sürülür[12]. Digər bir tədqiqatda SSDİ ilə doğulan körpələr arasında sinir borusunun qüsurunun, qida borusu atreziyasının, omfalosele və hipospadiyanın daha çox rast gəlindiyi bildirilir[13].

Finlandiyada aparılan 4559 EKM, 4467 diğər YRT üsulu ilə doğulmuş körpələrin və 27,078 kontrol körpənin daxil edildiyi bir tədqiqatda, anadangəlmə inkişaf qüsuru riski üçün OR 1.3 (%95 GA 1.1- 1.6) aşkar edilmişdir. Bu riskin təkdöllü hamiləliklərdən doğulmuş oğlanlarda artdığı, çoxdöllü hamiləliklərdən doğulmuş qızlarda isə azaldığı bildirilmişdir. EKM üsulunun köməyilə təkdöllü hamiləliklərdən doğulmuş oğlanlarda sidik-cinsiyyət və sümük-əzələ sistemi anomaliyalarına daha çox rast gəlinmişdir. YRT köməyilə doğulan körpələr arasında ən çox hipospadias və diğər sidik-cinsiyyət sistemi anomaliyaları, sinir borusu defektləri, gastrointestinal anomaliyalar, sümük-əzələ sistemi anomaliyaları və ürək-damar anomaliyaları ilə əlaqə aşkar edilmişdir [21]. Tədqiqatda EKM və SSDİ ilə doğulan körpələr arasında AİQ rastgəlmə tezliyi ilə əlaqədar fərq olmadığı bildirilir. Danimarkada aparılan başqa bir tədqiqatda sonsuzluqdan əziyyət çəkən cütlərin təbii və ya YRT nəticəsində təkdöllü hamiləliklərindən doğulan körpələrində sağlam cütlərin təbii mayalanma ilə doğulan körpələrilə müqayisədə AİQ rastgəlmə tezliyi daha yüksək olmuşdur. Lakin tədqiqatda həmçinin sonsuzluqdan əziyyət çəkən cütlərin təbii və ya YRT nəticəsində təkdöllü hamiləliklərindən doğulan körpələri arasında AİQ rastgəlmə tezliyində fərq olmadığı da bildirlir[22].

YRT tətbiq olunmağa başlayandan çoxsaylı embrion transplantasiyaları ilə əlaqədar çoxdöllü hamiləlik və doğumların sayı artmışdır. Bunun əsas səbəbi YRT-nın nailiyyətinin göstəricisi kimi diri doğulanların sayının qiymətləndirilməsi səbəbi ilə həyata keçirilən çoxsaylı embrion transferləri və bunların doğuşa qədər sağ qalmalarıdır[14,15]. Çoxdöllü hamiləlik və bunun nəticəsi olan vaxtından qabaq doğulma YRT ilə baş vermiş hamiləliklərin proqnozuna mənfi təsir edən amillərdir.YRT hamiləliklərinin 30%-dən çoxu əkiz və ya daha yüksək saylı çoxdöllü hamiləliklərdir.YRT ilə baş verən hamiləliklərdə monoziqot,monoxorionik əkizlərin sayı təbii mayalanma ilə baş verən hamiləliklərlə müqayisədə yüksəkdir. Belə ki,monoziqot əkizlərin rastgəlmə tezliyi təbii mayalanma zamanı 0,45%,YRT-da isə 1,5-4,5%-dir[16,19].YRT-da əkiz hamiləlik riski normadan 22 dəfə(normada 2%),üçəm və daha çox saylı döllülük riski isə 50 dəfə(normada 0,18%) artmışdır. Ekstrakorporal mayalanma(EKM) və spermanın sitoplazmadaxili inyeksiyası(SDSİ) nəticəsində çoxdöllü hamiləliklərin sayının Avropada 22,7%, ABŞ-da 31,7% olduğu bildirilir. ABŞ-da doğulan bütün körpələrin 0,9%-nin YRT nəticəsində doğulduğu,bütün əkizlərin 12%-nin, üçəmlərin 42%-nin YRT körpələri olduğu bildirilir[17,18]. Digər tərəfdən təbii mayalanma ilə lakin sonsuzluq müalicələrindən sonra baş verən hamiləliklər və ya qadınların ana olmağı gec yaşlara təxirə salması da çoxdöllü hamiləlik sayını artırmışdır. Bununla yanaşı ailə istəyi də çoxdöllü hamiləlikləri artıran amillərdən biridir. Belə ki,YRT tətbiq olunan ailələrə çoxdöllü hamiləliklərin riskləri izah edilsə də,ailələrin 20%-i çoxdöllü hamiləlik nəticəsində körpə sahibi olma arzusundadırlar[16].

Çoxdöllü hamiləliklərin təbii və ya YRT nəticəsində baş verməsindən asılı olmayaraq maternal(hipertenziya və preeklampsiya, hestasional diabet, anemiya, dölyanı mayenin çox olması, antepartum və postpartum qanaxma,keysəriyyə əməliyyatı ilə doğum),

uşaqlıq-cift(cift gəlişi, ciftin erkən ayrılması, dölyanı suların vaxtından əvvəl axması, göbək ciyəsinin dolanması), fetal və neonatal (vaxtından qabaq doğulma, az bədən kütləsi, anadangəlmə inkişaf qüsurları, xəstələnmə və sağqalanlar arasında sinir-psixi inkişaf pozğunluqları) problemlər mövcuddur. Ədəbiyyatda YRT ilə baş verən çoxdöllü hamiləliklər zamanı qadınlarda cift gəlişi, antepartum qanaxma, hestasional diabet və preeklampsiya kimi perinatal fəsadların və buna baqlı olaraq vaxtından qabaq doğulmanın çox rast gəlindiyi bildirilir[19].

YRT köməyi ilə baş vermiş çoxdöllü hamiləliklərin perinatal xəstəlik və ölüm göstəricisini artırmasına baxmayaraq, çoxdöllü hamiləliklərin qarşısının alınması da qeyri-qənaətbəxş perinatal prognoz riskini azaltmaqda tək başına yetərli deyildir. Ədəbiyyatda bir çox metanalizdə YRT nəticəsində təkdöllü hamiləliklərdən doğulmuş körpələrdə təbii mayalanma ilə təkdöllü hamiləliklərdən doğulmuş körpələrə nisbətən vaxtından qabaq doğulma, az və ekstremal az bədən kütləsi ilə doğulma, hestasiya yaşına görə kiçik olma (BDİL), yenidoğan reanimasiya və intensiv terapiya şöbələrində izlənmə, neonatal xəstəlik və fəsad riskinin daha yüksək olduğu göstərilmişdir. Burada maraqlı bir məqam bu perinatal fəsadların YRT təkdöllülərində əkizlərlə müqayisədə daha çox rast gəlinməsidir [11].

Təkdöllü EKM/SSDİ körpələrinin proqnozunu müəyyənləşdirən amillərdən biri də fetal ölümdür (multifetal hamiləlik reduksiyası). Ədəbiyyat məlumatlarından bilirik ki, bətndaxili VI həftədə, XX həftədə fetuslardan birinin ölməsi nəticəsində əkizlik təkdöllülüyə çevrilir.Tədqiqatların birində spontan fetal reduksiyanın yüksək olduğu YRT çoxdöllü hamiləliklərində (əkizlərdə 35%,üçəmlərdə 52%), spontan fetal reduksiya sonrası qalan təkdöllü və əkiz döllərin hestasiya yaşı və bədən kütləsi reduksiyaya uğramamış körpələrlə müqayisədə daha aşağı olduğu göstərilir [14].

Son illər dünyada və ölkəmizdə sonsuzluğun müalicəsi məqsədilə əvəzolunmaz YRT üsullarının daha invaziv formalarının tətbiqinin artması, reproduktiv qabiliyyəti aşağı olan valideynlərin bioloji və genetik xüsusiyyətləri, sonsuzluq müalicəsi məqsədilə istifadə olunan dərman preparatlarının körpələr üçün risk daşıması, çoxdöllü hamiləlik sayının artması YRT körpələrinin sağlamlıq vəziyyətinin öyrənilməsini aktual edir. Təbii mayalanma prosesinə müdaxilə və insan embrionları ilə manipulyasiya gələcək nəslin genetik əsasını dəyişə bilər və heç bir mürəkkəb testin vasitəsilə təyin olunmaz. YRT ilə doğulan uşaqların fiziki və əqli inkişafının obyektiv qiymətləndirilməsi üçün vahid bir sistem işlənməlidir. YRT üsullarının nə dərəcədə effektiv və zərərli olmaları davamlı olaraq tədqiq olunmalı,doğulan uşaqlar isə uzun müddət nəzarətdə saxlanılmalıdırlar.

ƏDƏBIYYAT

1. Dhont M., De Neubourg F., Van der Elst J., De Sutter P. Perinatal outcome of Pregnancies after Assisted Reproduction: A Case – Control Study // Obstetrics and Gynecology, 2004, v.103, p. 1144-1153.
2. National Center for Health Statistics: Growth Chart Information // Health for all Series, Geneva, 2000, № 1, pp. 111 112.
3. Qneteskaya V.A.,Malmberq O.L.,Panina O.B.,Lukash E.N.;Akusherstvo ginekoloqiya,2003,2,s.9-13
4. Poikkeus P., Gissler M., Unkila- Kallio L., Hyden-Grauskog C., Tiitinen A. Obstetric and neonatal outcome after single embryotransfer // Human Reprod., 2007, vol. 4, pp. 0268-1161.
5. Бахтиарова В.О. Состояние здоровья детей, рожденных в результате ЭКО и искусственной инсеминации. Автореф. дисс…канд. мед наук. М., 1993, 25 с.
6. Oboro V.O., Dare F.O. Pregnancy outcome in melliparous women aged 35 or older // West Afr. J. Med., 2006, vol. 25, pp. 65-68.
7. Hansen M, Kurinczuk J.J., Bower C., Webb S. The riskof major birth defects after intracytoplasmic sperminjection and in vitro fertilization // N Engl J Med., 2002, v.346, p.725-730.
8. Leslie G.I., Gibson F.L. Sperm quality as a predicter of child healh and development in children conceived using ICSI // Human reproduction, 2001, vol. 16, pp. 38-39.
9. Palermo D.G., Neri Q.V., Hariprasha J.J. ICSI and its outcome // Semin. Reproduction Med., 2000, v.18, p. 161-169.
10. Adamson D., Baker V. Multiple births from assisted reproductive technologies. A challange that must be met // Fertil Steril., 2004, v.81, p.517-22.
11. Basatemur E, Sutcliffe A. Follow-up of children born after ART. Placenta 2008; 29:135-40.
12. Cox G.F., Burger J., Lip V. et al. Intracytoplasmic sperm injection may increase the risk of imprinting defects // Am J Hum Genet., 2002, v.71, p.162-164.
13. Racowsky C. Improving quality in the embryology laboratory, a USA perspective. Boston, USA, 2004.
14. Halliday J. Outcomes of IVF conceptions: are they different? // Best Prac Res Clin Obstet Gynecol., 2007, v.21, p.67-81.
15. Van Voorhis B.J. Outcomes from assisted reproductive technology // ObstetGynecol, 2006, v.107, p.183-200.
16. Adamson D., Baker V. Multiple births from assisted reproductive technologies. A challange that must be met // Fertil Steril., 2004, v.81, p.517-22.
17. Wright V.C., Schieve L.A., Reynolds M.A., Jeng G. Assisted reproductive technology surveillance-United

States, 2000. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5209 a1.htm>

18. Reynolds M.A., Schieve L.A., Martin J.A. et al Trends in multiple births conceived using assisted reproductive technology, United States, 1997-2000 // Pediatrics, 2003, v.111, p.1159-62.

19. Reddy U.M., Wapner R.J., Rebar R.W., Tasca R.J. Infertility, assisted reproductive tecnology, and adverse pregnancy outcomes: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development Workshop // Obstet Gynecol., 2007, v.109, p.967-77.

20. Əliyeva F.K., Səlimxanova X.X., Məmmədova A.Y. "Yarina "preparatının müalicə üçün tətbiqi(praktik tövsiyyələr), Bakı, 2005, s.5(274)

21. Klemetti R., Gissler M., Sevon T. et al Children born after assisted fertilization have an increased rate of major congenital anomalies // Fertil Steril, 2005, v.84, p.1300-7.

22. Zhu J.L., Basso O., Obel C. Et al Infertility, inferti- lity treatment, and congenital malformations: danish nati- oanal birth cohort // BMJ, 2006, v.333, p.679.

Резюме

Перинатльные рпскип ассоциированные вспомагательными репродуктивными технологиями

Н.А.Садиева

Более 30 лет как используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) и на современном этапе они составляют 1-4% от всех беременностей. С началом применения ВРТ возросло число многоплодных беременностей, что связано с самой технологией трансплантации нескольких эмбрионов. Ранее эффективность ВРТ оценивалась только лишь количеством живорождённых детей, однако при этом не учитывались ранние и поздние прогнозы состояния здоровья этих детей. В перинатальном периоде у этих детей в сравнении с детьми, рождёнными от беременности, наступившей естественным путём, более часто наблюдается отягощенный акушерский анамнез, недоношенность и рождение с низкой массой тела, врождённые пороки развития. Предполагается, что на состояние здоровья этих детей оказывают влияние такие факторы, как продолжительность и причины бесплодия, методы ВРТ, криопрезервация и (или) фетальная редукция эмбрионов. Для рождения здорового ребёнка с медицинской, социальной и экономической точки зрения, основной целью ВРТ является трансплантация единого эмбриона.

Summary

Perinatal risks associated with assisted reproductive technology

N.A. Sadiyeva

Assisted reproductive technology (ART) has been available to treat infertility of women and men for almost 30 years and currently accounts for 1-4% of all conceptions in the developed countries Since ART was introduced, there has been an increase in multiple births directly attributable to multiple embryo transplants and their survival to live birth as the frequent measure of success of any ART centre has been the number of live births, irrespective of early and late outcomes of the infants. Although the great majority of ART children are normal, there are increased risks of obstetric complications, prematurity, low birth weight and congenital malformations when compared to natural gestations. There is slightly incresed risk of congenital malformations in ART infants when compared with naturally conceived infants.However the effects of other important con- founders for the adverse outcome such as the obstetric history, underlying cause of infertility, male infer tility and the type of ART procedure are unclear. So the goal of ART should be the birth of healthy singleton neonates rather than an increase in pregnancy rates alone.

Daxil olub:19.11.2012

YARIMÇIQ DOĞULMUŞ VƏ EKSTREMAL AZ ÇƏKILI UŞAQLARIN QIDALANDIRMA XÜSUSIYYƏTLƏRI VƏ QIDA RASIONUN TƏRKIBI

S.A.Əliyeva

Elmi- tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: yarımçıq doğulmuş uşaqlar, ekstremal az çəkili uşaqlar, qida rasionu, qidalandırma

Ключевые слова: недоношенные дети, экстремально маловесные дети, ***рацион***, вскармливание.

Keywords: preterm infants, extremely small babies, rftsion, feeding.

XX əsr ərzində körpələrin qidalandırlımasına yanaşmada nəzərəçarpacaq dəyişikliklər baş vermişdir. Əsas mərhələ yarımçıq doğulmuşların energetik tələbatının ödənilməsindən ibarət olmuşdur, ana südünün tərkibini dəyişərək yeni qida məhsullarının yaradılması, yarımçıq doğulmuşlar üçün xüsusi qida qarışıqlarının işlənib hazırlanması və yaradılmasından ibarət idi. XX əsrin əvvələrində Grulee (1912) təkidlə bildiri: "yarımçıq doğulmuş uşaqların qidalandırılması üçün bir vasitə var, bu da ana südüdür. Belə uşaqları istənilən başqa vasitə ilə qidalandırılması cəhdləri uğursuzluqla sona yetəcək. Əgər belə bir qida vasitəsi yaradılarsa, bunu insan fəaliyytinin adi nəticəsi kimi deyil, fövqəladə bir hadisə kimi qiymətləndirmək lazımdır" [1]. XX əsrin əvvəllərində yarımçıq doğulmuş uşaqlara qulluğun aparılması ilkin mərhələdə idi. Bu zaman erkən qidalandırma prinsipi tətbiq olunurdu, yəni uşaq anadan olan kimi dərhal qidalandırılır. Bu prinsipi S. Tanier və onun tələbəsi P. Budin Parisdə L' Hopital Maternite xəstəxanasında tətbiq edilmişdir. Mamalıqla məşğul olan bu mütəxəssislər faktiki olaraq yarımçıq doğulanlara qulluğun və onların

qidalandırılmasının əsasını qoyanlardan biri olmuşlar.

Yarımçlq doğulmuşların qidalandırılmasının təşklili onların anadan olduqları gündən vaxtlı-vaxtında və adekvat olaraq qidalı maddələr və enerji ilə təmin olunmasına əsaslanır. Onlara qulluqda əsas məsələ qidalı maddələrin verilməsinə ciddi yanaşmadan ibarətdir [2,3,4]. Vaxtında başlayan və balanslaşdırılan qidalandırma adaptasiya dövrünü asanlaşdırmağa və gələcəkdə bir sıra xəstəlilklərin, eləcə də bronxial- ağ ciyər displaziyasının yaranma riskini azaltmağa imkan verir.

Klinik təcrübədən məlum olduğu kimi əksər analarda vaxtından əvvəl doğuşlardan sonra hipoqalaktiz baş verir və bu proses uşaqlarda əmmə refleksinin olmaması nəticəsində daha da ağırlaşır. Nəticədə laktasiya tamamailə baş vermir. Bununla əlaqədar olaraq yarımçıq doğulmuşlar üçün əlavə qida qarışıqları yaradılmışdir. Dərin yarımçıq və ekstremal az çəkili doğulmuş uşaqlar üçün xüsusi qida maddələri istehsal edilir. Standart qidalarla müqayisədə onlarda zülal 2,2 q/100 ml), natrium (1,5 mekv/100 ml), klsium (150 mq/100 ml), fosfor (80 mq/100 ml) və vitaminlər daha yüksək olur. 1980- ci ildən dərin yarımçıq və ekstremal az çəkili doğulmuş uşaqlar üçün qidanın xüsusi istehsalı bərqərar olunmuşdur. 1980- ci illərdə aparılan silsilə tədqiqatlarda yarımçıq doğulanlar üçün qida vasitələrinin onların böyüməsinə və metabolik statusuna müsbət təsir göstərdiyi məlum olmuşdur [*5,6*]. Onların tərkibində xüsusi vücib nutrientlərin olmasına xüsusi dpqqət yetirilmişdir [*7,8*]. Müsir qidaların tərkibində zülal komponentlərinin tərkibiniə daha çox həcmdə zərdab zülalı daxil edilmişdir (60%- dən çox). Bu xüsusi nukleotidlər somatik artıma və immun sistemə müsbt təsir göstərir. Nukleotidlər uşaq orqanizmində müxtəlif biosintez proseslərində iştirak edir. Müəyyən şəritdə yarımçıq doğulmuşlar üçün qida ilə alınan sərbəst nukleotidlər böyük rol oynayır [*9*]. Nukleotidlər bağırsaq epiteli hüceyrələrinin inkişafında müsbət rol oynayır, bağırsaq liflərinin formalaşmasına imkan verir, bununla da qida maddələrinin həzm olunmasını stimullaşdırır [10,11].

Dərin yarımçıq doğulmuşların lazimi qida maddələri ilə təmin olunması kifayət qədər çətin məsələdir. ABŞ- da aparılan epidemioloji tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, 16% yarımçıq doğulmuşlarda bətndaxili hipotrofiya əlamətləri olur. Lakin stasionardan buraxıldıqda bu əlamtlər 89% uşaqlarda qeydə alınır [12].

Yarımçıq doğulmuşların qidalandırılmasının əsas prinsipləri aşağıdakılardır:

-uşaq doğulduqda vəziyyətinin ağırlığı, çəkisi, hestasion dövr nəzərə alınmaqla qidalandırma üsulunun seçilməsi;

-hansı üsulun seşilməsindən asılı olmayaraq erkən qidalandırmaya başlanması (mütləq uşaq anadn olduqdan 2-3 saat sonra, ağır hallarda 10-12 saatdan sonra da başlamaq olar);

-tam parenteral qidalandırma olsa da, minimal enteral qidalanmaya keçid;

-enteral qidalanmanı maksimal mümkün həcmdə aparmaq

-ana südü alan dərin yarımçıq doğulmuş uşaqların didalanmasını "gücləndirici" vasitlər ilə tamamlaqma, erkən neonatal dpvrdə onlara dərin zülal hohidroliz əsasında hazırlanmış qidaların verilməsi;

-süni qidalandırma zamanı yalnız yarımşıq doğulmuşlar üçün nəzərdə tutlumuş qidalardan istifadə etmək.

Yarımçıq doğulmuşların qidalandırılması təyin olunduqda həzm sisteminin səciyyəvi xüsusiyyərləi nəzərə alınmalıdır [13,14]:

-əmmə və udma refleksinin aşağı olması, eləcə də həzm borusu sfinkterinin və mədənin tonus vəziyyətdə olması

-motorikin hopkinetik vəziyyəti;

- bağırsaq peptidazını daha yüksək aktivliyi zamanı mədə və pankreatik proteaz aktivliyinin daha aşağı olması (vaxtında doğulmuş uşaqlardan fərqli olaraq);

-zülalin daha yüksək dərəcədə sovrulması və həzm olunması;

-pankreatik lipazanın və disaxaridazln aşağı aktivliyi (xüsusuilə, laktaza);

-karbohidrat və yağların həzm çatışmamazlığı (birbaşa olaraq hestasion dövrdən asılı)

-makromolekullar üçün bağırsaq baryeri nüfuzetməsinin yüksək olması;

-disbiotik pozuntalrın yüksək dərəcədə olması.

Uşaq anadan olduqdan sonra əsas məsələ enteral qidalandırmadır. Qidalı maddərlərin mədə-bağırsaq traktına daxil olması onun motor funksiyası və sekretor aktivliyi üçün güclü stimuldur. Təyin olunmuşdur ki, qidan hətta minimal həcmdə verildikdə belə (4ml/kq/sut) bağırsağa eyni stimullaşdırıcı təsir göstərir [15,16].

Mərkəzi sinir sisteminin ağır zədələnmələri və infeksion proseslər zamanı həzm traktının aktivliyi 1,5 dəfə azalır. Uşaq 1 aya çatdıqda onun tədricən bərpası baş verir [17].

Vaxtından əvvəl doğulmuşların qidalandırma üsulları: 1500-200 q çəkisi olan uşaqların qidalandırılması (hestasiya müddəti30-33 həftə). Bu uşaqların çəkisi normal doğulmuş uşaqların orta ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Onlara sınaq qidalandırılması aparılır. Əgər əmmə qeyri-

qənaətbəxş olarsa, onların tam və ya hissə- hissə zondla qidalandırıması başlanır.

1001-1550 q bədən çəkisi olan uşaqların qidalandırılma üsulları: hissə- hissə parenteral qidalandırlma+ uzun müddətli zondla infuziya.

Bədən çəkisi 1000 q- dan aşağı olan uşaqların didalandırılması: tam parenteral qidalandırlma+ "trofik" qidalandırrma. Hissə- hissə parenteral qidalandırma+uzun müddətli zondla infuziya [17].

Dərin yarımçıq doğulmuş uşaqlar zodla qidalandırlır. Zondla qidalandırma porsiyalarla və ya uzun müddətli infuziyanın köməkliyi ilə aparıla bilər. Porsiyalarla qidalandırmanın tezliyi uşağın dözümlüyündən asılı olaraq sutkada 7-10 dəfə ola bilər. Dərin yarımçıq doğulmuş uşaqların mədəsinin çox kiçik olduğunu nəzərə alsaq onlar, xüsusilə, erkən neonatal dövrdə zondla qidalandırmada lazımi qədər nutrientlər almırlar. Bu isə onların parenteral qidalandırmaya keçməsini tələb eidr. Uzun müddətli infuziyanın aparılmasının müxtəlif metodları vardır [17].

Cədvəl 1

Ana südünün və ya qida qarşığının uzun müddətli infuziya ilə verilməsi sxemi

Daimi sürətlə fsailəsiz olaraq yeridilmə	1 saat fasilə ilə üçsaatlıq infuziya	1 saat fasilə ilə dördsaatlıq infuziya
Fasiləsiz	• 6 - 9 saat • 10 - 13 saat • 14 - 17 saat • 18 - 21 saat • 22 - 01 saat Beşsaatlıq gecə fasiləsi	• 6 - 8 saat • 10 - 12 saat • 14 - 16 saat • 18 - 20 saat • 22 - 24 saat Altıssatlıq gecə fasiləsi

Gecə fasilələri zamanı lazınm gəldikdə qlükoza məhlulu ilə Ringer məhlulu yeridilir. Südün ilkin yeridilmə sürəti 1,5-3ml/kq/saat ola bilər. Tədricən sürət artırılaraq 6-7- ci sutkalarda 7 - 9ml/kq/saat ola bilər. Belə qidalandırma porsiyalarla qidalandırmaya nisbətən dərin yarımçıq doğulmuş uşaqları iri həcmli qida ilə təmin edə bilər.

Ana südünün və ya süd qarışıqlarının prosiyalarla qidalandırmaya nisbətən uzun müddətli zondla qidalandırmanın üstünlükləri:

-enteral qidalandırmanın həcmi artır;

-mübadilə proseslərinin katabolik istiqaməti qısalır;

-həcmin artırılması və ya bir sıra hallarda parenteral qidalandırmanın tam ixtisar edilməsi mümkündür;

-mədə- bağırsaq traktlnda durğunluq vəziyyətinin azalması;

-konyuqasion sarılığın intensivliyinin müddətinin azalması;

-qanda qlükazonın daim səviyyəsinin təmin olunması;

-qidalandırma əlaqıdar olaraq yaranan qusma və tənəffüs pozuntularını tezliyinin aşağı düşməsi [18,19].

Əgər uşağın vəziyyətinin ağırlığı enteral qidalandırmaya imkan vermirsə, qidalı maddələrin parenteral yeridilməsinə başlamaq lazımdır. Dərin yarımçıq doğulma tam parenteral qidalandırmaya keçid üçün göstəriş deyildir, çünki bəzi hətta ekstremal az bədən çəkisi (1000 q- dan aşağı) olan uşaqlar ana südünün və ya xüsusi süd qarışıqlarını həzm etməyə qadır olurlar. Onları ilk günlər hissə-hissə parenteral qidalandırma ilə təmin etmək olar. Hissə- hissə parenteral qidalandırma üçün qarışıq məhlul fərdi olaraq seçilir və uşaqlarda enteral qidalandırmaya tolerantlıq artıdca parenteral qidalandırma ixtisara salınır. Ana südünün və ya xüsusi qidaların zoqastral zondla yeridilməsinə uşaq anadan olduqdan 12-488 saat sonra keçmək olar. Qidanın ilkin həcmi 5-10 ml/kq/sut olmalıdır. Infuzion nasoslarla infuzion qifdalandırmaya daha çox üstünlük verilir. Qidanın yavaş- yavaş və uzun müddət yeridilməsi ikili qidalandırmadam fərqli olaraq bağırsaq perestaltikasını stimullaşdırır [19,20].

Yarımçıq doğulmuş uşaqların qaida maddələrinə olan tələbatı. Enegetik tələbat. Enerji itgisi nəzərə alınaraq onların tələbatı həyatlarının ilk iki həftəsində 120 kkal/kq/sut təşkil edir. Dərun yarımçıq doəulmuşların qidalarının kaloriliyi tədricən və gündəlik artırılmalıdır (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

Yarımçıq doğulmuşların enerji tələbatı

Sutkalar	1	2	3	4	5	6	7	10-14
Kkal/kq	25-30	40	50	60	70	80	90	100-120

Yarımçıq doğulmuşlara qida ölçüsü yalnız kalorilik dərəcəsinə əsasən aparılmalıdır. Süni qidalandırma zamanı isə qida ölşüsü energetik dəyərinə əsasən aparılmalıdır. Dərin yarımçıq doğulmuşlarda rasionun kaloriliyinin aşağı

salınmasına uşaq çatdıqdan sonra başlamaq olar [21].

Zülal tələbatı. Hətta dərin yarımçıq doğulmuş uşaqlar zülalı yaxşı həzm edir. Beynəlxalq tövsiyələrə əsasən vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlar 3,8-3,0 q/kq/sut zülal ala bilər. Çünki dölün bətndaxili zülal ilə təmin olunması 2,8-3,1 q/kq/sut təşkil edir. 4 q/kq/sut – dan artıq zülalın verilməsi qabarıq metabolik pozuntulara səbəb ola bilər. Məlum olmuşdur ki, hestasion dpvr az olduqca onların zülala olan tələbatı yüksək olur [22].

Yağlara tələbat. Yarımşıq doğulmuş uşaqlar üçün optomal sutkada 6 - 6,5 q/kq yaşın qəbul edilməsidir. Yağın həzm olunmasını asanlaşdırmaq üçün süni qidalara ortazəncirli triqliseridlər əlavə olunur, onlar limfatik düyünlərə toxunmadan əvvəlcədən parçalanmadan vena girişi sisteminə sovrulur. Lakin 50%- dən çox ortazəncirli triqliseridlər əlavə olunması yağlar mübadiləsini yaxşılaşdırmır, əksinə onların dəri altında yağ toxumalarının yaranmasına səbəb olur. Daha məqsəduyğun onların xüsusi qida məhsullarına 15-40% daxil edilməsidir [22].

Karbohidratlara tələbat. Hesab edilir ki, yarımçıq doğulmuşlar qida üsulundan asılı olmayaraq 10-14 q/kq karbohidrat qəbur etməlidirlər. Hestasiyanın 28-34- cü həftələrundə laktozanın aktivlik dərəcəsi normal doğulmuşlara nisbətən 30% aşağı olur. Bu isə onun yarımçıq doğulmuşlar tərəfindən həzm olunmasını çətinləşdirir. Lakin yarımçıq doğulmuşlar üçün xarakterik olan hipolaktaza hallarına nadir hallarda rast gəlinir. Vaxtından əvvəl doğulmuşlarda 1 ay arzında laktazanın aktivliyi sürətlə artır. Karbohidratların yaxşı həzm olunması üçün xüsusi qidalara laktozanın bir hissəsi (15-30%)- dekstrin-maltoza ilə əvəz olunmuşdur[22].

Yarımçıq doğulumuşlaırn ana südü ilə qidalandırılması. Vaxtından əvvəl doğuşlardan ana südü xüsusi tərkibə malik olur. Bu südün tərkibi vaxtından əvvəl doğulmuşların qida tələbatına və həzm etmə qabiliyyətinə uyğun olur. Vaxtında doğmuş qadınlardan fərqli bu analarda südün tərkibində zülal daha çox olur (100 ml-ml- də 1,2-1,6q). Xüsusilə laktisayanın ilki aylarında yağların, natriumun tərkibi, laktozanın tərkibi, karbohidratların tərkibi isə eyni olur. Vaxtından əvvəl doğmuş qadınların südündə müdafiə faktroları, xüsusilə lizosim yüksək olur. Ana südü vaxtından əvvəl doğulumuşlar tərəfindən yaxşı həzm olunur [23].

Xüsusi tərkibinə baxmayaraq 800-200 q- dan çox çəkisi olan vaxtından əvvəl doğulmuşlara nisbətən ekstremal az çəkisi olan uşaqların tələbatını tam ödəyə bilmir və erkən neonatal dövr bitdikdə onlarda zülal, bir sıra maddələr (kalsium, fosfor, maqnium, natrium, mis, sink və sə) və vitaminlər (B_2, B_6, C, O, E, K və fol turşusu) qıtlığı baş verir. bu zaman həmin uşaqların qida rasionuna "gücləndiricilər" əlavə edilir. Bunlar xüsusi zülal-mineral və ya zülal- vitamin- mineral birləşmələrdən ibarətdir. Gücləndricilər toz şəklində paketlərə toplanaraq, təlimata uyğun olaraq təzə sıxılmış ana südünə 50 və ya 100 ml əlavə edilir [24].

Başqa bir vasitə onların qida rasionuna yüksək hidrolizə olunmuş zərdab zülallarından ibarət xüsusi qarışıqların əlavə edilməsidir. Onların daxilinə ortazəncirli triqliseridlər daxil edilir, lakin tərkibinə laktoza daxil edilmir. Onlar ana südündə olmayan qida maddələrin üzvi olaraq tamamlayır. Bu qidalar ekstremal çəkili uşaqlar tərəfindən yaxşı həzm olunur [24]. Zərdab zülalının hidrolizatlarının ana südü ilə qidalanan uşaqların rasionuna 30% daxil edilməsi kifayətdir. Belə qidalabdırmaya dərin yarımçıq doğulmuş uşaqların qidalandırılmasında xüusuilə, üstünlük verilməlidir. Lakin zərdab zülalının hidrolizatlarına əsaslanan qidalanma üzün müddət aparılmamalıdır. Velə uşaqlarda qidalanma sabitləşdikdən sonra onlarına rasoinuna xüsusi süni qidalar daxil edilməlidir. Belə uşaqlar üçün ən vacib komponent mineral maddələridir.

Süni qidalandırma. Vaxtından əvvəl doğulmuşlara süni qidalandırmaya göstəriş tam ana südü və ya donor südü olmadıqda təyin olunur. Yarımçıq doğulmuşların qida rasionuna yalnız vaxtından əvvəl doğulmuşlar üçün nəzərdə tutulan sünu qidalar daxil edilməlidir. Onların qidalılıq dərəcəsi standart adaptasiya olunmuş qidalara nisbətən daha yüksək olur. Bu qidaların daxilinə üzünzəncirli yarımzənginləşdirilmiş yağ turşuları, nukleotidlər və oluqosaxaridlər daxil eidlir [12, 13].

Vaxtında doğulmuş uşaqlar üçün nəzərdə tutlan süni qidalar "arıq kütlə"nin daha ləng böyüməsinə, boyun ləng artmsaına səbəb olur (artım yalnız yağ toxumaları hessabına baş verir). yarımçıq doğulmuşların qidasına soyalı qidaları da daxil etmək tövsiyə olunmur, çünki ondakı maddələrin və mineralların həzmi çətinliklə baş verir.

Yarımçıq doğulmuşların tədricən standart qidalara keçirilməlidirilər. Xüsusi qidaların istifadə müddəti onun tərkibindəki zülalımn həcmindən asılıdır. Əgər zülalın çəkisi 100 ml-də 2,2 qramdırsa, ondan uşaqğın 2500 q-a çatana qədər istifadə etmək olar. Sonra tədricən standart qidalara keşmək olar, lakin xüsusi qida tamamilə rasiondan çıxarılmır. Daha bir neçə ay onun verilməsinə davam etmək lazımdır. Süni qidaların verilməsi müddəti hestasiyanın dövründən də asılıdır. Dərin yarımçıq doğulmuşların qidasinda xüsusi qidalar 6-9 aya qədər verilməlidir.

Yarımçıq doğulmuşların parenteral qidalandırılması. Enteral qidalandırma mümkün olmadıqda (həzm borusunun atreziyası, xoralı-

nekrotik enterokolit) və ya onun həcmi yarımçıq doğulmuş uşağın metabolik tələbatlarını təmin edə bilmədikdə parenteral qidalandırmaya keçmək tövsiyə olunur [25].

Beləliklə, yarımçıq doğulumşu uşağın qidası təyin olunduqda həkimin qarşısında sual durur: yetişməmiş körpəni nə ilə, nə zaman və necə qidalandırmaq. Öz tarıxını 100 ildən bundan əvvəl götürmüş bu problemə yanaşama hazırda münasibət köklü şəkildə dəyişmişdir. Hazırda yarımçıq doğulmuş uşaqların parenteral və zondla qidalandırılmasının yeni prinsipləri işlənib hazırlanmışdır. Vaxtından əvvəl doğuşdan sonra anada laktasiyanı saxlamaq mümkün olduqda onların qidalanmasına gücləndiricilər daxil edilir. Gücləndiricilərdən istifadə etmək mümkün olmadıqda yarımçıq doğulmuşları üçün xüsusi süni qidalardan istifadə olunur.

Beləliklə, yarımçıq doğulmuşların rasional qidalandırılması- onların anatomik- fizioloji xüsusiyyətlərinin dərindən öyrənilməsinə əsaslanırş bu zaman onların mübadilə proseslərini xüsusiyyətləri və perinatal patologiyaları nəzərə alınmalı, eləcə də bu qida rasionunu müasir qida teznologiyaları əsasında qurulmalıdır.

ЛИТЕРАТУРА

1. Grulee CG. Infant feeding. Philadelphia: W.B.Saunders, 1912
2. Скворцова В.А. Алгоритмы вскармливания недоношенных детей: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. М., 2002. 41 с.
3. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Яцык Г.В. и др. Вскармливание недоношенных детей //Лечащий врач. 2006, № 2, с. 64-68.
4. Нетребенко О. К. Некоторые эссенциальные микронутриенты в питании недоношенных детей. М., 2004. 136 с.
5. Dusik A.M., Poindexter B.B.., Ehenkranz R.A. et al. Growwth failure in the preterm infant: can we catch up? //Semin.Perinatol., 2003, v.27 (4), p.302-310.
6. Яцык Г.В. Особенности пищеварительной системы у недоношенных детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1980. 32 с.
7. Сударова О.А. Моторно-эвакуаторная функция желудка у недоношенных детей при различных видах вскармливания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1985. 23 с.
8. Berseth C.L. Effect of early feedings on maturation of the pretem infant`s small intestine // J.Pediatr., 1992, v. 120, p. 947-953.
9. Owners L., Burrin D., Berseth C.L. Enteral nutrion has a dose-response effecton maturation of neonatal canine motor activity / Gastroenterology, 1996, v.110, p. 828
10. Садырбаева З.С. Особенности липидного обмена у недоношенных детей при различных видах вскармливания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1982. 23 с.
11. Micheli J.L., Fawer C.L., Schutz Y. Protein requriment of the extremely low birthweight preterm infant / 43-rd Nestle Nutrition Workshop. Nutrition of the Very Low Birth Weight Infant. Warsaw, 1998, 30 p.
12. Lucas A. Clinical Nutrition of the Young Child. Feeding the preterm infants. New York, 1991, p. 311-355.
13. Koletzko B. Long chain polyunsaturated fatty acids in the diets of premature infants // Polyunsaturated fatty acids in human nutrition. Nestle Nutrition Workshop Series, 1992, v.28, p. 135- 142
14. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Лукоянова О.Л. и др. Современные тенденции проблемы вскармливания недоношенных детей //Вопр. совр. Педиатрии, 2005, № 2, с. 80-84
15. Lucas A. Nutrition, growth and development of postdischarge preterm infants. In: Posthospital nutrition in the preterm infant / Report of the 106th Ross Conference on Pediatric Research. 1996, p. 81-89
16. Lucas A., Fewtrell M.S., Morley R. et. Al Randomyzed trial of nutrient-enriched formula versus standard formula for post discchrge preterm infants // Pediatr., 2001, v.108 (3), p.703-711
17. Грибакин С.Г., Казакова С.Н., Андреева А.В. Значение нуклеотидов в питании детей грудного возраста // Вопр. Практ педиатрии, 2006, №1, с.70–74
18. Грибакин С.Г. Вскармливание недоношенных детей: история и современность // Педиатрия, 2009, №1, с.109-114
19. Mihatsch W.A., von Schoenach P., Dehne N. et al.Randomized multicenter trial of two different formulas for very early enteral feeding advanced in extremely-low birthweight infants // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr., 2001, v.33 (2), p.155–159.
20. Грибакин С.Г., Казакова С.Н., Андреева А.В. Значение нуклеотидов в питании детей грудного возраста //Вопр. практ. Педиатрии, 2006, №1, с.70–74
21. Leach J.L., Baxter J.H., Molitor B.E. et al. Total potentially available nucleosides of humans milk by stage of lactation // Am. J. Clin. Nutr., 1995, v.61, p.1224–1230
22. Carver J.D., Walker W.A. The role of nucleotides in human nutrition // Nutr. Biochem., 1995, v.6, p.58–72
23. Sellmayer A., Kolezko B. Long-chain polyunsaturated fatty acids and eicosanoids in infants — physiological and pathophysiological aspects and open questions // Lipids, 1999, v.34 (2), p.199–205
24. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Лукоянова О.Л. и др. Современные тенденции проблемы вскармливания недоношенных детей // Вопр. совр. Педиатрии, 2005, №2, с. 80-86
25. Пруткин М.Е. Протокол парентерального питания в практике отделения интенсивной терапии новорожденны // Вестник интенсивной терапии, 2004, №3

Резюме

Особенности вскармливания и состав питательного рациона глубоко недоношенных и экстремально маловесных детей

С.А.Алиева

При назначении питания недоношенному ребенку перед врачом стоят три непростых вопроса: чем, когда и как кормить такого незрелого младенца? История неонатальной нутрициологии насчитывает около 100 лет. За это время кардинально изменились подходы и возможности вскармливания преждевременно родившихся детей. Для детей, находящихся в критическом состоянии, разработаны принципы парентерального и зондового питания. В тех случаях, когда у матери после преждевременных родов удается сохранить лактацию, оправданным подходом является использование так называемых обогатителей ГМ. В тех же случаях, когда вскармливание ГМ не представляется возможным, важную роль играют «наукоемкие» продукты детского питания — специальные смеси для НД. Таким образом, рациональное вскармливание недоношенных детей базируется на знании их анатомо - физиологических особенностей, с учетом обменных процессов и наличия перинатальной патологии, а также строится на основе современных диетологических технологий.

Summary

The features feeding and nutrient composition of the diet extremely premature and extremely small babies

S.S.Aliyeva

During appointing premature baby to the doctor, there are three difficult questions: what, when and how to feed such an immature child? History Neonatal Nutrition has about 100 years. During this time, radically change the approach and the possibility of feeding premature babies. For children who are in critical condition, principles of parenteral and enteral nutrition. In cases where the mother after preterm birth can maintain lactation justifiable approach is to use so-called dressers GM. In those cases where the GM feeding is not possible, an important role is played by "knowledge-based" baby food - special mix for ND. Thus rational feeding premature babies is based on knowledge of their anatomy - physiology, including metabolism and the presence of perinatal pathology, and is based on modern nutritional technology.

Daxil olub:04.12.2012

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Н.Н.Ахундова

Научно Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии, г.Баку

Açar sözlər: boru- peritoneal sonsuzluq, diaqnostika, müalicə

Ключевые слова: трубно- перитонеальное бесплодие, диагностика, лечение

Keywords: tubal-peritoneal infertility, diagnosis, treatment

Проблема своевременной диагностики, установления этиологии сальпингитов, выявление изменении в иммунной и эндокринной системах во многом затрудняются особенностями современного течения воспалительного процесса - множественность источников инфекции, снижение значения в патогенезе хронического сальпингоофорита первичного возбудителя воспалительного процесса усилением роли частого вторичного инфицирования, первично хроническое течение заболевания со скудной клинической симптоматикой и выраженными анатомическими изменениями в очаге поражения [24,27]. В целях диагностики анатомического и функционального состояния маточных, труб при бесплодии используется ряд способов не столько конкурирующих, сколько дополняющих друг друга, которые различаются степенью инвазивности и информативности [5,9].

Наибольшее распространение в настоящее время получили методы контрастная ультразвуковая гистеросальпингография, гистеросальпингографии (лапараскопическая хромосальпингография, радиоизотопное исследование проходимости труб [1.2,3,4]. Перспективными методами, позволяющими в значительной степени уточнить состояние маточной трубы не только при наружном осмотре, но и оценить выраженность изменений (спайки, складки слизистой) непосредственно внутри трубы, являются сальпингоскопия, про водимая при лапароскопии, трансцервикальная фаллоскопия, селективная сальпингография и чрескатетерная реканализация труб [5.6,8,9,19,20,21.,22,23,24]. ГСГ позволяет получить информацию об анатомии маточной трубы маточной и перитубарной патологии. Метод впервые предложен М.И.Неменовым и получил широкое распространение в гинекологической практике [9,11]. Проходимость маточных труб устанавливается по попаданию рентген контрастного вещества в брюшную полость. ГСГ позволяет оценить размеры полости матки, рельеф слизистой оболочки, расположение, длину, ширину и контуры труб, признаки попадания контрастного вещества в брюшную полость и его расположения в ней (размазывание, осумкование и др.). С целью усовершенствования рентгенологического

метода были предложены рентгенокимография, кинорентгенография, рентгенотелевизионная ГСГ [14,15], рентгенофункциональная ГСГ с видеозаписью. Однако ГСГ имеет ряд недостатков, не позволяющих ограничиться её использованием в целях оценки проходимости маточных труб [4,9,12,13,14]. Так, временная блокада прохождения в интерстициальной части трубы может быть результатом слизистой пробки, фибринного сгустка или отёка слизистой, спазма или анатомического сужения. Возможны как ложноотрицательные результаты ГСГ так и ложноположительные. Одним из более совершенных рентгеновских методов является селективная сальпингография, про изводимая после, чрескатетерная реканализация маточных труб, выполняемые' с целью диагностики и лечения проксимальной обструкции. Недостаточная точность ГСГ, особенно при оценке проксимальной части трубы, стала, ещё более очевидной со времени появления лапароскопии. Так, по данным Stabile I.[36], только в 58% случаев эндоскопическое исследование подтвердило заключение ГСГ об отсутствии значительных изменений слизистой маточных труб у пациенток обследовавшихся для микрохирургических вмешательств. В 42% наблюдений выявлены значительные повреждения слизистой.

Таким образом, результаты использования рентгенологических методов для оценки проходимости труб и состояния слизистой оболочки во многих случаях являются ошибочными. Это затрудняет выбор дальнейшей тактики лечения и снижает его эффективность. С целью визуализации просвета труб, особенно, проксимального отдела, в последнее время предложен метод трансцервикальной фаллоскопии [34]. Сущность метода заключается в трансцервикальной катетеризации устьев маточных труб и визуальном осмотре их проксимальных отделов. Трансвагинальная трубная катетеризация выполняется с помощью гистероскопических, ультразвуковых, тактильных или фаллоскопических методов. Фаллоскопический метод (использование направляемого фаллоскопа с помощью миниатюрных инверсионных катетеров) отличается от других тем, что позволяет визуально подтвердить катетеризацию трубы и идентифицировать интралюминарную патологию. Однако этот метод пока применяется, ограниченно, т.к. требует дорогостоящего оборудования и позволяет оценить лишь проксимальнй отдел трубы. Несовпадение результатов ГСГ и фаллоскопии в 23-25% случаев, высокая информативность, этого метода для оценки проксимального отдела труб и возможность его лечебного применения позволили Stabile I. et. al. [36] рекомендовать обязательное использование метода при трубном бесплодии. Для оценки состояния устьев маточных труб и эндометрия может использоваться диагностическая гистероскопия.

Целесообразность использования этого метода подтверждается данными Т.Я.Пшеничниковой и [3] и тем, что при гистероскопии у пациенток с бесплодием часто обнаруживают патологию эндометрия (в половине случаев на опыте 8 000 гистероскопий). Т.Я.Пшеничникова [3] выявила у 16,2% пациенток с трубным фактором бесплодия очаговую гиперплазию эндометрия, у 13,8% полипы эндометрия. Попытки удалить их без контроля гистероскопии в большинстве случаев оказывались неудачными. Исследования [9] также подтверждают значение гистероскопий в диагностике бесплодия. Возможность использовать лапароскопию для оценки состояния маточных труб и их проходимости появилась после усовершенствования метода, предложенного Д.О. Оттом. В развитие метода большой вклад внесли как отечественные [5,15,38] и другие, так и зарубежные учёные [39,40,41,42]. Сегодня лапароскопия играет важную роль в обследовании больных, страдающих бесплодием, так как позволяет не только визуально обследовать органы малого таза, но и оценить проходимость маточных труб, состояние их стенки, мышечную активность, подвижность труб и фимбрий [3,15,16,17,38]. Информативность лапароскопии в данной случае является максимальной, учитывая возможности современной техники не только увидеть, но и осуществить запись изображения на видеопленку, что позволяет в дальнейшем проводить динамический контроль за эффективностью лечения. Современные достижения эндоскопии производят революцию в практике гинекологов, радикально меняя образ мыслей, диагностические возможности и методики оперативных вмешательств [43]. Достижения эндоскопии последних лет, тесно, связанные с техническим прогрессом использование волоконной оптики, видео-техники, электрохирургии, хирургических лазеров, изобретение новых инструментов), обеспечивают возможность не только проведения диагностических процедур но и выполнения лапароскопически большинства

вмешательств, связанных с лечением бесплодия, для которых ранее требовалась лапаротомия.

В настоящее время выделяются три основных направления лапароскопических исследований: диагностическое, лечебное и контрольное [18,19,20.21,38]. Лечебная лапароскопия может быть консервативной и оперативной, дополнение лапароскопии другими инструментальными методами привело к понятиям комбинированной и оперативной, лапароскопии [38]. Во время лапароскопии можно при необходимости произвести сальпингоскопию для определения складчатости труб, состояния эндосальпинкса [30,34,35,36] В.И.Кулаков и соавт. [27] особую роль придают ранней контрольной лапароскопии после реконструктивных операций на маточных трубах, которая позволяет судить о результатах хирургического лечения, помогает выбрать метод восстановительного лечения и проводить коррекцию нарушений (разделение спаек, санация брюшной полости и др.). По мнению авторов, эндоскопическая методика операций при некоторых видах трубного бесплодия (гидросальпинксы) по эффективности превосходит микрохирургическую технику [28,29]. Оценка анатомо-функционального состояния, маточных труб при лапароскопии имеет большое значение как для установления проходимости маточных труб и уровня их окклюзии несовпадение результатов ГСГ и хромогидротубации при лапароскопии отмечается многими авторами, особенно при поражении проксимального отдела труб, так и для решения вопроса о возможности проведения реконструктивно-пластических операций /38/ или экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) [33,44,]. При сравнении с ГСГ хромогидротубация при лапароскопии не имеет ложноположительных результатов, а количество ложно -отрицательных результатов невелико. Наиболее распространёнными лапароскопическими операциями при бесплодии являются сальпинголизис и овариолизис биопсия яичников с целью оценки гистологической структуры ткани, фимбриопластика, сальпингостомия, пункция кист яичников, резекция яичников (при сочетанных формах бесплодия) [18,25,38,45]. Частота наступления беременности после различных лапароскопических операций составляет 19-47% (после сальпингоовариолизиса – 41%, после сальпингостомии – 19%, зндокоагуляции очагов эндометриоза – 34%, клиновидной резекции яичников – 47%, удаления кист яичников – 39%) [8].

Таким образом, использование лапароскопии, в клинике бесплодия позволяет одновременно решить несколько проблем (диагностика, выбор метода лечения, проведение оперативных манипуляций, отбор пациенток для ЭКО), не причиняя значительной травмы тканям и не требуя длительной госпитализации и восстановительного лечения пациенток. Значительными преимуществами лапароскопического доступа являются уменьшение длительности операции и наркоза, возможность выбора анестезиологического пособия (от внутривенного обезболивания до эндотрахеального наркоза) [27,28], уменьшение (кровопотери и операционной травмы, максимальное щажение интактных тканей, небольшая вероятность развития послеоперационных спаек, лёгкое течение послеоперационного периода [15]. В настоящее время лапароскопические операции приобрели наибольшую ценность в области репродуктивной хирургии (бесплодие, невынашивание беременности), и в связи с недостаточной эффективностью традиционных методов хирургического лечения /8/. Однако, несмотря на большое количество публикаций данные о критериях подбора больных, выборе адекватного объёма операции, об особенностях различных хирургических приемов лапароскопии требуют дальнейшей доработки [8]. Прогноз терапии, при трубно-перитонеальном бесплодии зависит как от своевременности диагностики, так и от полноценности этиопатогенетической терапии хронических сальпингоофоритов. Лечение больных с воспалительными процессами в придатках матки далеко не всегда оказывается адекватным. Во многих случаях это определяется стёртым течением заболевания и недостаточно полноценным обследованием для выявления этиологического фактора [39,46,50,51].

Несмотря на высокий процент 80,3% (собственные наблюдения восстановления проходимости маточных труб при использовании эндохирургии и что согласуется с данными литературы, частот наступления беременности, в среднем составляет 18-35%. Результат восстановления репродуктивной функции после реконструктивно-пластически операции свидетельствуют о том, что проблема эндоскопической коррекци трубно-перитонеального бесплодия (ТПБ) требует дальнейшего изучения в плане определения максимального терапевтического потенциала

эндоскопической хирургии при различных проявлениях ТПБ.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ ПАТОЛОГИИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. Одним из возможных факторов бесплодия является внутриматочная патология. Частота обнаружения внутриматочной патологии в клинике женского бесплодия колеблется в довольно широких пределах: от 8,5% до 62% по данным различных авторов [2,5]. В доступной литературе имеются работы, касающиеся частоты и структуры внутриматочной патологии у пациенток с бесплодием различного генеза. Так у пациенток с перитонеальным фактором бесплодия патология эндометрия обнаружена в 44,3% случаев [2]. Наиболее часто встречается такая патология как полип эндометрия (20,3%). Субмукозная миома матки обнаружена, в этой группе у 1;7%, хронический эндометрит - 0,9%. Другим автором также выявлена высокая частота встречаемости внутриматочной патологии у женщин с бесплодием неясного генеза - 37% [33]. В этой группе исследования также наиболее частой патологией были полип эндометрия и гиперплазия эндометрия (15,5% и 9,5% соответственно).При обследовании пациенток с бесплодием и поликистозными яичниками в 89% случаев были выявлены патологические изменения эндометрия, причем превалирующей патологией были гиперпластические процессы - 53,9% [3,25]. Довольно частой и единственной жалобой этих больных является бесплодие [26,34,43,47] и только при тщательном сборе анамнеза можно выяснить, что многие из них отмечают наличие мажущих, кровянистых выделений до/после менструации и в период овуляторный период менструального цикла. Пациентки с бесплодием и рецидивирующим полипозом и гиперплазией эндометрия и как правило с нарушением менструального цикла, нередко отмечают наличие маточных ановуляторных кровотечений [28,39]. Ряд авторов у данного контингента больных отмечает наличие дисменореи и обильных менструаций - до 42% [40,41,43,52].

Гистеросальпингографию следует рассматривать как рутинный, скрининговый метод исследования, используемый на первом этапе обследования пациенток с бесплодием. Диагностическая точность ГСГ при различных патологических состояниях эндометрия колеблется от 41 до 88%. В клинике женского бесплодия для диагностики патологии матки и эндометрия все более широкое применение находит метод ультразвукового исследования (УЗИ) [21,23,24,25,44]. УЗИ широко применяется для диагностики аномалий развития матки, миомы матки, аденомиоза. Согласно данным литературы УЗИ позволяет практически со 100% точностью выявить аплазии матки и влагалища, диагностировать удвоение матки и внутриматочную перегородку. Однако, диагностика других патологии достаточно затруднена и для выявления или уточнения последних часто необходимо применение рентгенологических и/или эндоскопических методов исследования [33,36,44,45]. Точность эхографии в диагностике миомы матки колеблется от 61% [67] до 95% [43] и в среднем составляет 80-88% [36]. Эхографическая диагностика внутреннего эндометриоза также затруднена и требует определенного опыта исследователя. Частота выявления эндометриоза в среднем составляет 65-68%, причем начальная форма эндометриоза при УЗИ диагностируется лишь в 20% случаев [23,24]. Для установления патологии эндометрия УЗИ следует проводить в первые дни после менструации. М-эхо в этот период либо не определяется, либо изображено в виде тонкой полоски. В случае повышения эхогенности в зоне расположения М-эха, появления эхонегативного ободка «хало» - можно диагностировать патологию эндометрия. Точность ультразвуковой диагностики патологии эндометрия достаточно высока и оставляет 70-88% [60,63]. Вместе с тем, менее надежные результаты, полученные при дифференциации различных видов патологии эндометрия. В ряде случаев возникают значительные трудности при дифференциации полипов инебольших субмукозных узлов; различных видов гиперпластических процессов эндометрия, особенно имеющих очаговый характер или расположенных в области одного из углов матки [30,43]. Для диагностики и дифференциальной диагностики в клинике женского бесплодия в последние годы все более широкое применение находит метод гистероскопии (ГС) [29,30,31,32,33,34,35,43,46,47]. ГС представляет собой прямое визуальное исследование полости матки с использованием панорамной и контактной методики. В настоящее время существует множество модификаций гистероскопов (панорамный, контактный, микрокольпогистероскоп, гибкий гистероскоп), позволяющих диагностировать внутриматочную патологию. Значительным преимуществом современной ГС является возможность не только диагностировать, но и производить оперативные вмешательства с помощью специального инструментария

(ножницы, щипцы, коагуляторы, резектоскоп, лазерный луч). Для решения вопроса о значимости гистероскопии в обследовании пациенток с бесплодием, было проведено многоцентровое исследование в рамках программы по репродукции человека ВОЗ. Результаты этого исследования выявили высокую степень патологии, обнаруженную при ГС у женщин с различными факторами бесплодия. Внутри маточная патология из 612 «газовых» ГС проведенных у женщин с бесплодием, была выявлена в 43% случаев. Самыми частыми видами внутриматочной патологии оказались внутриматочные синехии 11 % и гиперплазия эндометрия 11 %. Практически с одинаковой частотой обнаруживались полипы эндометрия у 9,1 % пациенток и субмукозные миомы у 8,2% пациенток. Следует отметить, что в случаях обнаружения полипов, синехий и субмукозных миом, диагноз был абсолютно точен и подтвержден при гистологическом исследовании, тогда как гиперплазия эндометрия получила гистологическое подтверждение лишь в 42% случаев. В 4% случаев были выявлены пороки развития матки.Подводя итоги проведенных многоцентровых исследований, авторы считают, что ГС является ценным скрининговьм диагностическим методом для обнаружения внутриматочной патологии у пациенток с бесплодием. Весьма интересные исследования проведены Filippini F., [25] который обследовал гистероскопически 126 пациенток с бесплодием и 73 фертильных женщин. Выявлена существенная связь между состоянием устьев маточных труб и бесплодием ($p<0,002$). Аномалии устьев включают: отсутствие чашеобразной формы расширением полости матки, сужение устьев в диаметре и полная окклюзия устьев. Эти находки могут, по видимому, объяснить некоторые случаи «необъяснимого» бесплодия [27].

Таким образом, анализ доступной литературы продемонстрировал фактически единое мнение авторов о необходимости и эффективности про ведения ГС с целью диагностики и лечения внутриматочной патологии в клинике женского бесплодия.Общеизвестно, что гистологическое исследование эндометрия является важным диагностическим тестом у пациенток с бесплодием не только для выявления патологии эндометрия, но и для косвенной оценки функции желтого тела по признакам подготовленности эндометрия к имплантации бластоцисты [39,40,45,53]. Очевидно, патологические изменения эндометрия могут быть причиной отсутствия наступления беременности при имплантации эмбриона, что имеет большое значение как для наступления беременности и при ЭКО. В настоящее время далеко не все специалисты, занимающиеся проблемой бесплодного брака считают, что при обследовании женщин с бесплодием, рутинное диагностическое выскабливание должно быть заменено ГС и прицельной биопсией или последующим выскабливанием. Доказательством этому служат исследования Noci et. al. [84] которые отметили, что в 10-15% случаев гистологическое исследование эндометрия, полученное при слепом выскабливании, дает ложноотрицательный результат. Ими при ГС обнаружен высокий процент явно пропущенных патологических состояний полости матки (субмукозная миома) у пациенток, которым ранее производилось только выскабливание. Особенно важно проведение ГС с придельной биопсией или доследующим выскабливанием при подозрении на гиперпластические процессы, полипы, субмукозную миому матки: ГС позволяет точно определить локализацию очага [19,26,27,34,38,39]. Другим важным вопросом тактики ведения при эндоскопическом обследовании пациенток с бесплодием на сегодняшний день является вопрос о необходимости одновременного проведения таких диагностических процедур как ГС и лапароскопия (ЛС). Комбинация ГС и ЛС наиболее полезна в определении причины бесплодия, хотя данная тактика не нашла широкого применения в практическом здравоохранении в нашей стране [30,34,41]. При одновременном про ведении обеих процедур у 505 пациенток с бесплодием, обнаружили наличие патологии органов малого таза у 322 пациенток; из них у 141 пациентки (43,7%) в сочетании с внутриматочной патологией, у 182 (56,3%) гистероскопически патологии не выявлено. В клинике женского бесплодия и не вынашивания беременности последние десятилетия наиболее широкое распространение получили такие гистероскопические операции как рассечение внутриматочных перегородок, внутриматочных синехий [22,23,24]. Известно, что 20% женщин с внутриматочной перегородкой имеют проблемы с зачатием и вынашиванием беременности. Причина может заключаться в имплантации эмбриона на бессосудистой перегородке, которая не способна поддерживать адекватное развитие эмбриона [21]. На этапе поликлинического обследования

пациенткам с внутриматочной перегородкой необходимо проведение скрининговых методов (УЗИ, ГСГ), в сложных случаях желательно выполнить магнитно-резонансную томографию (МРТ), которая позволяет определить и измерить наружные и внутренние контуры матки, толщину и длину внутриматочной перегородки. Одновременно и обязательно проводимые гистероскопия и лапароскопия дают возможность в 100% случаев поставить точный диагноз внутриматочой перегородки и паралельно оценить состояние маточных труб, яичников. Гистероскопическое рассечение внутриматочной перегородки может заменить трансабдоминальную метропластику и значительно расширить показания к операции. Частота нормальных родов после гистероскопической пластики по данным различных авторов составляет 70-80% [23]. Другой, нередкой внутриматочной патологией, встречаемой в клинике женского бесплодия и не вынашивания беременности является внутриматочные синехии. Клинические проявления внутриматочных синехий включают: нарушение менструальной функции по типу гипоменорреи или аменореи, не вынашивание беременности, неразвивающаяся беременность, неправильное прикрепление плаценты и наконец бесплодие. Самым частым симптомом внутриматочных синехий является изменение характера менструаций. При обследовании пациенток с бесплодием было обнаружено наличие внутриматочных сращений в 21,4% случаев причем в 3,7-15,5% у пациенток с первичным бесплодием и 32,6-41,7% у пациенток с вторичным бесплодием. Важным преимуществом гистероскопического рассечения синехий является возможности точного рассечения только синехий без (травмы остального нормального эндометрия. Миома матки относится к числу наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей и диагностируется у 20-25% женщин репродуктивного возраста, что заставляет гинекологов решать вопрос о проведении органосохраняющей операции [15,16,27,28,29, 30,31]. Субмукозная локализация узлов наблюдается у 20-32% больных миомой [12,13] и у большинства является показанием к хирургическому лечению вследствии выраженной клинической симптоматики (длительные, обильные менструации и метроррагии, анемизирующие больную, бесплодие или невынашивание беременности, быстрый рост опухоли), а также болевого синдрома [12,13,14,15,16,17,18]. До появления гистероскопических технологий основными видами хирургических пособий при субмукозной локализации узла были гистеротомия с энуклеацией (консервативная миомэктомия) и субтотальная/тотальная гистерэктомия [23,24,27,29,33,39,41].

Относительно редко, в случае рождения узла, его удаляли путем откручивания. На сегодняшний день гистероскопическое удаление субмукозных миоматозных узлов является органосохраняющей операцией, альтернативной гистеротомии и гистерэктомии, что особенно ценно для женщин репродуктивного возраста [11,12,13,26,27,29,31,37,38,39,42,44,45]. Для удаления узла можно использовать биопсийные ножницы, резектоскоп, режущую петлю, лазерный луч. Большинство авторов рекомендует проведение ЛС, особенно если планируется удаление узла на широком основании. В этих случаях ЛС позволяет избежать термического поражения кишечника и мочевого пузыря. В настоящее время, до удаления субмукозного миоматозного узла на широком основании проводится терапия агонистамирелизинг гормонов в течении 8 недель, что позволяет уменьшить объем полости матки и величину узла от 52 до 77% и объем кровопотери. В клинике женского бесплодия возможно также использование ГС для конюлизации маточных труб [33,39,41]. Маргиани Ф.А [30] описывает технику тубоскопии. Он использовал миниатюрные эндоскопы, которые вводили в маточные трубы под контролем панорамного гистероскопа. Тубоскопия позволяет оценить слизистую оболочку маточных труб: перестальтику, складки слизистой и возможно, наличие внутритрубных полипов, наличие внутритрубных синехий. Это в свою очередь, позволяет предположить эффективность микрохирургических операции на трубах. Все это предполагает перспективное развитие ГС в клинике женского бесплодия. Недавнее развитие нового эндоскопа, микрокольпогистероскопа, является новым, оригинальным методом в ГС. Этот инструмент выполняет процедуру, являющуюся, промежуточным звеном меж цитологией, кольпоскопией, биопсией и ГС. Микрогистероскопия может найти применение в программе IFV. Микрокольпоскопию используют для осмотра зоны трансформации шейки матки, что позволяет идентифицировать участки атипии и производить прицельную биопсию. Микрогистероскопия позволит оценить состояние эндометрия в преимплантационной фазе цикла у пациенток

при переносе эмбриона, у пациенток, прошедших оплодотворение in vitro, а также у пациенток с бесплодием неясного генеза [28,47]. Однако эти показания на сегодняшний день предположительные. Из приведенных выше данных следует насколько широки и перспективны диагностические и лечебные возможности ГС в клинике женского бесплодия.

ЛИТЕРАТУРА

1.Кулаков В.И. Бесплодный брак. М: ГЭОТАР-Медиа 2005, 616 с.

2.Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения, перспективы // Пробл репрод., 1999, №2, с.6-9.

3.Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. М: Медицина, 1991, 320с.

4.Краснопольская К.В., Штыров С.В., Бугеренко А.Е., Чеченова Ф.К. Хирургическое лечение трубного бесплодия // Пробл репрод., 2000, №4, с.31-35.

5.Алдангарова Г.А. Лапароскопическая коррекция трубно-перитонеального бесплодия / Московский Международныйконгресс по эндоскопической хирургии, 2-й: Тезисы. М., 1997, с.126-128.

6.Петровский В., Крылов В.С. Микрохирургия. М.: Медицина, 1976, 187с.

7. Fredricsson B., Rosenborg L. Surgical correction of female infertility. An analisis of results and failures in 101 cases // Acta Obstet GynecolScand., 1986, 65, v.5, p.421-425.

8.Кулаков В.И., Волков Н.И., Маргиани Ф.А. Использование лапароскопии при лечении трубно-перитонеального бесплодия / Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщины: Тезисы. М: Academia, 2000,121-124.

9.Пшеничникова Т.Я., Сухих Г.Т. Бесплодный брак // Акуш и гинекол., 1994, v.4, p.57-58.

10. Healy D., Trounson A.O., Andersen A.N. Female infertility: courseand treatment //Lancet. 1994? v.343, p.1539—1544.

11.Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. Значение лапароскопии в клинике бесплодия: структура и частота патологии; эффективность лечения // Пробл репрод., 1996, v.2, p.35—37.

12.Савельева Г.М., Краснопольская К.В., Штыров С.В., БугеренкоА.Е. Альтернативные методы преодоления трубно-перитонеального бесплодия // Акуш и гинекол., 2002, №2, с.10-13.

13.Бронштейн А.С., Ривкин В.А. Малоинвазивная хирургия. М.: Лаком, 1998, 310с.

14. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. М.: Медицина 1995, 184 с.

15.Воробьева О.А., Корсак В.С. История создания и основные принципы технологии ЭКО // Пробл репрод., 1997, №1, с.46—50.

16.Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы). М., 2000.

17.Краснопольская К.В., Штыров С.В., Мачанските О.В., Чеченова Ф.Н. Исходы реконструктивно-пластических операций при трубно-перитонеальном факторе бесплодия // Пробл репрод., 2001, №3, с.12-15.

18. Rainsbury P.A., Viniker D.A. A Practical Guide to Reproductive Medicine. – New York, 1997.

19. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии. М.: Медицина, 2000, с.226-240.

20. Гаспаров А.С., Осенин А.А., Цраева И.Б., Яшкулова С.Б. Диагностика и терапия трубно-перитонеального фактора бесплодия у женщин // Акуш и гинекол., 1997, №3, с.20-21.

21. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Назаренко Т.А. Эндоскопия в сохранении и восстановлении репродуктивной функции. М., 2000.

22. Гладышев В.Ю., Мацуев А.И., Липовка В.И. Лечение перитонеальной формы бесплодия с использованием оперативной лапароскопии // Акуш и гинекол., 1987, №11, с.47-48.

23. Казаков Б.И., Пигарев В.Н., Магерламов О.А. Оценка эффективности лапароскопической сальпингостоматопластики при лечении бесплодия трубного генеза // Проблемы эндоскопии в гинекологии, 1995, с.10—11.

24. Корнеева И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. М., 2003, с.38.

25. Filippini F., Darai E., Benifla J.L. et al. Distal tubal surgery: a critical rewiew of laparoscopic distal tuboplasties // J Gynecol Obstet Biol Reprod., 1996, v.25, N5, p.471-478.

26. Fraser I.S., Petrucco O.M. Guidelines for training in advanced laparoscopy // Gynecol Endoscopy, 1994, v.3, p.133—134.

27. Кулаков В.И., Маргиани Ф.А., Назаренко Т.А. и др. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов // Акуш и гинекол., 2001, №3, с.33-36.

28.Кулаков В.И. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. М: ПАНТОРИ 2002.

29.Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Акуш и гинекол., 2002, №2, с.4-7.

30.Маргиани Ф.А. Роль эндоскопической хирургии в диагностике и лечении различных форм женского бесплодия // Пробл репрод., 2003, №1, с.61-64.

31.Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки (этиология, патогенез и профилактика). М.: Медицина, 1998, 528с.

32.Клюкина А.С., Егоров В.И., Коршунов М.Ю. Отдаленные результаты лапароскопических операций при лечении трубно- перитонеального бесплодия. СПб, 1998,118 с.

33.Здановский В.М., Фандеева Л.В. Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом // Пробл репрод., 2000, №3, с.48-49.

34.Краснопольская К.В., Калугина А.С. Длительность непроходимости маточных труб и

эффективность программ ЭКО // Акуш и гинекол., 1999, №6, с.31-33.

35.Медведева Е.Н., Пехото О.К. Лечение трубно-перитонеального бесплодия в условиях регионального центра планирования семьи. М.: 2006, с.45—46.

36. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е., Зурабиани З.Р. Лапароскопия в оперативной гинекологии. // Акуш и гинекол., 1990, №10, с.69-74.

37.Цой А.С. Значение лапароскопии в восстановлении фертильности при женском бесплодии // Пробл репрод., 1996, №4, с.39-41.

38.Aboulghar M.A., Mansour R.T., Serour G.I. Controversies in the modern management of hydrosalpinx // Hum Reprod., 1998, №4, p.882—890.

39.Bontis J.N., Dinas K.D. Management of hydrosalpinx: reconstructive surgery or IVF? // Ann NY Acad Sci., 2000, v.9, p.260—271.

40.Цраева И.Б., Волков Н.И., Корнеева И.Е., Камилова Д.П. Роль оперативной лапароскопии в восстановлении репродуктивной функции у женщин с трубной беременностью // Пробл репрод., 1999, №2,с.45-47.

41.Pouly I.L., Mahnes H., Mage G. et al. Conservative laparoscopic treatment of 321 ectopic pregnancies // Fertil Steril., 1986, v.46, N6, p.1093—1097.28

42.Reich H., Johns D.A., De Caprio et al. Laparoscopic treatment of 109 consecutive ectopic pregnancies // J Reprod Med., 1988, v.33, p.885—889.

43.Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Стрижакова М.А., Клиндухов И.А. Внематочная беременность // Вопр гинекол акуш и перинатол., 2003, №2, с.45-55.

44.Lavy G., Diamond M.P., De Cherney A.H. Ectopic pregnancy: its relationship to tubal reconstructive surgery // Fertil Steril., 1987, v.47, p.543-556.

45. Lundorff P., Thorburn J., Lindblom B. Fertility out come after utcome after conservative surgery treatment of ectopic pregnancy // Fertil Steril., 1992, v.57, p.998-1002.

46.Ory S.J., Nnadi E., Hermann R. et al. Fertility after ectopic pregnancy // Fertil Steril., 1993, v.60, p.231-235.

47.Stabile I. Ectopic pregnancy: diagnosis and management. Cambridge: University Press, 1997, 160p.

48.Vermesh M., Silva P.D., Rosen G.F. et al. Management of unruptured ectopic gestation by linear salpingostomy: a prospective randomized clinical trial of laparoscopy versus laparotomy // Obstet Gynecol., 1989, v.73, p.400—404.

49.Strandell A., Thorburn J., Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction // Fertil Steril., 1999, v.71, p.282-286.

50. Rantala M., Makinen J. Tubal patency and fertility outcome after expectant management of ectopic pregnancy // Fertil Steril., 1997, v.68, p.1043—1046.

51. Barmat L.I., Rauch E., Spandorfer S. et al. The effect of hydrosalpinges on IVF-ET outcome // J Ass. Reprod Genet., 1999, v.16, p.350—354.

52. Sharara F.I., Scott R.T., Marut E.L., Queenan J.T.Jr. In vitro fertilization outcome in women with hydrosalpinx // Hum Rreprod., 1996, v.11, p.526—530.

53. Shelton K., Butler L., Toner J.P. et al. Salpingectomy improves the pregnancy rate in in-vitro fertilization patients with hydrosalpinx // Hum Reprod., 1996, v.11, p.523-525.

Xülasə

Boru- peritoneal sonsuzluğun diaqnostikasi

N.N.Axundova

Salpinhitlərin vaxtında diaqnotsikası və etiologiyasının təyin olunması, immun və endokrin sistemdə baş verən pozuntuların aşkar edilməsi bir çox hallarda iltihabi proseslərin gedişatının müasir xisusiyyətləri baxımından- infeksiyalaraın çoxluğu, ilkin törədicinin xronik salpinhooforitin patogenerzində rolunun aşağı düşməsi, ikincili infeksiyanın kəskinləşməsi, ilkin iltihabi prosesin klinik simptomatikasının zəif olması və zədə ocağında anatomik dəyişikliklərin qabarıqlılğı baxımından çətinləşir. Sonsuzluq zamanı uşaqlıq borularının anatomik və funksional pozuntularının aşkar edilməsi məqsədilə daha çox bir- biri ilə rəqabətdə olan müayinə metodlarından deyil, bir- birini tamamlayan müayinə metodlarından istifadə olunur. Onlar bir- birilərindən invazivlik və informativlik baxımından fərqli olurlar.

Summary

Diagnosis and treatment of tubal-peritoneal infertility

N.N. Akhundova

The problem of timely diagnosis, establish the etiology of salpingitis, identifying changes in the immune and endocrine systems in many difficult features contemporary course of the inflammatory process - the multiplicity of sources of infection, decrease the value in the pathogenesis of chronic salpingoophoritis primary pathogen amplification of the inflammatory process as part of a secondary infection, primary chronic disease with poor clinical symptoms and severe anatomical changes in the lesion . For diagnostic purposes, the anatomical and functional status of uterine, tubes infertility uses a number of ways not so much competing as complementary, which differ in the degree of invasiveness and informative.

Daxil olub:25.12.2012

АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АПОПТОЗ

Ф.Х.Саидова, Л.М.Ахмедова
НЦХ им. Топчибашева, АзГИУВ им.А.Алиева, г. Баку

(часть II)

Açar sözlər: autoimmun xəstəliklər, qalxanvari vəzi, apoptoz
Ключевые слова: аутоиммунные заболевания, щитовидная железа, апоптоз
Keywords: autoimmune diseases, thyroid gland, apoptosis

Основой аутоиммунных заболеваний (АЗ) служат повышенные иммунные реакции на молекулярные компоненты собственных клеток, тканей и органов, которые выступают в роли антигенов. Эти реакции возникают и поддерживают путем нарушения распознавания «своих» молекул клетками системы иммунитета, поэтому образуются аутоантитела и сенсибилизированные Т-лимфоциты [1,2].

Для развития АЗ необходим ряд условий:

·генетическая предрасположенность, ассоциированная с генами HLA-системы;

·наличие неблагоприятных химических, физических факторов;

·воздействие тропных к клеткам-мишеням агентов (например, вирусов, имеющих общие эпитопы с аутологичными органоспецифическими молекулами – гормонами, ферментами, цитокинами и др.).

Только сочетание, комбинация этих условий обеспечивает развитие АЗ.

Накопление высокоспецифичных аутореактивных клонов Т- и В-лимфоцитов в связи со стимуляцией (вирус + аутоантиген) единичных, всегда персистирующих аутоспецифических клеток, служит основной развития аутоиммунных реакций [1]. Такие Т-лимфоциты, несущие малоспецифичные рецепторы, существуют в норме. Однако, даже если проникают и входят в контакт с клетками – например, эндокринных органов, то подвергаются апоптозу (программированная клеточная смерть). Дело в том, что клетки «забаръерных органов», к которым относится эпителий желез, несут на поверхности (лиганд для Fas-рецептора CD95), который при взаимодействии с рецепторами CD95 на Т-лимфоците вызывает его апоптоз. Если клетки эндокринных органов по какой-то причине (возможно, из-за иммуномодуляции вирусом) утрачивают CD95 (это наблюдается при тироидите Хашимото), то могут разрушаться аутореактивными Т-лимфоцитами [3].

Однако роль апоптоза этим не ограничивается. При дополнительной стимуляции Т-лимфоцитов вирусными, бактериальными антигенами или лекарствами и химическими веществами – гаптенами, они пролиферируют и могут оказывать апоптический эффект на клетки эпителия [1,3].

Поэтому антигенная мимикрия аутоантигена и антигена-стимулятора, с одной стороны, и резистентность к апоптозу Т-лимфоцитов из-за их дополнительной стимуляции, или повышение чувствительности к апоптозу клетки-мишени, с другой – слагаемые условия ее разрушения.

Следующей причиной (или следствием) АЗ может быть *изменение соотношения Тх 1 и Тх 2*. Функция одной из этих конкурирующих субпопуляций может угнетаться за счет апоптоза или, наоборот, активироваться в связи с внешними антигенными воздействиями, в том числе вирусными. Активация Тх 1 ведет к появлению γ -интерферона, усиливающего функцию ЕК, макрофагов и экспрессию HLA-DR антигенов, например, на клетках желез (β-клетки поджелудочной железы, тироциты и др.), которые становятся антигенпредставляющими, что стимулирует ответ на аутоантигены. С другой стороны, те же Тх 1 выделяют β-трансформирующий фактор роста, подавляющий аутоаллергическое воспаление. Индукция экспрессии HLA-антигенов на клетках-мишенях при АЗ происходит под влиянием цитокинов, γ -интерферона и др., и поэтому носит скорее вторичный характер [1,4].

В норме толерантность иногда поддерживается низкой дозой потенциального антигена, как наблюдается, например, в случае с тироглобулином щитовидной железы (ЩЖ). Эта низкодозовая толерантность обусловлена комплексом супрессорных механизмов, в том числе наличием *антиидиотипов антител и антирецепторов*, направленных против немногих потенциально аутореактивных Т- и В-клеток. Толерантность также обусловлена конкурентными взаимоотношениями Тх 1 и Тх 2, цитокинами и лиганд-рецепторными взаимодействиями разных популяций клеток СИ, конечными продуктами иммунной реакции, например, lgG-антителами [1].

Фоном, на котором возникают аутоиммунные реакции, нередко служат скрытые или явные иммунодефициты. Инфекты (вирусы, бактерии) могут вызывать апоптоз

одной из оппозитивно реагирующих субпопуляций Т-лимфоцитов хелперов первого и второго типа, в результате сохранившаяся субпопуляция приобретает преимущества и поликлонально гиперстимулируется антигенами, запуская преимущественно гуморальные (Тх 2) или клеточные (Тх 1) реакции, а в итоге воспаление, вовлекающее другие лейкоциты [1,2].

Аутоиммунная реакция может быть направлена против антигенов, локализованных только в одном органе (ткани) или же представленных более широко во многих органах. Поэтому по распространенности процесса аутоиммунные заболевания делят на *органоспецифические и неорганоспецифические* (системные). Примерами первых являются пернициозная анемия, тироидит Хашимото, болезнь Аддисона и др. К системным относят коллагенозы, при которых процесс может локализоваться в соединительной ткани различных органов [1,2].

Одним из характерных признаков АЗ принято считать наличие в крови антител против соответствующих аутоантигенов.

При АЗ обнаружены антитела, реагирующие с различными антигенами. Одни из них являются органо- и тканеспецифическими и взаимодействуют с антигенами того или другого органа (например, с антигенами клеток щитовидной железы при аутоиммунном тироидите).

Поскольку практически любые структуры клеток могут быть антигенами, специфичность антител весьма разнообразна. Различают антитела, направленные против антигенов поверхности клетки, ядра, цитоплазмы и против различных органоидов, находящихся в клетке (микросом, митохондрий и др.) [4].

Аутоантитела *против рецепторов* клеток, связывающих гормоны и другие биологически активные молекулы-регуляторы, очевидно, являются одними из важнейших в патогенезе АЗ. Они могут существенно усиливать или угнетать функции определенных клеток, влияя на продукцию соответствующих факторов. Так действуют тиростимулирующие антитела.

Причиной иммунопатологии могут быть аутоантитела против любых биологически активных соединений медиаторов, ферментов, витаминов, гормонов, цитокинов. Связывая соответствующее вещество, они угнетают его физиологическую активность[1].

Антитела к тироглобулину выявляют у большинства больных аутоиммунным тироидитом, первичном гипертироидизме (болезнь Грейвса), при ревматоидном артрите и раке щитовидной железы.

Антитела к тиропероксидазе имеются во всех случаях аутоиммунного тироидита; иногда – при саркоидозе.

Выявление аутоантител против антигенов щитовидной железы необходимо для диагностики хронического тироидита и спонтанной микседемы взрослых людей.

Клеточные иммунные реакции занимают в аутоиммунной патологии не менее важное место, чем реакции, вызываемые антителами. Для их диагностики могут использоваться практически все тесты, выявляющие сенсибилизацию Т-лимфоцитов.

Клеточные и гуморальные иммунные реакции при заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ) направлены против ее органоспецифических антигенов, среди которых известны тироглобулин (коллоидный антиген 1), «второй коллоидный антиген», цитоплазматические антигены клеток фолликулов (микросомный, пероксидаза), антигены поверхности клеток эпителия железы (рецептор тиротропного гормона, мембранные антигены), гормоны T_3, T_4.

Тироглобулин (ТГ) – прогормон (ММ 660 kDa) имеет более 50 видовых детерминант, но только 6 из них вызывают образование аутоантител. При узловом зобе из-за нарушений структуры железы его поступление может увеличиваться.

Ко второму коллоидному антигену (тироальбумин или протеаза) антитела выявляются при многих заболеваниях ЩЖ, особенно при тироидите Хашимото.

Микросомный антиген– йодид пероксидаза ЩЖ (ММ 105 kDa) присутствует в апикальной части тироцитов. Антитела к ней характерны для тироидита Хашимото.

К Т3 и Т4 гормонам антитела находят при тироидите Хашимото (10-40% больных), микседеме и гипертирозе (до 16% больных).

При хроническом тироидите Хашимото (ТХ) наблюдается аутоиммунное воспаление в щитовидной железе с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией ее ткани, в которой иногда находят лимфоидные фолликулы с зародышевыми центрами. В разгар заболевания может повышаться СОЭ, СРБ, наступать изменения крови, характерные для синдрома воспаления. В начальной стадии железа увеличивается, затем фиброзируется и уплотняется.

Генетическая предрасположенность к ТХ ассоциирована с HLA-DR3, HLA-DR5 и HLA-B8 [1].

Воспалительная реакция запускается активированными макрофагами, выделяющими ИЛ-1 и ФНОα, а также Тх 1 и Тх 2. Последние стимулируют В-клетки, которые в ткани железы превращаются в плазматические, секретирующие антитела.

Отмечается инфильтрация железы Т- и В-лимфоцитами, плазматическими клетками, мононуклеарами, эозинофилами, другими лейкоцитами, что сопровождается разрушением фолликулов, пролиферацией фибробластов и диффузным или очаговым фиброзом железы со снижением ее функции, что приводит к микседеме. На этом фоне могут возникать опухоли ЩЖ. Однако при них аутоантитела отсутствуют или имеются в низком титре [5].

В сыворотке крови больных тироидитом выявляются аутоантитела против ряда антигенов. Антитела к тироглобулину в титре 1:32 встречаются у 85 (60-99)% больных и имеют диагностическое значение. При фиброзном варианте болезни их титр достигает 1: 1280. Подобные антитела встречаются и при других заболеваниях щитовидной железы: первичной микседеме (63-82% больных), тиреотоксикозе (33-86%), раке (28-65%) и у 8% здоровых лиц. Как правило, эти антитела являются IgG (IgG_1) и реже IgA. Антитела против микросомных антигенов и «второго коллоидного антигена» имеются у 80-95% больных. Высокоспецифичными для аутоиммунного тироидита считают антитела против основного белка микротрубочек тубулина. К антигенам поверхности клеток эпителия обнаружены цитотоксические и другие антитела в сыворотке крови у 98% больных аутоиммунным тироидитом и у 78% больных тиротоксикозом [2,3].

При тироидите Хашимото миграцию лейкоцитов наиболее специфично подавляют микросомные антигены щитовидной железы. Повышена продукция цитокинов Тх 1 (интерлейкин-2, γ-интерферон) и Тх 2 (ИЛ-4,5,10) типов, которые участвуют в развитии воспаления в железе. Соотношение CD4/CD8 повышено незначительно.[7]

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) – аутоиммунное заболевание, которое сопровождается гиперфункцией щитовидной железы и выделением избыточного количества гормонов (T_3,T_4), что вызывает токсические изменения в различных органах и системах.

Встречается чаще у женщин 30-40 лет, чем у мужчин (7:1). У сестер больных пробандов его частота повышена в 20 раз по сравнению с женской частью населения, что, как и ассоциация с HLA-B8 и HLA-DR3, указывает на генную предрасположенность к заболеванию. Частота его у кавказцев увеличена в 4 раза. Здоровые женщины антитела к тироглобулину имеют в 3 раза чаще, чем мужчины.

На развитие болезни влияют факторы внешней среды и дополнительные воздействия. Высокий уровень йода способствует заболеванию[10].

Сочетание факторов внешней среды, включая вирусы, на фоне генетической предрасположенности, индуцирует местную иммуномодуляцию, сопровождаемую выделением органоспецифических антигенов, которые активируют Т- и В-лимфоциты, имеющие к ним рецепторы и естественно персистирующие в небольшом количестве. Взаимодействия между рецепторами Т-клеток и тироцитами приводит к стимуляции пролиферации тироцитов и гиперплазии фолликулов.

Ткань железы и фолликулы инфильтрируются лимфоцитами и макрофагами, но они не разрушают эпителий, и редко встречаются лимфоидные фолликулы.

При ДТЗ важнейшими являются IgG-антитела, стимулирующие гиперплазию эпителия, с чем и связано увеличение железы.

Проблема исследования молекулярных механизмов запрограммированной гибели клетки, а также взаимосвязи нарушения регуляции этого процесса с различными заболеваниями вызывает интерес как специалистов в области молекулярной биологии, так и врачей всех специальностей.

Несмотря на большое количество экспериментальных данных, до сих пор не исследованы механизмы этого явления, не до конца выяснена регуляция апоптоза отдельных клеток.

Апоптоз – явление сложное и многогранное, возникшее в процессе эволюции с момента появления многоклеточных организмов, служащее регуляции естественного баланса между размножением и гибелью клеток (необходимое условие поддержания гомеостаза), а также установлению определенных взаимоотношений между отдельными клетками в целостном организме.[5]

Роль апоптоза можно проследить и в патогенезе различных заболеваний (явление апоптотической гибели клеток наблюдается не только при физиологических, но и при различных патологических состояниях). Гибель клеток путем апоптоза происходит при уменьшении кровоснабжения органа, в том числе при различных ишемических состояниях.

Механизм запрограммированной гибели клеток прослеживается и в эндокринно-зависимых тканях (органах-мишенях) при уменьшении концентрации соответствующего гормона (например, клеток простаты после кастрации и коры надпочечников после подавления синтеза АКТГ глюкокортикоидами). Воздействие радиации вызывает апоптоз в пролиферирующих клетках эпителия кишечника и в непролиферирующих клетках иммунной системы.[12]

Можно заключить, что апоптоз является широко распространенным общебиологическим механизмом, ответственным не только за поддержание постоянства численности клеток, формообразование, выбраковку дефектных клеток, но и за развитие различных патологических состояний отдельных клеток, систем и организма в целом.

Программируемая клеточная смерть может иногда приостанавливаться при ингибировании транскрипции или трансляции нуклеиновых кислот. Это свидетельствует о том, что гибель клетки регулируется клеточными механизмами.

Мнения исследователей по вопросу о факторах, индуцирующих апоптоз, представлены в литературе достаточно широко. Это могут быть неспецифические факторы такие, как температура, токсические агенты, оксиданты, свободные радикалы, гамма - , рентгеновское и УФ - излучение, бактериальные токсины и др.

Апоптоз в клетках взрослого организма является повсеместным и постоянно происходящим процессом. Клеточный обмен в тканях, иммунологические реакции, циклическая и возрастная инволюция некоторых тканей и органов (например, половых желез, тимуса, эпифиза) – далеко не полный перечень физиологических процессов, сопровождающихся апоптозом. Ингибирование клеточной гибели определяет опухолевые поражения различной природы, аутоиммунные и вирусные заболевания.

Некоторые металлы способны вызывать аутоиммунные и аллергические заболевания и участвовать в реакциях апоптоза [10].

В частности, препараты лития используются в качестве иммуномодуляторов при тиреотоксикозе. P.A.Weetman et al. рекомендовали воздержаться от назначения карбоната лития больным аутоиммунным тиреоидитом при возрастании титра аутоантител, поскольку препарат усиливает процессы антителогенеза.

Дефицит макроэлемента магния ассоциируется с развитием атрофии тимуса, аутоиммунных заболеваний, аллергических реакций и гиперэозинофильного синдрома [10].

При всех аутоиммунных заболеваниях и иммунодефицитных состояниях обнаруживается дефицит цинка той или иной степени выраженности. Назначение цинка позволяет нормализовать функции Т-лимфоцитов и макрофагов при широком спектре иммунопатологических процессов: аутоиммунных, лимфопролиферативных и опухолевых заболеваниях [5].

Ионы кальция являются не просто электролитом, а вездесущим регулятором клеточных функций посредством воздействия на структурно-функциональные свойства белков. Для апоптоза существенна *Ca – зависимая активация эндонуклеаз,* протеаз кальпаинов и трансглутаминазы, сшивающей белки цитозоля. Кальций принимает участие в транскрипции генов, причем это зависит от пути его поступления в клетку. Уровень внутриклеточного кальция количественно коррелирует с экспрессией факторов транскрипции. Кальций влияет на вступление в клеточный цикл, причем он задействован в нескольких регуляторных механизмах. С одной стороны, увеличение содержания кальция в цитозоле необходимо для прогрессии клеточного цикла и экспресс генов, а с другой – оно активирует процессы деградации при апоптозе [13].

Для лимфоидных клеток характерен *Ca–зависимый* путь апоптоза, а увеличение внутриклеточного кальция можно считать фактором, провоцирующим апоптоз в тимоцитах. Для нейронов характерна защитная роль повышения уровня внутриклеточного кальция в предотвращении апоптоза, в отличие от лимфоцитов, где кальций способствует апоптозу [12].

Такая пестрота получаемых результатов зависит от особенностей реализации апоптотического сигнала в разных клетках, от распределения кальция по клеточным пулам, характера связи с различными соединениями, в том числе с кальцийсвязывающими буферными белками клетки [16].

Кальций играет существенную роль в трансдукции апоптогенного сигнала. В частности, блокада Ca^{2+} - зависимой ветви трансдукционного механизма циклоспорином А приводит к отмене фрагментации ДНК [13].

Известно, что кальций и оксидативный стресс клетки связаны. Кальций принимает участие практически во всех стадиях клеточного цикла и реализации программированной клеточной смерти [14,15].

Йод не является генотоксичным микроэлементом. Йод является безусловно эссенциальным микроэлементом [8].

Представленные данные литературы свидетельствуют, о том, что аутоиммунные заболевания и апоптоз взаимосвязаны, а дисбаланс микроэлементов способствует развитию этих процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новиков Д.К., Новиков П.Д. Клиническая иммунопатология. М.: Мед. лит., 2009, 464 с.
2. Зайчик А.Ш., Чуриков Л.П. Основы общей патологии часть1. Основы общей патофизиологии. СПб: ЭЛБИ, 1999, 624 с.
3. Исаева М.А., Богатырева З.И., А.Андреева и др. Современные серодиагностические инструментарии на основе антител-протеаз и его использование в диагностике аутоиммунных заболеваний щитовидной железы // Клин.лаб.диаг., 2010, № 4, с. 37-42.
4. Барышников А.Ю., Шишкин Ю.В. Иммунологические проблемы апоптоза. М.: Эдиториал УРСС, 2002, 320 с.
5. Шмаров Д.А., Погорелов В.М., Козинец Г.И. Современные аспекты оценки пролиферации и апоптоза в клинико-лабораторной диагностике // Клин. лаб. диаг., 2013, № 1, с.36-39.
6. Борисова С.А., Коломойцева Е.М. Апоптоз: патогенетические и биорегуляторные механизмы гибели клеток в норме и при глазной патологии // Вестн.офтальмологии, 2003, № 2, с.50-54.
7. Бондаренко А.Г. Апоптоз Т – лимфоцитов при аутоиммунном тиреоидите // Известия высших учебн.заведений, 2004, № 11, с.62-66.
8. Rubin M., Thompson B. Apoptosis and disease // Annu. Rev. Med., 1997, v.48, p.267-281.
9. Mountz J.D., Wu J., Cheng J. and Zhou T. Autoimmune disease. A probiem of defective apoptosis. Arthritis-Rheum., 1994. v.37, №10, p.1415-1420.
10. Кудрин А.В., Громова О.А. Микроэлементы в иммунологии и онкологии. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007, 544 с.
11. Amasaki V., Kobayashi S., Takeda T. et. al. Up – regulated expression of Fas antigen (CD95) by peripheral naïve and memoru T-cell subsets in patients with systemik lupus erythematosus (SLE): a possible mechanism for lymphopenia // Clin. Exp. Immunol., 1995, v. 99, p.245-50.
12. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М., 2001, 153 с.
13. Clapham D.E. Calcium signaling // Cell, 1995, v.80, p.259-268.
14. Карпищенко А.И. Медицинские лабораторные технологии Т.2, М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013, 792 с.
15. Sobel E.S. Cellular interactions in the lpr and gld models of systemic futoimmunity // Adv. Dent. Res., 1996, v.10, №1, p. 76-80.
16. Гуковская А.С., Зинченко В.П., Ходоров Б.И. Свойства митоген-активируемой системы транспорта Ca^{2+} в мембране лимфоцитов //Биол. Мембраны, 1987, Т. 4, № 9, с.923-931.

Xülasə

Autoimmun xəstəliklər və apoptoz

F.X,Saidova, L.M.Əhmədova

Autoimmun xəstəliklər hüceyrə, toxuma və orqanların öz molekulyar komponentlərinə qarşı immunereaksiyasının artmasından ibarətdir. Bu reaksiyalar öz immun sistemində molekullarının tanıması prosesinin pozulması yolu ilə baş verir və dəstəklənir. Təqdim olunan göstəricilərdən məlum olur ki, autoimmun xəstəliklər və apoptoz qarşılıq təsirdədir, mikroelementlərin disbalansı isə bu proseslərin inkişafına səbəb olur.

Summary

Autoimmune diseases, and apoptosis

F.H.Saidova, L.M.Ahmedova

The basis of autoimmune diseases (AZ) are elevated immune responses to the molecular components of its own cells, tissues and organs that act as antigens. These reactions occur and maintained by the violation of recognition of "their" molecules, cells of the immune system, so formed autoantibodies and sensitized T lymphocytes. These literature data suggest that autoimmune disease and apoptosis are interrelated and minerals promotes the imbalance of these processes.

Daxil olub:22.10.2012

.

DƏRIN YARIMÇIQ DOĞULMUŞ VƏ AZ ÇƏKILI UŞAQLARA QULLUĞUN ƏSAS PRINSIPLƏRI

S.R.Qulamova

Elmi- tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: dərin yarımçıq doğulmuşlar, az çəkili uşaqlar, qulluq

Ключевые слова: глубоко недоношенные, маловесныедети, уход

Keywords: severe prematurity, malovsenye children, care

Cəmiyyətin sosial- iqtisadi firavanlığını təmin edən məsələlərdən biri yarımçıq doğulmuş uşaqlara keyfiyyətli qulluğun təmin olunmasıdır. Məlumdur ki, vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqların payına perinatal, neoanatal və uşaq patologiyasını əsas hissəsi düşür [1].

Hamiləliyin 28-ci həftəsindən 36-cı həftəsinə qədər baş verən doğuşlar vaxtından əvvəl doğuşlar sayılır. Belə doğuşlar nəticəsində doğulmuş uşaqlara isə yarımçıq doğulmuşlara deyilir[1].

Vaxtından əvvəl doğuşların səbəbləri: ananın müxtəlif xəstəlikləri; gecikmiş toksikozlar; çoxdöllülük və dölyanı suların artıqlığı zamanı uşaqlığın həddindən artıq gərilməsi; hamilənin travmatik zədələnmələri; hamiləlik dövründə

streslərin çox olması; qadının bir sıra xəstəlikləri və s.

Vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi qeyd edilən bu faktorların ana və dölə mənfi təsirindən ibarətdir. Hamiləliyin istənilən dövründə qarında və ya beldə sancı şəkilli ağrıların, uşaqlıq yolundan qanlı ifrazatın meydana çıxması halları təcili olaraq həkimə müraciət etməyi tələb edir [2].

Yarımçıq doğulmuş uşaq problem deməkdir. Vaxtından əvvəl doğulan uşaqların hərəsinin bir və ya bir neçə problemi olur. Bəzilərinin həzm, bəzisinin tənəffüs sistemi tam formalaşmır. Onlar ətrafda baş verənlərə normal uşaqlar qədər reaksiya verə bilmirlər. Müalicədən başqa, yarımçıq doğulan uşaqların zəif orqanizmi onlara xüsusi qayğı və diqqət tələb edir. yarımşıq doöulmuş uşaq hamiləliyin 37- ci həftəsinə qədər, qəni hamiləliyin 260- cı gününə qədər doğulmuş uşaqlar hesab olunur [2]. Çəkisindən asılı olaraq, yarımçıq doğulmuş uşaqları 4 qrupa bölürlər:

1-ci qrup 2001-2500 q
2-ci qrup 1501-2000 q
3-cü qrup 1001-1500 q
4-cü qrup 1000 q və ya daha az

Dünya Səhiyyə Təşkilatının normalarına görə çəkisi 500 q-dan az olmayan, ürək döyüntüsü eşidilən döl salamat doğulmuş hesab olunur. Belə uşağı yalnız ən müasir texnologiya və dərmanların köməyi ilə, bütün gün xüsusi qayğı göstərməklə saxlamaq olar. Yarımçıq doğulmuş uşaqların orqanizmi bədənin temperaturunu qoruya bilmədiyi üçün onları xüsusi otaqlarda, özünəməxsus mikroqilimi olan apparatlarda qoruyurlar. Çəkisindən asılı olaraq, uşaqlar belə apparatlarda 3 gündən bir neçə həftəyə qədər saxlanır [2].

Yarımçıq doğulmuşlara qulluq tədbirlərinin əsas məqsədi elə bir şaraitin yaradılmasıdır ki, zəif müdafiə oluan orqanizmi əlavə yüklənmələrdən qorumaq mümkün olsun.

Infeksiyanın mümkünlüyünü tamamilə ixtisara salmaq lazımdır. Uşaqlar dah isti mühitə salınmalı, xüsusi qidalanma texnikası tətbiq olunmalı, infeksiyaların, hipotermiya, hipoksiya, hipoqlikemiya, sarılıq və başqa təhlükəli vəziyyətlərin xəbərdar edilməsinə yönələn xüsusi məarət sistemi yaradılmalıdır. Bunu yalnız ixtisaslaşdırılmış, yaxşı təmin olunmuş, təcrübəli və vicdanlı həkimləri və ixtisaslaşmış xidmət personalı olan klnikalarda həyata keçirmək mümkündür.

Artıq qeyd edildiyi kimi infeksiyalardan qorumaq üçün ən əlverişli vasitə vaxtından əvvəl doğulumuşlar üçün doğum evlərində xüsusi şöbələrin yaradılmasıdır. Xəstəxanalarda yarımçıq doğulmuşlar üçün xüsusi təcrid olunmuş şöbələr yaratmaq lazımdır. Belə şpbələrin girişi slüz-tamburlarla təchia olunmalıdır. Burada xidmət personalı geyimini dəyişməli və gigyenik prosedurklardan keçməlidir [2,3].

Son illər beləuşaqlara oksigenin vrilməsinə göstərişlər kifayət qədər məhdudlaşdırılmışdır. Əvvəllər onlar oksigenin konsentrasiyası 40% və gaha yüksək olan küvezlərdə saxlanırdı. Lakin məlum olmuşdur ki, oksigenin belə yüksək olamsı göz qişasının yetişməmiş damarlarının vazokonstriksiyasına səbəb olur, endotelial hüceyrələr proliferasiyaya uğrayır, yeni damarlar yaranıt və göz qişasının təbəqələşməsi baş verə bilər. Bu yatrogen təbiətli xəstəlikdir, retrolent fibroplaziya korluğa gətirib çıxara bilər. Ona görə də hazırda oksigen küvezdə yalnız hipoksiya (gialin membranları xəstəlikləri, mərkəzi hipoksiya, pnevmoniya və s.) zamanı verilir. Çox ağır sianoz zamanı oksigen konsntrasiyası 40%-ə çatdırlır. Yalnız lazım olan müddətə qədər davm edir [3].

Yarımçıq doğulmuşların qullıuğu ilə əlaqədar olaraq onların qidalanmsı ən çox müzakirə olunan məsələlərdəndir. Onlrın qidalanması əsas məqsədi onların bətndaxili inkşaf tempinə nail olmaqdır. Lakin bu zaman qidalanma bağlı olan aspirasiya, eksikoz, hipoqlikemiya, asidoz hallarından tamamilə uzaq olmaq lazımdır [3].

Adekvat qidalandırmanın təmin olunmsı yarımşıq doğulmuşlara qulluöun əsas şərtlərindən biridir. Vaxtından əvvəl doğulmuşların rasional və uğurlu enteral qidalanması (xüsusilə dərin yarımçıq və ekstremal az çəkili uşaqlar) çəxcəhətli və mürəkkəb problemdir. Adkevat qidalandırma meyarı ilk növbədə bədən çkisini artmasıdır. Sübet olunmuşdur ki, çəkini artması uşağın gələcək psixi inkaşafında, nitqin yaranmasında, öyrənmə qabiliyyıtini inkişafında da böyük rol oynayır, intellektuallıq indeksinə (İQ) müsbət təsir göstərir.yarımçıq doğulmu.ş uşaqlar üçün mübahisəsiz əsas qida mənbəyi ana südüdür, çünki adekvat balansalaşdırılmış və asanlıqla həzm olunan qidadır [4,5,6,7]. Məlumdur ki, ana südü ilə qidalanan uşaqlarda xora- nekrotik enterokolit nadir hallarda baş verir [8,9,10]. Bir sıra tədqiqatlarda göəstərilmişdir ki, vaxtından əvvəl doğulmuş qadının südündə dirgərlərinə nisbətən elektrolit zülaları daha çox olur. [*11,12,*]. Ana südü mümkün olmadıqda onları xüsusi adaptasiya olunmuş qidalarla təmin etmək lazımdır.

ÜST-in sağ doğulma meyarlarına keçidlə əlaqədar olaraq təhlükəsiz analıq metodu, vahid ilkin reanimasiya və yarımçıq doğulmuşlara qulluq sistemi, surfaktant preparatları ilə əvəvzedici terapiya, immunalobulinlər tətbiq olunmağa başlanmışdır. Bütün bunlar yarımçıq doğulmuşlara qulluğu və onların yaşama qabiliyyətinin artmasına kömək olur [2].

Yraımçıq doğulmuş uşaq hərtərəfli diqqət tələb edir, çünki ona qulluq zamanı bir sıra problemlər baş qaldırır. Hər şeydən əvvəl bu 1500 q və daha aşağı bədən çəkisi ilə, xüsusilə "ekstremal" çəki ilə doğulmuşlara aiddir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, yarımçıq doğulmanı çəki parametrləri ilə dərəcələrə bölmək həmişə uşağın konseptual yaşına uyğun olmur. Belə təsnifat üsulu müalicənin standartlaşdırılması və statistik məqsədlərlə aparılan müşahidələr üçün tətbiq olunur [3].

Yarımçıq doğulmaların tezliyi dəyişkəndir, lakin əksər ölkələrdə stabil olaraq son illər 5-10% təşkil edir. Yarimçıq doğulmanın səbəblərini üç qrupa bölmək olar:

1.Sosial- iqtisadi və demoqrafik. Tibbi xidmətin olmaması və ya çatışmamazlığı, hamilə qadının pis qidalanması, peşə zərərləri (konveyrdə əmək, fizikin yükün olması, uzun müddət ayaq üstə çalışma), pis vərdişlər, arzuolunmaz hamiləlik vəs.

2.Sosial-bioloji. Vaxtından əvvəl doğuşlar daha çox 18 yaşa qədər və 30 yaşdan yuxarı ilkin doğanlarda, atanın yaşı 50-dən yuxarı olduqda baş verir. Mamalıq anamnezi də əhəhmiyyət kəsb edir: hamiləliyin süni dayandırılması (xüsusilə kriminal abortlar və ya ağırlaşmalar), doğuşdan sonra tez baş verən hamiləlik (2-3 aydan az).

3.Kliniki. Hamilə qadınlarda xronik, somatik, ginekoloji, endokrinoloji xəstəliklərin olması. Hamiləlik patologiyaları: hestozlar, kəskin infeksiyalar, cərrahi əməliyyatlar, fiziki travmalar (xüsusilə qarında). Yenidoğulmuun patologiyası: bətndaxili infeksiya, inkişaf qüsurları, xromosom anomaliyaları [3].

Yarımçıq doğulmuşların sağ qalması birbaşa olaraq hestasiyanın vaxtından asılıdır. 1500 q və az daha çəkisi olan uşaqlar sağ doğulanların 1%-ni təşkil edir, yenidoğulmuşlar arasında ölüm hallarının 70%-ni təşkil edir. Belə uşaqlar ana bətnində lazımi qədər olmadığı üçün bətnxarici mühitə tam hazırlanmamış olurlar, lazımi qədər qidalı maddələr toplaya bilmirlər [3].

Az çəkili uşaqlar ideal qulluq şəraitinin yaradılmasını tələb edir. Belə mühit onların sağ qalmasını və gələcəkdə normal inkişafını təmin etməlidir [3].

Yarımçıq doğulmuş uşaqlara qulluqda əsas şərt optimal temperaturun yaradılmasıdır. Uşaq anadan olduqdan sonra isti mühitə salınır. Burada temperatur 34-35,5^0 S olmalıdır. Ayın sonuna temperatur 32^0 S- yə qədər endirilir. Daha bir vacib məqam havanın rütubətliliyidir, ilk günlər 70-80% təşkil etməlidir. Bu şərtlər uşaq küvezə yerləşdirildikdə nəzərə alınmalıdır. Çəkisi 1500 q-dan aşağı olan uşaqlar küvezdə saxlanılır. Istilik rejiminin üzərinə isti şüalar düşən bələmə masası da nəzərə alınmalıdır .

Lakin klinik praktikada yarımçıq uşaqlarda adaptasiya mexanizmləri pozuntularının dərəcəsi, xarakteri və dərinliyi az tədqiq olumuşdur. Yarımçıq doğulmuşlarda patoloji proseslərin lokal və ya generalizəolunmuş formalarına səbəb olan immunoloji aspektlər sona qədər təyin olunmamışdır. Bu konteksdə yarımçıq doğulmuşların adaptasiyasının ontogenetik xüsusiyyətlərinin kompleks tədqiqi xüsusi aktuallıq kəsb edir. Bunun üçün erkən diaqnostikanın aparılması, postnatal dövrdə patoloji vəziyyətlərin proqnozlaşdırılması vacibdir [1]. Yarımçıq doğulmuş uşaqların məhv olma risk normal uşaqlara nisbətən dəfələrlə çoxdur [13]. Onların perinatal və uşaq ölümü göstəricilərində yeri daha çoxdur. Bu uşaqlar neonatal və postnatal dövrlərdə müxtəlif ağırlaşmalar və xəstəliklər riskinə də məruz qalırlar, bunlardan bəziləri daimi olaraq onların səhhətlərində, fiziki və cinsi inkişaflarında iz qoya bilər [14].

Hazırda ümumi dispanserizasıyanın nəticələrinə əsaslanaraq (2002-2003) məlum olur ki, uşaqların səhhəti ketdikcə pişləşir. Irsi, anadangəlmə və perinatal patologiyaların sayı artır. Psixi pozuntuları, daxili orqanların xroniki patologiyaları olan xəstə uşaqların sayı çoxalır [15].

Daha çox uşaqlar əlil olurlar, bu xüsuilə yarımçıq doğulmuş uşaqlarda 1 yaşa qədər baş verir [16,17].

Əlilliyə səbəb olan faktorlardan biri onların yarımçıq və çox az çəki ilə doğulmasıdır [15]. Əksr əlil uşaqlar vaxtından əvvəl və morfoloji funksional cəhətdən yetişməmiş dünyaya gəlirlər. Bu, xüsusilə ekstrüemal az çəkili (1000 q- dan az) uşaqlara aiddir. Belə uşaqlardan çoxu neonatal dövrdə məhv olurlar. Sağ qalanların 40%- də serebral iflic, hidrosefaliya, əqli gerilik, iflic vəziyyətləri, davranış pozuntuları, eşitmə və görmə orqanlarının zədələnməsi (retrolental fibroplaziya) baş [15]. Az çəkili uşaqların yarısı hətta üç yaşlarında belə boy artımında geri qalırlar və öz həmyaşılarına çatmırlar (18).

Hazırda uşaqların sağlamlığının qorunması bütün dünyada prioritet məsələlərdən biri olaraq qalmaqdadır. Bu bir tərəfdən əlverişsiz demoqrafik şərait, digər tərəfdən uşaqların səhhətinin pisləşməs ilə əlaqədədardır. Statistik göstəricilərdən məlum olur ki, uşaq xəstələnmələri 1404,5‰- dən 1871,4‰- ə qədər artmışdır. 1996- 2011- ci illər ərzində əlil uşaqlar 142,4%- dən 189,3%- ə qədər artmışdır (19).

Müxtəlif perinatal patologiyaları olan vaxtından əvvəl doğulmuşlara qulluq xüsusilə, çətin məsələdir. Buraya böyük vəsaitlər lazım olduğu üçün xüsusi standartların işlənib hazırlanması vacib məsələdir (20,21).

Perinatal səhiyyənin uğur meyarı kimi uşağa qulluğun göstərilməsi, onun sonradan müasir cəmiyyətdə normal adaptasiya və inkişafının təmin olunması və ictimai həyatda tam qüvvəsilə fəaliyyət göstərməsidir (16,17,22,23).

Yarımçıq doğulmuşlara qulluğun yeni müasir texnologiyalarının yaradılmasına və tətbiq olumasına baxmayaraq bir sıra məsələlər hələ də az tədqiq olunmuşdur. Məsələn, neonatal adaptasiyanın ontogenetik aspektləri hazırda ən az öyrənmılmış məsələlərdən hesab olunur[24,25,26]. Uşaqların səhhəti, onların yaş- cinsiyyət xüsusiyyətləti ilə əlaqədar ədəbiyyat materialları olsa da, vaxtından əvvəl doğulmuşların sosial--gigiyenik xarakteristikası ilə bağlı kompleks göstəricilər tam tədiqiq olunmamışdır. Onların ailədə böyüdülməsi, formalaşması məsələləri, xüsusuilə üç yaşa qədər onlara qulluq məslələri az tədqiq olunmuşdur.

ƏDƏBIYYAT

1. Чувакова Т.К., Абусова Г.О., Ивасив И.В. Возможности снижения младенческой смертности в Кахахстане // Ветник АГИУВ, 2007, №3, с.5-9
2. Мультииндикаторное кластерное обследование (предварительные данные) ЮНИСЕФ, 2008доклад на ежегодном совещании по реализации совместной программы представительства РК и детского фонда ООН. Астана, 2007
3. Коваль А.А. Недоношенный ребёнок http://www.pervenez.ru/nedonosh.html
4. Карпова А.Л., Петрова С.А., Моругина А.Н.и др. особенности вскармливания недоношенных детей в периоде новорожденности // Педиатрия, 2009, №6, .73-77
5. Hamosh M. Bioactive factors in human milk // Pediatr. Clin. North. Am., 2001, v.48, p.69–86
6. Lucas A. Longterm programming effects of early nutrition– implications for the preterm infant // J. Perinatol., 2005, v.25, p.2–6
7. Moro A.L., RuizPalacios G.M., Jiang X., Newburg D.S. Human milk glycans that inhibit pathogen binding protectbreast>feeding infants against infectious diarrhea //J. Nutr., 2005, v.135, p.1304–1307
8. Neonatal nutrition and metabolism. 2nd ed. /Eds.: PJ. Thureen, WW. Hay Jr. Cambridge University Press, 2006, p.11.
9. Newburg D.S., Walker W.A. Protection of the neonate bythe innate immune system of developing gut and of human milk // Pediatr. Res., 2007, v.61, p.2–8.
10. Newburg D.S. Oligosaccharides in human milk and bacterial colonization. J. Pediatr // Gastroenterol. Nutr., 2000, v.30(Suppl 2), p.8–17.
11. Rinne M.M., Gueimonde M., Kallioma K.M. et al. Similar bifidogenic effects of prebiotic supplemented partially hydrolyzed infant formula and breastfeeding on infant gut microbiota // Med. Microbiol., 2005, v.43, p.59–65
12. Scholtens P., Alles M, Bindels J. et al. Bifidogenic effect of solid weaning foods with added prebiotic oligosaccharides: a randomized controlled clinical trial // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr., 2006, v.42, p.553–559.
13. Яцык Г.В., Бомбардирова Е.П., Токовая Е.И. Нервно-психическое развитие глубоко недоношенных детей //Дет. доктор, 2001, №3, с.8-10.
14. Callaghan L.A., Cartwright D.W., O'Rourke P. et al. Infant to staff ratios and risk of mortality in very low birthweight infants //Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003, v. 88(2), p.94-97
15. Демьянова Т.Г., Мониторинг здоровья глубоко недоношенных детей на первом году жизни: Автореф. Дис…канд. мед. наук. М., 2004, 22с.
16. Парыгина О.Н., Обухова Т.М., Стасенко В.Л. и др. Совершенствование эпидемиологического контроля внутрибольничной инфекционной заболеваемости новорожденных в стационарах второго этапа выхаживания на основе технологии «сестринский процесс. Методические рекомендации. Омск, 2011, 25 с.
17. Парыгина О.Н. .М. Обухова, Д.В. Турчанинов Характеристика здоровья медицинского персонала стационара второго этапа выхаживания новорожденных детей // Здоровье населения и среда обитания, 2012, №2, с. 41-43.
18. Ko Y.L., Wu Y.C., Chang P.C. Physical and social predictors for pre-term births and low birth weight infants in Taiwan //J Nurs Res Jun., 2002, v.10(2), з.83-89
19. Круглова И.В. Инвалидность у детей в промышленном городе: факторы риска: Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2001, 145 с.
20. Курцер М.А., Караганова Е.Я. Современные принципы ведения родов. // Вестник рос. гос. мед. универ., 2002, №2 (23), с.23 - 27.
21. Курцер М.А. Принципы работы катагинестического наблюдения за детьми. // Вест. рос. гос. мед. универ., 2002, № 2 (23), с.28 – 32
22. Торчинский Н. В. Роль сестринской службы в системе эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями в акушерских стационарах // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2005, №1, с. 17-20
23. Турчанинов Д.В. Влияние гигиенических факторов на уровень внутрибольничной инфекционной заболеваемости новорожденных детей - пациентов перинатального центра / Актуальные проблемы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения: Материалы IV межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 60-летию каф. эпидемиологии и 80-летию каф. микробиологии ОГМА. Омск, 2002, Т.1, с. 347-351
24. Аксельрод С.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья недоношенных детей: Автореф. Дис…канд. мед.наук. М., 2003, 21с.
25. Баймаханова Б.Б. Показатель иммунитета у недоношенных новорожденных от матерей с урогенитальной патологией // Вестник Южно-Казахстанской гос. Мед. акад., 2004, т16-17, с.77-79
26. Жила Т.Н., Сиротина З.В. Факторы преждевременных родов и характеристика раннего

периода адаптации недоношенных детей / II междисциплинарное конференция «Здоровая женщина- здоровый новорожденный». СПб, 2007, с.207

27. Парыгина О.Н. Обухова Т.М. Внутрибольничная заболеваемость в отделениях второго этапа выхаживания новорожденных // Сибирский медицинский журнал, 2008, №7, с. 83-85.

Резюме

Основные принципы ухода глубока недоношенных и маловесных детей

С.Р.Гуламова

Одной из важных составляющих социально-экономического благополучия общества является качественное выхаживание детей, родившихся раньше срока. Известно, что на долю преждевременно родившихся детей приходится основная часть перинатальной, неонатальной и детской патологии. Несмотря на достаточно широкое изучение и освещение в литературе •вопросов, касающихся изучения здоровья детей различных возрастно-половых групп, их образа жизни, практически не исследовано семьи, воспитывающие недоношенного ребенка, в комплексе с показателями здоровья и факторами образа жизни, не показаны особенности социально-гигиенической характеристики недоношенного ребенка и его семьи, не установлена приоритетность факторов риска в формировании ближайших и отдаленных показателей здоровья детей, в том числе в течение первых трех лет жизни

Summary

The main principles of care extremely premature and small babies

S.R.Gulamova

An important part of the social and economic well-being of society is a quality nursing infants born prematurely. It is known that the share of prematurely born children account for most of perinatal, neonatal and infant pathology. Despite a rather extensive study of the literature and lighting issues concerning the study of the health of children of different age and sex groups, their way of life, virtually unexplored families bringing a premature baby, together with indicators of health and lifestyle factors, not shown particular socio-hygienic characteristics of a premature baby and his family, not prioritized risk factors in the formation of short-and long-term indicators of child health, including for the first three years of life.

Daxil olub:17.12.2012

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДИАБЕТИЧЕСКИХ МИКРОАНГИОПАТИЙ

С.М. Алиева

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözlər: şəkərli diabet, diabetik angiopatiya, damarlar

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая ангиопатия, сосуды

Keywords: diabetes mellitus, diabetic angiopathy, vessels

В Азербайджане, как и во всем мире, проблема сахарного диабета(СД) остается крайне актуальной. Огромное медико-социальное значение данного заболевания обусловлено ранней инвалидизацией и высокой летальностью пациентов, страдающих СД, на фоне большой распространенности патологии и неуклонной тенденции к дальнейшему увеличению числа больных СД [1,4,7,10,12,40]. Число их увеличивается ежегодно, удваиваясь каждые 15 лет [12,13]. Это происходит не только за счет прогрессирующего роста выявления новых случаев СД, но и за счет значительного увеличения продолжительности жизни больных по сравнению с доинсулиновой эпохой. В связи с вышесказанным большую значимость приобрели вопросы, связанные с развитием поздних осложнений диабета, до которых больные ранее просто не доживали [2,3,5,9,11,13].

Среди поздних осложнений диабета особый интерес клиницистов вызывает поражение у больных микрососудистого русла - диабетические микроангиопатии. Несомненно, макрососудистым осложнениям также отводится немаловажная роль в прогнозе течения заболевания у данных пациентов. Так, в частности, именно они являются причиной высокого риска кардиоваскулярных осложнений у больных СД [6.14.20.34.37]. Однако патогенез их развития в данное время достаточно хорошо изучен и представляет собой атеросклеротический процесс. Это дает возможность при своевременном назначении современных препаратов, в частности, липиднижающей терапии, проводить весьма эффективную профилактику данных осложнений [14.15.21.35.39.41.43.44.], иначе обстоит дело с поражением микрососудов.

Диабетические микроангиопатии представляют собой комплекс патологических изменений в сосудах микроциркуляции и перимикроваскулярных зонах, развивающихся при СД и нарушении толерантности к глюкозе [16,17,20,21,29,30 41, 43]. Безусловно, при СД поражаются практически все микрососуды организма, однако наибольший клинический интерес связан с проблемами диабетических ретино-(ДР) и нефропатии (ДН). Это обусловлено особой уязвимостью при

гипергликемии данных сосудистых бассейнов и быстрым прогрессированием развивающихся в них изменений [18,19,22,23,25,26,28,33]. Именно они являются классической моделью микрососудистых осложнений у больных СД типа 1 в отличие от СД типа 2. Так, в частности, в нескольких независимых локальных исследованиях установлено, что гистологическая картина поражения почек у больных СД типа 2 даже на ранних стадиях имеет гораздо меньше типичных признаков, характерных для ДН, развившейся на фоне СД типа 1. Имеются данные о том, что у 15-20% больных диабетом типа 2 с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН) протеинурия отсутствовала, а сморщивание почек трактуется как ишемическая нефропатия в противоположность классическому стадийному течению нефропатии при СД типа 1 [24.27.31.32.34.36].

Несомненно, немаловажными являются и медико-социальные последствия данных осложнений, такие, как снижение трудоспособности и глубокая, инвалидизация пациентов, обусловленные нарушением зрения и хронической почечной недостаточностью. Бесконтрольное течение данных осложнений, влечет за собой такие грозные события, как полная потеря зрения и гибель больных от уремии. Так, в настоящее время ДР является доминирующей причиной слепоты и снижения зрения, а ДН занимает первое место среди причин высокой смертности от хронической почечной недостаточности во всем мире. Таким образом, ДН и ДР определяют не только прогноз, но и качество жизни больных СД [26.28.37.42.43].

В настоящее время значительно улучшилась выявляемость микроангиопатий у больных СД благодаря внедрению скрининговых методов обследования данной категории больных в рамках программы по борьбе с СД. Это, в свою очередь, показало колоссальные размеры проблемы микрососудистых осложнений диабета [9, 11, 17, 37, 40.42.44]. Так, ранее считалось, что для развития диабетических микроангиопатий требуется многолетний стаж заболевания, в частности ДР диагностируется у больных СД типа 1 через 10-12 лет, а ДН - через 5-6 лет от дебюта диабета. Однако, при проведении скринингового обследования больных диабетом на более ранних сроках заболевания было выявлено, что, хотя частота выявления ДР и ДН в подавляющем большинстве случаев действительно напрямую зависит от стажа заболевания, у некоторых пациентов данные осложнения диагностируются уже в первые годы болезни, что значительно увеличило процент микрососудистых осложнений в популяции больных СД типа 1 [1, 10, 33, 36, 38]. К сожалению, учитывая длительное бессимптомное течение, данные осложнения зачастую выявляются уже на поздних стадиях, тогда как наилучший клинический эффект достигается только при терапии, начатой на максимально ранних стадиях микроангиопатий, когда сосудистые изменения в почках и на глазном дне могут быть приостановлены и даже обратимы [23.25.31, 40, 43.44].

Поэтому в настоящее время главной задачей клиницистов является ежедневная профилактика, направленная на максимально раннее выявление, замедление и, по возможности, регрессирование ДН и ДР. Любой прогресс в этой области имеет большое социально-экономическое значение, поскольку содержание и лечение лиц с поздними стадиями данных осложнений диабета в десятки раз превышает затраты на лечение ранних стадий ангиопатий [11, 25, 35, 37,41.43].

Актуальность и значимость данной проблемы привели к активному изучению учеными различных патогенетических аспектов поражения микрососудистого русла для создания новых диагностических методик для раннего выявления ДР и ДН, а также оптимизации профилактики и терапии данных осложнений СД [1.17, 19, 28, 37, 38, 41, 42, 43, 44].

С целью единого подхода к решению вопросов диагностики и терапии ДР и ДН в настоящее время в Азербайджане, как и в большинстве стран мира, решено придерживаться единой классфикации данных осложнений СД. Так, для определения стади ДР используется классификация, предложенная E.Kohner и M.Porta в 1989 году и одобренная ВОЗ. В основу этой классификации положены разные виды патологических изменений на глазном дне (непролиферативная, препролиферативная и пролиферативная диабетическая ретинопатия) [5, 9, 31, 32, 33, 44].

Современная классификация ДН разработана датским исследователем C.E. Mogensen в 1983 году и включает пять стадий патологического процесса в почках. В странах СНГ во избежание ошибок, связанных с нумерацией стадий ДН, в 2001 году утверждена новая формулировка диагноза

ДН, словесно описывающая стадии поражения почек:

- ДН I (стадия микроальбуминурии);
- ДН II (стадия протеинурии), с сохранной азотовыделительной функцией почек;
- ДН III (стадия хронической почечной недостаточности) [7, 8. 9, 32, 33, 41.43].

Безусловно, принятие единой классификации оптимизировало работу клиницистов в плане установления диагноза и определения тактики ведения пациентов, однако, не решило всех проблем, связанных с терапией данных осложнений. Как известно, высокая эффективность лечения наблюдается лишь при проведении патогенетической терапии. Исследования последних лет привнесли много нового в понимание процессов, происходящих в стенках микрососудов у больных СД и ведущих к развитию у них диабетических микроангиопатий [13,14,25,34,37,39]. В настоящее время разрабатывается новая, более детальная концепция формирования микрососудистых осложнений, которая, несомненно, приведет к созданию оптимального перечня исследований, позволяющих осуществлять раннюю диагностику, а в ряде случаев и профилактику заболевания. Таким образом, продолжение изучения патогенеза ДР и ДН остается весьма актуальной проблемой современной эндокринологии во всем мире.

ЛИТЕРАТУРА

1.Александрова В.К. Особенности диабетической ретинопатии в детском возрасте / В.К.Александрова, Т.М. Миленькая // Сахарный диабет, 2005, № 1 (26), с.20-25.

2.Александрова В.К., Нелаева Ю.В., Нелаева А.А., Шестакова М.В. Изменение биохимического состава мембран тромбоцитов у больных с диабетической нефропатией и его коррекция сулодексидом // Сахарный диабет, 2001, №3 (12), с.12-16.

3.Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Новая классификация, критерии диагностики и компенсации сахарного диабета // Cons. Med., 2000, Т.2, №5, с.204-209.

4.Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Патогенез ангиопатий при сахарном диабете // Сахарный диабет, 1999,№1(2), с.2-8.

5.Балаболкин М.И. Клебанова Е.М., Креминская В.М. Возможности адекватного лечения сахарного диабета типа 1 на современном этапе // Cons. Med., 2001, Т.3, № 11, с.531-534.

6. Валеева Ф.В., Салихов И.Г., Хасанов Э.Н. и др. Экскреция фосфолипидов с мочой у больных диабетической нефропатией // Сахарный диабет, 2001,№3(12), с.6-8.

7. Волеводз, Н.Н. СТД и ИФР-I при сахарном диабете: роль в патогенезе микрососудистых осложнений / Н.Н.Волеводз, А.К. Тощевикова // Сахарный диабет, 2000, №1(6), с.53-59.

8. ромнацкий, Н.Н. Диабетология. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002, 256 с.

9.Дедов И.И. Открытие 1 Российского диабетологического конгресса // Диабет, 1998, №1, с.5-6.

10.Дедов И.И. Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения / И.И. Дедов // Сахарный диабет, 1998, №1, с.7-18.

11.Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания: состояние проблемы // Сахарный диабет, 2002, №4(17), с.2-6.

12.Дедов И.И., Шестакова М.В., Миленькая Т.М. Сахарный диабет: ретинопатия, нефропатия. М.: Медицина, 2001, 176с.

13.Демидов А.А., Панов А.А., Фурникова Н.В. Ферментная активность нейтрофилов и моноцитов крови у больных сахарным диабетом // Сахарный диабет, 2001, №3(12), с.41 -42.

14.Киреев Р.А., Курмачева Н.А., Игнатов В.В. Перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита и содержание 2,3-дифосфоглицерата у детей, больных сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет, 2001, №1(10), с.6-9.

15.Кондратьева Е.И., Косянкова Т.В. Гены синтаз оксида азота (NOS) в патогенезе сахарного диабета и его осложнений // Проблемы эндокринологии, 2002,Т.48, №2, с.33-38.

16.Кочемасова Т.В., Шестакова М.В., Горелышева В.А. и др. Е-селектин (CD62) у больных с диабетической микроангиопатией - по казатель активации эндотелия? // Сахарный диабет, 2002, №1(14), с.50-52

17.Кудрякова С.В., Кудрякова С.В., Сунцов Ю.И. Смертность среди больных сахарным диабетом по данным территориального регистра // Сахарный диабет, 2001, №2(11), с.57-59.

18.Кудрякова С.В., Сунцов Ю.И., Нечаева И.С. и др. Динамика эпидемиологических показателей сахарного диабета в административном округе Москвы по Данным государственного регистра // Проблемы эндокринологии, 2001, т.47, №4, с. 14-17.

19.Лейкок Дж.Ф., Вайс Г. Основы эндокринологии / Пер. с англ. М.: Медицина, 2000, 504с.

20.Лукьянчикое В.С.Спорные вопросы этиологии, патогенеза и лечения диабетической микроангиопатии // Кардиология, 1991, т.31, №11, с.88-94.

21.Миленькая Т.М. Пролиферативная диабетическая ретинопатия у больных ИЗСД и эффективность применения лазерной коагуляции // Сахарный диабет,1999,№1(2),с. 18-22.

22.Мухин Н.А., Сура В.В. Диабетическая нефропатия // Нефрология. Руководство для врачей. / Под ред. И.Е. Тареева-М.: Медицина, 1995. Т.2.С.312-321.

23.Пальцев М.А., Иванов А.А. Межклеточные взаимодействия. М.: Медицина, 1995, 224с.

24.Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002, 312с.

25. Слепова О.С., Герасименко В. Л., Захарова Г.Ю., Новикова-Билак Т.И. Сравнительное исследование роли цитокинов при разных формах глазных заболеваний. Сообщение 2. Диабетическая ретинопатия // Вестник офтальмологии, 2001, №3, с.З 5-3 7.

26. Сунцов Ю.И., Дедов И.И., Кудрякова С.В. Государственный регистр сахарного диабета: эпидемиологическая характеристика инсулиннезависимого сахарного диабета// Сахарный диабет,1998, №1, с.41-43.

27.Факторы риска диабетической ретинопатии / Ю.А.Трахтенберг, Т.М.Миленькая, А.С.Аметов, Т.Ю.Демидова // Сахарный диабет, 2006, №3(32), с.34-38.

28.Удовиченко О.В., А.Ю. ТокмаковаУ Диабетическая микроангиопатия в генезе синдрома диабетической стопы //Сахарный диабет, 2001, №2(11), с.14-18.

29. Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия: механизмы развития, клиника, диагностика, лечение (Пособие для врачей), под ред. И.И. Дедова. М.: ГУЛ «Медицина для вас», 2003, 73с.

30.Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия: фатальное или предотвратимое осложнение? // Рус. Мед. Журн., 2001, т.9, №24, 0.1095-1097.

31.Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия: эволюция представлений о механизмах развития, профилактике и лечении // Cons. Med., 2001, Т.З, № 11, с.541-543. 32. Шестакова, М.В. Лечение диабетической нефропатии: от безысходности 60-х годов XX века до оптимизма XXI столетия // Врач, 2002, №6, с. 19-21.

33.Шестакова М.В., Дедов И.И., Неверов Н.И. и др Гиперлипидемия как фактор прогрессирования диабетической нефро патии // Проблемы эндокринологии, 1993, №5, с.7-11.

34. Шестакова М.В., Сунцов Ю.И., Дедов И.И.Диабетическая нефропатия: состояние проблемы в мире и в России //Сахарный диабет, 2001, №3(12), с.2-4

35. Шестакова М.В., Ярек- Мартынов И.Р., Иваншина Н.С., Дедов И.И. Оценка вазомоторной функции эндотелия у больных СД типа 1 на разных стадиях диабетической нефропатии // Тер. Архив, 2003, №6, Том 75, с.17-21

36. Шлессер Ц., Ассал Ж.П. Влияние курения на развитие сосудистых осложнений при сахарном диабете //Международный журнал «Метаболизм» по факсу, 2002, №16, с.52

37. Штандл Э., Менерт Х.Большой справочник по диабету / Пер. с нем. М.: АО «Интерэксперт», 2002, 400 с.

38. Шустов С.Б., Нагибович О.А., Гупалова Т.В. Особенности кардиальных нарушений при диабетической нефропатии // Сахарный диабет, 2002, №4(17), с.40-42.

39. Щербачева Л.Н., Сунцов Ю.И., Рыжкова С.Г. и др. Мониторинг основных эпидемиологических характеристик сахарного диабета у детей в Москве // Сахарный диабет, 1999, №1(2), с.13-17

40. Fortis C., Galli L., Consogno G.et al. Serum levels of soluble cell adhesion molecules (ICAM-1, VCAM-1, E- selectin) and of cytokine TNF-alpha increase during interleukin-2 therapy //Clin.Immunol.Immunopathol., 1995, v.76, p. 142-147

41. Hughes J. M., Brink A., Witmer A.N. et al.Vascular leucocyte adhesion molecules unaltered in the human retina in diabetes // Br. J. Ophthalmol., 2004,v.88(4), p.566-572

42. Osborn L., Hession C., Tizard R.et al. Direct expression cloning of vascular cell adhesion molecule 1, a cytokine- induced endothelial protein that binds to lymphocytes //Cell, 1989, v.59.(6), p.1203-1211

43. Sato Y., Rifkin D.B. Autocrine activities of basic fibroblast growth factor: regulation of endothelial cell movement, plasminogen activator synthesis, and DNA synthesis//J.Cell.Biol.1988,v.l07, p.l199-1205

44. Vilcek J. et al. Tumor necrosis factor receptor binding and mitogenic action in fibroblasts // J.Cell Phis. Supplement., 1987, v.50, p.57-61

Xülasə

Diabetik mikroangiopatiya probleminin aktualliği

S.M.Əliyeva

Bütün dünyada olduğu kimi Azərbaycan da da şəkərli diabet problemi aktual olaraq qalmaqdadır. Bu xəstəliyin xüsusi tibbi- sosial əhəmiyyəti yüksək əlilləşmə və ölüm göstəricisinin olması ilə əlaqədardır. Onun sayı hər il artır, hər 15 ildən bir isə iki dəfə artır. Bu problemlə əlaqədar olaraq sonradan müxtəlif ağırlaşmamların baş verməsi şəkərli diabet məsələsini daha bir aktual məsələ kimi qarşıya qoyur.

Summary

The relevance of diabetic microangiopathy

S.M. Aliyev

In Azerbaijan, as elsewhere in the world, the problem of diabetes mellitus (DM) is extremely important. Enormous social health importance of this disease is due to early disability and high mortality of patients with diabetes. Their number is increasing annually, doubling every 15 years. This is not only due to the progressive growth of the detection of new diabetes, but also due to a significant increase in median survival compared with doinsulinovoy era. In connection with the above issues become more important, related to the development of late complications of diabetes.

Daxil olub:22.10.2012

UŞAQLARDA METABOLIK SINDROMUN KLINIK, METABOLIK ASPEKTLƏRI

S.Q.Xanməmmədova, İ.İ.İsayev
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: uşaqlar, metabolik sindrom
Ключевые слова: дети, метаболический синдром
Key words: children, metabolic syndrome

Metabolik sindrom (MS) müasir təbabətin çox ciddi tibbi-sosial problemi olmaqla müasir terapiyanın kəskin probleminə çevrilmiş, ümumi populyasiyada geniş yayılmışdır (14%-dən 24%-dək) [1,2] və bu xəstəliyə görə risk qrupuna daxil olanların sayı dayanmadan artır. Son 2 onillikdə problemin öyrənilməsi göstərir ki, gənclər və yeniyetmələr arasında onun sabit artımı müşahidə olunur [3,4].

Ümümdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) ekspertləri MS-la bağlı vəziyyəti qiymətləndirərək qeyd etmişlər ki, biz XXI əsrin yeni pandemiyası ilə qarşılaşırıq. Yaxın 25 ildə isə onun tempinin 50% artması göstərilir [4].

Bu, bizim yaşadığımız zamanın böyük tibbi sosial bəlası olmaqla, ürək damar sistemi xəstəliklərinə görə yüksək risk qrupunu təşkil edir və xəstələrin erkən əlilliyi və vaxtından əvvəl ölümə səbəb olur [5,6,7].

MS-u təşkil edən hər bir komponent sərbəst olaraq ürək damar sisteminin hədəfidir [8,9,10,11]. Lakin, təəssüflə qeyd etmək lazımdır ki, təcrübədə, MS-un əlamətlərinin diaqnostikası vaxtında aparılmır, adətən təsadüf nəticəsində aşkarlanır. Halbuki, MS altında birləşən anlayışlar ilkin dövrdə geriyə dönə bilən dəyişikliklər olub, uzun müddət simptomsuz gedir və vaxtında aşkarlanıb effektiv müalicə-profilaktik tədbirlər görülərsə bir çox xəstəliklərin; II tip Şəkərli Diabet (ŞD), ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX), arterial hipertenziya (AH) və başqalarının klinik manifestasiyasına qədərki dövrdə onun formalaşmasının qarşısı alınar [12,13,14].

Yaşlı əhalidə meydana çıxan xəstələnmə və ölümün aparıcı səbəbi olan, ciddi tibbi social problemə çevrilmiş ürək damar sistemi xəstəliklərinin risk amilləri uşaq və yeniyetməlik dövründə formalaşdığı üçün uşaqlarda MS-un öyrənilməsi problemin aktuallığını daha da artırır.

MS-un formalaşmasında genetic və mühit amillərinin arasındakı əlaqə çox mürəkkəb və hələ də tam öyrənilməmiş qalır. Baxmayaraq ki, bütün genetic markerlər hələ tam öyrənilməmişdir, yüksək texnologiyaların inkişafı papulyasiyada kütləvi araşdırmalar aparmaqla MS-a genetic şərtlənmiş meylliyini aydınlaşdırmağa imkan verir.

Məlumdur ki, uşaq orqanizmində istənilən əlamətlərin formalaşmasında bətndaxili və erkən postnatal dövr böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu baxımdan MS-un komponentlərinin formalaşmasına yol açan prenatal və postnatal amillərin öyrənilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir

Bu amillərə hamiləliyin patoloji keçməsi, hestasiya müddətinin qısalması, anada hestasion şəkərli diabetin olması (bu da uşaqda hiperinsulinemiyaya və makrosomiyaya səbəb olur), bətndaxili aclıq dövrlərinin olması, eyni zamanda dölün doğularkən böy-kütlə göstəriciləri də MS-a görə meylliliyin qiymətləndirilməsində əhəmiyyət kəsb edir. Aparılan tədqiqatlar hətta doğularkən uşağın bədən kütləsinin aşağı və ya yuxarı olması (bətndaxili inkişafın ləngiməsi və makrosomiya, yəni uyğun olaraq □2800 qr□ və 4000 qr, prenatal markerlər sayılır və insulinə rezistenlik (1R) və hiperinsulinemiya proseslərini əks etdirir) inkişafın, piylənmənin persistə olunmasının, AH-n, dislipidemiyanın, qlukozaya tolerantlığın pozulması, II tip şəkərli diabet və hiperkoaqulyasiyanın prediktorları sayılırlar.

Bu məsələdə uşağın həyatının I-ci ili də müəyyən rol oynayır, belə ki, təbii qidalanmanın olmaması və ya qısa müddətli olması, aclıq dövrlərinin olması, uşağın inkişaf və bədən kütləsinin sürətlə artması və bu dövrdə təsir edən əlverişsiz amillərin təsiri də rol oynayır.

Bu problemlə bağlı aparılan bəzi tədqiqatlar, insanın bütün sonrakı həyatına təsir edən, MS-un formalaşmasına səbəb olan prenatal inkişafın pozğunluğunun vacib rolunu göstərir [15,16].

D.J. Barker və C.H.Halls (1992) qeyd etmişlər ki, MS hestasiya dövründə dölün kifayət qədər qidalanmaması nəticəsində β-hüceyrələrin kütləsinin azalması, nefronun sayının azalması və İR, həmçinin anqiogenezin pozulmasına səbəb olur.

A.T.Hattersley, J.E.Tooke (1999) alternativ hipotez təklif edərək qeyd etmişlər ki, İR-yə genetik meyllilik embriogenezin ləngiməsi və kiçik bədən kütləsi ilə doğulmanın əsasını təşkil edir ki, bu da insulinin inkişaf proseslərinə anabolik effektinin pozulması ilə şərtlənmişdir.

MS-toxumaların insulinə həssaslığının azalması (insulinə rezistenflik) şəraitində, abdominal piylənmə fonunda kompleks karbohidrat və yağ mübadiləsinin bir-biri ilə əlaqəli pozğunluqları, həmçinin arterial təzyiqin

(AT) tənzimləmə mexanizmini və endotel funksiyasının dəyişikliklərini özündə birləşdirir

Hazırda MS kompleksinə İR, abdominal-visseral piylənmə, hiperinsulinemiya (Hİ), ilkin (essensial) arterial hipertenziya (AH), qlukozaya tolerantlığın pozulması (QTP) və ya SD II tip, dislipidemiya, erkən ateroskleroz, ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX), homestazın pozulması, hiperurikemiya (HU) və podaqra, mikroalbuminiriya (MAU), hiperandrogeniya, sol mədəciyin miokardının hipertrofiyası, iltihab önü və protrombik vəziyyətin daxil olmasına baxmayaraq, MS-un öyrənilməsi zamanı belə bir fikrin formalaşmışdır ki, bu açıq sistem olub, R.D. Fronzo fikrinə görə bu günə qədər də "mürrəkəb metabolik şəbəkə və ya hörümçək" kimi özünə yeni-yeni komponentlər cəlb edir.

MS-un əsas komponenti olan İR dedikdə, normal, hətta artıq miqdarda insulin hasil olunmasına baxmayaraq reseptorların insulinə həssaslığının azalması başa düşülür. Toxumaların insulinə həssaslığı normal olduqda insulinin əsas fizioloji effekti adekvat olaraq baş verir, belə ki, qlikemiyanın səviyyəsi tənzimlənir, qlukoheogenez, lipogenez və lipoliz, aclıq və toxluq hissi kontrol edilir. Toxumaların insulinə həssaslığı azaldıqda isə İR baş verir ki, bu da qanda insulinin səviyyəsinin artması və paralel olaraq onun toxumalar tərəfindən tanınması və nəticədə qlikemiyanın artmasına səbəb olur.

İR genetik determinə olunmuş və ya qazanılma ola bilər[17,18,19]. Hazırda 40-dan artıq müxtəlif xəstəlik və vəziyyətlərdə İR olması aşkarlanmışdır ki, bunlardan ŞD II tip də müayinə olunanların 78-84%-də, qlükozaya telerantlığın pozulmasında 42-65,9%, hiper- xolesterenimeyada 53,5%, hipertriqliseridemiyada 84,2% hiperurekimiyada 63%, XSYSLP- də 88,1% hipertoniyada 58% təsadüf edir [20]. Bunlarla yanaşı fizioloji İP pubertat dövrdə, hamiləlik vaxtı və yaşlı əhalidə [21,22,23] təsadüf edir. Məlumdur ki, praktik sağlam, normal bədən kütləsinə malik olan insanların 25%-də İR müşahidə olunur [24]. insulinin bioloji fəallığının və periferik toxumaların ona normal həssaslığının meydana çıxması üçün hormonun bütün siqnal yollarının intakt olması gərəkir [25,26,27]. Hazirda təyin olunmuşdur ki, insulin reseptoru substratı və digər genlərin polimorfizmi mövcuddur ki, bu da insulinin bioloji siqnallarının transduksiyasında iştirak edən zülal molekullarının sintezinə nəzarət edirlər və bu da reseptorların müxtəlif dərəcədə nəzərə çarpan rezistentliyi ilə müşayət olunur.

MS-un ən əsas markerlərindən biri abdominal (visseral) piylənmə hesab olunur. MS-un epidemioloji tədqiqatları ABŞ-da əhalinin 65,7%-nın artıq bədən kütləsinin, 30,6%-nın isə piylənmədən əziyyət çəkdiyini göstərir.

Rusiya Tibb Elmlər Akademiyasının ET Qidalanma institutunun 2005 il məlumatlarına görə Rusiyada əhalinin 55%-ində artıq bədən çəkisi, 22% isə piylənmə mövcuddur.

EGİR (insulinə rezistentliyin öyrənilməsinə görə Avropa qrupunun) kriterlərinə görə MS-n yayılması kişilər arsında (40-55 yaş) 33,3%, qadınlar arasında (40-55 yaş) 20,8% təşkil edir.

Piylənməyə meylliyin bu səviyyədə olmasının səbəbi müasir insanin az hərəkət etməsi və izafi dərəcədə yüksək kalorili qida qəbulu (xüsusilə də yüksək inkişaf etmiş ölkələrdə) ilə əlaqədardır.

İnsan orqanizmində olan piy toxuması idmançılarda 2-3%, morbid piylənmədə isə bədənin ümumi kütləsinin 60-70%-ə qədərini təşkil edir [22]. Bu zaman, ideal bədən kütləsinin 35-40% artması, toxumaların insulinə rezistentliyinin 40% azalmasına səbəb olur.

Son illərin tədqiqatları göstərir ki, piy toxuması endokrin orqan kimi fəaliyyət göstərib çoxlu miqdarda müxtəlif bioloji effektlərə malik sitokinlər sintez edir ki, bu da artıq bədən kütləsinin toplaması ilə yanaşı, İR-yə səbəb olur. İnsulinə rezistentlik piy toxumasının orqanizmdə paylanmasının xarakteri ilə bağlıdır. Piy toxumasının paylanması visseral (intraabdominal) və dərialtı olub, visseral normada 6-20% təşkil edir [22]. Visseral piy toxuması daha yaxşı innervasiya olunub, daha geniş kapilyar şəbəkəyə malik və birbaşa portal sistemlə əlaqədardir [27]. İR-in inkişafı və proqressivləşməsində və onunla bağlı metabolik pozğunluqların formalaşmasında məhz visseral piy toxuması rol oynayır, nəinki dərialtı piy toxuması [28,29]. Məlum olmuşdur ki, belə fərqlərin olması genlərin qeyri-bərabər ekspessiyası nəticəsində abdominal və dərialtı piy toxumasının hormonal effektini şərtləndirir [22,30]. Çoxsaylı tədqiqatlar sübut edir ki, eyni bədən kütləsi indeksinə malik olan hallarda belə abdominal piylənmədə ürək damar sistemi, II tip şəkərli diabet, ateroskleroz riski daha çox olur [31,32].

Abdominal piylənmə ürək damar sistemi xəstəlikləri üçün sərbəst risk faktorudur [31,32]. Belə ki, bel dairəsinin (BD) 1sm, bel dairəsinin bud dairəsinə nisbətinin isə 0,01 artması gələcəkdə ürək damar sistemi xəstəliklərinin riskinin 2 və uyğun olaraq 5% artması deməkdir.[30]. Bədən kütləsi indeksinin (BTİ) persentilinə (nomoqramlara) əsasən uşaqlarda 85-95 persentildə artıq bədən kütləsi, 95 persentildən yuxarı piylənmə kimi qiymətləndirilir (Ümumdünya Səhiyə təşkilatının 1997 il təsnifatına əsasən).

MS-un İR və abdominal piylənmə ilə yanaşı markerlərindən biri də Arterial hipertenziyadır (AH) ki, bunun da əsasında İR fonunda kompensator hiperinsulinemiya nəticəsində bir sıra patoloji mexanizmlər; böyrək, ürək damar, endokrin mexanizmlərin işləməsidir. Hiperinsulinemiya ilə AH-n arasındakı qarşılıqlı əlaqəyə görə, müalicə olunmamış hiperinsulinemiyada AH-ın tez bir zamanda inkişaf edəcəyini proqnozlaşdırmaq olar. Belə ki, insulin böyrəyin proksimal kanalciqlarından natriumun reabsorbsiyasını artıraraq hipervolemiya və natriumun və kalsiumun damar divarında artmasına və damarların daralması və ümumi pereferik müqavimətin artmasına, həmçinin insulin simpatik sinir sisteminin fəallığını artıraraq, ürək atımını artırır, damarların daralması və ümumi pereferik müqavimətin artmasına səbəb olur. Digər tərəfdən insulin mitogen amil kimi damarların saya əzələ toxumasının proliferasiyasını artıraraq onların mənfəzini daraldır və ümumi pereferik müqavimətin artmasına səbəb olur. Sonuncu (böyrək qan dövranının azalması ilə) renin-anqiotenzin-aldesteron sistemini fəallaşdırır. Bu da arterial təzyiqin stabil yüksəlməsinə səbəb olur.

İR və abdominal-visseral piylənmə şəraitində lipoproteinlipaza və qaraciyər triqliseridlipaza fəallığı dəyişir və triqliseridlərlə zəngin lipoproteidlərin parçalanması ləngiyir, bu da yüksək sıxlıqlı lipoproteidlərin (YSLP) və aşağı sıxlıqlı lipoproteidlərin (ASLP) triqliseridlərlə zənginləşməsinə səbəb olur. Bu zaman plazmada ASLP-in kiçik sərt hissəcikləri artır, YSLP-n səviyyəsi azalır, qaraciyərə sərbəst yağ turşularının çox daxil olması nəticəsində triqliseridlərin sintezinin güclənməsi və çox aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin (ÇASLP) və apolipoprotein B-nin sekresiyası baş verir.

MS-da dislipidemiyanın ən çox təsadüf edən variantı-lipid triadası: hipertriqliseridemiya, YSLP səviyyəsinin aşağı olması və ASLP-n kiçik sərt hissəcikləri fraksiyasının artmasıdır.

Bundan başqa visseral piylənmə olan xəstələrdə hiperinsulinemiya, apolipoprotein B və ASLP-n kiçik sərt hissəcikləri fraksiyasının artması aterogen metabolik triada kimi səciyyələndirilir.

MS-da karbohidrat mübadiləsinin pozulması acqarına plazmada şəkərin təyin olması (6,1 mmol/l (‹110mq/dl)-norma; ≥6,1(≥110mq/dl) amma□7,0 mmol/l (□126mq/l şəkərli diabet)və peroral qlukozaya tolerantlığın testinin aparılması (qlukoza ilə yüklənmədən 2 saat sonra-□7.8 mmol/l(□140mq/l)qlukozaya tolerantlığın normal olması, ≥7,8 mmol/l(≥140mq/dl,amma □11.7mmol/l(□200 mq/dl)-qlukozaya tolerantlığın pozulması ≥11,1 mmol/l (≥200 mq/dl) olması təqribi Şəkərli diabet) ilə təyin olunur.

MS-da fibrinogenin və fibrinolizin ingibitorlarının səviyyəsinin artması qeyd olunur ki, bu da damar divarının zədələnməsi fonunda trombların əmələ gəlmə riskini artırır.

Hazırda MS-un marketlərindən olan hiperurikemiya ilə (qanda sidik turşusunun konsentrasiyasının artması) abdominal piylənmə, triqliseridemiya arasında dürüst korrelyasiyanın olması qeyd olunmuşdur. MS-da hiperurikemiya, həmçinin ürək damar sisteminin zədələnməsinin və AH-nın proqressivləşməsinə səbəb olur.

MS-un hədəfi olan ürək-damar sistemi canlı orqanızmin fəaliyyətinin adaptasiya- uyğunlaşma reaksiyalarında indikator rolu oynayır. Orqanizmin kompensator imkanlarını MS-un gedişi müəyyən edir.

Bütün qeyd olunanları nəzərə alaraq uşaq yaşlarında MS-un əlamətlərini vaxtında aşkar etməklə, bu uşaqlar risk qrupuna daxil edilərsə və uyğun müalicə profilaktik tədbirlər görülərsə, gələcəkdə ürək damar sistemi xəstəliklərinin inkişaf etməsinin qarşısı alınar.

ƏDƏBIYYAT

1. Дедов И.И.,Мельниченко Г.А.,Романцова Т.И. Патогенетические аспекты ожирения //Ожирение и метаболизм, 2004, №1, с.3-9

2. Albert G. İntroduction to the metabolic syndrom //Eur. heart J., 2005, №7, pD3-D5.

3. Zimmet P., Alberti G.F. The metabolic syndrome in children and adolescents // Lancet, 2007, v.369, p.2059-2061.

4. Zimmet P., Show J., Alberti G.. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view // Diabetic medicine, 2003, v.10, p693-702.

5.Лупанов В.П.. Ожирение, как фактор риска развития сердечно-сосудистых катастроф.// Русский мед. Журнал, 2003, Т11, №6, с.45-49.

6.Мельниченко Г.А. Ожирение в практике эндокринолога // Русский мед. Журнал, 2001, Т9, №2, с.82-87.

7.Eckel R. Obesity: rucchanism and clinical management. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2003, 592p.

8.Аметов А.С., Кондратьева Л.В. Метформин-основа терапии пациентов с метаболическим синдромом / А.С.Аметов, // Русский мед. Журнал, 2006,Т14, №26, с.1905-1911.

9.Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // Русский мед. жур., 2001,Т.2 №9, с.56-60.

10.Semenkovich C.F. İnsulin resistence and atherosclerosis // J.Clin. İnvest., 2006, v.116, №7, p.1813-1822

11.Zambon A., Pauletto P., Grepaldi G.The metabolic syndrome - a chromic cardiovascular imflammatory condition // Aliment. Pharmacol. Therapeut., 2005, №22(suppl.2), p.S20-S25.

12.Caballero A.E. Endothelial dysfunction in obesity and insulin resistance: a road to diabetes and heart disease // Obes.Res., 2003, №11, 31278-1289.

13. Capuzzi D.M. Freeman J.S.C-reactive protein and cardiovascular risk in the metabolic syndrome and type 2 diabets: controversy and challenge //Clin. Diab., 2007, №25, p.16-22.

14. Koeslag J.H., Saunders P.T., Terblanche E. A reappraisal of the blood glucose homeostat which comprehensively explains the type 2 diabetes mellitus-syndrome χ complex //J.Physiol., 2003, v.549, №2, p333-346.

15. Mi J. Effects of infant birth weight and maternal body mass index in pregnancy on components of the insulin resistance syndrome in China //Ann. İntern. Med., 2000, N132, p.253-260.

16.Miller M., Rhyne J., Chen H.APOC3 promoter polymorphisms C-482T and T455C are associated with the metabolic syndrom //Arch. Med. Res., 2007, v38, №4, p.444-451.

17.Аметов А.С., Бова Ф.С., Геодорович О.В. Нарушение обмена мочевой кислоты у больных сахарным диабетом 2 типа // Русский медицинский журнал, 2008, Т.16, №15, с.985-988.

18.Бутрова С.А. Эффективность Глюкофажа в профилактике сахарного диабета 2 типа // Русский медицинский журнал, 2003, Т.11, №27, с.1494-1499.

19.Pollex R.L., Hegele R.A.Genetic determinants of the methabolic syndrom //Nat. Clin. Pract. Cardiovasc. Med., 2006, №3, p.482-489.

20.Ginsberg H.N., Huang L.S.The insulin resistance syndrome: İmpact on lipoprotein metabolizm and atherothrombosis //J.Cardiovasc.Risk., 2000, v.7, №5, p.325-331.

21.Bloch C.A., Clemons P., Sperling M.A. Pyberty decreases insulin sensitivity // J.Pediatr., 1987, №110, p481-487.

22.Byrne C.D., Wild-Chichester S.H. The metabolic syndrome. 2005, 418p.

23. Goran M.L., Gower B.A. Longitudinal study on pubertal insulin resistance // Diabetes, 2001, №50, p.2444-2450.

24. Ferrannini E., Balkau B. İnsulin: in search of a syndrome //Diabet.Med., 2002, v.19, №9, p.724-729.

25.Дедов И.И., Балоболкин М.И. Инсулиновая резистентность в патогенезе сахарного диабета типа 2 и медикаментозная возможность ее преодоления //Врач, 2006, №11, с.8-13.

26.Hunter S.J., Garvey W.T. İnsulin action and insulin resistence: diseases involving defects in insulin receptors, signal transduction, and the glucose transport effector system //Am.J.Med., 1998, №105, p.331-451.

27.Kumar S., O'Raliylly-Chichester. S. İnsulin action and its disturbances in disease. 2005, 599p.

28.Caprio S.Central adiposity and its metabolic correlates in obese adolescent girls / //Am.J.Physiol., 2002, №269, p.E118-E126.

29.Kobayashi H., Nakamura T., Miyaoka K. Visceral fat accumulation contributes to insulin resistance, small-sized low-density lipoprotein, and progression of coronary artery disease in middle-aged non-obese Japanese men // Jpn.Circ J., 2001, v.65, №3, p.193-199.

30.De Koning E.J., Rabelink T.J. Endothelial function in the post-prandial state //Atherosclerosis., 2002, №3 (Suppl 1.), p.11-16.

31.Laclaustra M., Corella D., Ordovas J.M. Metabolic syndrome phathophysiology: the role of adipose tissue // Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis., 2007, v.17, №2, p.125-139.

32.Von Eyben F.E., Mouritsen E., Holm J.İntra-abdominal obesity of and metabolic risk factors: a study of young adults //İnt. J. Obes., 2003, v.27, №8, p.941-949

Резюме

Клинико-метаболические аспекты метаболического синдрома у детей

С.Г.Ханмамедова, И.И.Исаев

В статье приведены данные разных авторов по проблеме метаболического синдрома у детей младшего и школьного возраста.

Summary

Clinico-metabolic aspekts of metabolic sindrom

S.Q.Khanmamedova, İ.İ.İsayev

It was paper presented the data of different authors on the issue of the metabolic syndrome in young children and school age.

Daxil olub:29.10.2012

BURUN UDLAQ BADAMCIĞININ (ADENOİD) HİPERTROFİYASI ZAMANI CƏRRAHİ MÜALİCƏNİN HƏLLİNƏ MÜASİR BAXIŞ

N.M. Hüseynov, M.D. Quliyev

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləıodirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: adenotomiya, udlaq badamcığı, adenoid, endoskopiya

Ключевые слова: аденотомия, миндалин, аденоид, эндоскопия

Ключевые слова: аденотомия, миндалин, аденоид, эндоскопия

Məktəbə qədər və kiçik, məktəb yaşlı uşaqlar arasında udlaq badamcığı adlanan adenoid vegetasiyasının hipertrofiyası və iltihabına qulaq, burun, boğaz xəstəlikləri strukturunda təqribən 62%, yuxarı tənəffüs yolları xəstəlikləri içərisində isə 28,9% rast gəlinir [1,2,3].

Uşaqlarda burun-udlaq badamcığının (adenoidin) cərrahi müalicəsi probleminə həsr

olunmuş otorinolarinqoloji elmi ədəbiyyatlarda son zamanlar rast gəlinən tədqiqat işlərinin artmasını nəzərə alaraq, ədəbiyyat məlumatları və öz xüsusi təcrübəmiz əsasında biz də bu problemi araşdırmaq qərarına gəldik.

Adenoid vegetasiysının hipertrofiyası zamanı əsas aparıcı simptom burun tənəffüsünün çətinləşməsidir ki, bu da, həyati vacib orqan və sistemlərin funksiyasına, döş qəfəsi, həmçinin üz skletinin formalaşmasına, o cümlədən uşağın intellektual inkişafına mənfi təsir göstərir. Burun udlaq badamcığının hipertrofiyası zamanı 4,8% uşaqlarda təsadüf olunan obstruktiv «sleep apnoe» sindromunun formalaşmasını xüsusilə qeyd etmək lazımdır [4,5,6].

Baş ağrıları, diqqətin məhdudlaşması, tez-tez süstlük, arterial təzyiqin artması, ağ ciyər hipertenziyası, hipotrofiya, nevroloji pozğunluqlar, həmçinin uşağın fiziki inkışafdan geri qalması – bütün bunlar adenoid vegetasiyasının hipertrofiyası zamanı əmələ gələn xroniki hipoksiyanın nəticəsidir.

Adenoid vegetasiyasının hipertrofiyasına xroniki iltihabi reaksiyanın qoşulması, virus, bakterial, mikotik və allergik sensibilizasiya mənbəyi ola bilər ki, yanaşı olaraq humoral və hüceyrə immunitetinin zəifləməsi, nəticədə Yevstax borusunun kiprikli hüceyrələrinin transport funksiyasının zəifləməsi hesabına onun funksional pozğunluğuna səbəb ola bilər. Bu isə öz növbəsində, orta qulaqda eksudativ prosesin inkişafına gətirib çıxara bilər.

Adenoid vegetasiyasının hipertrofiyası olan uşaqların konservativ müalicəsinin müxtəlif və geniş yayılmış üsullarına baxmayaraq, əksər hallarda klinik situasiyalar cərrahi müdaxilə tələb edir.Bizim fikrimizcə, bu pediatr və otorinolarinqoloqların poliklinika-ambulator etapda xüsusilə diqqət edəcəyi nöqtədir.Yetərli diaqnostik bazanın olmasını da qeyd etmək lazımdır.Belə ki, indiyə kimi "standartlaşmış" diaqnostika üsulu burun-udlağın yan proyeksiyada rentgenoqrafiyası sayılır.Bəzi müəssisələrdə hətta arxa rinoskopiya və burun-udlağın barmaqla müayinəsi də tətbiq olunur. Hesab edirik ki, endoskopik diaqnostik metodun üstünlüklərini təsvir etməyə ehtiyac yoxdur, çünki, klinikaların coxu üçün bu artıq bir standart olmuşdur.

Udlaq ətrafındakı limfadenoid toxumasına cərrahi müdaxilə uşaq praktikasında ən çox yayılmışıdır.Statistik hesablamalara görə, adenoid vegetasiyasının kənar edilməsinə istiqamətlənmiş əməliyyat (adenoidektomiya) burada əsas yer tutur (76,9%) [7,8]. Adenoid vegetasiyasının hipertrofiyasında cərrahi müalicənin, əksər kliniki hallarda vacibliyi bəraət qazanır, çünki, əks halda xəstəlik uzanmış və ya xroniki xarakter almış olur ki, bu da uşağın şikəstliyinə və sosial dezadaptasiyasına gətirib çıxarır.

Təəssüf ki, ölkəmizdə və bəzi ölkələrdə hələ də, otorinolarinqoloqların çoxu adenotomiyada cərrahiyənin «standart formasını» təbliğ edirlər, hansı ki, ayrı-ayrı konstruksiyalı adenotomların köməkliyi ilə, yerli anesteziya ilə «kor-koranə» əməliyyat aparırlar. Amma belə əməliyyat çoxdan öz aktuallığını itirmişdir, belə ki, o, çox vaxt burun tənəffüsünün tam bərpasına gətirib çıxarmır və xəstəni xroniki adenoidit simptomlarından azad etmir.

Görmə nəzarəti olmadan, hətta, mükəmməl aparılmış adenotomiyada, əmin olmaq olmaz ki, limfoid toxuma tam çıxarılmışdır. Apardığımız müşahidələr göstərir ki, adenoidin əsas hissəsinin çıxarılmasına baxmayaraq, burun udlaqda lazımı qədər böyük ölçüdə limfadenoid toxuması qala bilir və 87,8% hallarda əməliyyatdan sonrakı dövrdə burun udlağın endoskopiyası zamanı təsdiq olunur (prosediv). Beləliklə, «kor-koranə» aparılmış adenotomiya zamanı ağırlaşmalar 67,8% -dən 87,8% kimi təşkil edir ki, son illər aparıcı otorinolarinqoloji klinikaların işləri də bunu təsdiq edir.

Lakin, son illər (2001-2010) endoskopik diaqnostika və müalicə metodunun uşaq otorinolarinqoloji praktikasında geniş tətbiq olunması, əməliyyatın texnikasının keyfiyyətinin yaxşılaşmasına, cərrahi müalicənin nəticələrinin effektivliyinin artmasına imkan yaradır [9,10].

Burun daxilindən endoskopik nəzarət altında aparılan adenotomiya perspektiv metodlardan biri hesab olunur. Lakin sərt endoskopun istifadəsi kiçik yaşlı uşaqlarda çətinlik törədir. Buna səbəb onların burun yollarının dar olmasıdır. Bundan başqa burun yoluna endoskopik nəzarət burunudlaq yolunun tam vizuallaşmasına imkan vermir [11].

Ağızdan aparılan epifarinqoskopiya diametri 4 mm olan 70^0 –li optik endoskop vasitəsilə həyata keçirilir.Bu cərrahın hərəkətlərini nisbətən tam təsvir etməyə və Bekman adenotomu ilə daha dəqiq işləməyə imkan verir [12,13].

Məlumdur ki,damaq yarığı və submukoz damaq yarığı olan xəstələrin yumşaq damağı normaldan daha qısa olur.Bu xestelerde sadəcə adenoidləri hipertrofik olduqda damaq bölgəsi arxa udlaq divarına təmas edərək velofarinqeal çatmamazlıq aradan qalxır.Ona görə də belə xəstələrdə hipertrofik adenoid toxuması çıxarılsa,velofaringeal çatmamazlıq, hipernazal danışma və maye qidaların buruna qayıtması baş verir.Odur ki,məhz vizual nəzarət altında adenoid

toxumasının alt qisminin saxlanaraq konservativ bir adenotomiya aparmaqla velofarenqeal çatmamazlıq riski də minimuma endirilmiş olur.

Bu məqsədlə istifadə olunan əyilmiş şeyver ucluğunun da tətbiq olunması əməliyyatı ağız-udlaq tərəfindən 70ºli endoskop nəzarəti altında aparmağa imkan verir [14].

Diatermokoaqulyasiya və ya ablyasiya vasitəsilə vizual nəzarət altında qırtlaq güzgüsünün köməkliyi ilə aparılan adenotomiyanın effektivliyi barədə E.D.Wright və həmmüəl. (1997) [15] və P.Walker və həmmüəl. (2001) [16] məlumat vermişlər.

Burunudlaq yolunun sanasiyası üçün lazer texnikası ən baha metodikalardan biri hesab olunur. Adenotomiya üçün lazerdən istifadə olunmasının effektivliyi və məqsədəuyğunluğu haqqında fikirlər cüzi və ziddiyətlidir [17]. Müəlliflər bu metodikanın üstün cəhətləri kimi əməliyyatdan sonrakı dövrdə yerli iltihabi halların az olması, burun-udlaq yolunda çapıqlaşma proseslərinin olmaması və yaxşı hemostazı göstərmişlər.

Adenoidektomiya və tonzillektomiya zamanı adekvat ağrısızlaşdırma tədbirləri aparılmadıqda bu əməliyyatlar, nəticə etibarı ilə uşaqlar üçün dərin stresə və psixogen problemlərə səbəb olur.Odur ki, cərrahi texnikanın təkmilləşməsi ilə yanaşı, həmin müdaxilələrin aparılması üçün ağrısızlaşdırma metodları da təkmilləşərək inkişaf etmişdir.

Cərrahi və anesteziоloji təminat baxımından adenoidektomiya əməliyyatı zamanı ağrısızlaşdırma məqsədilə çoxlu metodikalar təklif olunmuşdur.Nəhayət adenoidektomiya üçün optimal üsul olaraq endotraxeal narokozla yanaşı qısa müddətli təsirə malik miorelaksantların istifadə olunması qəbul olunmuşdur [18,19].

Müasir ədəbiyyatda ümumi ağrısızlaşdırmanın aparılamsı üçün çoxsaylı medikamentoz və aparat metodikalarının olmasına baxmayaraq bizim ölkədə onların geniş tətbiq olunması bir qədər məhduddur. Bundan başqa hazırda adenotomiya üçün vahid , universal metodika yoxdur və bu əməliyyatın keyfiyyətli aparılması problemi hələ də aktual olaraq qalmaqdadır [20,21].

Son illərin müayinələri göstərir ki, adenoid vegetasiyası uşaqlarda immunitetin fəaliyyətində çox böyük əhəmiyyət kəsb edir və təsdiq edir ki, onların olmaması yerli immunitetin çatmamazlığına gətirib çıxarır. Adenoid vegetasiyasının immunoloji aktivliyi 5 yaşa qədər uşaqlarda daha böyük əhəmiyyət kəsb edir.Ona görə də 5 yaşadək uşaqlarda mümkün olduğu qədər cərrahi müalicə məsləhət görülmür [22,23].lakin konservativ müalicələr effektsiz olduğu halda, yəni göstəriş varsa, 2 yaşda da əməliyyat etmək olar(25,26,27).

Yaranmış bir-birinə zidd olan şərait daha təkmilləşmiş, immunoloji və histokimyəvi skrininq-testlərə əsaslanan diaqnostik alqoritimlər yaratmağı tələb edir. Həmçinin adenoid vegetasiyası hipertrofiyasının müalicəsində də yeni metodlar yaratmaq lazımdır. Yalnız o halda bir tərəfdən burun tənəffüsü,digər tərəfdən də eşitmə borusunun keçiriciliyi bərpa edilər və həmçinin, adinoidlərlə əlaqədar olan orqanizmin funksional pozğunluqları aradan qalxar, beləliklə adenoid vegetasiyasını uşaq orqanizimində vacib immunitet orqanı kimi saxlamaq imkanı olar [24].

Bütün yuxarıda qeyd olunan faktlara əsasən belə qərara gəldik ki, indiki vəziyyətdə birincili və aktual məsələ, adenoid vegetasiyasının hipertrofiyası zamanı icra olunan «kor-koranə» metoddan, «vizual - nəzarət etmək» cərrahi metoduna keçmək nəticədə təkrar qayıtma (residiv) və yatrogen agırlaşmaların sayını azaltmağa imkan verəcəkdir.Bu isə uşaq yaşlarda aparılan "ən sadə" əməliyyatın – adenoidektomiyanın əhəmiyyət və nüfuzunu qaldıracaqdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Гусейнов Н.М., Худиев А.М., Абилова Ф.А. Наш опыт применения мирамистина при лечении аденоидов у детей // Рос.ринол., 2005, №2, с.182.
2. Еремина Н.В., Русецкий Ю.Ю. Клиническое обоснование и первые результаты функциональной органосохраняющей эндоскопической аденотомии // Рос.ринол., 2002, №4, с.14-17.
3. Мельников М.Н., Соколов А.С. Эндоскопическая шейверная аденоидэктомия. // Рос.ринол., 2000, №1, с.4-8.
4. Пухлик С.М. Есть ли альтернатива аденотомии? // Рос.ринол., 2001, №3, с.32-34.
5. Xudiyev A.M., Huseynov N.M., Abilova F.A. Complex treatment exudative meddle otitis in adenohupertroppu in children. // XVIII IFOS World Conqress Otorino Larinqoloqical Sosieties. Roma. Itali. 2005., p.E.- 38.
6. Якушенкова А.П., Светлова Е.А. Эндоскопическая аденоидэктемия у детей // Рос.ринол., 2006, №3, с.11-15.
7. Лопатин А.С. Эндоскопическая аденотомия. // Рос.ринол., 1998,№1, с.28-32
8. Orntoft I., Bonding P. Ectopic adenoid tissue in the choanae //Larinqol., 2001, v.115(3), p.198-201.
9. Шербул В.И., Олейников В.Б., Кунах Т.Г. Диатермокоагуляция и шейверная система при эндоназальной эндоскопической аденотомии // Росс, ринол., 2002, №2, с.190
10. Meuser W. Adenoidectomy under vision // Laringo-Rhino-Otologie., 2000, v.79, №3, p. 198
11. Пейсахина Л.И. Восстановление функций слуховой трубы после аденотомии. // Нов.оторинолар. и логопат., 1996, № 3-4 (7-8), с.35

12. Борзов Е.В. Оперативное лечение аденоидов с использованием эндоскопических технологий. //Росс, ринол., 2002, №2, с.189-190
13. Сергеев Д.В., Мансурова С.Р. Эндоскопическая аденотомия у детей и ее эффективность // Новости оториноларингологии и логопатологии, 2001, №1, с.93-94
14. Koltai. P.J. Power-assisted adenoidectomy: total and partial resection / P.J. Koltai. J. Chan. A. Younes // Laryngoscope., 2002, v.112, №8, Pt. 2, p.29-31.
15. Walker P. Pediatric adenoidectomy under vision using suction-diathermy ablation. // The Laryngoscope., 2001, v.111(12), p. 2173-2177.
16. Wright E.D., Pearl A.J., Manoukian J.J. Laterally hypertrophic adenoids as a contributing factor in otitis media. // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.,1998, v.45, p. 207-214
17. Burduk P.K., Betlejewski S., Burduk D., Szymanska-Skrsypek A.A. Combined method of the endoscopic C02 laser adenoidectomy after velopharyngeal surgery. // Laryngo-Rliino-Otologie., 2000, v.79, p. 219
18. Григорьев В.П., Железнова В.В. К вопросу о лечении хронического аденоидита / Вестн. оториноларинг.: Матер. Российской конф.оториноларингологов. М., 2002, с.286-287
19. Еремина Н.В. Функциональная эндоскопическая хирургия носоглотки при дисфункции слуховой трубы // Рос.ринология, 2003, №2.(5), с.130-134
20. Карпова Е.П., Наумов О.Г., Пивоваров С.А. Сравнительная оценка эффективности классической и шейверной аденотомии при дисфункции слуховой трубы у детей // Рос.ринология, 2005, №2, с.184-185
21. Козлов. В.С., Карпов В.А. Визуализация операционного поля при использовании аденотома новой конструкции // Вестник оториноларингологии, 2004, №4, с.18-22
22. Мельников М.Н., Соколов А.С. Эндоскопическая шейверная аденоидэктомия // Рос.ринол., 2000, №1,с.4-8
23. Darrow D.H., Siemens C. Indications for Tonsillectomy and Adenoidectomy //Laryngoscope, 2002, v.112, p.6-10
24. Hohn D.J., Deschler D.G., Tucker J.A. Central incisor width as a predictor of appropriate curette size in adenoidectomy // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 2001, V.2110, №9, P.841-843.
25. Durr D.G. Endoscopic electrosurgical adenoidectomy: technique and outcomes // J otolaryngol., 2004, v.33(2), p.82-87
26. Wong l,Moxham JP,Ludemann JP: electrosurgical adenoid ablation.J Otolaryngol 2004;33(2):104-106
27. Koltai P.J., Chan J., Younes A. Power-assisted adenoidectomy:Total and partial resection // Laryngoscope, 2002, v.112, p.29-31.

Резюме

Современный подход к решению проблемы хирургического лечения при гипертрофии носоглоточных миндалин

Н.М.Гусейнов, М.Д.Гулиев

Под аденоидами понимается патологическое увеличение глоточной миндалины, приводящее к выраженным клиническим проявлениям. Во многом проблема этиологии и патогенез данного заболевания остается неясной. Таким образом, несмотря на большое количество методик аденотомии и постоянное усовершенствование инструментария для неё, поиск оптимального способа данной операции остаётся актуальным. По настоящее время в различных клиниках используются как классические способы, которые имеют очевидные технические недостатки и не обеспечивают качественного удаления ткани глоточной миндалины, так и современные дорогостоящие высоко технологичные методы аденотомии.

Summary

The modern approach to solving the problem of surgical treatment of nasopharyngeal tonsil hypertrophy

N.M.Huseynov, M.D.Guliyev

Under the adenoids refers to a pathological increase in the pharyngeal tonsils, leading to severe clinical manifestations. In the multi ¬ gom problem etiology and pathogenesis of this disease remains unclear. Thus, despite the large number of techniques adenotomy and continuous improvement tool for her, the best way to search for this operation is still relevant. To present in a variety of clinics use the classic methods which have obvious technical shortcomings and do not provide high-quality tissue removal pharyngeal tonsils and modern costly high-tech methods adenotomy.

Daxil olub: 04.12.2012

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

STUDY OF THE CAMPYLOBACTER JEJUNI'S GENE INVOLVED IN BACTERIAL CELL MORPHOLOGY DETERMINATION

S.M.Rubinchik, A.V.Karlyshev
Kingstone university faculty of science, Lomdon

Açar sözlər: Campylobacter jejuni geni, bakterial hüceyrələrin morfologiyası, determinasiya,
Ключевые слова: ген Campylobacter jejuni, морфология бактериальных клеток, детерминация
Key words: gene Campylobacter jejuni, the morphology of the bacterial cells, the determination

The human enteric pathogen Campylobacter jejuni (C.jejuni) is one of the leading causes of human gastroenteritis worldwide. C.jejuni can be existed in spiral and coccoid forms [1]. However, the molecular mechanisms responsible for transition between these two forms are still unknown.

In E.coli there are several genes, which are involved in maintenance and determination of cell wall. Among them pbpA, which encodes Penicillin-binding protein 2 (PBP2) which either integrated or associated with the membrane [2]. In C.jejuni analog of E.coli pbpA is cj0652 gene.

The aim of this study was to examine involvement of cj0652 in C.jejuni cell morphology. The role of cj0652 gene in C.jejuni was not studied previously.

This study was performed in order to confirm whether this gene is involved in transition from rod to coccoid form. This was done by site-directed mutagenesis using inactivation of gene target via insertion of a kanamycin resistance cassette [3]. Received mutants had to be checked for their ability to produce coccoid forms using Gram staining technique.

MATERIALS AND METHODS. Two C.jejuni strains were used in this study: hypermotile strain of C. jejuni NCTC 11168 [4] and C. jejuni 81116 [5].

C.jejuni was grown under microaerophilic conditions in anaerobic jar using CampyGen Gas generator at 37°C on Columbia base agar (CBA) (Oxoid) supplemented with 6,5% horse blood (Fisher) and Skirrow supplement (Sigma). When necessary media were supplemented with kanamycin (50 mcg /ml) (Sigma).

E.coli competent cells XL2 - Blue Ultracompetent (Stratagene) were used in gene cloning experiments. E.coli was grown on Luria-Bertani (LB) agar (Sigma) at 37°C. Where necessary, 50 mg/ml concentration of kanamycin or 100 mcrg/ml concentration of ampicillin was added to the media.

Bioinformatics tools were used for primer design, restriction mapping and protein functions similarity search.

Primers for the gene cj0652 in C.jejuni strain 11168H were designed using the published nucleotide sequence of C. jejuni strain NCTC 11168 using Artemis software (www.sanger.ac.uk).

A reverse complement sequence of the target gene was obtained from Reverse Complement website at http://www.bioinformatics.org/sms/rev_comp.html.

Protein similarity analyses comparing the cj0652 gene to the published sequences of C.jejuni 11168 were performed using BLASTP software obtained from the Sanger institute website (www.sanger.ac.uk). Protein similarity analyses to compare the cj0652 ene to the published sequences of similar bacteria were performed using BLAST software for microbial genomes (http://blast.genome.jp/).

Standard PCR in 25 ml reaction mixtures were performed with the following parameters: 95°C for 1 min - initial denaturation, 25 cycles of 94°C for 15 s, 50°C for 15 s, and 72°C for 1,5 min. Primers SpoT_f (5'-TTG AAA CCA ATC GAT GAA GAA TTA TTGC-3') a d SpoT_r (5'-TTA ACT TTC TTT ATA AGC ATC ATT TAA AGA TG-3') (Sigma) were used for running PCR control.

Extension time in PCR reaction for verification of SpoT/ kan clones was extended to 4 min. Template DNA was prepared by the crude lyses boiling method, in which a single C.jejuni colony was boiled for 30 sec in 4 ml of green solution (Clon checker system, Invitrogen). For E.coli colonies water was used for preparation of lysates. GoTaq Master mix was the DNA polymerase used for PCR reaction (Promega) as per manufacturers instructions. PCR products as well as restriction digests together with 1 k DNA ladder (New England Biolabs) were run in a 0,8 % or 1,2% agarose gel at 120V in a Bio-Rad electrophoresis

unit. Gels were visualised by ethidium bromide fluorescence under UV transilluminator (Syngene) and their images were taken.

General cloning techniques included application several plasmids. Genomic DNA was isolated by Qiagen genomic DNA extraction kit. Plasmid DNA was purified using Nucleospin plasmid (Micherey-Nagel, Germany).

Restriction enzymes were purchased from either Promega or New England Biolabs. All enzymes were used according to the manufactureres protocol.

The electroporation procedure was carried out as previously described by Karlyshev and Wren (2005) [6].

C.jejuni 81116 colonies from 1 ,2, 3, 4 and 6 days cultures grown on solid media (CBA) were examined using standard Gram staining technique. Bacterial cells were visualized using a light microscope. Cells were observed with the x100 oil immersion lens.

RESULTS OBTAINED AND DISCUSSION. With light microscope it is clearly seen that cells obtained from 1 day culture predominantly have rod shapes, whereas after 24h of incubation at 37o C more cells become coccoid. On day 3 the number of cells with coccoid form increase when compared to the number of cells with rod shape. On Day 4 and 6 almost all cells had coccoid form.

Construction of mutants included follow methodical stages.

1. Verification of PCR products and restriction digests analysis by Gel electrophoresis. The gene of interest was amplified from C.jejuni 11168H genomic DNA using primers cj0652 d and cj0652 r using PCR.

2. Restriction analysis of pJMK-30 for the presence of *Kan*^{r} gene. Uncut and digested with BamH pJMK-30 were run on gel electrophoresis for verification of fragments.

3. Restriction analysis of pGMT/cj0652-2 for checking the orientations. Restriction maps of digested pGMT/cj0652-2 with SphI and SwaI were generated in forward and reverse orientations.

4. Restriction analysis of *Kan*^{r} construct orientation. Restriction analysis of pGMT/cj0652-2 with *Kan*^{r} gene insert were done for checking the orientations. The orientation of construct should be the same as *Kan*^{r} insert orientation.

5.Transformation of *Kan*^{r} into E.coli. After blunt ending of *Kan*^{r} gene it was legated with digested by SwaI pGEMT/cj0652-2. Ligated construct were inserted into E.coli XL-2 using transformation technique.

6. Electroporation using 11168H strain and then using 81116 strain.

Finally functional analysis of pbpC protein had bween performed. Screening the genome sequence of C.jejuni 11168 NCTH with cj0652 gene sequence on Sanger institute website (http://www.sanger.ac.uk) showed the presence of one copy only.

A search for similar C.jejuni proteins at Sanger Institute website (http://www.sanger.ac.uk/cgibin/blast/getblastoid) BLAST showed that the highest score (120) was with cj0525c (pbpB) protein with only 22% identities.

Based on BLAST results, presented on table it can be concluded that there are no close proteins to pbpC within C.jejuni itself that have the same function.

Table

Level of similarity based on BLAST analysis of C.jejuni, H.influenzae, E.coli K12 E.coli 06 E.coli057

Bacteria name	Protein name	Level of similarity	Number of amino acids
Salmonella typhimurium	pbp2(pbpA)	Score=338 bits 33% identity	623
Haemophilus influenzae	pbp2	Score=326 bits 35% identity	651
E.coli (strain K12)	pbp2	Score=312 bits 32% identity	633
E.coli 06	pbp2	Score=310 bits 32% identity	633
E.coli 057	pbp2	Score=310bits 32% identity	633

There is some sequence similarity among pbpC from different bacterial species. BLAST shows that C.jejuni pbpC shares 33% and 35% and sequence identity with similar proteins in Salmonella typhimurium and Haemophilus influenzae respectively.

According to BLAST analysis both proteins are involved in cell wall synthesis. According to

BLAST other close pbpC proteins include PBPB 2 from different strains of E.coli, which play role in cell wall synthesis and rod shape formation.

Based on BLAST search it may be concluded that there is high probability that pbpC in C.jejuni is involved in cell wall synthesis and determination of rod shape.

C.jejuni is important clinical pathogen, which is the most common cause of acute gastroenteritis. It has been established that C.jejuni undergoes cell shape changes under unfavourable condition. However, genes that are involved in this transition hav not been studied yet. It was of interest to find the genes involved in cell shape determination.

Studies of other bacteria cell wall, such as E.coli and Pseudomonas aeruginosa reported that one of the genes which is involved in cell shape determination is pbpA which encodes PBP2 protein. Inactivation of this gene in E. coli and Pseudomonas aeruginosa were leading to loss of rod shape [7].

BLAST analysis showed that in C.jejuni analogue of PBP2 is pbpC, which is encoded by cj0652 gene. As this gene was not studied previusly it was of interest to check if C.jejuni cj0652 gene has similar structures and functions to pbpA in other bacteria.

In this study attempts were made to inactivate this cj0652 gene via site-directed mutagenesis and characterize mutants with the aim to find out if cj0652 gene is involved in cell wall shape determination.

In order to confirm whether cj0652 gene was involved in cell shape changes, this gene was inactivated by inserting a *Kan*^{r} cassette. C.jejuni isogenic mutants were constructed by incorporation of the disrupted gene into the genome of the wild type strains in through double allelic exchanges.

C. jejuni is naturally competent, it was shown that C. jejuni is able to uptake and integrate naked DNA into its genome. However, in this study transformation via eletroporation was used. As described by Miller et al. (1987) this procedure is easy to perform and does not require extensive sample preparation. It is based on application of high intensity electric fields during short period of time.

Transformation results using C. jejuni 11168H strain showed that the received clones did not have insert inside the target gene, even though mutants were growing on CBA supplemented with kanamicyn. The reason for obtaining Kan resistant colonies with affecting the target gene might be due to illegitimate recombination [8].

Richardson and Park (1997) previously described this phenomenon in C. coli, which is very close to C. jejuni. The recombination that occurred between equences with little or no homology called illegitimate recombination. Illegitimate recombination might give rise to kanamycin resistant transformants, following random integration of *Kan*^{r} gene in chromosome.

As summirised by Thomas and Nielsen (2005) the process of illegitimate recombination is low-frequency event, which allows bacteria to maintain integrity. DNA uptake via illegitimate recombination involves more integration of circular DNA rather than linear DNA fragments into the chromosome [8].

In order to get mutants with inactivated target gene, another 81116 strain of C.jejuni was used. However, several attempts to get mutants were unsuccessful, even though SpoT control did produce a number of colonies confirmed by PCR.

The fact that mutants could not propagate on selective media might suggest that cj0652 performs an essential role in C. jejuni. It is possible that this gene encodes multifunctional proteins, as it is known that the C.jejuni genome is densest genome sequenced to date with about 94% of the genome coding for proteins [9]. It could be that some of the functions of this protein might be essential to the survival of C. jejuni.

A similar study looked at the role of PBP2 in Rhodobacter sphaeroides in cell shape determination [10]. Authors reported that mutating pbp2 gene, which encodes for PBP2 protein, using in-frame deletion technique was unsuccessful, eve though this technique was successfully used for mutation of non-essential genes in this bacteria.

It was suggested that PBP2 performs an essential role. It was also reported that PBP2 is both essential for viability and required for determination of the correct cell shape in R.sphaeroides. In C.jejuni the function of pbpC may be essential and not only limited to cell wall synthesis.

Even though there is no final conclusion regarding the function of cj0652, the received results may contribute to further research of genes involved in cell shape determination in C. jejuni.

As previously reported the gene responsible for transition from rod to coccoid form were identified in H.pylori, which is related gastric pathogen. amiA in H.pylori is involved in PG functioning and morphological transition [11]. Authors proved that amiA mutant was not able to transit from rod to coccoid form. In C.jejuni there is a copy of amiA gene [12] and amiA gene in C.jejuni may be linked to cell wall transition.

Thus, future researchers may focus on studying this gene as well as other genes believed to be involved in cell shape changes. Due to the time constrains it was not possible to continue with this study. More research should be performed to prove that cj0652 mutation is lethal. Nevertheless findings from this study will hopefully be of help to future researchers of cj0652.

REFERENCES

1.Rubinchik S. Genetic determination of Campylobacter jejuni existing forms. // Modern achivement of Azerb. medicine, 2012, N.4, p.17-20;

2. Blaauwen T., de Pedro M., Nguyen-Diste M., Ayala J. Morphogenesis of rod-shaped sacculi. // FEMS Microbiology reviews, 2008, v.32, p.321-344;

3.Vliet A., Wooldridge K., Ketley J. Iron-responsive gene regulation in a Campylobacter jejuni fur mutant. // J. Bacteriology, 1998, v.180, p.5291-5298;

4.Karlyshev A., Linton D., Gregson A., Wren B. A novel paralogous gene family involved in phase-variable flagella-mediated motility in Campylobacter jejuni. // Microbiology, 2002, 148, p. 473-480;

5.Newell D., McBride H., Dolby J. Investigations on the role of flagella in the colonization of infant mice with Campylobacter jejuni and attachment of Campylobacter jejuni to human epithelial cell lines. // J. Hyg, 1985, v.95, p. 217-227;

6.Karlyshev A., Wren B. Development and application of an insertional system for gene delivery and expression in Campylobacter jejuni. // Applied and Environmental Microbiol., 2005, v.71, p. 4004-4013;

7.Legaree B., Daniels K., Weadge J. et al. Fu0nction of penicillin-binding protein 2 in viability and morphology of Pseudomonas aeruginosa. // J. Antimicrobial Chemotherapy, 2006, v.59, p. 411-424;

8.Thomas C., Nielsen K. Mechanisms and Barriers to horizontal gene transfer between bacteria. // Nature Reviews Microbiology, 2005, v.3, p.711-721;

9.Parkhill J., Wren B., Mungall K. et al. The genome sequence of the food-borne pathogen Campylobacter jejuni reveals hypervariable sequences. // Nature, 2000, v.403, p.665-668;

10. Slovak P., Porter S., Armitage J. Differential Localization of Mre Proteins with PBP2 in Rhodobacter sphaeroides. // American Society for Microbiology, 2006, v.188, p.1691-1700;

11.Chaput C., Ecobichon C., Cayet N. et al. Role of AmiA in the morphological transition of Helicobacter pylori and in immune escape. // PLoS Patolog., 2006, v.2, p.0844-0852;

12. Svensson S., Frirdich E., Gaynor E. Survival strategies of campylobacter jejuni: stress Responses, the viable by nonculturable state and biofilms. / Camplyobacter. Ed.I.Nachamkin. NY.: American Society for Microbiology, 2008, p.571-580

Xülasə

Bakterial hüceyrələrin morfologiyasının determinasiyasına cəlb olunmuş Campylobacter jejuni geninin müayinəsi

S.M.Rubinçik, A.V.Karlışev

Hazırkı tədqiqat işinin məqsədi bakteriyanın morfologiyasını faktoru olub, onun fəza formasının formalaşmasında C.jejuni geninin güman olunan rollarından birinin aşkar olunmasıdır.

Bu məqsədlə həmin genin amplifikasiya və klonlaşdırılmasına yönəlmiş və onun inaktivasiyasına səbəb olan metoddan istifadə olunmuşdur. Bu zaman əmələ gələn bakteriya mutantları onların hüceyrələrin fəza formasının yaratma qabiliyyəti üzrə müayinə olunmuşlar. Bu qabiliyyət Qram metodikası zrə rəngləndikdə aşkar olunur. Bu yanaşma həmin genin həqiqətən həmin bakteriyanın morfoloji variantına cəlb olunduğunu müəyyən etməyə imkan verir.

Резюме

Исследование гена, вовлеченного в детерминацию морфологии бактериальных клеток

С.М.Рубинчик, А.В.Карлышев

Целью настоящего исследования было выяснение предполагаемой роли одного из генов C.jejuni, как фактора, предопределяющего морфологию клеток этой бактерии и в частности формирование ее сферических форм.

С этой целью был использован метод направленной амплимфикации и клонирование фрагмента этого гена, приводившие к его инактивирующей мутации. Образовавшиеся при этом мутанты бактерии были исследованы на ее способность формировать сферические формы клеток, выявляемые при окраске по методу Грама. Этот подход позволил установить, что указанный ген действительно вовлечен в детерминацию морфологического варианта данной бактерии.

Daxil olub: 04.12.2012

ДИН ЩЦГУГ-МЦЩАФИЗЯ ОРГАНЛАРЫНЫН ЩЯЙАТ КЕЙФИЙЙЯТИНИН ЮЙРЯНИЛМЯСИ

И.С.Бабаханов

Daxili işlər Nazirliyinin Respublika Hospitalı, Bakı

Açar sözlər: həyat keyfiyyəti, daxili işlər nazirliyi əməkdaşlar, psixi sağlamlıq,
Ключевые слова: качество жизни, служащие министерства внутренних дел, психическое здоровье
Keywords: quality of life, officials of the Ministry of Internal Affairs, Mental Health

Əsas kapital olan insan kapitalının sağlamlığı üçün əlavə risk amili olaraq xüsusi sağlamlığının qiymətləndirilməsi problemi aktuallıq kəsb edir.
ekstremal əmək şəraitində işləyən əhalinin

Sağlamlığın qiymətləndirilməsinin daha dürüst metodlarından biri həyat keyfiyyətinin öyrənilməsi olub beynəlxalq təjrübədə hamı tərəfindən qəbul edilmiş, etibarlı, həssas və həddən çox informativ metod sayılır. Həyat keyfiyyəti çoxamilli anlayış olub insanın fiziki, psixoloci, emosional və sosial fəaliyyətinin inteqral xarakteristikasını əks etdirərək fərdi və qrup səviyyələrində subyektiv hissiyyata əsaslanmışdır [2,4,8]. Bu müəlliflər göstərirlər ki, həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi tibbin müxtəlif sahələrində, o cümlədən nevrologiyada müalicənin effektivliyi üzərində nəzarət məqsədilə istifadə olunur.

Vətən və xarici ədəbiyyatda tibbdə həyat keyfiyyəti SF-36 anketi üzrə öyrənilir [8]. Şərti stress nöqtələrini təyin etmək məqsədilə onlara təsir etməklə müalicənin effektlərini qiymətləndirmək və müalicə-profilaktika müəssisələrində tətbiq etmək üçün işlədilir.

Təcili tibbi yardım işçilərinin (Novosibirsk şəhəri), xüsusilə də həkimlərin və orta tibb işçilərinin həyat keyfiyyətinin təhlili bu peşə qrupunda həyat keyfiyyətinin stasionar şəbəkədə işləyən tibb işçiləri ilə müqayisədə aşağı olmasını aşkar etməyə imkan vermişdir. Orta tibb heyətində, xüsusilə də 41-50 yaş qruplarında olan qadınlarda həyat keyfiyyətinin göstərijiləri daha pis olmuşdur [5]. Moskva vilayətinin Maşınqayırma zavodunun fəhlələri arasında [3] anket sorğusu vasitəsilə həyat keyfiyyəti öyrənilmiş və müəyyən edilmişdir ki, göstərilən peşələrdə həyat keyfiyyəti müxtəlif şkalalar üzrə xeyli azalmışdır. Bütün işçilərdə özünüqiymətləndirmə zamanı psixi sağlamlıq vəziyyəti azalmışdır.

Müasir dövrdə respublikada DİN müxtəlif xidmətlərinin işçilərinin peşə fəaliyyəti xeyli ağırlaşmışdır ki, bu da çoxlu sayda amillərin onların sağlamlığına təsir göstərməsi ilə əlaqədardır. Bunlara həmçinin yollarda nəqliyyat vasitələrinin sayının kəskin artması, səfil həyat keçirən insanların, narkomanların və s. sayının artması ilə bərabər cinayətkarlığın artması da aiddir ki, onlar ümumilikdə əmək fəaliyyətinin effektivliyini aşağı salır ki, bu da hüquq-mühafizə orqanlarının işçilərinin həyat keyfiyyətinə və sağlamlıq vəziyyətində olduqja mənfi əks olunur [1,6].

Hazırkı tədqiqat işinin MƏQSƏDİ risk qruplarının yaradılması üçün DİN-nin işçilərinin həyat keyfiyyətinin öyrənilməsi olmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Yazılı razılıq əsasında müayinələrdə 29 yaşdan yuxarı olan DİN orqanlarının 275 kişi əməkdaşı iştirak etmişdir. Müqayisə qrupuna 30 yaşda olan 110 gənc əməkdaş seçilmişdir. Müayinə olunanların sırasında yol-patrul xidmətinin, patrul-post xidmətinin, cinayət axtarışı üzrə məsul şəxslər, sahə müvəkkilləri, idarədən kənar mühafizə şöbəsinin işçiləri, yeniyetmələrlə iş üzrə əməkdaşlar, istintaq şöbələrinin işçiləri jəlb olunmuşlar. İşçilərin hamısı hər il tibbi müayinədən keçirilmiş və sağlam qəbul edilmişlər. Müayinə edilənlərin orta yaş həddi 37,8±6,9 yaş olmuşdur. Orta iş stacı 8,9±4,0 il təşkil etmişdir. Həyat keyfiyyətini qiymətləndirmək üçün beynəlxalq sorğu kitabçası SF-36 və NC- QLQ-29 sorğu kitabçasından istifadə olunmuşdur ki, onları işçilərin özləri müvafiq təlimatdan sonra doldurmuşlar.

Həyat keyfiyyətinin vəziyyəti ilə əlaqədar olan məsələlər SF-36 sorğu kitabçasının əsasında 8 şkala və NC- QLQ-29 sorğu kitabçasının əsasında 7 şkala üzrə müəyyən edilmişdir. Sağlamlığın fiziki və psixi komponentlərinin göstərijcilərinin müqayisəli təhlili aparılmışdır: fiziki fəaliyyət (FF), rol fiziki fəaliyyəti (RFF), ümumi sağlamlıq (ÜS), həyat qabiliyyəti, sosial fəaliyyət (SF), rol emosional fəaliyyəti (REF), psixi sağlamlıq (PS). Göstəricilər ballar üzrə qiymətləndirilmişdir. SF-36 sorğu kitabçasının şkalası üzrə ballar nə qədər yüksək olarsa, göstəricilər bir o qədər qənaətbəxş sayılır. Müayinə olunan əməkdaşların peşə fəaliyyətini qiymətləndirmək məqsədilə hər xidmətdən 20 əməkdaş olmaqla iş günü ərzində seçmə xronometraj müşahidələr aparılmışdır. Əldə olunmuş materiallar statistik təhlil vasitəsilə işlənərək fərqlərin dürüstlüyü təyin edilmişdir: Styudent meyarı və qeyri-parametrik U-meyarı, Mann-Uitni meyarı. Qruplar arasındakı fərqlər $p<0,05$ olduqda dürüst sayılmışdır.

NƏTİCƏLƏR. Müayinə materiallarından göründüyü kimi, hüquq-mühafizə orqanlarında müxtəlif peşələrdə işləyənlərin əmək fəaliyyəti iş gününün yüksək dərəjədə gərgin olması, müxtəlif əməliyyatların yerinə yetirilməsi ilə xarakterizə olunur ki, bu da vaxt qıtlığı şəraitində yüksək sinir-emosional gərginlik və yekun nətijəyə qarşı yüksək javabdehlik, stress və şəxsi həyatı üçün təhlükəlilik şəraitində yerinə yetirilir. Risk ehtimalı DİN-nin müxtəlif xidmətlərinin bütün işçiləri üçün səciyyəvidir, belə ki, onların hamısı çoxlu sayda müxtəlif mədəni, siyasi, idman və s. tədbirlərin yerinə yetirilməsi zamanı ictimai qaydaları qoruyarkən dövlət tədbirlərində aktiv iştirak edirlər, həmçinin çox tez-tez xidmət etdiyi şöbədən

asılı olmayaraq xüsusi əməliyyatlarda iştirak edirlər. Müəlliflərin [1,7] göstərdiyi kimi, növbələşməyən şəraitdə və axşam işində işlədikdə, iş gününün 12 saatdan artıq davam etməsi və iş qrafikinin tez-tez pozulması, əmək və istirahət reciminin pozulması orqanizmin həddən artıq yorulmasına və somatik nevroloji xəstəliklərin yaranmasına gətirib çıxarır. Hüquq-mühafizə orqanlarının göstərilən işçiləri üçün bu əsas peşə fəaliyyətindən başqa, tez-tez məzuniyyətlər, reydlər, mürəkkəb kriminogen vəziyyətdə xüsusi əməliyyatların yerinə yetirilməsi və bu zaman çox vaxt münaqişə hallarının yaranması səjiyyəvidir.

Sorğunun nətijələrinin təhlili göstərmişdir ki, əsas qrupun işçiləri arasında kontrol qrupla müqayisədə həyat keyfiyyətinin ayrı-ayrı göstəriciləri üzrə statistik baxımdan əhəmiyyətli fərqlər aşkar edilmişdir.

Жядвял 1

СФ-36 сорьу китабчасынын цзря ДИН саьлам ямякдашларынын щяйат кейфиййятинин эюстярижиляри (М±м)

Сорьу китабчасынын шкаласы	ДИН ишчиляри	Контрол груп
	n=275	n=110
Физики фяалиййят	86,2±1,93	87,3±1,98
Рол физики фяалиййяти	76,4±2,55*	86,5±2,92
Аьры шкаласы	68,5±2,14*	80,7±2,90
Цмуми саьламлыг шкаласы	60,0±2,03*	71,4±2,13
Щяйат габилиййяти	64,3±2,36*	70,2±2,4
Сосиал фяалиййят	72,8±2,48*	80,0±2,81
Рол емосионал фяалиййяти	70,3±2,34*	89,3±3,08
Психи саьламлыг	62,8±2,05	73,6±2,28

Qeyd: *p< 0,05 – дцрцстлцк.

Жядвял 1-дян эюрцндцйц кими, ДИН-нин ямякдашлары арасында щяйат кейфиййятинин ян ашаьы эюстярижиляри «рол физики фяалиййяти», «аьры», «цмуми саьламлыг», «щяйат габилиййяти», «сосиал фяалиййят» шкалалары цзря нязяря чарпмышдыр. Гейд етмяк лазымдыр ки, йухарыда эюстярилян шкалалар цзря, демяк олар ки, бцтцн эюстярижиляр контрол групла мцгайисядя дцрцст ашаьы олмушдур (p<0,05).

Яксяр щалларда 40 йаш вя ондан йухары йашларда олан мцайиня едилян шяхслярдя бел нащийясиндя наращатлыг эятирян, айаглара иррадиасийа едян аьрылар, цмуми саьламлыг вязиййятинин зяифлямяси, щяйат габилиййяти эюстярижисинин азалмасы (эцмращлыг, енеръи), рол емосионал фяалиййят эюстярижиляринин азалмасы мцшащидя олунмушдур ки, бу да хястялярин сосиал фяалиййятинин зяифлямясинин сябябляриндян олмушдур. Истиращят эцнляриндя, ахшам вя эежя саатларында нювбя цзря иш, байрамлар заманы ишлямяк дя буна тясир етмишдир. Бундан башга, ямякдашлар иш просесини йериня йетирдикдя психи-сосиал амилляр комплексинин тясириня мяруз галырлар ки, онларын ичярисиндя вахт гытлыьы апарыжы йер тутур ки, бу да аиля вя достларла бирэя вахт кечирмяйя имкан вермир вя нятижядя саьлам щяйат тярзини позур.

Диэяр ялавя амилляр, мясялян, гидаланма, сигаретчякмя, физики активлийин ашаьы олмасы, йухунун позулмасы, гяфлятян баш верян психо-сосиал стресс иш габилиййятинин вя ямяйин кейфиййятинин азалмасына эятириб чыхарыр [4,5] ки, бу да щцгуг-мцщафизя органларынын ишчиляри арасында мцхтялиф хястяликлярин инкишаф етмясинин ясас сябябляриндян сайылыр.

Жядвял 2

ДИН ишчиляринин саьламлыьынын щяйат кейфиййятинин NJ- QLQ-29 сорьу китабчасы цзря эюстярижиляри

Сорьу шкаласы	ДИН ишчиляри	Контрол груп
	n=275	n=110
Щярякятлилик	89,5±2,21	90,6±2,78
Юзцняхидмят	91,5±1,86	93,3±2,67
Емосионал фяалиййят	70,1±2,39*	82,2±2,36
Когнитив фяалиййят	78,6±3,26	79,6±3,24

Сосиал фяалиййят	74,3±3,34	79,9±3,24
Аьры	66,3±2,31*	74,5±2,26
Зяифлик	61,5±2,41	68,2±2,35

Qeyd: *p< 0,05 – дцрцстлцк.

Тягдим олунмуш жядвял 2-дян эюрцндцйц ким, ямякдашларын 2 групу арасында ашкар едилмиш дцрцст фяргляр «емосионал фяалиййят» вя «аьры» шкаласы цзря мцшащидя олунур. Айагларда вя бцздцм-галча нащийясиндя аьрылар, тядрижян инкишаф едян синир-емосионал эярэинлик вя саьламлыг вязиййятиндя баш верян дяйишикликляря гаршы даща сябирли мцнасибятляря мейллик бел-бцздцм радикулопатийалары заманы апарыжы клиник симптом сайылыр ки, бу да пешя вертеброэен патолоэийанын башланьыж яламятляри ким мцайиня заманы нязяря алынмалыдыр.

Диэяр шкалалар цзря ясас вя контрол мцгайися групу арасында еля бир жидди фярг ялдя олунмамышдыр. Бцтцн групларда щярякятлилик вя юзцняхидмят йцксяк олмушдур. ДИН хидмятинин ямякдашлары арасында щяйат кейфиййяти 70,2% (контрол групда ися 78,3%) тяшкил етмишдир.

Апарылмыш мцайинялярин ясасында гейд етмяк олар ки, щяйат кейфиййяти 70,2% олан ДИН хидмятинин ишчиляри арасында онларын шяхси щяйаты цчцн йцксяк рискли пешя-истещсалат амилляри олдугда СФ-36 сорьу шкаласы цзря «рол физики вя емосионал фяалиййят», «аьры», «цмуми саьламлыг», «сосиал фяалиййят» эюстярижиляринин мцлайим азалмасы мцшащидя олунмуш, щямчинин контрол групла мцгайисядя психи саьламлыьын хейли азалмасы нязяря чарпмышдыр.

Беляликля, СФ-36 сорьу китабчасы цзря апарылан щяйат кейфиййятинин юйрянилмяси цзря анкет ДИН хидмятинин ишчиляринин щяр ил апарылан тибби мцайиняляри заманы тювсийя олуна биляр ки, бунунла хястяликлярин, хцсусиля дя синир системинин вя онун периферик шюбякясинин хястяликляринин инкишаф етмяси цзря риск групуну тяйин етмяк вя мцалижя-профилактика тядбирляринин еффективлийини гиймятляндирмяк мцмкцн олур.

НЯТИЖЯЛЯР: 1.ДИН-нин щцгуг-мцщафизя ямякдашлары арасында щяйат кейфиййятинин эюстярижиляри 70,2%, мцгайися групунда ися 78,3% тяшкил едир. 2.Бу ишчилярдя щяйат кейфиййятинин мцлайим азалмасы ашаьыдакы шкалалар цзря хейли йцксяк олмушдур: «рол фязики фяалиййяти» - 76,4 бал, «аьры»- 68,5 бал, «цмуми саьламлыг» - 60 бал, «сосиал фяалиййят» - 72,8 бал, «рол емосионал фяалиййяти» - 70,3 бал. 3.Амублатор-поликлиника шяраитиндя ДИН ишчиляри арасында тибби мцайиняляр щяйата кечирилдикдя риск групуна аид олан (щяйат кейфиййятинин эюстярижиляри ашаьы олан) шяхсляри мцяййян етмяк мягсядиля, щямчинин стасионар шяраитиндя мцалижя-профилактика тядбирляри вя ятрафлы мцайиняляри апармаг цчцн щяйат кейфиййятинин юйрянилмяси цзря СФ-36 сорьу анкетинин долдурулмасы лазымдыр.

ЯДЯБИЙЙАТ

1. Биккинина Г.М., Каибышев В.Т. Оценка значимости психосоциальных факторов производственной и непроизводственной природы для сотрудников правоохранительных органов // Медицина труда и пром. экология. №1, 2009, с.19-22.
2. Исхаков Э.Р., Биккинина Г.М. Интенсивность производственной нагрузки и напряженность труда как фактора риска служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел // Медицина труда и пром. экология. №6, 2010, с.32-38.
3. Любченко П.Н., Сорокина Е.В., Яньшна Е.Н. Качество жизни рабочих машиностроительных заводов Московской области // Медицина труда и пром. экология, №2, 2009, с.38-41.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М., 2007, с.21-24.
5. Никифоров Д.С., Потеряева Е.Л., Никифорова Н.Г. Анализ качества жизни работников скорой медицинской помощи // Медицина труда и пром. Экология, 2009, №4, с.27-30.
6. Anne Maric. Berg.Erlend Hem.Biorvi Lau // Occup.Med., 2005, v.55, p.113-120.
7. Edimansyah B.A., Rusli B.N., Naing L. et al. // Ind.Health, 2007, v.43(30) p.437-438.
8. Rantanen J., Rowman N.Y.The information Society in Europe. Work and life in an Age of Globalization. Ed. By Ken Ducatel. Juliet Webster and Werner Herrman // Littlefield publishers. Ins, 2000, p.175-179.

Резюме

Анализ качества жизни сотрудников правоохранительных органов МВД

И.С.Бабаханов

В вышеуказанной статье представляется материалы исследования 275 работников службы МВД и 110 работников контрольной группы по качеству жизни согласно анкет опросника СФ-36 и NJ- QLQ-29. Рекомендуется использовать анкету по качеству жизни СФ-36 при периодических медицинских осмотрах для отбора групп риска с

оценкой эффективности проводимых лечебно-профилактическх мероприятий.

Summary

Analysis of the quality of life of law enforcement MIA

I.S. Babakhanov

In the above article is 275 study materials for the Interior Ministry employees and 110 employees of the control group according to the quality of life questionnaire SF-36 questionnaire and NJ-QLQ-29. We recommend using a questionnaire on quality of life, SF-36, with periodic medical examinations for the selection of risk groups to evaluate the effectiveness of treatment and profilakticheskh events.

Daxil olub:11.12.2012

UŞAQLARDA ÜRƏYIN KIÇIK ANOMALIYALARI

İ. İ. İsayev, S. Q. Xanməmmədova, A. İ. Mustafayeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: ürəyin kiçik anomaliyaları, uşaqlar, ürək- damar xəstəlikləri, müayinə
Ключевые слова: малые аномалии сердца, дети, заболевания сердечно- сосудистой системы
Keywords: minor abnormalities of the heart, children, diseases of the circulatory system

XXI-əsrin başlanğıcında ürək damar sistemi xəstəlikləri yer planeti əhalisinin ölüm səbəbləri arasında aparıcı mövqe tutur [1] və bu patoloqiyaya görə risk qrupuna daxil olanların sayı dayanmadan artır. Bu patalogiyanın təkcə geniş yayılması deyil, hər şeydən əvvəl onun həyatı təhlükə daşıması , əlillik səbəbləri arasında mühüm yer tutması , insan həyatının davam etmə müddəti və həyat keyfiyyətini aşağı salması problemin aktuallığını vurğulayır.

Səhiyyə təcrübəsinə yeni, yüksək texnoloji diaqnostika və müalicə metodlarının işlənib hazırlanaraq daxil edilməsi, yüksək effektivli preparatların tətbiq olunması, xəstələrin həyat və iş qabiliyyətini qoruyub saxlamaq üçün böyük vəsaitlərin sərf olunmasına və digər əldə olunan nailiyyətlərə baxmayaraq, bir çox tətqiqacıların fikrinə görə , ürək damar patologiyası olan xəstələrin həyat müddətini və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmağa hər zaman müəssər olunmur [2,3].

Uşaq yaş patologiyası strukturunda ürək-damar sistemi xəstəlikləri aparıcı yer tutmaqla, uşaq əlilliyinin səbəbləri arasında onun xüsusi çəkisi kifayət qədər yüksəkdir [4].

Son illərdə uşaqlarda ürək-damar sistemi patalogiyası strukturunda funksional pozqunluqların artma tendensiyası daha çox müşahidə olunur [5].

Uşaqlarda 0-14 yaş arasında ürək damar patologiyası içərisində ürəyin kiçik struktur pozqunluqları 33% təşkil edir [6,7,8].

Anadangəlmə ürək qüsurları və ya ürəyin böyük inkişaf qüsurları istər diaqnostik, istərsə də müalicə baxımından (cərrahi müalicə daxil) yaxşı öyrənilmişdir .Ürəyin kiçik anomaliyaları ilə bağlı mülahizələr isə bir mənalı deyil discutabeldir, bir çox aspktləri isə öyrənilməmişdir [9].

Ürəyin və maqistral damarların struktur arxitektonikasının anatomik dəyişiklikləri [10] ürək damar sistemi funksiyasının kobud pozqunluqlarına səbəb olmadığı üçün , onlar bir çox hallarda həyat boyu tanınmamış qalır və onlara xas olan patoloji simptomlar başqa xəstəliklərin əlaməti kimi giymətləndirilir.

Ürəyin kiçik anomaliyalarını fərqləndirmək üçün dəqiq kriterilərin olmaması pediatr və kardioloqların işində çətinliklər törədir, ürək qüsurlarının hiperdiaqnostikasına, digər tərəfdən isə kiçik anomaliyalarının qiymətləndirilməməsinə səbəb olur.

Ədəbiyyat məlumatına görə belə struktur pozqunluqları qulaqcıqlarda, mədəciklərdə, atrioventrikulyar qapaqlarda aşkar edilir [11]. Qeyd etmək lazımdır ki, bəzi ürəyin kiçik anomaliyaları (açıq oval pəncərə , qulaqçıqarası çəpərin çox da böyük olmayan anevrizması, uzanmış yevstax qapaq və s.) ontoqenetik inkişaf prosesində itə bilər [12]. Bu hallarda bu struktur pozqunluqlarını ürəyin kiçik inkişaf anomaliyaları kimi ayırırlar.

Ürəyin kiçik anomaliyaları uşaqlarda çox təsadüf edən funksional küylərə səbəb olur ki, [13] ultrasəs müayinəsinin tətbiq olunmasına qədər bu uşaqlar müxtəlif səbəblərə görə müşahidə və müalicə alırlar. Halbuki bu kontinqent uşaqlar ürək ritminin pozulmasına görə, infeksion endokardit, tromboflebit, tromboemboliya, insult, ağciyər hipertenziyası, qəfləti ölümə görə risk qrupuna daxildirlər [14,15,16,17,18,19,20,21,22].

Ürəyin kiçik anomaliyaları ürək fəaliyyətinin funksional dəyişikliklərinin morfoloji əsasını

təşkil edir, lakin ürəyin üzvü zədələnmələrində onların proqnozu daha da ağırlaşır [23,24,25].

Ürəyin kiçik anomaliyaları etiologiyasını birləşdirici toxumanın irsi-determinə olunmuş displaziyası təşkil edir ki, o qenin penetrantlıqından asılı olaraq müxtəlif klinik təzahürlərə malik olur. Ürək patoloqiyasının inkişafında qenetik faktorların rolu böyükdür , bu onunla sübut olunur ki, birləşdirici toxunmanın irsi xəstəlikləri olan uşaqların 95.5 % -də ürək damar sistemi zədələnmələri aşkarlanır [26].

Digər tərəfdən kardioloji patoloqiyası olan uşaqlarla onların valideyinləri arasında , bir çox kardioloji xəstəliklərə görə dəqiq müəyyən olunmuş əlaqənin olması , onların profilaktikasına yeni yanaşma baxımından əhəmiyyətlidir [27].

1987-ci ildə Amerikan kardioloqlar assosiyasiyası tərəfindən irsi kallogen xəstəliklər qrupundan izolə olunmuş kallogen anomaliyalar yarımqrupu ayrılmışdır ki, bunu da ürəyin kiçik struktur pozqunluqları təşkil edir [28, 29].

Sonrakı illərdə aparılan tədqiqatlar göstərir ki, ürəyin kiçik anomaliyaları digər orqan və sistemlərin zədələnməsi ilə birlikdə, birləşdiriçi toxunmanın qeneralizə olunmuş defekti kimi də meydana çıxa bilər [30,31].

S.F.Qnusayev və Y.M.Belozerov tərəfindən 1997-ci ildə təklif olunmuş ürəyin kiçik anomaliyaların morfoloji təsnifatına əsasən ürəyin müxtəlif şöbələrində meydana çıxan 29 anatomik normadan kənara çıxma qeyd olunur [32].

Bunlar 1) lokalizasiya və formasına görə qulağcıq və qulaqcıqarası arakəsmədə; (uzanmış Evstax qapaq, aşağı boş vena qapaqlarının prolapsı, açıq oral pənçərə, qulaqcıqarası arakəsmənin çox da böyük olmayan anevrizması, sağ qulaqcıqda anomal trabekullar və s.): üçtaylı qapaqda (üçtaylı qapağın septal qapaq tayının sağ mədəciyin daxilinə 10mm hüdudunda yerdəyişməsi, trikuspidal qapağın prolapsı, sağ atrio-ventrikulyar dəliyin dilatasiyası); ağciyər arteriyasında (ağciyər arteriyası kötüyünün dilatasiyası), ağciyər arteriyası qapaqlarının prolapsı); aortada, Valsalva sinuslarının və s. dilatasiyası, ikitaylı aortal qapaq, aorta qapaqlarının prolapsı və qapaqların asimmetriyası), sol mədəcik (köndələn, boylama, diaqonal trabekullar), mədəcikarası çəpərin çox da böyük olmayan anevrizması, mədəciyin çıxarıcı traktının deformasiyası): mitral qapaq (mitral qapağın prolapsı), ön və (və ya) arxa qapaqların xordalarının ektopik birləşməsi və qeyri-düzgün bölünməsi, əlavə qrup papilyar əzələlər, mitral qapağın həlqəsinin yerdəyişməsi və qenişlənməsi, papilyar əzələlərin anormal yerləşməsi), 2) etioloqiyasına görə (kardiogenezin pozulması, birləşdiriçi toxuma strukturlarının displaziyası, ürəyin ontoqenez prosesləri, veqetativ disfunksiya. 3) fəsadlarına görə (ürək ritminin pozulması qəfləti ölüm, infeksion endokardit, ağciyər hipertenziyası, hemodinamikanın pozulması, qapaq taylarının fibrozlaşması, kalsifikasiyası.

Müasir dövrdə tibbi sənaye və farmakalogiyanın geniş inkişaf etməsi və pediatriyada unikal texnoloqiyaların exoKQ, doppler-exoKQ, maqnit rezonans tomoqrafiya, elektrofizioloji müayinələr, holter monitorlaşdırılması və s. [33] aparılması ilə ürək-damar sistemi xəstəliklərində hemodinamikanın xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi ilə bağlı tam məlumatların əldə edilməsi imkanları vardır, lakin oyrənilən patologiyanın bütün variantlarında bunların kompleks şəkildə öyrənilməsi labüddür.

Bu problemlərin uşaqlar arasında öyrənilməsi təkcə tibbi deyil, həm də sosial əhəmiyyət kəsb edir, ona görə ki, bu günkü uşaqlar sabahkı çağırış yaşlı gənclər və ya dünyaya körpə gətirən analardır. Həm də bu qrup xəstəliklərin çox ciddi ağırlaşmalarını nəzərə alsaq, onun qeyri-qənaətbəxş nəticələri baxımından da problemin hərtərəfli öyrənilməsi onun fəsadlarının qarşısını almağa yönəlmiş olar.

Uzun müddət kəskin nəzərə çarpan aydın klinikası olmadığı üçün, klinik əlamətlər meydana çıxdıqda isə artıq xəstənin iş qabiliyyəti və həyat proqnozuna ciddi təsir etdiyi üçün problemin öyrənilməsi diqqəti çəkir və dövri tibbi ədəbiyyatda onun ətrafında geniş müzakirələr gedir. Beləliklə bu patologiyada dəyişikliklər əsasən qapaq, qapaqaltı aparatın strukturlarında, həmçinin keçirici sistemdə gedir ki, bu da ürəyin struktur funksional və elektrofizioloji remodelləşməsinə cavabdeh olan hemodinamik və funksional dəyişiklərə səbəb olur.

Hazırki dövrə qədər bu məsələdə həllini tapmamış bəzi formalarda təsadüf edən ağırlaşmalar (xordaların çırılması, mitral çatmamazlıq, hiss sistemində blokada və keçiriciliyin pozulması, ekstrasistoliya) var ki, öyrənilməsini tələb edir. Beləliklə, uşaq yaşlarında ürəyin kiçik anomaliyalarının aşkarlanaraq dinamik müşahidəyə götürülməsi

və uyğun profilaktik tədbirlərin aparılması, gələcəkdə meydana çıxa biləcək fəsadların qarşısını almış olar.

ƏDƏBIYYAT

1. Klein W.//Eur Heart J., 2001, v.3, p 8-11)
2. Uemura K, Piza Z.//WHO, 1988, v.41,N3-4, p.155
3. Огонов Р.Г. Первичная профилактика ишемической болезни сердца. М., 1990,112с.
4. Земенская Д. И. «Педиатрическая служба России перспективы развития //Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1999, №2, с.4-7
5. Кантемирова М.Г., Тюрин М.А., Ибрагимова Т. Ф. и др Дисплазия соединительной ткани и уровень противоогранных антител у детей с нарушениями ритма сердца // Педиатрия, 1998, №6, с.26-29.
6. Меньшикова Л.И., Макарова В.И., Сурова О.В. Дисплазия соединительной ткани сердца в генезе кардиоваскулярной патологии у детей //Вестн. Аритмологии, 2000, №19,с. 54-56.
7. Меньшикова Л. И. Значение малых аномалий развития сердца в формировании патологии сердечно – сосудистой системы у детей // Российский вестн. перинатологии и педиатрии, 2001, №5, с.39-42.
8. Миллер О.Н., Бондарева З.Г. Предикторы возникновения желудочковых тахикардии у больных с пролапсом митрального клапана //Клин. Медицина, 2000, №7, с.40-42.
9. Головской Б.В. Особенности клинического проявления дисплазии соединительной ткани у лиц трудоспособного возраста // Клин. Медицина, 2002, №12, с.39-41,
10. Антонов Ю.С., Кузнецов В.А. Значение добавочный хорды в левом желудочке у больных, перенесших инфаркт миокарда // Клиническая медицина, 1986, №7, с.57-60.
11. Гнусаев С.Ф., Белозеров Ю.М. Виноградов А.Ф. Диагностика кардиальных и внешних малых аномалий развития у детей. Метод.пос.для врачей и студентов. Тверь, 1995,
12. Kumar P.D. Is mitral valve prolapse a manifestation of adolescent growth spurt? // Med. Hepothes., 2000, v.54 (2), p.189-192.
13. Крылов А.А., Опищенко Е.Ф. Невинные» шумы сердца комбинационного генеза // Кардиология, 1991, №6, с.100-104.
14. Abinader E.G. Mitral valve prolapse and tromboembolic events // İsr. Med. Assoc. J., 2001, v.3 (7), p.550
15. Alberto G., Novi R. F., Scalabrino E. et.al. Atrial fibrillation and mirtal prolapsed in a subject affected by Refetoff syndrome //J. Minerva Cardioangiol, 2002, v.50(2), p.157-160
16. Babuty D., CAsset – Senon D., Fauchier L., etal Mitral valve prolapsed and cardiac arrhythmias // Card. Electrophysiol. Rev., 2002, v.6 (2), p.129-131
17. Blum A., Shapira Y., Yeganh S. Mitral valve prolapse and thromboembolic events // İsr. Med. Assoc J., 2001, v.3 (4), p.282-283.
18. Boudoulas H., Schaal S. E., Stang J.M. et.al. Mitral valve prolapse syndrome: cardiac arrest with long-term survival. // Int. J. Cardiol.,1990, v.1, p.37-44.
19. Chirachariyavej T., Wohandee P., Peonim, A.V. A report case of sudden cardiac death in a young adult male from northeastern part of Thailand with mitral valve prolapsed // J. Med. Assoc. Thai., 2004, v.87 (4), p.446-449.
20. Fauchier J.P., Babuty D., Fauchier L. et. al. Mirtal valve prolapse, arrhythmias and sudden death // Arch. Mal. Coeur. Vaiss., 2000, v.93(12), p.1541-1547.
21. Mokaddem A., Sdiri W., Makni H. et.al. Mitral valve prolapse and sudden death: a case report // J. Tunis Med., 2003, v.80(6), p.349-351.
22. Özdemir N., Kaymaz C., Dağlar E. et.al. Severe mitral regurgitation may prevent mural thrombus formation within the left ventricle with systolic dysfunction // Jpn. Heart J., 2003, v.43(5), p.495-503.
23. Мартынов А.И., Степура О.Б., Шехтер А.Б. Новые подходы к лечению больных с идиопатическим пролабированием митрального клапана // Терапевтический архив, 2000, № 9, с.67-70,
24. Менышикова Л.И., Макарова В.И., Сурова О.В. Значение малых аномалий развития сердца в формировании сердечно – сосудистой системы у детей // Рос. Вест. Перинатологии и педиатрии, 2001, №5, с. 39-42
25. Школьникова М.А., Леонтьева И.В. Современная структура сердечно сосудистых заболеваний у детей, лечение и профилактика // Росс. Вестник перинатологии и педиатрии, 1997, №6, с. 14-20
26. Чемоданов В.В., Горнаков И.С.,. Буланкина Е.В.Дисплазия соединительной ткани у детей. Иваново, 2004, 200с.
27. Бельяева Л.М. Клинико – диагностические характеристики идиопатического пролапса митрального клапана у детей// Здравоохранение, 1997, 13, с.23-25
28. Enriquez – Sarano, M. Mitral regurgitation: a new clinical perspective //Clin. Proc.,1997,v72, p. 1034-1043.
29. Froom P. Willebrand factor and mitral valve prolapsed // Tromb. Haemost., 1988, v.60, p.230-231.
30. Барт Б.Я., Беневская В.Ф. Пролабирование митрального клапана // Терапевт. арх., 2003, №1,с.10-15.
31. Зубаирова Л.В. Клинико – функциональная характеристика вегето – сосудистой дисфункции у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: Автореф. дис …. канд. мед. наук. \ Ставрополь, 2004, 22с.
32. Гнусаев С.Ф., Белозеров ЮМ.,. Виноградов А.Ф Клиническое значение малых аномалий развития сердца // Рос.вест перинатологии и педиатрии, 2006, № 4, с.20-25
33. Орлова Н.В., Солдаткин Э.В. К вопросу о функциональных кардиопатиях / Тез. Докл. Всеросс. Конгресса. Детская кардиология. 2002, с. 209-2010.

Резюме

Малые аномалии сердца у детей

И.И. Исаев, С. Г. Ханмамедова, А. И. Мустафаева

К малым аномалиям сердца (МАС) относят сложившиеся анатомические изменения структурной архитектоники сердца и магистральных сосудов, не

приводящие к грубым нарушениям функции сердечно сосудистой системы. В научно – обзорной статье анализируется современные подходы к изучению малых аномалии сердца.

Summary

Small anomalies of heart at children

I.I. Isayev S. G. Khanmamedova, A.I. Mustafayeva

To small anomalies of heart refer the developed anatomic changes of structural very tectonics of heart and the main vessels, functions of warmly vascular system not bringing to rough violations. In a scientific review it is analyzed modern approaches to studying small anomalies of heart.

Daxil olub:06.01.2013

DÜYÜNLÜ PERİARTERİİTİN KLİNİK VƏ İMMUNOLOJİ XÜSUSİYƏTLƏRİ

G.M. Nəsrullayeva, N.H.Sultanova, D.K. Axundova, R.M. Mircavadli

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Acar sözlər: immun sistemi, düyünlü periarteriit, uşaq

Ключевые слова: иммунная система, узловой периатриит, ребенок

Key words: immune system, nodal periatriit, child

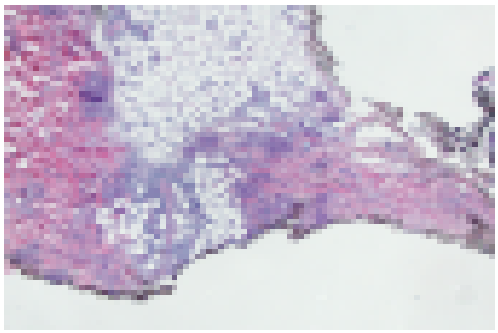
İmmun sistemi orqanizmdə dərin polivalent mexanizm daşıyaraq, ümumi homeostazının mütənasib saxlanmasına təsir göstərir. Beləki, bu sistem genetik cəhətdən yad olan infeksion və qeyri – infeksion təbiətli amillərdən orqanizmi müdafiə edən spesifik bioloji reaksiyaların cəmi kimi açıqlanılır.

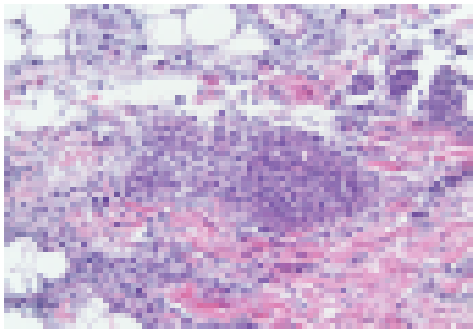
İmmunologiya sahəsində əldə edilən elmi nailiyyətlərə baxmayaraq, immun sistemi ilə əlaqəli xəstəliklərin artması, onların patogenetik mexanizmlərinin molekulyar səviyyədə daha dərin öyrənilməsinə zəmin verir. Uşaqlar arasında immun sistemində yaranmış hər hansı bir dizbalans xəstəliklərin gedişatını ağırlaşdırmaqla yanaşı, infeksion iltihabı ocaqların generelizasiyasına, ənənəvi müalicə metodlarına qarşı davamlığın yaranmasına, əlilliyə və letallığa səbəb olur.

Bu xəstəliklərə, uşaqlar arasında nadir rast gələn, birləşdirici toxumanın diffuz xəstəliklərindən sayılan düyünlü periarteriiti (Periarteriitis Nodosa) misal göstərmək olar. Düyünlü periarteriit və ya sistemli nekrotik vaskulit xırda və orta arteriya divarlarının destruktiv və proliferativ dəyişkənlikləri ilə səciyələnir. Bəzi ədəbiyyatlarda bu xəstəlik, damar divarlarının bütün qatlarının zədələnməsi ilə xarakterizə olunduğu üçün panarterit adı altında da rast gəlinir [1;2].

Düyünli periarteriitin əsas etioloji faktorlarına bakterial infeksiya (vərəm çöpü, streptokokk, salmonella və s.), viruslar (EBV, Herpes), dərman preparatları (sulfanilamid preparatları, antibiotiklər, vərəm əleyhinə dərmanlar, peyvəndlər), travmatik və termik zədələnmələrdən immun reaktivliyinin dəyişməsi, uşaq orqanizminin xüsusiyyətləri və s. aiddir [4;5]. Xəstəliyin patogenezinin heterogen xarakter daşıması isə özündə immunoloji və qeyri-immonoloji mexanizmlərin birləşdirilməsi kimi açıqlanılır. Məhz patogenetik mexanizmlərinin immun və allergik mövqeyinin öyrənilməsi, molekulyar və hüceyrə səviyyəsində kompensator və destruktiv prosseslərə dair qiymətli elmi informasiyaları aşkara çıxarır. Patogenetik olaraq yeniyetmə və gənc yaşlı xəstələrdə etioloji faktorlara qarşı yerli hipererqik reaksiyalar və antigen-əkscisim kompleksinə qarşı autoimmun reaksiyalar yaranır. Bu reaksiyalar immun komplekslərinin damar divarına çökməsinə, xemotoksinlərin sintezinin artmasına səbəb olmaqla immun mənşəli iltihabı proseslərin yaranmasına və damar divarının endotel qişasının zədələnməsinə gətirib çıxarır. Xəstəlik zamanı zədələnmədə İgG–nin Fc fraqment reseptorlarının və komplement sisteminin Clq fraqmentinin də rolu böyükdür [1; 3; 7].

Xəstəliyin histoloji müayinəsi zamanı damarın endotel qişasında hüceyrə tipli infiltrativ proseslərin olması ilə yanaşı, destruktiv–proliferativ və nekrotik dəyişkənliklərin olması da qeyd edilir (Şək. 1). Şəkildən göründüyü kimi damarlarda yaranmış yerli iltihab ocağında güclu hüceyrə infiltrasiyası qeyd edilir.





Şək.1. Düyünlü periarteriit zamanı damarların histoloji şəkli

Damar divarlarının zədələnməsi trombların, daxili orqanlarda işemiyanın, infarktın və anevrizmanın yaranmasına səbəb olur. Xəstəliyin patogenetik mexanizminə müasir metodik yanaşmaların molekulyar istiqamətdə öyrənilməsinə baxmayaraq, hal-hazırki dövrə qədər tibbdə aydın olmayan mexanizmlər qalmaqdadır.

Kəskin düyünlü periarteriitinlə xəstələnmə qız uşaqlarında oğlan uşaqlarına nisbətdə daha çox rast gəlir . Xəstəliyin kəskinləşməsi bəzi hallarda ilin bütün fəsillərində, daha çox yaz və payız aylarına təsadüf edir. Dəridə yaranmış səpgilər qırmızı rənglı, xırda və iri ölçüdə, bəzən yayılmış formada, ödemli və ağrılı olur, xəstə hətta yeriyə bilmir. Bu simptomlar ümumi zəiflik, subfebritet, sümük və oynaqlarda ağrılarla və mədə- bağırsaq pozulmaları ilə müşayət edilir. Xəstəlik kəskin və xronik formada olur [6].

Düyünlü periarteriitin klinikası polimorf xarakter daşıyaraq, bir sıra müxtəlif formalarda rast gəlinir:

Düyünlü periarteriitin klassik variantı – yüksək hərarət, əzələ və oynaq ağrıları, dəri səpgiləri, iştahasızlıq və arıqlama kimi simptomlarla ilk olaraq özünü göstərir. Bu variantda aşağıda göstərilən tək bir orqan və ya sisteminin zədələnməsi xarakterikdir. Bununla yanaşı tez-tez böyrəklərin zədələnməsi - izolə olunmuş sidik sindromu, qeyri-stabil arterial hipertenziya ilə müşahidə olunan sidik sindromu, böyrək venalarının trombozu nəticəsində əmələ gəlmiş nefrotik sindrom rast gəlinir (Şək. 2).



Şək. 2. Düyünlü periarteriit xəstəliyinin nefrotik sinromla ağlrlaşması

Abdominal əlamətlərdən atreriaların trombozunu və işemiyasını geyd etmək lazımdır. Periferik sinir sisteminin zədələnmələrindən nevritlər, mialqiyalar, hipertenziyalar, əl və ayaq əzələlərin atrofiyası; ürəyin zədələnmələrindən koronarit, kiçik ocaqlı miokard infarktı, aritmiya və ürək çatışmazlığı; ağ ciyərlər tərəfindən isə plevra və ağ ciyərlərin proqresivləşmiş fibrozunu göstərmək olar. MSS-nin zədələnmələri də (psixi pozuntunun olması, epileptik tutmalar, hemioparez) müşahidə olunur.

Düyünlü periarteriitin dəri- tromboz variantı – dəri altı düyünlərin olması, *livedo reticularis,* hemorrarqik purpura ilə özünü göstərir. Dəri və dəri altı düyünlər damar boyu istiqamətində yayılmış olur (Şək. 3). Bəzən düyünlər *livedo* ilə birlikdə rast gəlməklə, nekroz və yaralara meyilli olurlar. Bu əlamətlərlə yanaşı bir sıra ümumi əlamətlər - hərarətin yüksək olması, intoksikasiya

və iştəhasızlıq, mialqiya, ümumi zəiflik, arıqlama kimi əlamətlər də qeyd edilir. *Bir cox daxili orqanları zədələyən düyünlü periarteriit variantı* çox ağır forma sayılır. Bu variantda dəri ilə yanaşı bir neçə organların birlikdə zədələnməsi müşahidə edilir. Patohistoloji müayinə aparmaqla diaqnozu dəqiqləşdirmək və sonra daha çox zədələnmiş orqandarda cərrahi müdaxilə aparılması mümkündür.

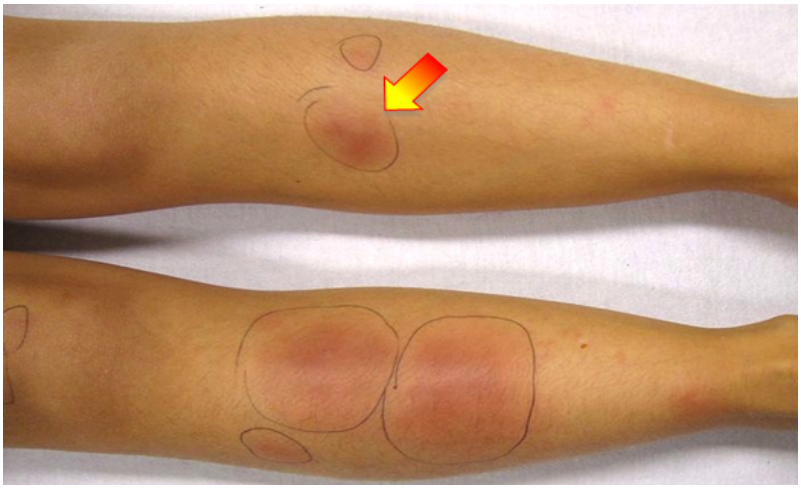
Düyünlü periarteriiti aşağıdakı gediş xüsusiyyətlərinə malikdir:

- xoş xassəli
- zəif proqresivləşən
- kəskin və dalğavarı proqresivləşən gedişli

Xoş xassəli gedişli - dəridə yaranmış düyünlü periarteriitlər yeganə simptom kimi qeyd olunur. Xəstəliyin remisiyası 3-5 ilə qədər sürə bilər. Somatik xəstəliklər residivlərin yaranmasına təkan verir.

Zəif proqresivləşən gedişli - düyünlü periarteriitin dəri - tromboz variantı zamanı daha çox rast gəlinir. Bu cür gedişli düyünlü periarteriit periferik nevritlərlə və ətraflarda qan dövranının pozulması ilə özünü göstərir. Xəstəliyin bu gedişində ağırlaşmaların olmaması 10 il və ya daha çox ola bilər.

Kəskin və dalğavarı proqresivləşən gedişi - düyünlü periarteriitin ağır variant olmasını göstərir. İl ərzində bir neçə dəfə kəskinləşmələr və ağır fəsadlar müşahidə olunur, çox vaxt bu gediş letallıqla nəticələnir.



Şək. 3. Düyünlü periarteriitin dəri- tromboz variantı

Bu xəstəliyin müalicə prinsipində müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə aparılan kompleks müalicə ilə bərabər immunodepressiv, iltihab əleyhinə preparatların və hormonal preparatların verilməsi məsləhət görülür.

Klinik müşahidəmizin ilyustrasiyasi: Sizin diqqətinizə düyünlü periarteriiti həyatının ilk aylardan başlayan xəstənin tarixini çatdırmaq istərdik. Xəstə 18 aylıq gız, II hamiləlik, II doğuşdandır. Doğuş 38-ci həftəsində Qeysəriyyə kəsiyi ilə olub. Həyatın 8-ci günündə respirator virus infeksiyasına tutulub, 2 ayından başlayaraq hər gün təkrarlanan yüksək hərarət fonunda ayaqlarında dəri altında eritematoz səpgilər qeyd olunub. Son il ərzində aşağı ətraflardan başlayan eritematoz səpgilər, sonralar proqrassivləşərək gövdəyə və üzə yayılmışdır. Çox saylı aparılan antibakterial, iltihab və hərarət əleyhinə müalicəyə baxmayaraq, uşağının vəziyyəti daha da pisləşərək, intoksikasiya və anoreksiya ilə ağırlaşmışdır. Xəstənin fiziki inkişafında ləngimə, anemiya və sinir oyanıqlığı müşahidə edilmişdir.

Obyektiv müayinədə uşaqın vəziyyəti ağırdır, skeletin quruluşu patologiyasızdır. Psixi inkişafı yaşına uyğun olsa da, xəstədə sərbəs gəzmir, sinir sistemində oyanıqlıq müşahidə edilir. Dəri altı piy qatı zəif inkişaf edib (3-cü dərəcəli hipotrofiya), yüksək hərarət (39°) müəyyən olunmuşdur. Dəri üzərində, xüsusən də aşağı və yüxarı ətraflarda bozumtul – göy rəngə çalarlı iri ölçülü eritrematoz (diametri 2,0-3,0 sm) səpgilər, bərk və ağrılı düyünlər, əzələlərdə ağrılar müşahidə edilirdi (Şək. 4).



Sək. 4. Xəstənin yuxarı ətraflarda bozumtul – göy rəngə çalarlı iri ölçülü eritrematoz, kürək nahiyəsində isə sönmüş səpgilərin ilyustrasiyası

Laborator müalyinədə hipoxrom anemiya (Hb-61 q/l, r.g. 0,76) və yüksək EÇS (36 mm/saat) geyd edilib. İmmunoqrammada : İgG-əkscisimlərin göstəricisi yaş normasından yüksək (22,7q\l), İgA isə aşağı olumuşdur (0,4q\l). Periferik qan hüceyrələrinin fenotipində T-xelperlərin azalması (CD4+ 25%), T supressorların isə çoxalması (CD8+ 44%) və immun tənzimləyici indeksin normadan 2 dəfə aşağı olması (0,56) geyd olunur. Zərdabda EBV qarşı spesifik İgG əkscisimləri yüksək titrdə aşkarlanıb.

Qarın boşluğunun ulrtasəs müayinəsi və döş qəfəsinin Rentqenoqrammasında patologiya geyd olunmadı. Sidiyin ümumi analizində leykosituriya (15-20) və zülal izləri müşahidə edilir.

Beləliklə, müşahidə etdiyimiz xəstəyə düyünlü periarteriiitin klassik variantı, hipoxrom anemiya, hipotrofiya, fiziki inkişafın ləmngiməsi diaqnozu goyulub.

Xəstəliyin autoimmun patogenezini nəzərə alaraq müalicə iki etapda aparılıb. 1-ci etapda metotreksat immunosupressoru həftədə 2 dəfə 2,5 mq dozada (hər 3 gündən bir) – 2 həftə müddətində, sonra isə insan immunoqlobulini- Octaqam ayda 1 dəfə 2,5 qr dozada (2 ay müddətində) təyin edilmişdir. Yanaşı olaraq anemiya və qızdırma əleyhinə, dezintoksikasion müalicə aparılmışdır. Müalicə nəticəsində xəstəliyin kliniki gedişində müsbət dinamikası qeyd edilmişdir. Hərarət gün ərzində bir–iki dəfə subfebril olumuş, iştəhası yaxşılaşdı. Anemiya əlamətləri azalmış (82 q/l), ayaqlarda olan ağrılar çəkilmiş, gövdədə isə səpgilər nisbətən sönmüşdür, üzdə tək-tək kiçik səpqilərin təkrarlaması müşahidə edilirdi (Şək. 5). Uşaq aktivdir, iməkləməyə başlamış, çəkisi 800 qr, boyu isə 6 sm artmışdır.



Şək. 5. Müalicədən sonra qarın boşluğunda olan səpgilərin illüstrasiyası

Beləliklə, xəstəliyin gedişini və immun sistemində dəyişikləri nəzərə alaraq müalicədə etaplı immunosupressiv və immun terapiyanın tədbiq edilməsi müsbət dinamika əldə olunmusına imkan vermişdir. Xəstənin uzun müddətli

monitoringi məsləhətdir və hər 6 aydan bir immunoloji müayinələr olunmalıdır.

Xəstəliyin nadir rast gəlməsi bu patologiyanın praktik həkimlərin diqqətindən yayınır. Diaqnozun vaxtında qoyulması və müvafiq adekvat müalicənin aparılması xəstəliyin yarada biləcəyi ağırlaşmaların erkən olaraq qarşısının alınmasına zəmin verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Внутренние болезни / Под. ред. проф. Г.И. Бурчинского. 4-е изд., перераб. и доп. Киев: Вища шк. Головное изд-во, 2000, 656 с.
2. Сергеева К.М. Педиатрия. М., 2007, 325 с.
3. Григорьев К.И. Педиартрия. М., 2008, 530 с.
4. Тьяжков А.Б. Педиатрия. Киев., 2008, 435 с.
5. Nelson Textbook of Pediatrics 17 edition. 2009.T.3, p.281
6. Jara – Perez J., Berbek A. // Clin .Trerapeutics, 2000, v. 22, p.748
7. Takada H., Kanegane H., Nomura A. et. al. Female agammaglobulinemia due to the Bruton tyrosine kinase deficiency caused by extremely skewer X- chromosome inactivation // Blood, 2004, v.103, p. 185-187

Резюме

Клинические и иммунологические особенности узлового периартериита

Г.М.Насруллаева, Н.Г.Султанова, Д.К.Ахундова, Р.М.Мирджавадлы

Нарушения иммунитета, преимущественно клеточного типа, утрата толерантности к собственным клеткам являются определяющими в развитии сложных патологических процессов, в том числе аутоиммунных. В прогрессирующей картине системного поражения сосудов определенное значение придают выраженным нарушениям в иммунной системе и возникновению аутоиммунной агрессии. Узелковый периартериит – системное заболевание сосудов, преимущественно среднего и мелкого калибра. Общими симптомами болезни являются повторяющаяся лихорадка, болезненные подкожные высыпания эритематозного типа, нарастающая слабость, быстрое исхудание, вплоть до истощения, потливость, боль в различных областях, в том числе в суставах и мышцах, изменения крови. На фоне тяжелого лихорадочного состояния появляются симптомы поражения органов и систем. Выраженность этих явлений определяет тяжесть течения заболевания и его исход. Своевременная иммунодиагностика с выявлением дисбаланса субпопуляций Т-лимфоцитов, снижением Т- хелперов и повышением Т-супрессоров, а также гиперпродукцию IgG и снижение IgA антител обусловило тактику этапного лечения больного. Проведение адекватной иммунотерапии позволяет добиться ремиссии аутоиммунного процесса и улучшить качество жизни больных.

Summary

Clinical and immunological features of nodular periarteriita

G.M.Nasrullayeva, N.G.Sultanova, D.K.Ahundova, R.M.Mirjavadly

Impaired immunity, mainly cell type, the loss of tolerance to own cells are crucial in the development of many pathological processes, including autoimmune. In advanced picture systemic vascular lesions certain value attached pronounced disturbances in the immune system and the emergence of autoimmune aggression. Periarteritis nodosa - a systemic disease of small and medium caliber vascular. Common symptoms of the disease are recurrent fever, painful subcutaneous erythema type lesions, increasing weakness, nervous breakdown, sweating, pain in joints and muscles, changes in the blood. The intensity of these events determines the severity of the disease and its outcome. Timely detection of imbalance in immune system, especially in T-lymphocytes subpopulations (decrease of CD4+ and increase of CD8+), and in antibody synthesis (hyperproduction of IgG and low level of IgA) make reasonable to use the treatment in two phases. The an adequate immune therapy achieves remission of the autoimmune process and improve the quality of life.

Daxil olub:19.11.2012

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ИНГИБИТОРОВ ВИРУСНЫХ ФЕРМЕНТОВ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Н.М.Нагиева, М.К.Мамедов

Центральная больница нефтяников; Национальный центр онкологии, г.Баку

Acar sözlər: virus fermnetləri inbitoru, hepatit C, etiotrop müalicə, dərman preparatları

Ключевые слова: ингибиторы вирусных ферментов, гепатит С, этиотропная терапия, лекарственные препараты

Key words: inhibitors of viral enzymes, hepatitis C, causal treatment, medicines

Как известно, на протяжении последнего десятилетия оптимальным методом лечения больных гепатитом С (ГС) считалось применение комбинированной противовирусной терапии (ПВТ), основанной на длительном (в течение 24-48 недель) введении больным одного из препаратов пегилированного альфа-интерферона (ПЭГ-ИФН) в комбинации с пероральным приемом рибавирина (РВ) [1]. Соответственно,

применение этих препаратов в комбинации друг с другом было принято в качестве стандарта терапии больных хроническим ГС (ХГС), обоснованного с позиций доказательной медицины и официально признанным консенсусными документами AASL и EASL и названного некоторыми авторитетными исследователями "золотым" [2].

Между тем, результаты широкого применения ПВТ уже практически немедленно вынудили исследователей признать, что внедрение в клиническую практику даже ПВТ смогло лишь частично решить проблему лечения больных хроническим ГС (ХГС), а ряд вопросов в этой проблеме все еще остается без приемлемого решения.

При этом на повестке оставался не только вопрос о необходимости повышения эффективности этиотропного лечения указанного контингента больных, но и вопрос о расширении области его применения и, в частности, о возможности проведения такого лечения больным ХГС, имеющим противопоказания к назначению лекарственных препаратов, применяемых в программах ПВТ.

Это обстоятельство побуждало исследователей продолжать поиски новых более эффективных средств, применение которых позволило бы повысить действенность лечения больных ХГС и снизить частоту развития его клинически значимых побочных эффектов.

Заметим, что уже к началу нашего столетия была получена достаточно полная информация об особенностях стратегии генома вируса ГС (ВГС) и функциях большинства вирусспецифических белков и их роли в цикле репродукции вируса и процессах реализации его патогенного потенциала. Наличие такой информации позволило начать целенаправленный поиск лекарственных препаратов, пригодных для реализации принципиально нового подхода к противирусному лечению, основанного на использовании высокоселективных препаратов, действующих на конкретные процессы воспроизводтства вируса в организме больного ХГС [3].

Теоретической основой этого подхода к терапии стал поиск такой молекулярной "мишени", селективно воздействуя на которую лекарственным препаратом, возможно на том или ином этапе жизненного цикла вируса, остановить или, как минимум, замедлить процесс его репродукции и, тем самым, обеспечить остановку инфекционного процесса [4].

И хотя теоретически такой "мишенью" для воздействия потенциальных фармакологических средств мог быть любой этап жизненного цикла ВГС, к началу 2007 г сложилось представление, что наиболее перспективными группами таких средств для таргетной терапии ХГС могут стать две группы препаратов [5].

Первую группу составляли препараты на основе ингибиторов полимеразы - эти препараты проявляют противовирусную активность путем блокирования репликации вирусной РНК. Одним из таких препаратов, испытание которого продолжается, является "валопицитабин" фирмы Novartis.

Вторая группа была представлена препаратами, обладающими способностью ингибировать активность вирусных протеаз, а в основе механизма их действия лежит блокада процессинга (расщепления) вирусного полипротеина, транслируемого с генома ВГС посредством одной рамки считывания, на "зрелые" функционально активные структурные и неструктурные белки ВГС, необходимые для его полноценной репродукции. Наиболее изученными препаратами из этой группы являются ингибиторы сериновой протеазы ВГС: "боцепревир" компании Shering-Plough и "телапревир" фирмы Vertex Pharma.

Именно применение перечисленных выше препаратов для лечения больных ХГС, которые в предклинических исследованиях обеспечили высокую эффективность терапии, которая в аналогии с применением высокоселективных лекарственных препаратов в противоопухолевой и антиретровирусной терапии, получило условное название "таргетной" противовирусной терапии.

С учетом изложенного выше можно полагать, что сегодня для лечения больных ХГС возможна тройная комбинированная ПВТ, при которой помимо традиционных препаратов ПЭГ-ИФН и РВ используются препараты на основе ингибиторов вирусспецифичесих ферментов.

С применения этих препаратов начинается терапия нового уровня, при которой мишенью для лекарственных препаратов становятся ключевые белки ВГС. Впереди перспективные разработки, которые позволят надеяться на успешный результат даже у больных, не

достигших устойчивого вирусологического ответа при существующей тройной терапии.

Таким образом, результаты клинических многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых (а в части случаев, двойных слепых) исследований оценки эффективности и безопасности применения программы лечения, включающей ингибиторы вирусных ферментов, прямо свидетельствуют не только об его хорошей переносимости и достаточном уровне безопасности, но и способности обеспечивать выраженный терапевтический эффект в форме существенного увеличения, по сравнению со стандартными программамами ПВТ, частоты достижения устойчивого противовирусного ответа у пациентов с ХГС генотипа 1, наиболее редко "отвечающих" на стандартную ПВТ.

И хотя названные выше лекарственные препараты являются лишь одними из первых препаратов, предназначенных для таргетной терапии больных ХГС, результаты их применения уже показали большую перспективность. Между тем, сегодня завершаются испытания нескольких других препаратов, также пригодных для таргетной ПВТ, что позволяет полагать, что их внедрение в клиническую практику расширит реальные возможности фармакологического подавления репродукции ВГС и остановки обусловленного ею заболевания.

Можно надеяться на то, что дальнейшее развитие этого направления в лечении ХГС уже в обозримом будущем позволит решить проблемы, обусловленные наличием генетической резистентности ВГС к таргетным препаратам, снизит риск селекции резистентных штаммов в ходе терапии и снизит частоту развития побочных эффектов лечения.

Скорее всего, на протяжении ближайших 5 лет в клиническую практику будут внедрены новые программы комбинированной ПВТ, в которых вместе с ПЭГ-ИФН и РВ будут использоваться один (тритерапия) или два (квадротерапия) таргетных препарата.

Дальнейшее же развитие этого направления, по всей вероятности, позволит на основе более совершенных таргетных препаратов, разработать принципиально новые программы лечения, не включающие препараты ПЭГ-ИФН и возможно РВ, что расширит ныне существующие возможности обеспечения адекватным противовирусным лечением тех больных ХГС, которые имеют противопоказания к назначению этих лекарственных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов М.К. Вирусный гепатит С. Баку: Элм, 2010, 192 с.

2. Мамедов М.К., Керимов А.А. Современные подходы к этиопатогенетическому лечению трансфузионных вирусных гепатитов // Азерб. мед. Ж, 2002, N.2, с.95-98

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

4. Хронические вирусные гепатиты / Клинические рекомендации. Гастроэнтерология: 2006-2007. Под ред. В.Т.Ивашкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006, с.99-122

5. Hepatitis C virus. Eds. P. Karayiannis, J.Main, H.Thomas. London: International Medical Press, 2009, 210 p.

6. Мамедов М.К. Перспективы этиотропного лечения больных вирусным гепатитом С. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2011, N.4. с.3-11

Xülasə

Virus fermentlərinin inhibitorları əsasında hazırlanmış preparatların istifadəsi hepatit C olan xəstələrin etiotrop müalicəsinin təkmilləşdirilməsi vasitəsi kimi

N.M.Nağıyeva, M.Q.Məmmədov

Müəlliflər virus fermentlərinin inhibitorları əsasında hazırlanmış preparatların istifadəsinin hepatit C olan xəstələrin etiotrop müalicəsinin təkmilləşdirilməsi vasitəsi kimi vacib informasiyanı təqdim etmişlər. Bu preparatlar hepatit C- in virusəleyhinə müalicəsinin target prinsipini həyata keçriməyə imkan verir.

Summary

Application of drugs on the base of viral enzymes' inhibitors as a possibility for improvement of hepatitis C patients etiotropic therapy

N.Nagiyeva, M.Mamedov

The authors presented main information reflected modern approaches to antiviral therapy of chronic hepatitis C patients, based on including viral enzymes' inhibitors in the treatment programmes, permitted to realize principles of target antiviral therapy of hepat. C

Daxil olub:19.11.2012

REANIMASIYADAN SONRAKI BƏRPA DÖVRÜNDƏ LIMFADA BƏZI FERMENTLƏRIN AKTIVLIYININ VƏ QARACIYƏRIN HISTO-KIMYƏVI GÖSTƏRICILƏRININ ÖYRƏNILMƏSI

G.H.Ibrahimova, A.C.Əliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

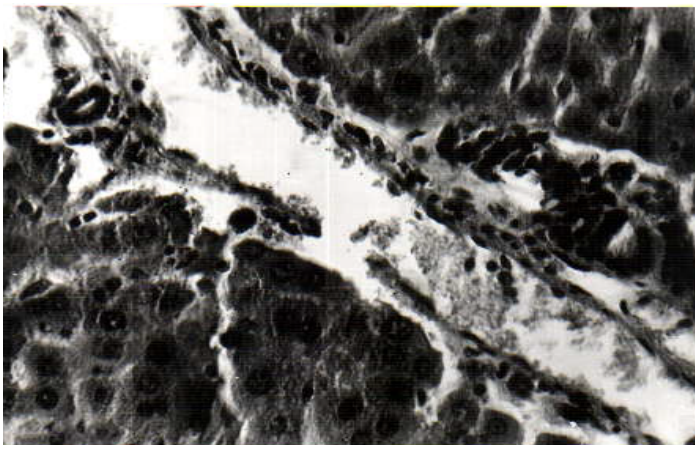
Açar sözlər: reanimasiya, limfa, qaraciyər
Ключевые слова: реанимация, лимфа, печень
Key words: reanimation, lymph, liver.

Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, terminal vəziyyətdə artan hipoksiyanın təsirindən orqan və toxumaların funksiyaları pozulur. Reanimasiyadan sonrakı dövrdə daxili orqanların funksiyası tədricən bərpa olunduğu halda , qaraciyərin funksiyasında daha çox əksikliklər aşkarlanır [1,2]. Qaraciyər funksiyasının pozulması, əsasən fermentativ aktivliyin dəyişməsi hemosirkulyator qan dövranının yetməzliyi ilə xarakterizə olunur. Qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin dəyişməsi qanda daha çox öyrənildiyi halda, limfada ferment aktivliyinin tədqiqinə nisbətən az yer verilib. Hansı ki, limfa hüceyrə metabolizmi haqqında daha çox məlumata malikdir [3,4,5]. Bu baxımdan biz reanimasiyadan sonrakı bərpa dövründə (10 gün ərzində) limfada bəzi fermentlərin aktivliyinin və qaraciyərin histo-kimyəvi göstəricilərinin öyrənilməsi məqsədilə tədqiqat apardıq.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqat ” şinşilla ” cinsindən olan (çəkisi 2,0-3,0 kq) 13 dovşan üzərində aparılıb. Narkoz məqsədilə nembutal periton boşluğuna (25 mq / kq)yeridilir. Davam etmə müddəti 3 dəqiqə olan kliniki ölüm vəziyyətini xüsusi üsulla M. D. Qayeva və b. (1984) [6]; və bizim modifikasiya [7,8] əsasında yaratdıq. Reanimasiya tədbirləri ümumi V.A. Neqovski üsuluna [1] əsaslanıb. Tədqiqat boyu heyvanın əsas fizioloji göstəriciləri (arterial təzyiq, ürək vurğularının və tənəffüsün sayı, çox kanallı elektrokardioqram ”Minqoqraf-34 ”qeyd olunaraq, reo-encefaloqramma çəkilir. Limfa döş limfa axacağından götürülür [8]. Qaraciyər toxuması 10%-li formalin məhlulunda Buena, Gelli, Karnua reaksiyasının köməyilə 90%-li spirt məhlulunda fiksə olunmuşdur. Götürülən material parafində işlənərək Okomota, Kayota, Ayama üsulu ilə rənglənir. Alınan göstəricilər variasion statistika üsulu ilə təhlil edilmişdir. Limfada laktat-dehidroğenaza (LDH), qələvi fosfataza (QF), aspartat-aminotransferaza (AsAT), alanin-aminotransferaza (AlAT) kimi fermentlərin aktivliyi və qaraciyərin histo-kimyəvi göstəriciləri öyrənilir.

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏLƏR. Tədqiqatın nəticələri göstərir ki, reanimasiyadan sonrakı bərpa dövründə (60 dəqiqədən sonra) heyvanın arterial təzyiqi normadan aşağı 62,3%($p<0,01$) olur və gün ərzində artaraq normal həddə çatır. Reanimasiyadan sonrakı 3saat müddətində ürək vurğularının sayı artaraq, tədqiqatın sonunda normaya çatır. Tənəffüsün tezliyi isə reanimasiyadan sonrakı 30 dəqiqədə normal göstəricinin 78.6% ($p<0,02$) təşkil edərək, 3-cü sutkasından etibarən normallaşır. Tədqiqatın nəticələri göstərir ki, reanimasiyadan sonrakı bərpa dövründə limfada öyrənilən bəzi fermentlərin aktivliyinin dəyişməsi və qaraciyərin histo-kimyəvi göstəricilərinin pozulması müşahidə olunur. Reanimasiyadan sonrakı bərpa dövrdə 30,60,180 dəqiqə müddətində öyrənilən AsAT və LDH fermentinin aktivliyi limfada artır 172,1%($P<0,001$), 239,1%($p<0,001$), 221,8%($p<0,001$) və 245,1% ($p<0,001$) , 287,3%($p<0,001$), 411,7%($p<0,001$), bu fermentlərin aktivliyi maksimuma 180 dəqiqədə çataraq ilkin göstəricidən 3,9 və 5,1 dəfə çox olur. Tədqiqatın sonunda bu göstərici limfada normallaşır. QF fermentinin aktivliyi isə limfada göstərilən müddətdə azalır 74%($p<0,05$), 68%($p<0,01$), 67%($p<0,01$), göstərici tədqiqatın sonuna qədər saxlanılır ($p<0,05$) .AlAT fermentinin aktivliyi reanimasiyadan sonrakı dövrdə bir sutka ərzində 110,3 %($p<0,001$)ilkin göstəriciyə nisbətən artmışdır. Tədqiqat müddətində limfanın axma sürəti 60 dəqiqədə 2 dəfə, 3 saatdan sonra normal göstəricinin 45% təşkil edir ($p<0,001$).

Reanimasiyadan sonrakı 60,180 dəqiqədə qaraciyər toxumasında qlikoliz və toxuma tənəffüsü fermentlərinin aktivliyinin dəyişməsi müşahidə olunur. Periportal və periferik qaraciyər hepatositlərində “ferment diffuziyası” əlaməti aşkarlanır. Bir qrup hepatositlərdə qlükoza , pentoza siklinin və toxuma tənəffüsü fermentlərinin fəaliyyətdən qalması qeyd olunur. İntermedial və mərkəzi lobulyar hissədə Q-6-FDH və 6-FDH aktivliyi (2+) dan (3+) qədər artır, LDH–isə yüksək aktivliyə malik olur(3+).Reanimasiyadan sonrakı 24 saat müddətində qaraciyərin periportal və periferik hepatositlərində nekrobiotik vəziyyət mikroocaqlı nekrozun, limfasitar infiltrasiyanın əmələ gəlməsi ilə nəticələnir. Hepatositlərdə “ferment diffuziyası” əlaməti yayılır. Pentoz siklinin, qlikolitik fermentlərinin aktivliyi zəifləyir.



Şək.1. Reanimasiyadan sonra bərpa dövründə (72 saatdan sonra) nekrobioz və distrofiya qaraciyər payının periportal zonasında yerləşən hepatositlərdə görünür.Rəng:immersion, eozinofil Böy:ob.40;ok.12,5.

Mərkəzi lobulyar hepatositlərdə fermentlərin aktivliyi LDH (3+),6-FDH(3+), oksidləşmə potensialı isə Q-6-FDH(2+), CDH(2+) olur. Reanimasiyadan sonrakı 72 saat müddətində destruktiv zədələnmə periferik və periportal hepotositlərdə aşkarlanır. Histokimyəvi analizə əsasən 72 saatdan sonra qlikoliz və toxuma tənəffüsü fermentlərinin aktivliyinin dəyişməsi gətirici damar sisteminin ətrafında və periferiyada LDH (3+), MDH (3+), NAD-N-aza (3+) qeyd olunur. Fermentativ marker hepatosit nüvəsinin ətrafında lokallaşır və standart ölçülərə, formaya malik olur. Qaraciyərin histo-kimyəvi göstəriciləri ancaq 7 gündən etibarən normallaşır. Qaraciyərdə hepatositlərin miqdarı artır ,ferment aktivliyi Q-6-FDH (2+) 6-FDH (1+ və ya 2+) normallaşır. Mərkəzi hepatositlərdə NAD-N-aza (3+) artır. Hepatositlərdə qlikogen və qlükoza çoxalır, limfoid hüceyrələrinin infiltrasiyası zəifləyir, pozulmuş hemosirkulyasiya bərpa olunur. Nəticə olaraq demək olar kı, zədələnmış qaraciyərdən xaric olan fermentlər ilk əvvəl drenaj funksiyaya malik limfaya, sonra döş limfa axarına və ümumi qan dövranına daxil olurlar. Limfa toxumarası sahədən başlanğıc götürür. Fermentlərin aktivliyi ilkin limfada artır. Limfanın biokimyəvi tərkibi hüceyrə membranının zədələnmə səviyyəsi göstərir [10]. Reanimasiyadan sonrakı bərpa dövründə qaraciyərin funksiyasının yetməzliyinin erkən diaqnostikasında limfa sisteminin öyrənilməsinin rolu böyükdür.

ƏDƏBIYYAT

1. Неговский В.А., Мороз В.В. Теоретические и клинические проблемы реаниматологии //Анестезиол. и реаниматология, 2000, №6, с.4-7

2. Ларин С.А., Ившин В.Г., Андреев Ю.Г. Экспериментальные аспекты эффективности пункционной биопсии печени // Bulleten of the International Scientific Surg. Associat., 2008, v.3, №1,

3. Шутеу Ю., Бэндилэ Т., Кафрице А. и др. Шок: терминология и классификация. Шоковая клетка. Патофизиология и лечение / Пер.с румынск. Бухарест: Воен. изд.,1981, с.515.

4. Левин Ю.М., Мамедов Я.Д., Сорокатый А.Е. и др. Проблемы клинической лимфологии. Практическая лимфология. Баку,1982, с.12-118

5. Мамедов Я.Д., Курбанов Я.З., Гараев Г.Ш., и др. Стимуляция лимфатического дренажа при интенсивной терапии острого инфаркта миокарда//Анест. и реаниматол, 1993, №1, с.32-33.

6. Гаева М.Д., Погорелый В.Е., Санкина Ш.В. и др. Методика воспроизведения острых изменений артериального давления для изучения регуляторных реакций сосудов головного мозга // Пат.физ., 1984, №1, с.72-74

7. Мехралиев Р.Р., Алиев М.Х. Способ моделирования клинической смерти у кроликов. Рац. предложение АМИ им. Н.Нариманова. 1988, №194

8. Корниенко А.А., Куликовский Н.Н., Сорокатный А.Е. Актуальные вопросы топографической анатомии и оперативной хирургии. М.,1977, Вып.1, с.22-26

9. Лужникова Е.А. Медицинская токсикология: национальное руководство. М.,2012, с.425

10. Миннебаев М.М. Вопросы методологии в изучении патофизиологии лимфатической системы в эксперименте / Венозное кровообращение и лимфообращение: Тез. докл. IV-й Всесоюз.конф. Казань,1989, Ч.2, с.34-35.

Резюме

Изучение гистохимические изменения в печени и активность некоторых ферментов в лимфе в постреанимационном периоде

Г.Г. Ибрагимова, А.Д.Алиева

Опыты поставлены на 13 кроликах. В качестве наркоза исполь-зовали нембутал , который вводили внутрибрюшинно в дозе 25мг/кг массы животного. Из ферментов определяли активность АсАТ ,

АлАТ, ЛДГ, ЩФ как в лимфе, так и в крови, а также гистохимические изменения печени в постреанимационном периоде. Результаты исследования показали, что в постреанимационном периоде активность изучаемых ферментов выраженно изменялась в лимфе. Через 3 дня пост - реанимационном периоде активность изучаемых ферментов в лимфе постепенно уменьшалась. Через сутки деструктивные процессы в гепатоцитах усиливаются. В печени через72 часа постреанимационном периоде "ферментативная диффузия" в гепатоцитах не проявляется . Активность ферментов центро- лобулярных и интермедиарных гепатоцитах выражены в высокой степени. Только через 72 часа исследования, отмечено нормализации активность изучаемых ферментов в лимфе, а также гистохимические изменения печени в постреанимационном периоде.

Summary

Histochemical indexes liver and activity of some enzymes in lymph in postreanimation period

G.H. Ibrahimova, A.C.Alieva

The investigation was carried out on 13 rabbits. It was administered nembutal (25mq/kq) for narcosis into peritoneal cavity. AsAT, AlAT, LDH, alkaline phosphatase activity in lymph and histo-chemical disturbances of liver were studied. Results of the investigation showed that during the postreanimation period .Three days later the enzymes activity in whole was normalized. After the first day the destructive disorders in liver were more intensive. The "diffusion of enzymes" phenomenon didn't appear in hepatocytes72 hours later. The studied enzymes were activated in intermediary and central lobular hepatocytes.72 hours later the enzymatic activity and histo-chemical indexes of liver were stabilized.

Daxil olub:22.11.2012

XRONİKİ DUODENAL KEÇMƏMƏZLİYİN DİAQNOSTİKASINDA TƏKMİLLƏŞDİRİLMİŞ MANOMETRİYANIN TƏTBİQİ

A.M.Yusubov

A.M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: xroniki duodenal keçməməzlik, diaqnostika, manometriya, müalicə nəticələri

Ключевые слова: хроническая дуоденальная непроходимость, диагностика, манометрия, результаты лечения

Key words: chronic duodenal obstruction, diagnosis, manometry outcomes

Məlumdur ki, postxolesistektomik sindromun bir qrup patoloji vəziyyəti əməliyyatönü dövrdə yanaşı orqanlarının təyin edilməyən xəstəliklərinin kəskinləşməsi nəticəsində inkişaf edir [1,2,3]. Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən xolesistektomiyadan sonra 8%-67% xəstələrdə ağrı və ya dispepsik təzahürlərin olması müşahidə edilir [1]. Bu xəstəliklərin arasında 12 barmaq bağırsağın motor-evakuator funksiyasının pozulması mühüm rol oynayır. Müəlliflərin məlumatlarına əsasən xroniki daşlı xolesistitli xəstələrin 10%-32%-ndə xroniki duodenal keçməməzlik (XDK) müşahidə edilir [4,5].

Ədəbiyyat məlumatlarında XDK-nin diaqnostikasına və müalicəsinə dair müəlliflər müxtəlif, bəzən isə biri-birinə qarşı ziddiyyətli fikirlər irəli sürürlər [6,7,8,9]. Bu, göstərilən xəstəlik və onun törətdiyi dəyişikliklər bərədə məlumatların kifayət qədər olmaması və ya müayinələrin natamamlığı səbəbindən dürst qiymətləndirilməməsi nəticəsində yaranan mülahizələrdir.

İşin MƏQSƏDI xroniki daşlı xolesistitli xəstələrdə xroniki duodenal keçməməzliyin müayinə və müalicəsində təklif edilən üsulların səmərəliyinin öyrənilməsidir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqat işi 2005-2012-ci illər müddətində akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin qaraciyər, öd yolları, mədəaltı vəzi cərrahlığı şöbəsində müalicə almış 37 xəstənin müayinə və müalicə nəticələrinin müqayisəli şəkildə öyrənilməsinə əsaslanmışdır. Tədqiq edilən xəstələrin arasında 26 (70,3%) qadın, 11 (29,7%) kişi vardır. Xəstələrin çox hissəsi əmək qabiliyyəti yüksək olan xəstələr olmuşdur ki (orta yaş həddi 36,5±1.6), bu da problemin sosial əhəmiyyətini bir daha sübut edir.

Tədqiq edilən xəstələrin müayinəsi onların şikayətlərinin öyrənilməsindən başlanmışdır. XDK aid olan şikayətlər öz qeyri-spesifikliyi ilə fərqlənmişdir. Anamnestik məlumatları toplayarkən XDK-yin diaqnozunu qoymaq çətinliklər törətmişdir. Dispepsik təzahürləri

xarakterizə edən, qarında yeməkdən sonra ağrıların olması şikayətləri bir çox xəstələr hətta uşaq yaşlarından başladığın qeyd edirlər.

Tədqiq etdiyimiz xəstələrin 31 və ya 83.8%-zi xəstəliyin başlanması dövründən 3 il sonra klinikaya cərrahi əməliyyatın aparılması üçün müraciət etmişdir. Xəstəliyin müddəti (anamnezis morbi) müxtəlif olub, bir ildən 15 ilə qədər, bəzən isə bundan artıq müddətli olması müəyyən edilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, xəstələrin hamısı klinikamıza müraciət etməmişdən əvvəl bir neçə dəfə ambulator və stasionar şəraitdə konservativ müalicələr alsalar da, effekti qısa müddətli olmuş, ağrı sindromu və dispepsik təzahürlər tez-tez kəskinləşmişdir.

Göstərilən xəstələrə prosesin vaxt aşırı kəskinləşməsinə görə konservativ tədbirlər təyin edilsə də, yaxşılaşma müvəqqəti xarakter daşımışdır. Bu xəstələr xəstəliyin yenidən kəskinləşməsinə görə klinikamıza müraciət etmişlər.

Müşahidə edilən xəstələrin hamısında xroniki daşlı xolesistit ilə yanaşı xroniki duodenal keçməməzlik əlamətləri vardır.

Funksional formalı XDK 8 (21,6%), mexaniki isə 29 (78,4%) xəstədə qeydə alınmışdır. XDK-nin hipertonik funksional forması 3 (8,1%) xəstədə, hipotonik funksional forma 5(13,5%), 12 b/b çapıq deformasiyası və perioduodenit 27(72,97%), 2(5,4%) xəstədə isə arteriomezenterial kompressiya müəyyən edilmişdir.

Müqayisəli şəkildə aparılmış müayinələr göstərmişdir ki, öd daşı xəstəliyinin kliniki əlamətlərindən əlavə xroniki duodenal keçməməzliyə xas olan digər simptomlar da qeyd edilirdi. Belə ki, 14 (37,8%) xəstədə ağrılar epiqastral nahiyyədə lokallaşıb, qida qəbulu ilə də əlaqəli olmamışdır. Ürəkbulanma 29 (78,4%) xəstədə, ödlə qarışıq qusmaların olması isə 26 (70,3%) xəstədə qeydə alınmışdır.

Cədvəl 1-də tədqiq etdiyimiz xəstələrdə XDK ağırlıq dərəcəsi göstərilir. Belə ki, müşahidə edilən xəstələrin çox hissəsində XDK kompensasiya və subkompensasiya mərhələsində olması qeyd edilirdi.

Cədvəl 1

Müşahidə edilən xəstələrdə xroniki duodenal keçməməzliyin ağırlıq dərəcəsi

Ağırlıq dərəcəsi	Say
Kompensasiya	14(37,8%)
Subkompensasiya	21(56,8%)
Dekompensasiya	2(5,4%)

Cədvəl 2

Laparoskopik xolesistektomiya ilə yanaşı xroniki duodenal keçməməzliyin korreksiya üsulları

Əməliyyat	XDK forması	Xəstələrin sayı	
		abs	%
Duodenoadqeziolizis	12 b.b. çapıq deformasiyası	28	75,7
Stronq əməliyyatı	Arteriomezenterial kompressiya	1	2,7

Simptomların analizi göstərmişdir ki, şikayətlərin çoxluğu və xəstəliyin klinikasının aydın olması, xroniki duodental keçməməzliyin tək formasından asılı deyil, onun kompensasiya dərəcəsindən də asılıdır.

Növbəti cədvəldə cərrahi əməliyyatların növü və həcmi təsvir edilmişdir.

Müqayisəli şəkildə tədqiqatın aparılması, eləcə də təklif edilən müalicə kompleksinin səmərəliyinin qiymətləndirilməsi üçün xəstələr nisbi olaraq 2 qrupa bölünmüşdür:

I qrupu 16 xəstə daxil olmuşdur. Bu xəstələrin kompleks müalicəsi klinikada qəbul edilmiş ənənəvi üsulla icra edilmişdir. Əməliyyat zamanı xolesistektomiya ilə yanaşı xroniki duodenal keçməməzliyin cərrahi korreksiyası aparılmamışdır. II qrup xəstələrə isə 21 xəstə aid edilmişdir. Göstərilən xəstələrə I qrup xəstələrdən fərqli olaraq xolesistektomiya ilə yanaşı laparoskopik üsulla xroniki duodenal keçməməzliyin korreksiyası üçün "Stronq" və ya duodenoadqeziolizis əməliyyatı icra olunmuşdur.

Tərəfimizdən təklif etdiyimiz müalicə kompleksinin səmərəliyinin qiymətləndirilməsi məqsədi ilə II qrup xəstələr öz növbəsində 2 yarım qrupa (A və B) bölünmüşlər: A yarımqrupuna 8 xəstə daxil edilmişdir ki, bunların müalicə kompleksi yalnız laparoskopik üsulla xolesistektomiya ilə yanaşı xroniki duodenal keçməməzlik korreksiya edilmişdir. B (13 xəstə) yarımqrupuna aid olan xəstələrə isə A yarımqrupundan fərqli olaraq təklif etdiyimiz

üsulla mədənin və 12 barmaq bağırsağın xüsusi tezlikli ultrasəs dalğalarının köməyi ilə (intrakorporal-nazoqastral və transkutan yolla) stimulyasiya aparılmışdır.

Müalicə nəticələri qrup və yarımqruplar arasında müqayisəli şəkildə öyrənilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, xəstələr yaşa, cinsinə, xəstəliyin müddətinə, etiologiyasına, yanaşı patologiyasına və ümumi vəziyyətinə görə qruplar arasında statistik eyni bölünmüşlər.

Nəticələr və onların müzakirəsi: təkmilləşdirilmiş manometriyanın köməyi ilə biz tədqiq edilən xəstələrdə 12 barmaq bağırsaq daxilində təziqi müalicə mərhələrində əməliyyatönü və sonra tədqiq etmişik. Göstərilən orqanlarda boşluqdaxili təziqin dəyişməsi sinir-əzələ apparatının fəaliyyəti ilə əlaqəlidir. Nəticə olaraq peristaltikanın fəallığı, amplitudu, sürəti və müddəti dəyişir ki, bu da boşluq dazili təziqin kompensasiya dərəcəsindən asılı olaraq dəyişməsinə gətirib çıxarır.

Manometriya zamanı biz xüsusi cihazdan istifadə etmişik (Şək.1).



Şək.1. Tədqiqatda istifadə olunan təkmilləşdirilmiş manometriya

Göstərilən cihazın bir sıra üstünlükləri vardır. Əsas üstünlüyü ondan ibarətdir ki, müəyyən vaxt intervalında cihaz təziqin dəyişməsini analiz edərkən orta rəqəmi bizə verə bilir. Digər ənənəvi cihazlarda isə nəticə ölçülən zamanı təziqi göstərir.

Növbəti slaydda qruplar arasında manometriya nəticələrinin müayisəsi göstərilir. Manometriyanı biz əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonrakı dövrün yaxın və uzaq dövründə tədqiq etmişik.

Bunun üçün biz nazointenstinal zonddan istifadə etmişik. Əməliyyatönü və əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə isə biz boşluqdaxili təziqi EQDS zamanı ölçmüşük. Ənənəvi üsullardan fərqli olaraq EQDS zamanı manometriyanın aparılması bizim tərəfimizdən istifadə eilən cihazın köməyi ilə aparmaq imkanı olmuşdur.

Cədvəl 3

Təkmilləşdirilmiş manometriya nəticələrinin müalicə dövründə dinamikası

Müşahidə dövrü		I qrup		II qrup		
		Ə.ə.	Ə.s.	Ə.ə.	Ə.s.	
Yaxın	Bazal	137	151	135	95	
	Stimulyasiyadan sonra	268	256	231	125	Norma: 69-118 mm.s.s.

Manometriya zamanı biz bazal və həqiqi təziqləri müəyyən vaxt intervalında ölçmüşük. Mədə və 12 barmağın divarı hava və ya maye müəyyən həcmdə vurulan zaman reaksiya verir və biz bunu ölçürük.

Cədvəl 3-də II qrup xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə olan müsbət dəyişikliklər təklif edilən müalicə üsullarının səmərəliyini göstərir.

Müayinələr göstərmişdir ki, bütün xəstələrdə əməliyyatönü dövrdə 12 barmaq bağırsaq daxili təziqin artması müşahidə edilirdi. Əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdə II qrup xəstələrdə 12 b.b. daxilində boşluq daxili təziqin I qrup xəstələrə nisbətən azalması müşahidə edilirdi.

Müşahidənin uzaq dövrdəki nəticələr isə II qrupun B yarımqrupuna aid olan xəstələrdə daha səmərəli nəticələr təklif etdiyimiz üsulla ultrasəs tezlikli impuls terapiyanın 12 b.b. divarının elastikliyinə eləcə də çapıqlaşmanın profilaktikasının səmərəliyini göstərir.

Beləliklə müayinələr göstərmişdir ki, mərhələli manometriya müayinəsi xroniki duodenal keçməməzliyin diaqnostikası üçün vacibdir.

Göstərilən müayinə üsulu sadə olub yüksək informativliyi ilə seçilir.

Yaxın əməliyyatdan sonrakı dvrdə aparılan müşahidələr göstərmişdir ki, müşahidə etdiyimiz xəstələrin ultrasəs tezlikli terapiyanın kompleks müalicəsində tətbiqi ənənəvi müalicə almış xəstələrə nisbətən daha erkən zamanda 12 barmaq bağırsağın motor evakuator fəaliyyətinin stimulyasiyası üçün yardımçı olmuşdur.

II qrup xəstələrdə müalicənin 3 günündə dispepsik təzahürlərin keçməsi qeydə alınmışdır. Bu əsasən ağrı sindromunun, habelə dispepsik təzahürlərin tezliklə aradan qaldırılması, bağırsaq peristaltikasının daha erkən bərpası ilə özünü göstərmişdir.

Müqayisəli şəkildə aparılan kliniki müşahidələr göstərmişdir ki, II/b qrupuna aid olan xəstələrin kompleks müalicəsində təklif edilən müalicə tədbirlərin aparılması daha sürətlə 12 barmaq bağırsaqda peristaltikanın fəallaşmasına yardımçı olaraq, onun motor-evakuator qabiliyyətinin erkən bərpası ilə səciyyələnir.

ƏDƏBİYYAT

1. Дадаев Р.М. Оптимизация современных методов хирургического лечения желчнокаменной болезни и её осложнений: Автореф. Дис…. д-ра. мед.наук,М., 2000, 305 с.
2. Пушкарев А.Г. Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни 5-летний опыт // Эндоскоп, хирургия, 2000, Т.6, №2, с.55-56.
3. Grubnik V.V. Complications after laparoscopic cholecystectomy // Klin-Khir., 1999. №4, P.38-41.
4. Азимова С. М., Мансурова Ф. Х., Джураева Ш. Ф. Современные подходы к лечению различных форм неязвенной диспепсии, Материалы юбилейной конференции посвященной 75-летию акад. АН. РТ. Х. Х. Мансурова, Душанбе, 2000, С. 28-32
5. Репин М.В. Хирургическое лечение хронической дуоденальной непроходимости // Рос.гастроэнтерол. журн., 1999, №4, с. 149
6. Бахаев К.А. Рентгеноэндоскопическая диагностика и лечение желчнокаменной болезни // Вестн. нов. мед. технолог., 2000, Т.7, №1,с.112-114.
7. Булгаков Е.А., Дивилин В.Я., Черныш Т.И. Редкая причина хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия, 2001, №5, с.49
8. Чернякевич С. Методики исследования моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки // Врач, 2000, №3, с.23-25
9. Strong E.K. Mechanics of arteriomesentric obstruction and direct surgical artack upon etiology // Am. Surg., 1998, v. 148, № 5, p.725-730.

Резюме

Использование усовершенствованной манометрии в диагностике хронической дуоденальной непроходимости

А.М.Юсубов

Настоящее исследование основано на изучении эффективности усовершенствованной манометрии в диагностике хронической дуоденальной непроходимости на этапах хирургического лечения. Результаты показали высокую эффективность и преимущества указанного способа диагностики для выявления скрытых форм заболевания, а также определить эффективность проведенного лечения.

Summary

By using sophisticated manometry in the diagnosis of chronic duodenal obstruction

A.M.Yusubov

This study is based on a study of the effectiveness of the improved manometry in the diagnosis of chronic duodenal obstruction in the stages of the surgical treatment. The results showed the high efficiency and advantages of this method of diagnosis for detection of latent forms of the disease, and to determine the effectiveness of the treatment.

Daxil olub:19.11.2012

HAMILƏLIYIN HIPERTENZIV VƏZIYYƏTLƏRININ PROFILAKTIKASI VƏ ERKƏN DIAQNOSTIKASININ IMMUNOLOJI ASPEKTLƏRI

M.K. Həsənova, V.O. Hüseynzadə, X.M. Təhmazi, A.F. Əmirova, K.A. Heydərova

Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya institutu, Bakı

Açar sözlər: hamiləlik, hipertenziya, immunoloji aspektlər, diaqnostika, profilaktika

Ключевые слова: беременность, гипертензия, иммунологические аспекты, диагностика, профилактика

Key words: pregnancy, hypertension, immunological aspects, diagnosis, prevention

Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər ana ölümünün əsas səbəbləri arasında ikinci yerdə qalmaqdadır. Hər il dünyada 63000-ə yaxın hamilə qadın preeklampsiya və eklampsiyadan dünyasını dəyişir ki, bu da ÜST-nün (2006) məlumatına əsasən ana ölümünün strukturunda 16% təçkil edir.

Müasir ədəbiyyatda immunoloji proseslərin hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərinin nəinki inkişaf etməsində, həmçinin ağırliq dərəcəsinin yaranmasında da rolu barədə məlumat vardır [1, 3].

Preeklampsiyanın müalicəsi çox çətindir. Bununla əlaqədar, müasir etapda preeklampsiyanın öyrənilməsində əsas nailiyyət

preeklampsiyanın klinik əlamətləri özünü biruzə verməzdən əvvəl orqanizmidə baş verən dəyişiklikləri aşkar etmək, profilaktik tədbirlər axtarmaq və preventiv müalicəyə başlamaqdır [4].

Son zamanlar kliniki praktikada təbii auto-AT səviyyəsinə əsaslanaraq ümumi və reproduktiv sağlamlıqda baş verən və ya verə biləcək dəyişiklikləri proqnozlaşdırmaq mümkün olmuşdur. Bu metodun - ELİ-P kompleks (ELİSA –detected Probability of Pathology in Pregnancy) üsulunun tətbiqi ilə hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərinin qarşisini almaq və onunla əlaqədar ağırlaşmaların tezliyini azaltmaq olar [1,2,3].

İŞİN MƏQSƏDİ: hipertenziv vəziyyətdən əziyyət çəkən qadınlarda fərdiləşmiş patoqenetik istiqamətlənmiş müalicə - profilaktik yanaşmanın işlənib hazırlanması.

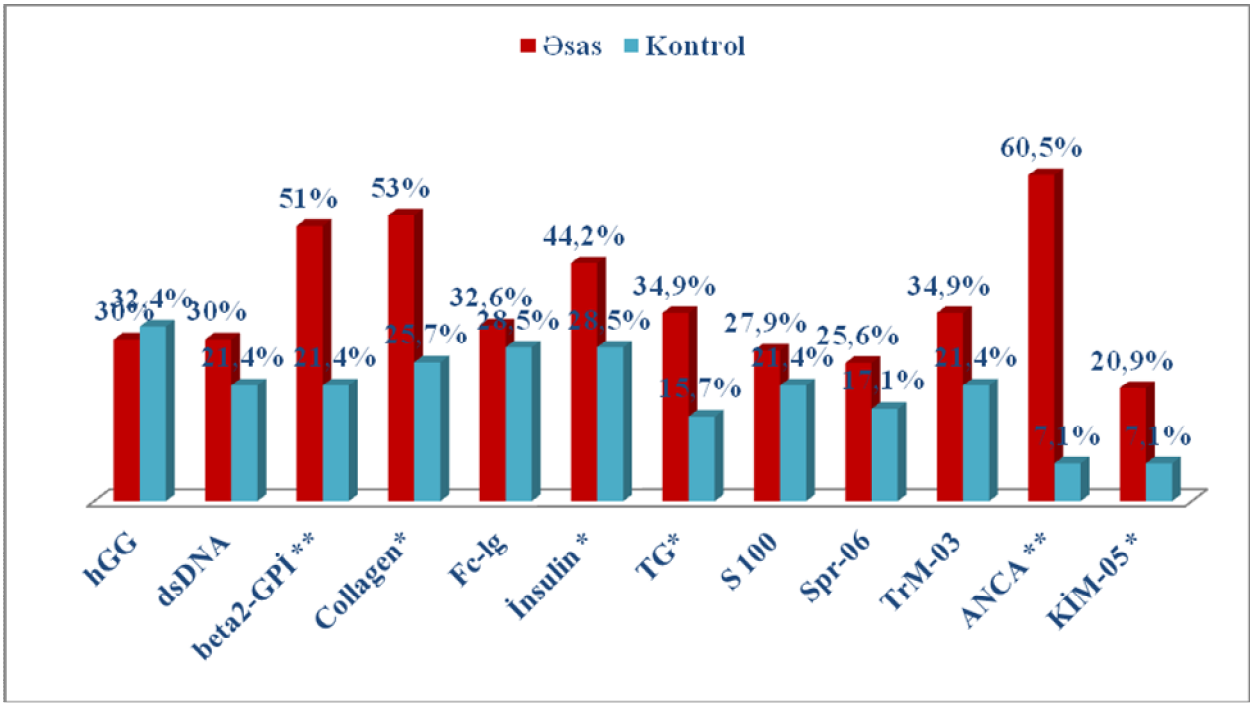
TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Müayinə və müalicəyə anamnezində hamiləlik dövründə hipertenziv pozğunluq olan 43 pasient cəlb edilmişdir. Anamnezində hipertenziv pozğunluqlar qeyd olunan qadınlar xroniki hipertenziya – 13,9% (6 nəfər), hestasion hipertenziya və preeklampsiya – 86,1% (37 nəfər) olmaqla ayrı-ayrı təhlil olunmuşlar. Hamiləliklə bağlı hipertenziv vəziyyətlərin strukturunda: hestasion hipertenziya - 62,2% (23 nəfər), orta dərəcəli preeklampsiya–29,7% (11nəfər), ağır dərəcəli preeklampsiya – 8,1% (3nəfər) halda qeyd olunmuşdur.

Anamnezində hamiləlik dövründə hipertenziv vəziyyətlər qeyd olunan qadınların yaşı: 35-dən yuxarı – 11,6%; 18-35 arası – 88,4% olmuşdur. Ekstragenital xəstəliklərdən ürək damar sisteminin patologiyası – 4,6%, endokrin – 7%, sidik-ifrazat sistemi patoloğiyası – 4,6% hallarda rast gəlinmişdir.

Kontrol qrup kimi 25 nəfər sağlam hamilə götürülmüşdür.

ALINAN NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Aparılan immunoloji müayinələr nəticəsində məlum olmuşdur ki, hamiləlik dövründə hipertenziv pozğunluq zamanı normal immunoqramma - 13,9% (6 qadın), patoloji dəyişikliklər - 86,1% (37 qadın) hallarda müşahidə olunmuşdur. ELİP-testin nəticələrinə əsasən orqanizmin ümumi reaktivliyi dəyərləndirilmişdir: immun sistemin normal vəziyyəti 15 nəfərdə (34,8%), immunoaktivasiya vəziyyəti 8 nəfərdə (18,6%), immunosupressiya vəziyyəti 20 nəfərdə (46,5%) qeyd olunmuşdur.

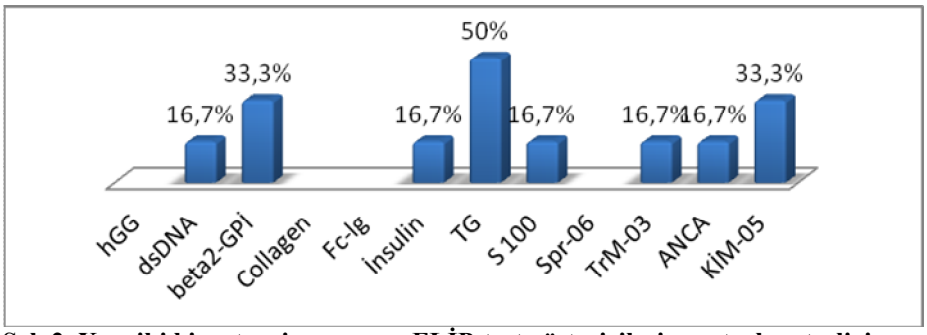
Hamiləlik dövründə hipertenziv pozğunluqlar qeyd olunan qadınlarda immunoloji markerlərin rastgəlmə tezliyi öyrənilmiş və bu göstəricilər sağlam hamilələrlə (kontrol qrup, n=25) müqayisə edilmişdir (şək.1).



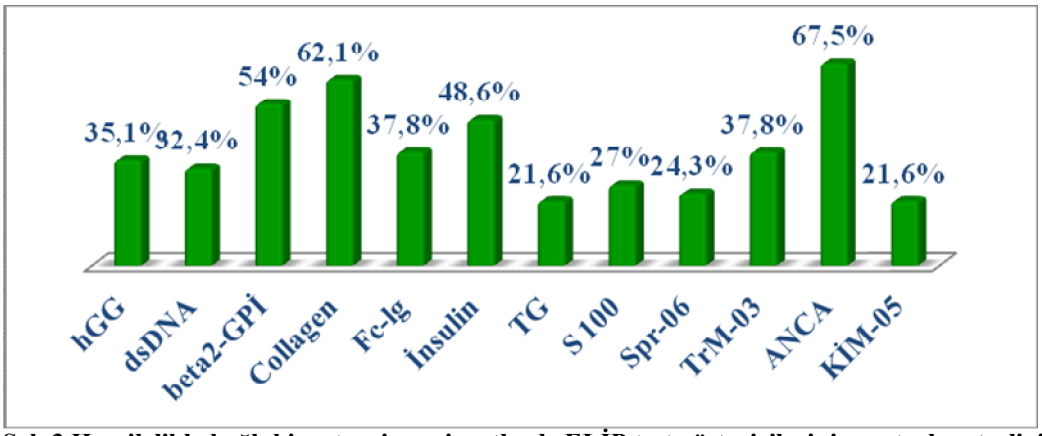
Şək.1. Hipertenziya zamanı immunoloji markerlərin rastgəlmə tezliyi

Şəkildən göründüyü kimi hipertenziv vəziyyətlərin immunoloji markerləri kimi aşağıdakıları qeyd etmək lazımdır: B-2-GP-1 AC, KİM-05 AC, ANCA AC, insulinə qarşı AC,

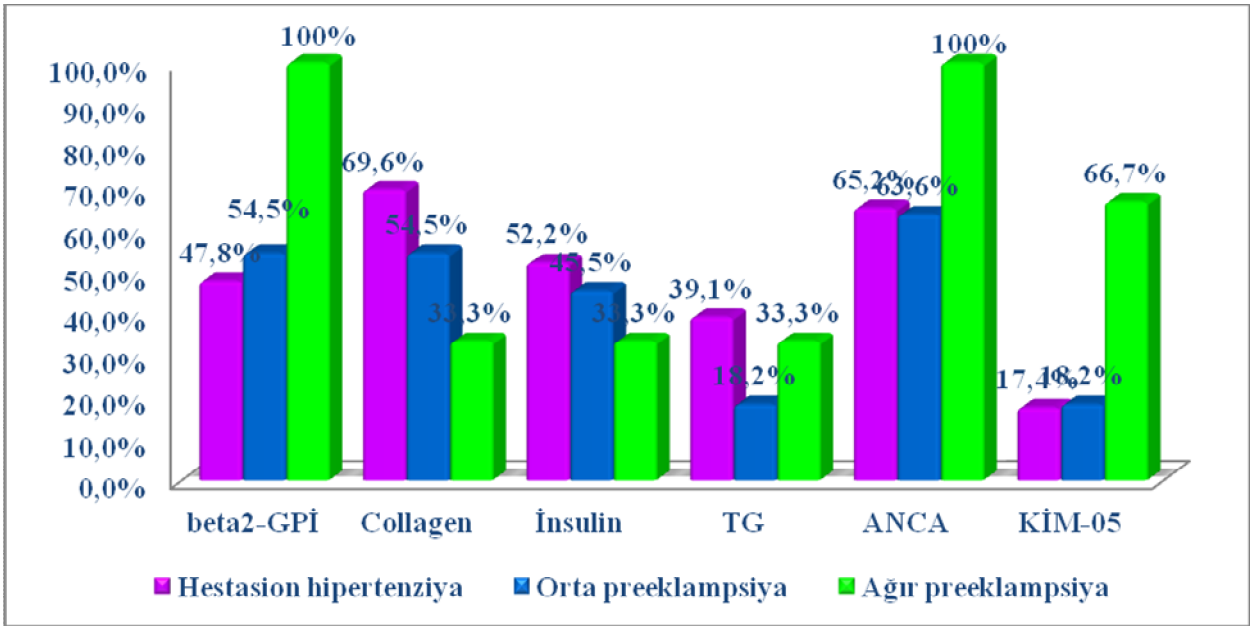
tireoqlobulinə qarşı AC, kollagenə qarşı AC ($p<0,01$). Müayinələrin nəticələrinin təhlili nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, xroniki hipertenziya zamanı (şək.2) - B2-GP1; TG AC; KİM-05, hestasion hipertenziya və ağır preeklampsiya zamanı isə (şək.3) ANCA-AC; B-2-GP; kollagenə qarşı AC və insulinə qarşı AC üstünlük təşkil etmişdir.



Şək.2. Xroniki hipertenziya zamanı ELİP-test göstəricilərin rastgəlmə tezliyi



Şək.3 Hamiləliklə bağlı hipertenziv vəziyyətlərdə ELİP test göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi



Şək.4. Hamiləliklə bağlı hipertenziv vəziyyətlərdə immunoloji markerlərin rastgəlmə tezliyi və preeklampsiyanın ağırlıq dərəcəsi

ELİP-testdə hər hansı göstəricinin səviyyəsində dəyişikliklər aşkar olunduğu halda II mərhələ müayinələri aparılır. Elmi-tədqiqat işi çərçivəsində müayinənin II mərhələsi üçün diaqnostik kompleks işlənib-hazırlanmışdır. II mərhələdə aşağıda qeyd olunan müayinə üsulları tətbiq edilir:

1. B 2-qlikoprotein- koaquloqramma və total kardiolipin, qırmızı qurd eşənəyi (QQE) antikoaqulyantı, d-dimer, trombofiliya üzrə genetik markerlərin təyini.

2. KİM-05 AC - sidiyin ümumi analizi, sidiyin bakterioloji analizi, qanın biokimyəvi analizi (azot qalığı, sidik cövhəri, kreatinin) və böyrəklərin USM.

3. ANCA AC – koaquloqramma, lazım olduqda hematoloqun və damar cərrahının konsultasiyası.

4. İnsulinə-qarşı AC - qanda şəkərin səviyyəsinin təyini, qanda yüklənmədən sonra şəkərin səviyyəsinin təyini. Şəkərli diabet təsdiq edilərsə - endokrinoloqun nəzarəti.

5. Tireoqlobulinə qarşı AC – qalxanvari vəzin funksiyası yoxlanılır: TSH, sərbəst T4. Patologiya aşkar olunduğu halda - endokrinoloqun nəzarəti.

6.Kollagenə qarşı AC – daxili cinsiyyət orqanlarının USM, lazım olduqda histeroskopiya.

Xroniki hipertenziya. Xroniki hipertenziya zamanı ELİP - testdə aşkar olunan dürüst immun dəyişikliklərin (B-2 GP1; TG AC; KİM-05) II mərhələdə kliniki-laborator müayinələrin nəticələri ilə müqayisəli təhlili aparılmışdır. Xroniki hipertenziyalı 6 qadından 5-də (83,3%) Elip testin nəticələri II mərhələnin müayinə kompleksi ilə təsdiqlənmişdir.

Xroniki hipertenziyanın səbəbləri və müalicə prinsipləri. Xroniki pielonefrit- 16,7% (1), xroniki qlomerulonefrit-16,7% (1), tireotoksikoz – 16,7% (1), AFS-33,3% (2), şəkərli diabet-16,7% (1) hallarda rast gəlmişdir. Xroniki hipertenziya zamanı hamiləlikdən öncə nefroloqla, uroloqla, endokrinoloqla birgə əsas xəstəliyin müalicəsi aparılmışdır.

Hamiləlik dövründə əsas xəstəliklərin müalicəsi davam etdililmişdir.

Nəticədə 4 qadının hamiləliyi vaxtında doğuşla, 2 qadının hamiləliyi vaxtından qabaq doğuşla başa çatmışdır.

Hamiləliklə bağlı hipertenziv vəziyyətlər. Hamiləliklə bağlı hipertenziv vəziyyətlərdə kontrol qrupla müqayisədə dürüstlüklə üstünlük təşkil edən immunoloji göstəricilər: B-2-GP-1, ANCA-AC, kollagenə qarşı AC və insulinə qarşı AC –dir. ELİP testin nəticələri II müayinə mərhələsində 79% hallarda (43 nəfərdən 34-də) itəsdiqlənmişdir.

Hamiləliklə bağlı hipertenziv pozğunluqlar zamanı hamiləlikdən öncə müalicə təyin edilmişdir: AFS və trombofiliya zamanı antikoaqulyant terapiya - 12 qadına, antiaqreqant terapiya - 10 qadına təyin edilmişdir. Müalicə hemostazioqrammanın nəzarəti altında hemostaz göstəriciləri normallaşana qədər aparılmışdır. Metabolik sindromlu 8 pasientə pəhriz, fiziki yükləmələr, 3- 6 ay ərzində metformin təyin edilmişdir. Hamiləlik zamanı AFS və trombofiliyalı qadınlara antikoaqulyant və antiaqreqant terapiya hemostazioqrammanın nəzarəti altında davam etdirilmişdir (22 hamilədə), metabolik sindromlu 8 qadın daimi aspirin və Ca-preparatlarının qəbulu ilə yanaşı hamiləliyin hər üçaylığında şəkərə tolerantlıq testindən keçirilmiş onlardan 1-də hestasion diabet aşkarlanmışdır. Bu hamiləyə pəhriz və sonradan insulinoterapiya təyin edilmişdir. Şəkərli diabetli 1 qadın – şəkərin səviyyəsinə nəzarət altında daimi insulinoterapiya almışdır. ELİP-testdə patoloqiya aşkar edilməyən qadınlara daimi aspirin (75-80mg/sut) və Ca-preparatları (1,0 q/sut) təyin edilmişdir. Bütün hamilələrdə I trimestrdən başlayaraq dopplerometriya üsulu ilə uşaqlıq-cift qan dövranının vəziyyətinə dinamik nəzarət aparılmışdır.

Aparılan müalicədən sonra biz aşağıdaki nəticələri əldə etdik: 29 qadında (78,4%) hamiləlik fəsadsız keçmişdir, 8 qadında (21,6%) isə yüngül dərəcəli hestasion hipertenziya və orta dərəcəli preeklampsiya qeyd olunmuşdur. 8 halda hamiləlik vaxtından qabaq doğuşla nəticələnmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, tədqiqata cəlb edilən qadınların heç birində ağır dərəcəli preeklampsiya müşahidə olunmamışdır, bu da müalicənin düzgün istiqamətdə aparıldığını bildirir. Yekun nəticədə hipertenziv qrupa cəlb olunmuş 43 qadının 33-də (76,7% hallarda) hamiləlik fəsadsız keçmişdir. Bu qrupda perinatal itkilər qeyd olunmamışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Полетаев А.В. Иммунология беременности и эмбритропные антитела. Вестник МЕДСИ. Лекция для практикующих врачей №8, июль-сентябрь 2010, стр. 38-44.

2. Полетаев А.В., Алиева Ф., Мальцева Л.И. Иммунопатология беременности и здоровье ребенка // РМЖ, 2010, 18, 4, 162-167.

3. Макаров О.В., Осипова Н.А., Полетаев А.В. Клиническое значение аутоантител в диагностике гестоза. Медицина XXI век. 2009, 14, 1, 28-32.

4. Мальцева Л.И. Гестоз: Методические рекомендации. Казань, 2006. 51с.

Summary

Early diagnosis of the preeclampsia and recurent pregnanncy of autoimmune antibodies

M.K. Hasanova, V.O. Huseynzade, X.M. Tahmazi, A.F. Amirova, K.A. Heydarova

The main aim of this article is to investigate the necessarity of determination of the level of autoimmune antibodies in pregnant women with the preeclampsia. The high level of some autoimmune antibodies have the neqative influence to the development of the embryo during the early stage of

pregnancy. If the pregnant women have autoimmune desease it is possible that this pregnancy will have difficults in the future. It is important in this type of patients to check the function of the kidneys more often than the healthy pregnant women. It is possible to know the early stage of the desease before clinical signs with using ELIP-test and also to protect the reproductive health of the women.

Резюме

Ранняя диагностика преэклампсии и невынашивания аутоиммунными аутоантителами

М.К.Гасанова, В.О.Гусейнова, Х.М.Тахмази, А.Ф.Амирова, К.А.Гейдарова

Целью проведенного исследования явилось определение уровня аутоиммунных антител у беременных с преэклампсией. Высокий уровень некоторых аутоиммунных аутоантител оказывает негативное влияние на развитие эмбриона на ранних стадиях беременности. Если у беременной женщины повышен уровень аутоиммунных антител, то возможны осложнения при беременности в будующем. Необходимо проверить функцию почек у этих пациенток чаще по сравнению со здоровыми беременными женщинами. При использовании ЭЛИП-теста также возможно определить раннюю стадию заболевания намного раньше проявления клинических признаков, а также сохранить репродуктивное здоровье женщины.

Daxil olub:16.10.2012

QAX RAYON ƏHALİSİ ÜZRƏ SİDİK DAŞLARININ MİNERAL TƏRKİBLƏRİ VƏ ONLARIN YAŞ QRUPLARI ARASINDA TƏHLİL

R.T.Hüseynzadə

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: sidik daşı xəstəliyi (SDX), yaş və cins

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, возраст, пол

Key words: urinary stone disease (USD), age, gender

Sidik daşı xəstəliyi (SDX) elmə məlum olan ən qədim xəstəliklərdən biri olaraq bilinir. Miladdan Əvvəl (MƏ) 4800-cü illərdən qalan Misir mumyalarında böyrək və sidik kisəsi daşlarına rast gəlinmişdir. Hipokrat MƏ IV yüzillikdə yazdığı məhşur tibbi təlimində "daş olsa belə kəsməyəcəyəm və bu işi ustasına verəcəyəm" sözü ilə bu xəstəlikdən bəhs etmişdir [8].

SDX istər müşahidə olma tezliyi, istərsə də xəstəliyin yayılması səviyyəsinə görə kişilərdə qadınlara nisbətən 2-4 dəfə qüksəkdir [5,6].

Baker və əməkdaşlarının birgə araşdırmasından alınan nəticədə göstərilir ki, SDX 70% hallarda kişilər arasında müşahidə edilmişdir. Eyni zamanda oksalat mineral duzu tərkibli daşların 73% və urat mineral duzu tərkibli daşların isə 79%-i kişi xəstələrində qeydə alınmışdır. Qadın xəstələri üçün infeksion daşlar daha böyük risk təşkil edir-58% [1].

Kanada da Gaulf və Chafe tərəfindən aparılmış tədqiqatın nəticəsində göstərilir ki, fosfat mineral duzu tərkibli daşlar qadınlar arasınada daha çox yayılmışdır [4].

Baker və əməkdaşlarının birgə araşdırmasından alınan nəticədə göstərilir ki, oksalat mineral duzu tərkibli daşlar 50-60, urat mineral duzu tərkibli daşlar 60-65, infeksion daşlar isə 20-50 (xüsusilə qadınlar arasında) yaş intervallarında daha çox müşahidə olunmuşdur. Eyni zamanda sidik daşlarının 68%-ni oksalat, 17%-ni urat, 12%-ni infeksion və 3%-ni isə fosfat mineral duzu tərkibli daşlar təşkil edir [1].

Lavan və əməkdaşlarının birgə çalışmalarından alınan nəticədə göstərilir ki, tədqiqat qrupuna daxil olan xəstələrin 64%-i kişi olmuş və bunların da 69%-i 20-49 yaş intervalında qeydə alınmışdır [7].

Amerika Birləşmiş Ştatlarında (ABŞ) kişi əhalisi qrupu üzrə aparılan tədqiqatda SDX-i olanların 71.5%-də oksalat, 23.1%-də utar, 5%-də struvit və 0.5%-də isə sistin daşları təyin edilmişdir. Qadın əhalisi qrupu üzrə aparılan tədqiqatda isə SDX-i olanların 86.2%-də oksalat, 11.3%-də urat, 1.3%-də struvit, 1.3%-də isə sistin tərkibli daşlar aşkar olunmuşdur [2,3].

Urat daşları xüsusilə yay (69%) və payız (62%) aylarında daha çox qeydə alınırsa, infeksion daşların yaz (27%) və yay (37%) aylarında müşahidə səviyyəsində azalma müşahidə edilir. Lakin bu o demək deyil ki, SDX-nin formalaşması və yayılma intensivliyi ilə ilin fəsilləri arasında birbaşa əlaqə mövcuddur [1].

Yuxarıdakı istinadlardan da göründüyü kimi SDX-nin mineral duz tərkibinə görə cinslər və yaş qrupları üzrə yayılma səviyyəsi haqda müxtəlif fikirlər mövcuddur. Məhz bu aspekt araşdırdığımız elmi araşdırmanın aktuallığından xəbər verir.

TƏDQIQATIN MƏQSƏDI. Qax rayon əhalisi üzrə tədqiat qrupuna daxil olan SDX-i təyin edilmiş xəstələrdə ilin ayları üzrə daşın aşkarlanan mineral duz tərkibi və onların yaş mərhələləri arasında əlaqənin təhlilini aparmaq əsas məqsədimiz olmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODU. Tədqiqat materialı olaraq Qax rayon Mərkəzi Xəstəxanasında 2007-2011-ci illər üzrə stasionar müayinə və müalicə olunmuş SDX olan 82 xəstə təşkil etmişdir. Xəstələrdən 51-i (62.2%) kişi, 31-i isə (37.8%) qadın olmuşdur. Xəstlərin minimum və maksimum yaş həddləri <15 və >71-dür. Ümumi orta yaş 44,6±16,7 olmuşdur. Kişilərin orta yaş həddi 46,9±19,2, qadınların orta yaş həddi isə 40,8±10,65 olaraq təyin edilmişdir. Kişi qadın nisbəti uyğun olaraq 1,64:1 olmuşdur.

Qeyd etməliyik ki, işlənmiş bütün hesablamalar Microsoft Office Excel 2007 və "Statistika 6.0" proqramlarında həyata keçirlir. Hər bir qrup daxilində hesablamaların tərkib hissəsi kimi bir sıra hallarda verilmiş ədədlərin orta ədəd və nisbi xətası hesablanmışdır. Məqalə daxilində tez-tez təkrara yol verilməsin deyə, verilmiş qrup üzrə ədədlərin hesablanmış orta ədəd və nisbi xətası riyazi olaraq qısaldılmış şəkildə qeyd ediləcəkdir: (M±m). Sidik daşlarının mineral duz tərkibi xəstələrin sidiyinin ümumi analizinin nəticələrinə əsasən öyrənilmişdir.

Cədvəl 1
Oksalat mineral duz tərkibli daşı olan xəstələrin yaş qrupları ilə xəstəliyin təzahür etdiyi aylara nəzərən bölgü

Oksalat mineral duzu tərkibli SD-nın aylara görə bölgüsü		Xəstələrin yaş qrupları															
		ümumi		<15		16-30		31-40		41-50		51-60		61-70		>71	
		s	%	**s**	%	S	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%
Yan	ümumi	8	9.76	**1**	1.22	1	1.22	1	1.22	2	2.44	2	2.44	-	-	1	1.22
	kişi	5	9.8	1	1.96	1	1.96	1	196	1	1.96	-	-	-	-	1	1.96
	qadın	3	9.675	-	-	-	-	-	-	1	3.225	2	6.45	-	-	-	-
Fev	ümumi	2	2.44	-	-	1	1.22	-	-	1	1.22	-	-	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın	2	6.45	-	-	1	3.225	-	-	1	3.225	-	-	-	-	-	-
Mart	ümumi	4	4.88	-	-	1	1.22	1	1.22	1	1.22	1	1.22	-	-	-	-
	kişi	2	3.92	-	-	1	1.96	-	-	-	-	1	1.96	-	-	-	-
	qadın	2	6.45	-	-	-	-	1	3.225	1	3.225	-	-	-	-	-	-
Apr	ümumi	9	10.98	-	-	-	-	1	1.22	3	3.66	1	1.22	2	2.44	2	2.44
	kişi	6	11.76	-	-	-	-	1	1.96	-	-	1	1.96	2	2..92	2	3.92
	qadın	3	9.675	-	-	-	-	-	-	3	9.675	-	-	-	-	-	-
May	ümumi	3	3.66	-	-	2	2.44	-	-	-	-	1	1.22	-	-	-	-
	kişi	3	5.88	-	-	2	3.92	-	-	-	-	1	1.96	-	-	-	-
	qadın	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iyun	ümumi	1	1.22	-	-	-	-	-	-	1	1.22	-	-	-	-	-	-
	kişi		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın		3.225	-	-	-	-	-	-	1	3.225	-	-	-	-	-	-
Iyul	ümumi		6.1	-	-	2	2.44	2	2.44	1	1.22	-	-	-	-	-	-
	kişi		5.88	-	-	1	1.96	1	1.96	1	1.96	-	-	-	-	-	-
	qadın		6.45	-	-	1	3.225	1	3.225	-	-	-	-	-	-	-	-
Avqust	ümumi		1.22	-	-	-	-	-	-	1	1.22	-	-	-	-	-	-
	kişi		1.96	-	-	-	-	-	-	1	1.96	-	-	-	-	-	-
	qadın		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sent	ümu		4.88	-	-	1	1.22	-	-	-	-		2.44	1	1.22	-	-

	mi																
	kişi		7.84	-	-	1	1.96	-	-	-	-	2	3.92	1	1.96	-	-
	qadın		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Okt	ümumi		2.44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2.44	-	-
	kişi		3.92	-	-		-	-	-	-	-	-	-		3.92	-	-
	qadın		-	-	-		-	-	-	-	-	-	-		-	-	-
Noy	ümumi		3.66	-	-		-	-	-	1	1.22	1	1.22		1.22	-	-
	kişi		5.88	-	-		-	-	-		1.96	1	1.96		1.96	-	-
	qadın		-	-	-		-	-	-		-	-	-		-		-
Dek	ümumi		4.88	-	-	1	1.22	2	2.44		1.22	-	-		-	-	-
	kişi		1.96			1	1.96	-	-		-	-	-		-	-	-
	qadın		9.675				-	2	6.45		3.225	-	-		-	-	-

Cədvəldə göstərilən bütün faizlər hər bir qrupa daxil olan xəstələrin yalnız öz saylarına nəzərən hesablanmışdır.

Xəstələrin ümumi sayına nəzərən oksalat mineral duz tərkibli daşlar ən çox yanvar (8 xəstə (9.76%) 43.75±19.8 yaş) və aprel (9 xəstə (10.98%) 57.89±15.15 yaş) aylarında digər aylarla müqayisədə xüsusilə üstün olmuşdur. Eyni zamanda yanvar və aprel ayları üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına nəzərən bölgüsünə gəldikdə, xəstə sayı yanvar ayında 41-50 (2 xəstə (2.44%) 48.5±0.71 yaş) və 51-60 (2 xəstə (2.44%) 53±1.41 yaş) yaş qruplarında digərləri ilə müqayisədə nisbətən artıq olmuşdursa, aprel ayında 41-50 (3 xəstə (3.66%) 46.33±2.08 yaş) yaş qrupu üzrə daha çox qeydə alınmışdır.

Mart (4 xəstə (4.88%) 40.25±16.74 yaş), iyul (5 xəstə (6.1%) 34.8±9.12 yaş), sentyabr (4 xəstə (4.88%) 50±16.63 yaş) və dekabr (4 xəstə (4.88%) 32±12.25 yaş) ayları üzrə oksalat mineral duz tərkibli daş müşahidəsi ümumi saya nəzərən ikinci sırada yer alır. Göstərilən aylar üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına görə bölgüsü: mart ayında 16-30, 31-40, 41-50 və 51-60 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə (1.22%); iyul ayındakı yaş qrupları üzrə 16-30 2 xəstə (2.44%) , 31-40 2 xəstə (2.44%) və 41-50 1 xəstə (1.22%); sentyabr ayındakı yaş qrupları üzrə 16-30 1 xəstə (1.22%) , 51-60 2 xəstə (2.44%) və 61-70 1 xəstə (1.22%); dekabr ayındakı yaş qrupları üzrə 16-30 1 xəstə (1.22%) , 31-40 2 xəstə (2.44%) və 41-50 1 xəstə (1.22%).

Oksalat mineral duz tərkibli daşı olan xəstələrə ümumi baxdıqda, 16-30 (9 xəstə (10.97%) və 41-50 (12 xəstə(14.63%) yaş qruplarında digər qruplara nisbətən daha çox, 31-40 (7 xəstə (8.54%), 51-60 (8 xəstə (9.76%) və 61-70 (6 xəstə (7.32%) yaş qruplarında isə nisbətən az sayda xəstə qeydə alınmışdır. Digər qruplarda isə ya minimum sayda xəstə olmuş, ya da heç olmamışdır.

Xəstələrin ümumi sayına nəzərən okslat mineral duz tərkibli daşlar 56.03% təşkil etmişdir.

Kişi xəstələrinin sayına nəzərən oksalat mineral duz tərkibli daşlar ən çox yanvar (5 xəstə (9.8%) 39±24.7 yaş) və aprel (6 xəstə (10.98%) 63.67±15.67 yaş) aylarında digər aylarla müqayisədə xüsusilə üstün olmuşdur. Eyni zamanda yanvar və aprel ayları üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına nəzərən bölgüsünə gəldikdə, yanvar ayında <15, 16-30, 31-40, 41-50 və >71 yaş qruplarının hər birində 1 xəstə (1.96%) olmaqla bərbər say olmuşdursa, aprel ayında 61-70 (2 xəstə (3.92%) və >71 (2 xəstə (3.92%) yaş qruplarında digərləri ilə müqayisədə nisbi üstünlük qeydə alınmışdır.

Kişi xəstələrində oksalat mineral duz tərkibli daşların müşahidə sayında sentyabr (4 xəstə (7.84%) 50±16.63 yaş) ayı ikinci sırada yer alır. Göstərilən ay üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına görə bölgüsü: sentyabr ayındakı yaş qrupları üzrə 16-30 1 xəstə (1.96%) , 51-60 2 xəstə (3.92%) və 61-70 1 xəstə (1.96%).

Oksalat mineral duz tərkibli daşı olan kişi xəstələrinə ümumi baxdıqda, 16-30 (7 xəstə (13.7%), 51-60 (6 xəstə (11.76%) və 61-70 (6 xəstə (11.76%) yaş qruplarında digər qruplara nisbətən daha çox, 31-40 (4 xəstə (7.84%) yaş qrupunda isə nisbətən az sayda xəstə qeydə alınmışdır. Digər qruplarda isə ya minimum sayda xəstə olmuş, ya da heç olmamışdır.

Kişi xəstələrinin ümumi sayına nəzərən oksalat mineral duz tərkibli daşlar 58.80% təşkil etmişdir.

Qadın xəstələrin sayına nəzərən oksalat mineral duz tərkibli daşlar ən çox yanvar (3 xəstə (9.675%) 51.67±2.52 yaş), aprel (3 xəstə (9.675%) 46.33±2.08 yaş) və dekabr (3 xəstə (9.675%) 37±8.66 yaş) aylarında digər aylarla müqayisədə xüsusilə üstün olmuşdur. Eyni zamanda yanvar və aprel ayları üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına nəzərən bölgüsünə gəldikdə, yanvar ayında 51-60 (2 xəstə (6.45%)

53±1.41 yaş), aprel ayında 41-50 (3 xəstə (9.675%) 46.33±2.08 yaş), dekabr ayında isə 31-40 (3 xəstə (9.675%) 37±8.66 yaş) yaş qruplarında digərləri ilə müqayisədə tam üstünlük qeydə alınmışdır.

Qadın xəstələrində oksalat mineral duz tərkibli daşların müşahidə sayında fevral (2 xəstə (6.45%) 35.5±13.43 yaş), mart (2 xəstə (6.45%) 43±7.07 yaş) və iyul (2 xəstə (6.45%) 30±7.07 yaş) ayları ikinci sırada yer alır. Göstərilən aylar üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına görə bölgüsü: fevral ayındakı yaş qrupları üzrə 16-30 (1 xəstə (3.225%) , 41-50 (1 xəstə (3.225%); mart ayındakı yaş qrupları üzrə 31-40 (1 xəstə (3.225%) , 41-50 (1 xəstə (3.225%); iyul ayındakı yaş qrupları üzrə 16-30 (1 xəstə (3.225%) , 31-40 (1 xəstə (3.225%).

Oksalat mineral duz tərkibli daşı olan qadın xəstələrinə ümumi baxdıqda, 31-40 (4 xəstə (12.9%) və 41-50 (8 xəstə (25.81%) yaş qruplarında digər qruplara nisbətən daha çox, 16-30 (2 xəstə (6.45%) və 51-60 (2 xəstə (6.45%) yaş qruplarında isə nisbətən az sayda xəstə qeydə alınmışdır. Digər qruplarda xəstə olmamışdır.

Qadın xəstələrinin ümumi sayına nəzərən okslat mineral duz tərkibli daşlar 51.60% təşkil etmişdir.

Cədvəl 2

Urat mineral duz tərkibli daşı olan xəstələrin yaş qrupları ilə xəstəliyin təzahür etdiyi aylara nəzərən bölgü

Urat mineral duzu tərkibli SD-nın aylara görə bölgüsü		Xəstələrin yaş qrupları															
		Ümum		<15		16-30		31-40		41-50		51-60		61-70		>71	
		s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%
Yanvar	üm	*2*	*2.44*	-	-	-	-	*1*	*1.22*	-	-	*1*	*1.22*	-	-	-	-
	kişi	*2*	*3.92*	-	-	-	-	*1*	*1.96*	-	-	*1*	*1.96*	-	-	-	-
	qad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fevral	üm	*2*	*2.44*	-	-	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.22*
	kişi	*2*	*3.92*	-	-	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.96*
	qad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mart	üm	*2*	*2.44*	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.22*	*1*	*1.22*	-	-	-	-
	kişi	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.96*	-	-	-	-
	qadı	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-
Aprel	üm	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-
	kişi	*1*	*1.96*	-	-	-	-	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
May	ümu	*2*	*2.44*	-	-	-	-	*1*	*1.22*	-	-	*1*	*1.22*	-	-	-	-
	kişi	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.96*	-	-	-	-
	qad	*1*	*3.225*	-	-	-	-	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-	-	-
Iyun	üm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iyul	üm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Avqust	üm	*3*	*3.66*	-	-	-	-	*1*	*1.22*	*1*	*1.22*	-	-	-	-	*1*	*1.22*
	kişi	*3*	*5.88*	-	-	-	-	*1*	*1.96*	*1*	*1.96*	-	-	-	-	*1*	*1.96*
	qadı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sentyabr	üm	*3*	*3.66*	-	-	*2*	*2.44*	-	-	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-
	kişi	*3*	*5.88*	-	-	*2*	*3.92*	-	-	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-
	qad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oktyabr	üm	*4*	*4.88*	-	-	*1*	*1.22*	*1*	*1.22*	*1*	*1.22*	*1*	*1.22*	-	-	-	-
	kişi	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.96*	-	-	-	-
	qad	*3*	*9.675*	-	-	*1*	*3.225*	*1*	*3.225*	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-
Noyabr	üm	*2*	*2.44*	-	-	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.22*	-	-
	kişi	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.96*	-	-
	qad	*1*	*3.225*	-	-	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dekabr	ümu	*2*	*2.44*	*1*	*1.22*	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kişi	*2*	*3.92*	*1*	*1.96*	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	qad.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Cədvəl üzrə nəticələri ümumiləşdirsək, oksalat tərkibli daşı olan xəstələrin yaş tipləri və ilin ayları səbəbinədən yüksək olduğu qrupları aşağıdakılardır: 1) aylara görə bölgü: a) ümumi xəstə sayına nəzərən yanvar və aprel ayları; b) kişi xəstələrində yanvar və aprel ayları; c) qadın xəstələrində yanvar, aprel və dekabr ayları. 2) yaş qruplarına görə bölgü: a) ümumi xəstə sayına nəzərən 16-30 və 41-50 yaş qrupları; b) kişi xəstələrində 16-30, 51-60, 61-70 yaş qrupları; c) qadın xəstələrində 31-40 və 41-50 yaş qrupları.

Cədvəldə göstərilən bütün faizlər hər bir qrupa daxil olan xəstələrin yalnız öz saylarına nəzərən hesablanmışdır.

Yanvar *(2 xəstə (2.44%) 44.5±9.19 yaş),* fevral *(2 xəstə (2.44%) 48±36.77 yaş),* mart *(2 xəstə (2.44%) 49±7.07 yaş)*, may *(2 xəstə (2.44%) 46.5±13.43 yaş)*, noyabr *(2 xəstə (2.44%) 48±28.28 yaş)* və dekabr *(2 xəstə (2.44%) 22.5±10.6 yaş)*. Göstərilən aylar üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına görə bölgüsü: yanvar ayında 31-40 və 51-60 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)*; fevral ayında 16-30 və >71 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)*; mart ayında 41-50 və 51-60 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)*; may ayında 31-40 və 51-60 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)*; noyabr ayında 16-30 və 61-70 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)*; dekabr ayında <15 və 16-30 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)*.

Urat mineral duz tərkibli daşı olan xəstələrə ümumi baxdıqda, 16-30 *(6 xəstə(7.32%)* və 31-40 *(5 xəstə (6.09%)* yaş qruplarında digər qruplara nisbətən daha çox, 41-50 *(4 xəstə (4.88%)* və 51-60 *(4 xəstə (4.88%)* yaş qruplarında isə nisbətən az sayda xəstə qeydə alınmışdır. Digər qruplarda isə ya minimum sayda xəstə olmuş, ya da heç olmamışdır.

Xəstələrin ümumi sayına nəzərən urat mineral duz tərkibli daşlar 28.06% təşkil etmişdir.

Kişi xəstələrinin sayına nəzərən urat mineral duz tərkibli daşlar ən çox avqust *(3 xəstə (5.88%) 52.67±25.15 yaş)* və sentyabr *(3 xəstə (5.88%) 30±15.72 yaş)* aylarında digər aylarla müqayisədə nisbətən üstün olmuşdur. Eyni zamanda avqust və sentyabr ayları üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına nəzərən bölgüsünə gəldikdə, avqust ayında 31-40 və 41-50 yaş qruplarının hər birində 1 xəstə *(1.96%)*, sentyabr ayında 16-30 *2 xəstə (3.92%) və* 41-50 *1 xəstə (1.96%)*.

Kişi xəstələrində urat mineral duz tərkibli daşların müşahidə sayında yanvar *(2 xəstə (3.92%) 44.5±9.19 yaş)*, fevral *(2 xəstə (3.92%) 48±36.77 yaş)* və dekabr *(2 xəstə (3.92%) 22.5±10.61 yaş)* ayı ikinci sırada yer alır. Göstərilən aylar üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına görə bölgüsü: yanvar ayında 31-40 və 51-60 yaş qruplarının hər birində 1 xəstə *(1.96%)*, fevral ayında 16-30 və >71 yaş qruplarının hər birində 1 xəstə *(1.96%)*, fevral ayında <15 və 16-30 yaş qruplarının hər birində 1 xəstə *(1.96%)*.

Xəstələrin ümumi sayına nəzərən urat mineral duz tərkibli daşlar ən çox avqust (3 xəstə (3.66%) 52.67±25.14 yaş), sentyabt (3 xəstə (3.66%) 30±15.72 yaş) və oktyabr (4 xəstə (4.88%) 40.5±14.48 yaş) aylarında digər aylarla müqayisədə nisbətən üstün olmuşdur. Eyni zamanda avqust, sentyabr və oktyabr ayları üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına nəzərən bölgüsünə gəldikdə, avqust ayında 31-40, 41-50 və >71 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə (1.22%); sentyabr ayında yaş qrupları üzrə: 16-30 (2 xəstə (2.44%), 41-50 (1 xəstə (1.22%); oktyabr ayında yaş qrupları üzrə: 16-30, 31-40, 41-50 və 51-60 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə (1.22%).

Urat mineral duz tərkibli daşı olan kişi xəstələrinə ümumi baxdıqda, 16-30 *(4 xəstə (7.84%)* və 51-60 *(4 xəstə (7.84%)* yaş qruplarında digər qruplara nisbətən çox, 31-40 *(3 xəstə (5.88%)* yaş qrupunda isə nisbətən az sayda xəstə qeydə alınmışdır. Digər qruplarda isə ya minimum sayda xəstə olmuş, ya da heç olmamışdır.

Kişi xəstələrinin ümumi sayına nəzərən urat mineral duz tərkibli daşlar 33.32% təşkil etmişdir.

Qadın xəstələrinin sayına nəzərən urat mineral duz tərkibli daşlar ən çox oktyabr *(3 xəstə (9.675%) 34.67±10.5 yaş)* ayında digər aylarla müqayisədə xüsusilə üstün olmuşdur. Eyni zamanda oktyabr ayı üzrə 16-30, 31-40 və 41-50 yaş qrupları üzrə hər qrupda 1 xəstə *(3.225%)* olmuşdur.

Qadın xəstələrində urat mineral duz tərkibli daşların müşahidə sayında mart *(1 xəstə (3.225%),* may *(1 xəstə (3.225%)* və noyabr *(1 xəstə (3.225%)* ayları ikinci sırada yer alır. Göstərilən aylar üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına görə bölgüsü: mart ayındakı yaş qrupları üzrə 41-50 *(1 xəstə-3.225%);* may ayındakı yaş qrupları üzrə 31-40 *(1 xəstə-3.225%);* noyabr ayındakı yaş qrupları üzrə 16-30 *(1 xəstə-3.225%)*.

Urat mineral duz tərkibli daşı olan qadın xəstələrinə ümumi baxdıqda, 16-30, 31-40 və 41-50 yaş qruplarında hər birində *2 xəstə (6.45%)* olmuşdur. Digər qruplarda xəstə olmamışdır.

Qadın xəstələrinin ümumi sayına nəzərən urat mineral duz tərkibli daşlar 19.35% təşkil etmişdir.

Cədvəl üzrə nəticələri ümumiləşdirsək, urat tərkibli daşı olan xəstələrin yaş tipləri və ilin ayları səbəbinədən yüksək olduğu qrupları aşağıdakılardır: 1*) aylara görə bölgü:* a) ümumi xəstə sayına nəzərən avqust, sentyabr və oktyabr ayları; b) kişi xəstələrində avqust və sentyabr ayları; c) qadın xəstələrində oktyabr ayı. *2) yaş qruplarına görə bölgü:* a) ümumi xəstə sayına nəzərən 16-30 və 31-40 yaş qrupları; b) kişi xəstələrində 16-30 və 51-60 yaş qrupları; c) qadın xəstələrində 16-30, 31-40 və 41-50 yaş qrupları.

Cədvəldə göstərilən bütün faizlər hər bir qrupa daxil olan xəstələrin yalnız öz saylarına nəzərən hesablanmışdır.

Xəstələrin ümumi sayına nəzərən fosfat mineral duz tərkibli daşı olan xəstə sayı iyun *(3 xəstə (3.66%)*

29.33±16.92 yaş) ayında digər aylarla müqayisədə nisbətən üstün olmuşdur. Eyni zamanda iyun ayı üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına nəzərən bölgüsünə gəldikdə, <15, 16-30 və 41-50 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)* olmuşdur.

Fevral *(2 xəstə (2.44%) 32±0 yaş),* iyul *(2 xəstə (2.44%) 60.5±13.43 yaş),* oktyabr *(2 xəstə (2.44%) 51±12.73 yaş)*, noyabr *(2 xəstə (2.44%) 60±15.56 yaş)* ayları üzrə nisbətən az sayda xəstə qeydə alınmışdır. Göstərilən aylar üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına görə bölgüsü: fevral ayında 31-40 qrupunda 2 xəstə *(2.44%)*; iyul ayında 51-60 və 61-70 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)*; oktyabr ayında 41-50 və 51-60 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)*; noyabr ayında 41-50 və >71 yaş qruplarında hər birində 1 xəstə *(1.22%)*.

Fosfat mineral duz tərkibli daşı olan xəstələrə ümumi baxdıqda, 41-50 *(5 xəstə (6.09%)* yaş qrupunda digər qruplara nisbətən daha çox, 31-40 *(2 xəstə (2.44%)* və 51-60 *(2 xəstə (2.44%)* yaş qruplarında isə nisbətən az sayda xəstə qeydə alınmışdır. Digər qruplarda isə ya minimum sayda xəstə olmuş, ya da heç olmamışdır.

Xəstələrin ümumi sayına nəzərən urat mineral duz tərkibli daşlar 15.86% təşkil etmişdir.

Kişi xəstələrinin sayına nəzərən fosfat mineral duz tərkibli daşı olan xəstə sayı fevral *(2 xəstə (3.92%) 32±0 yaş)* ayında digər aylarla müqayisədə nisbətən üstün olmuşdur. Eyni zamanda fevral ayı üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına nəzərən bölgüsünə gəldikdə yalnız 31-40 yaş qrupunda 2 xəstə *(3.92%)* olmuşdur.

İyul və noyabr ayları hər birində 1 xəstə *(1.96%)* olmaqla xəstə sayına görə ikinci sarıda yer alır. Göstərilən aylar üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına görə bölgüsü: iyul ayında 61-70 yaş qrupunda 1 xəstə *(1.96%)*, noyabr ayında >71 yaş qrupunda 1 xəstə *(1.96%)*.

Fosfat mineral duz tərkibli daşı olan kişi xəstələrinə ümumi baxdıqda, 31-40 *(2 xəstə (3.92%)* yaş qrupunda digər qruplara nisbətən çox, 61-70 və >71 yaş qruplarında hər birində *1 xəstə (1.96%)* olmaqla isə nisbətən az sayda xəstə qeydə alınmışdır. Digər qruplarda xəstə olmamışdır.

Kişi xəstələrinin ümumi sayına nəzərən fosfat mineral duz tərkibli daşlar 7.84% təşkil etmişdir.

Qadın xəstələrinin sayına nəzərən fosfat mineral duz tərkibli daşlar digər aylarla müqayisədə nisbətən daha çox iyun *(3 xəstə (9.675%) 29.33±16.92 yaş)* ayında olmuşdur. Eyni zamanda iyun ayı üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına nəzərən bölgüsünə gəldikdə, <15, 16-30 və 41-50 yaş qruplarında hər birində *1 xəstə (3.225%)* qeydə alınmışdır.

Cədvəl 3

Fosfat mineral duz tərkibli daşı olan xəstələrin yaş qrupları ilə xəstəliyin təzahür etdiyi aylara nəzərən bölgü

Fosfat mineral duzu tərkibli SD-nın aylara görə bölgüsü		Xəstələrin yaş qrupları															
		ümumi		<15		16-30		31-40		41-50		51-60		61-70		>71	
		s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%
Yanvar	Üm.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fevral	üm	*2*	*2.44*	-	-	-	-	*2*	*2.44*	-	-	-	-	-	-	-	-
	kişi	*2*	*3.92*					*2*	*3.92*								
	qadın	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mart	üm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aprel	üm	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-
May	üm	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.22*	-	-	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-
Iyun	üm	*3*	*3.66*	*1*	*1.22*	*1*	*1.22*			*1*	*1.22*						
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın	*3*	*9.675*	*1*	*3.225*	*1*	*3.225*	-	-	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-
Iyul	üm	*2*	*2.44*	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.22*	*1*	*1.22*	-	-
	kişi	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.96*	-	-
	qadın	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*3.225*	-	-	-	-
Avqust	üm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sentyabr	üm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Oktyabr	üm	*2*	*2.44*	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.22*	*1*	*1.22*	-	-	-	-
	kişi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın	*2*	*6.45*	-	-	-	-	-	-	*1*	*3.225*	*1*	*3.225*	-	-	-	-
Noyabr	üm	*2*	*2.44*	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.22*	-	-	-	-	*1*	*1.22*
	kişi	*1*	*1.96*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*1*	*1.96*
	qadın		*3.225*	-	-	-	-	-	-	*1*	*3.225*	-	-	-	-	-	-
Dekabr	üm		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kişi		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	qadın		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Qadın xəstələrində fosfat mineral duz tərkibli daşların müşahidə sayına görə oktyabr ayı *2 xəstə (6.45%) 51±12.73 yaş)* ilə ikinci sırada yer alır. Göstərilən ay üzrə xəstə müşahidəsinin yaş qruplarına görə bölgüsü: oktyabr ayındakı yaş qrupları üzrə 41-50 və 51-60 yaş qruplarında hər birində *1 xəstə* (*3.225%)*.

Fosfat mineral duz tərkibli daşı olan qadın xəstələrinə ümumi baxdıqda 41-50 *(5 xəstə (16.13%)* yaş qrupunda digər qruplara nisbətən daha çox, 51-60 *(2 xəstə (6.45%)* yaş qruplarında isə nisbətən az sayda xəstə qeydə alınmışdır. Digər qruplarda ya minimum sayda xəstə olmuş, ya da heç xəstə olmamışdır.

Qadın xəstələrinin ümumi sayına nəzərən fosfat mineral duz tərkibli daşlar 29.03% təşkil etmişdir.

Cədvəl üzrə nəticələri ümumiləşdirsək, fosfat tərkibli daşı olan xəstələrin yaş tipləri və ilin ayları səbəbinədən yüksək olduğu qrupları aşağıdakılardır: 1*) aylara görə bölgü:* a) ümumi xəstə sayına nəzərən iyun ayları; b) kişi xəstələrində fevral ayları; c) qadın xəstələrində iyun ayları. *2) yaş qruplarına görə bölgü:* a) ümumi xəstə sayına nəzərən 41-50 yaş qrupları; b) kişi xəstələrində 31-40 yaş qrupları; c) qadın xəstələrində 41-50 yaş qrupları.

Yekun nəticə aşağıdakı qruplarda ümumiləşmiş şəkildə göstərilmişdir:

1) Ümumi xəstə qrupunda sidik daşlarının mineral tərkibinə görə oksalat 56.03%, urat 28.06% və fosfat 15.86%-dir.

2) Kişi xəstələri qrupunda sidik daşlarının mineral tərkibinə görə oksalat 58.80%, urat 33.32%, fosfat 7.84%-dir.

3) Qadın xəstələri qrupunda sidik daşlarının mineral tərkibinə görə oksalat 51.60%, urat 19.35%, fosfat 29.03%-dir.

4) Ümumi xəstə sayına nəzərən SDX-nin mineral duz tərkibi və ilin aylarına görə daha çox müşahidə olunma səviyyəsi: a) oksalat: yanvar və aprel ayları; b) urat: avqust, sentyabr və oktyabr ayları; c) fosfat: iyun ayı.

5) Ümumi olaraq kişi xəstələrinə nəzərən SDX-nin mineral duz tərkibi və ilin aylarına görə daha çox müşahidə olunma səviyyəsi: a) oksalat: yanvar və aprel ayları; b) ura: avqust və sentyabr ayları; c) fosfat: fevral ayı.

6) Ümumi olaraq qadın xəstələrinə nəzərən SDX-nin mineral duz tərkibi və ilin aylarına görə daha çox müşahidə olunma səviyyəsi: a) oksalat: yanvar, aprel və dekabr ayları; b) ura: oktyabr ayı; c) fosfat: iyun ayı.

7) Ümumi xəstə sayına nəzərən SDX-nin mineral duz tərkibi və yaş qruplarına görə daha çox müşahidə olunma səviyyəsi: a) oksalat: 16-30 və 41-50 yaş qrupları; b) urat: 16-30 və 31-40 yaş qrupları; c) fosfat: 41-50 yaş qrupu.

8) Ümumi olaraq kişi xəstələrinə nəzərən SDX-nin mineral duz tərkibi və yaş qruplarına görə daha çox müşahidə olunma səviyyəsi: a) oksalat: 16-30, 51-60 və 61-70 yaş qrupları; b) urat: 16-30 və 51-60 yaş qrupları; c) fosfat: 31-40 yaş qrupu.

9) Ümumi olaraq qadın xəstələrinə nəzərən SDX-nin mineral duz tərkibi və yaş qruplarına görə daha çox müşahidə olunma səviyyəsi: a) oksalat: 31-40 və 41-50 yaş qrupları; b) urat: 31-40 və 41-50 yaş qrupları; c) fosfat: 41-50 yaş qrupu.

Tədqiqatda alınan bütün nəticələr beynəlxalq məlumatlarla uyğunluq təşkil edir. Beləliklə tədqiqatdan son çıxarış olaraq deyə bilərik ki, SDX-nin istər xəstələrin yaş tipləri, istər mineral duz tərkibi, istərsə də ilin ayları üzrə tədqiqatı mühüm elmi əhəmiyyət kəsb edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Baker P.W., Coyle P., Bais R. et al. Influence of season, age, and sex on renal stone formation in South Australia // Med. J. Aust., 1993, v.159, p.390–92.

2. Curhan G.C., Willett W.C., Speizer F.E. et al. Comparison of dietary calcium with supplemental calcium and other nutrients as factors affecting the risk for kidney stones in women // Ann. Intern. Med, 1997, v.126, p.497–504.

3. Curhan G.C., Willett W.C., Rimm E.B. et al. A prospective study of dietary calcium and other nutrients and the risk of symptomatic kidney stones // N. Engl. J. Med., 1993, v.328, p.833–8.

4. Gault M.H., Chafe L. Relationship of frequency, age, sex, stone weight and composition in 15 624 stones: Comparison of results for 1980 to 1983 and 1995 to 1998 // J. Urol, 2000, v.164, p.302–7.

5. Hiatt R.A., Dales L.G., Friedman G.D. et al. Frequency of urolithiasis in a prepaid medical care program // Am. J. Epidemiol., 1982, v.115, p.255–65.

6. Johnson C.M., Wilson D.M., O'Fallon W.M. et al. Renal stone epidemiology:A 25 year study in Rochester, Minnesota // Kidney Int. 1979, v.16, p.624–31.

7. Lavan J.N., Neale F.C., Posen S. Urinary calculi: Clinical, biochemical and radiological studies in 619 patients //Med. J. Aust., 1971, v.2, p.1049–61.

8. Menon M., Resnick M.I. Urinary Lithiasis: etiology, diagnosis, and medical management. Campbell's Urology, Editor-in-chief: Patrick C. Walsh. Sounders, 2002, 8. Baskı, 96. Bölüm.

Резюме

Минеральные составов мочекамней и их распределение по возрасту среди населении Кахского района

Р.Т.Гусейнзаде

Целью исследования явилось определение минеральных составов мочекамней и их распределение по возрасту среди населении Кахского района. В исследование вошли 82 больных мочекаменными болезнями из Кахского района в 2007- 2011 года. Из них 51(62.2%) были мужчинами, 31 (37.8%) женщинами. Минимальный и максимальные возрастные значение были <15 и >71 лет. Среднее возрастное значение 40,8±10,65 лет. По результатам исследований было выявлено население Кахского района имеет особое значение по мочекаменным болезням учитывая минерального состава солей и возрастных групп.

Summary

Mineral compositions urolithiasis and age distribution of the population of the district Kakh

R.T.Guseynzade

The aim of the study was to determine the mineral composition urolithiasis and age distribution of the population Kakhi district. The study included 82 patients with urolithiasis of Kakhi region in 2007 - 2011. Of these, 51 (62.2%) were men, 31 (37.8%) women. The minimum and maximum age value was <15 and> 71 years. The mean age value of 40,8 ± 10,65 years. According to the research found people Kakhi region is of particular importance for urolithiasis given mineral salt composition and age groups.

Daxil olub:01.10.2012

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

З.А.Меджидов

Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет

Açar sözlər: düz bağırsağın xərçəngi, kolorektal anastomozlar.
Ключевые слова: рак прямой кишки, колоректальные анастомозы
Key words: cancer of a rectum, colorectal anastomoses.

В последние годы отмечается увеличение количества больных с опухолевыми заболеваниями толстой кишки. Ежегодно в мире диагностируется около 1 миллиона больных колоректальным раком. При этом тенденция роста заболеваемости раком толстой кишки продолжается [5, 9].

Рак прямой кишки составляет 2-10% общего числа злокачественных новообразований человека и около 40% опухолей всей толстой кишки [7].

Основным методом радикального лечения рака прямой кишки является хирургический, направленный на удаление первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов [1].

Современные требование к хирургическим вмешательствам при раке прямой кишки чрезвычайно высоки. В качестве одной из целей оперативного лечения, наряду с безусловным соблюдением онкологических принципов, рассматривается сохранение сфинктерного аппарата прямой кишки [8,10].

Расширение показаний к сфинктерсохраняющим вмешательствам является наиболее очевидной тенденцией в современной хирургии рака прямой кишки [4].

За последние 10 лет соотношение экстирпаций прямой кишки и сфинктерсохраняющих операций стойко изменились в пользу последних. Это связано с усовершенствованием техники операций, успехами анестезиологии и реаниматологии [6].

Сохранение сфинктерного аппарата прямой кишки достигается созданием анастомозов с дистальными отделами прямой кишки. Формирование анастомоза выполняют как ручным способом, так и с помощью сшивающих аппаратов [3]. В связи с внедрением в практику новых сшивающих аппаратов количество сфинктерсохраняющих операций при раке прямой кишки значительно увеличилось. Как правило, при этом ссылаются на хорошие непосредственные результаты [5]. Действительно,

функциональные результаты таких операций хорошие, но они не всегда являются достаточно радикальными, так как при этих операциях не всегда удаляется полностью параректальная клетчатка вместе с лимфоузлами. Это подтверждается частыми местными рецидивами рака, которые встречаются у 30% больных, оперированных таким способом [2,11, 12]. Поэтому проблема выработки показаний и формулирования условий выполнения сфинктерсохраняющих операций становится актуальной.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения рака прямой кишки путем разработки показаний, противопоказаний и условий выполнения сфинктеросохраняющих операций, с учетом особенностей патологического процесса и современных возможностей проведения операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В клинике за период с 1997 по 2005 годы оперировано 260 больных раком прямой кишки различной локализации. Из них 105 (40%) больным была выполнена сфинктерсохраняющая операция. Мужчин было 52 (49%), женщин 53 (51%). Средний возраст больных составил 64±1 года.

В зависимости от расположения опухоли в прямой кишке больные разделились следующим образом. У 22 (21%) больных опухоль локализовалась в ректосигмоидном отделе толстой кишки, у 31 (29,5%) - в верхне-ампулярном, у 32 (30,5%) в среднеампулярном, у 19 (18%) в нижнеампулярном.

По данным гистологического исследования операционного препарата у 94 (89,5%) больных выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки.

Сфинктерсохраняющие операции выполнены у 68 (65%) больных в III стадии; у 18 (17%) - во II; у 19 (18%) больных - в I.

Внутрибрюшная резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза ручным способом выполнена у 39 (37%) больных. Внутрибрюшная резекция прямой кишки с применением сшивающего аппарата произведена у 21 (20%) больного; брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением ободочной кишки у 37 (35%), брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимального отрезка прямой кишки у 5 (5%), трансанальное иссечение опухоли прямой кишки у 3 (3%).

Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением выполнялась по разработанной нами методике. Основные отличия между традиционной и разработанной нами методикой брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением заключались в следующем.

1. При традиционной методике мобилизованную прямую и сигмовидную кишку вместе с опухолью проводят через узкий анальный канал с сохранением наружного сфинктера. При этом повышается давление в венах и лимфатических протоках кишки, что способствует обсеменению опухолевыми клетками, как стенок таза, так и самой низведенной кишки. Это приводит к развитию местного рецидива и переносу опухолевых клеток на другие органы. В разработанной нами методике мобилизованная кишка выше опухоли прошивается аппаратом и пересекается. Таким образом, через анальный канал первоначально удаляется только прямая кишка с опухолью, то есть значительно меньший объем тканей. Это снижает риск повышения давления в венах и лимфатических сосудах и уменьшает возможность распространении опухолевых клеток.

2. При традиционной методике есть опасность повреждения краевого сосуда низводимой сигмовидной кишки в момент ее мобилизации в малом тазу. Такая же реальная опасность повреждения краевого сосуда низводимой сигмовидной кишки возникает при проведении большого объема тканей, включая сигмовидную и прямую кишку с опухолью, через узкий анальный канал. В нашей методике низведение сигмовидной кишки проводят после удаления препарата. При этом низведение кишки производится свободно, без риска повредить краевой сосуд в момент проведения через анальный канал.

3. При традиционной методике производят рассечение тканей по задней полуокружности анального канала с пересечением прямокишечно-копчиковой связки с целью создания контрапертуры. Рассечение прямокишечно-копчиковой связки ведет к травматизации связочного аппарата прямой кишки. Вследствие этого ухудшается функция сфинктера с развитием недержания газов и кала. По нашей методике прямокишечно-копчиковая связка не рассекается. Этим самым предотвращается повреждение связочного аппарата и ослабление функции наружного сфинктера.

Для выполнения операции особое значение имеет укладка больного. Больной укладывается на спину, его таз помещаем на

край стола, на валик, так, чтобы позвоночник был под углом почти 45° к горизонту. Ноги согнуты под прямым углом в тазобедренных и коленных суставах и широко разведены. Голени укладываем на ногодержатели и фиксируем их ремнями. Катетеризуем мочевой пузырь, фиксируем катетер.

После нижнесрединного чревосечения, ревизии органов брюшной полости, определялись условия для выполнения возможности радикального удаления опухоли. После этого приступали к выделению, перевязке и пересечению нижнебрыжеечных сосудов. Между двумя лигатурами пересекали нижнебрыжеечную артерию ниже отхождения от нее левой толстокишечной артерии, которая обязательно сохранялась. Так же пересекается и перевязывается нижняя брыжеечная вена ниже впадения в нее левой толстокишечной вены. Кровоснабжение кишки, подлежащей низведению, осуществляется в этих условиях за счет сигмовидных артерий или краевого сосуда, анастомозирующего с левой толстокишечной артерией. После рассечения тазовой брюшины начинается мобилизация прямой и сигмовидной кишок. При этом необходимо выполнить лимфодиссекцию в области брыжейки сигмовидной и прямой кишок, и по ходу ее сосудов. Затем петля сигмовидной кишки укладывается до середины противоположной паховой связки. Если это удается, то можно с уверенностью считать, что ее длина достаточна для низведения через сохраненный сфинктер. Мобилизация прямой кишки со стороны брюшной полости выполняется тупым и острым путем до мышц тазового дна с перевязкой верхних и средних прямокишечных артерий. Сигмовидная кишка прошивается аппаратом УО-60 проксимальнее опухоли на 7-8 см, пересекается, концы кишки заглушаются двумя полукисетными швами.

Затем приступали к выполнению анального этапа операции. Ректальным зеркалом растягивали сфинктер заднего прохода. Прямая кишка пересекалась на 2-3 см выше аноректальной линии с сохранением слизистой оболочки анального канала.

Указательный палец левой руки, введенный в просвет прямой кишки (для ориентации), облегчает манипуляции для удержания кишки и предотвращает повреждение стенки кишки во время дальнейшей мобилизации.

Пересеченная прямая кишка берется на зажимы и подтягивается вниз. Трансанально удаляем прямую кишку вместе с опухолью и параректальной клетчаткой.

Низведенная кишка подшивается по окружности к краю слизистой оболочки анального канала, накладывается повязка с вазелином или вазелиновым маслом.

Если остается избыток низведенной кишки, то его отсекаем через три недели после операции.

При выполнении сфинктерсохраняющих операции иногда возникали большие трудноодолимые сложности. Это наблюдалось у больных с ожирением или сложным анатомическим строением.

Нередко встречаются тучные больные с короткой брыжейкой ободочной кишки, короткой сигмовидной кишкой, выраженным мезосигмоидитом и рубцовыми изменениями в брыжейке ободочной кишки. Для них нами разработана органосохраняющая операция - брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимального отрезка прямой кишки. Эту операцию выполняли тогда, когда мы не находили метастазов в регионарных лимфатических узлах или отдаленных метастазов, а также у больных с небольшими экзофитными опухолями, до 2,5-3,0 см, расположенными на 5-6 см от аноректальной линии.

Укладка больных и этапы операции такие же, как при брюшно-анальной резекции с низведением сигмовидной кишки по разработанной нами модификации.

Основным отличием этой операции является сохранение верхнепрямокишечной артерии и низведение также уже подготовленной прямой кишки. Обращаем внимание на то, что параректальная клетчатка удаляется в максимальном объеме.

Операция заключается в следующем. Нижнесрединное чревосечение. Производят ревизию органов брюшной полости. Определяют возможность выполнения радикальной операции. Затем рассекаем тазовую брюшину и начинаем мобилизацию средне- и нижнеампулярного отдела прямой кишки. Мобилизация прямой кишки с параректальной клетчаткой со стороны брюшной полости выполняется тупым и острым путем до мышц тазового дна. Выполняем перевязку средних прямокишечных артерий.

Затем приступали к выполнению анального этапа операции. Ректальным зеркалом растягивали сфинктер заднего прохода. Прямая кишка пересекалась над сфинктером на 2-3 см выше аноректальной линии с

сохранением слизистой оболочки анального канала.

Пересеченная прямая кишка бралась на зажимы и низводилась вместе с опухолью и параректальной клетчаткой.

Низведенная кишка выше опухоли подшивалась по окружности к краю слизистой оболочки анального канала и выполнялась резекция прямой кишки.

Такие операции выполнили 5 больным.

В данной группе осложнений в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки не было.

Если опухоль (малигнизированный полип) располагается на расстоянии до 10 см от аноректальной линии, его размер не превышает 3,0 см, у больного имеются тяжелые сопутствующие заболевания, не позволяющие выполнить внутрибрюшную резекцию или брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением, в том числе при минимальных раках, нами, в качестве альтернативы, предлагается трансанальное иссечение опухоли.

Трансанальное иссечение малигнизированного полипа прямой кишки выполнялось 3 больным.

Послеоперационные осложнения после сфинктерсохраняющих операции возникли у 15% (16) больных. Осложнения, непосредственно связанные с вмешательством составили 10%.

У одного (1%) больного в раннем послеоперационном периоде, через 4 часа после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки, появилось кровотечение из сосуда низведенной кишки. В экстренном порядке сосуд был лигирован. Больной в удовлетворительном состояния был выписан через 34 дня после брюшно-анальной резекции прямой кишки и через 15 дней после отсечения избытка низведенной кишки.

Острый инфаркт миокарда развился у одного больного на 6-е сутки после внутрибрюшной резекции прямой и сигмовидной кишок с помощью сшивающего аппарата.

У двух (2%) больных в послеоперационном периоде возникло желудочное кровотечение. У другого больного на 6 сутки после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки развилось обострение хронической язвы желудка, осложнившейся кровотечением.

У двух (2%) больных развилась задержка мочи. Задержка мочи у первого больного развилась на 6 сутки после внутрибрюшной резекции прямой и сигмовидной кишок с помощью сшивающего аппарата.

У двух (2%) больных после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки возник перитонит. Осложнение наблюдалось у одного из них на 6 сутки, а у другого на 16 сутки после операции. Больным была выполнена релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, трансназальная интубация тонкой кишки.

У одного больного произошла ретракция низведенной кишки на 13 сутки после операции. Ему была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки по поводу низкодифференцированной аденокарциномы, локализованной на 6 см от аноректальной линии.

У шести больных (6%) после внутрибрюшной резекции прямой и сигмовидной кишок мы наблюдали несостоятельность швов анастомоза. Двоим больным анастомоз был сформирован ручным способом, четверым -с помощью сшивающего аппарата. Осложнения диагностированы на 3-7 сутки после операции. Всем больным была выполнена трансверзостомия. Один из больных умер на следующий день после второй операции от интоксикации, обусловленной фибринозно-гнойным перитонитом. Пятеро выписано на 18±2 сутки после второй операции. Через 4-6 месяцев после первой операции им выполнено устранение трансверзостомы с восстановлением непрерывности толстой кишки.

Летальность после сфинктерсохраняющих операций составила 4%. Из четырех больных двое умерли от сердечной недостаточности, один от обострения хронической язвы желудка, осложненной кровотечением и один от интоксикации, обусловленной фибринозно-гнойным перитонитом.

Отдаленные результаты прослежены у 84 (80%) больных. Трехлетняя выживаемость составила 85%, пятилетняя выживаемость 64%.

Функциональные результаты после внутрибрюшных резекций прямой кишки были хорошие. У 78% (29) больных после брюшно-анальной резекции достигнуты хорошие отдаленные функциональные результаты, у

16% (6) - удовлетворительные, у 6% (2) – неудовлетворительные.

Неудовлетворительные результаты мы связываем с недостаточной тренировкой сфинктера у больных старческого возраста.

Местный рецидив рака выявлен у одной больной через 12 месяцев после трансанального иссечения малигнизированного полипа прямой кишки на 6-7 см от аноректальной линии. Больной была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

В сравнении со средними данными литературы нам удалось снизить на 15-20% частоту послеоперационных осложнений и на 4-5% летальность. Это мы связываем со строгим соблюдением разработанных нами показаний и условий выполнения сфинктерсохраняющих операций на прямой кишке, а также применения оригинальной модификации брюшно-анальной резекции с низведением.

Прослеженные отдаленные результаты, выживаемость, длительность безрецидивного периода и хорошие функциональные результаты позволяют рекомендовать разработанные методы сфинктерсохраняющих операций к широкому применению при лечении рака прямой кишки.

ВЫВОДЫ: 1. Выполнение брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением при расположении опухоли на расстоянии 6-7 см от аноректальной линии позволяет значительно снизить частоту рецидивов рака. 2. Локализация опухоли выше 7 см от аноректальной линии дает возможность выполнить внутрибрюшную резекцию прямой кишки с формированием колоректального анастомоза ручным способом или с помощью сшивающего аппарата. При этом послеоперационные осложнения составили 8%, летальность 2%. 3. При выборе операции по поводу рака прямой кишки возникают трудности у тучных больных, а также у людей с короткой рубцово-измененной брыжейкой ободочной кишки. При этих условиях, при экзофитных опухолях на расстоянии 5-6 см от аноректальной линии, целесообразно выполнять брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением проксимального отрезка прямой кишки по разработанной нами методике. 4. При локализации опухоли (малигнизированного полипа) на расстоянии до 10 см от аноректальной линии, размером до 3,0 см, тяжелых сопутствующих заболеваниях, не позволяющих выполнить внутрибрюшную резекцию или брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением, можно выполнить трансанальное иссечение опухоли с использованием "мини-ассистента".

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б. Рак прямой кишки. М.: Вузовская книга, 2001, 207 с.
2. Барсуков Ю.А., Николаев А.В., Тамразов Р.И., Ткачев С.И. Сравнительный анализ хирургического и комбинированного лечения больных операбельным раком прямой кишки (результаты рандомизированного исследования) // Практическая онкология, 2002, Т. 3, №2, с.105-113.
3. Ишенко В.Н., Григорьев М.Н., Токарчук В.В. О классификации передних резекций прямой кишки // Хирургия,2003, № 4, с. 55-58.
4. Майстренко Н.А., Пережогин Е.В. Резервуарная техника в хирургии рака прямой кишки. СПб.: «Бояныч», 2003,130 с.
5. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки. М.: ООО "Дедалус", 2005, 256 с.
6. Петров В.П., Лазарев Г.В., Переходов С.Н. Лечебная тактика при раке прямой кишки // Хирургия, 2000, № 17, с.161-166.
7. Топузов Э.Г., Плотников Ю.В., Шишкина Г.А. и др. Брюшно-анальная резекция прямой кишки // Вестник хирургии, 2003, № 3, с.46-48.
8. Чеканов М.И. Сохранение и реконструкция удерживающих структур тазового дна в хирургии прямой кишки: Автореф. дис. ... док. мед. наук. Новосибирск., 2005, 247 с.
9. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. М.: МЕД пресс-информ, 2004, 376 с.
10. Berger A., Tiret E., Cunningham et al. Rectal excision and colonic pouch-anal anastomosis for rectal cancer: oncologic results of five years // Dis. Colon Rectum,1999, v. 42, № 10, p. 1265-1271.
11. Cavina E., Seccia M., Chiarugi M. Total anorectal reconstruction supportred by electrostimulation gracilis neoshincter. Recent. Results // Cancer Res.,1998, v.146, p. 104-113.
12. Huguier M. Houry S. Treatment of local. recurrence of rectal cancer // Am. J. Surg., 1998, v. 175, № 4, p. 288-292.

Xülasə

Düz bağırsağ xərçənginin erkən formalarının müalicəsində kolorektal anastomozlar

Z.Ə.Məcidov

Düz bağırsağ xərçənginin erkən mərhələlərində sfinktersaxlayıcı əməliyyatların təklif olunmuş modifikasiyasindan istifadə etməklə, həmçinin bu əməliyyatların göstəriş və şərtlərinə riayət etməklə ölüm 4%, əməliyyatdan sonrakı fəsadlar 15%, beşillik yaşama 64% olmuşdur.

Summary

Colorectal anastomoses at the early treatment forms of a rectal cancer

Z.A.Mejidov

Utilizing the suggested modifications to the surgical operations at the early forms of a rectal cancer and also following the instructions and conditions of the operations, achieving 4% the death rate, 15% postoperative disorders, 64% five years' survival rate.

Daxil olub:09.10.2012

BAĞIRSAQ DİSBİOZUNUN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ SİMBİOTİKLƏRİN TƏTBİQİ

V.N. Cavadzadə., M.M.Muxtarov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: bağırsaq disbiozu, kompleks müalicə, simbiotiklər
Ключевые слова: дисбиоз кишечника, комплексная терапия, симбиотики
Key words: intestinal dysbiosis, complex therapy, symbiotics

Məlumdur ki, orqanizmin həyat fəaliyyətində normal bağırsaq mikroflorası çox saylı funksiyalar yerinə yetirir. Belə ki, normal mikroflora kolonizasiya rezistentliyini təmin etməklə patogen və şərti-patogen mikroorqanizmlərin, hemolitik bağırsaq bakteriyalarının artıb çoxalmasına mane olur [1]. Eyni zamanda normal mikroflora bakterostatik təsirə malik antibiotikəbənzər substansiyalar (reuterin, plantarisin, pediosin-A və s) hazırlayaraq mikroorqanizmlərin artıb çoxalmasının qarşısını alır [2,5,9].

Normal mikroflora fermentlərlə yanaşı hormonların, bioloji aktiv maddələrin və vitaminlərin (fol, pantoten, nikotin, lipoy turşularının, biotin, B, K, C, PP) sintezində, miroelementlərin bağırsağlardan sorulmasında, su-elektrolit və turşu-qələvi balansının saxlanılmasında fəal iştirak edir [3,7].

Normal mikrofloranın əsas funksiyalarından biri də immunoqlobulinlərin, interferonun sintezində fəal iştirak edərək properdin, lizosim və komplementinin səviyyəsini yüksətməsidir. Eyni zamanda normal mikroflora bağırsağın selikli qişasını yerli olaraq patogen mikroorqanizmlərdən, viruslardan, toksinlərdən, allergenlərdən və göbələklərdən müdafiə edir [4, 6, 10].

TƏDQIQATIN MƏQSƏDI. Tədqiqat işində məqsəd bağırsaq disbiozunun kompleks müalicəsində simbiotik preparatların tətbiqinin öyrənilməsindən ibarət olmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqat məqsədilə bakterioloji müayinə zamanı şərti-patogen bakteriya aşkar edilən xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür.

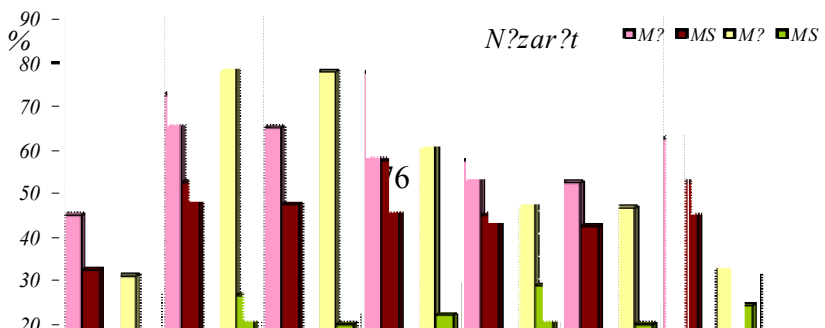
Simbiotik (lieviflor) və komplek müalicə (vitaminlər, antibiotiklər, vena daxili məhlullar, fermentativ preparatlar və s) təyin edilən 45 xəstədən (I qrup) ibarət əsas qrup və yalnız kompleks müalicə alan 40 xəstədən ibarət nəzarət qrupu (II qrup).

Nəzarət qrupuna daxil olan xəstələrə kompleks müalicə (etioloji, patogenetik, simptomatik) aparılmış, lakin normal bağırsaq florasını bərpa etmək məqsədilə hər hansı bir preparat təyin edilməmişdir. Alınmış klinik-laborotor müşahidələr kompleks müalicədən əvvəl və sonra aparılmış, alınmış nəticələr təhlil edilmiş və statistik işlənmişdir.

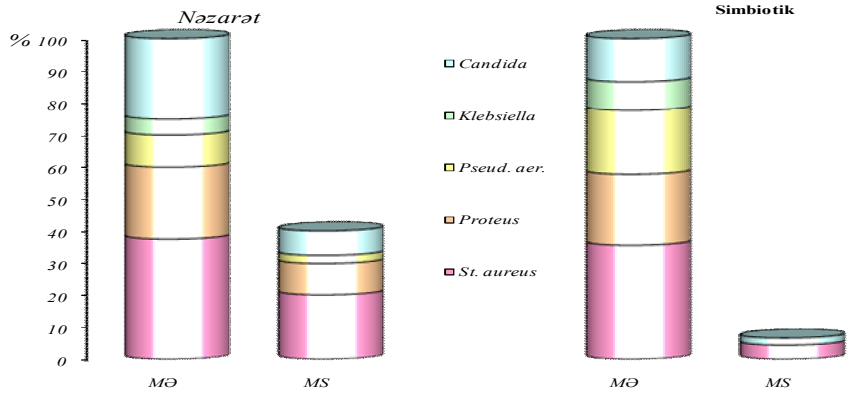
NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Koproloji müayinə zamanı simbiotik təyin edilən qrupda müalicədən sonra selik 27 xəstədə (60,0±7,3%), leykosit 28 xəstədə (62,2±7,2%) aşkar edilməmişdir. Müalicədən sonra eritrositlər 2 xəstədə (4,4±3,1%), nişasta 12 xəstədə (26,7±6,6%), epiteli 9 xəstədə (20,0±6,0%), neytral yağlar 10 xəstədə (22,2±6,2%), yağ turşuları 13 xəstədə (28,9±6,8%), bitki lifləri 9 xəstədə (20,0±6,0%), maya göbələkləri isə 11 xəstədə (24,4,2±6,4%) aşkar edilmişdir.

Nəzarət qrupunda müalicədən sonra 10 xəstənin (25,0±6,8%) nəcisində selik, 5 xəstənin (12,5±5,2%) nəcisində isə leykosit aşkar edilməmişdir. Müalicədən sonra eritrositlər 13 xəstədə (32,5±7,4%), nişasta 21 xəstədə (52,5±7,9%), epiteli 19 xəstədə (47,5±7,9%), neytral yağlar 23 xəstədə (57,5±7,8%), yağ turşuları 18 xəstədə (45,0±7,7%), bitki lifləri 17 xəstədə (42,5±7,8%), maya göbələkləri isə 21 xəstənin (52,5±7,9%) nəcisində aşkar edilmişdir. Göründüyü kimi hər iki qrupda müalicədən sonra nəcisin tərkibində aşkar edilən selik və leykositlərin miqdarında statistik dürüstlük alınmışdır.

Digər statistik göstəricilər aşağdakı şəkildə öz əksini tapmışdır.



Şək.1. Nəcisin ümumi müayinəsinin müalicədən əvvəl və sonrakı nəticələri



Şək.2. Müalicədən əvvəl və sonra şərti-patogen bakteriyaların miqdarı

Nəcisin bakterioloji müayinəsi hər iki qrupda müalicədən əvvəl və sonra öyrənilmişdir. Müalicədən əvvəl laborotor nəticələrdə öxşarlıq olsada, müalicədən sonra əsas qrupda müsbət nəticələr digər qrupla müqayisədə yüksək olmuşdur.

Müalicədən əvvəl və sonra alınmış laborotor göstəricilər aşağdakı şəkildə öz əksini tapmışdır (şək.2).

Şəkil 2-dən göründüyü kimi nəzarət qrupunda müalicədən sonra 8 xəstədə (20,0±6,3%) stafilokokk aşkar edildiyi halda (χ^2=2,99; p_0>0,05), simbiotik təyin edilən qrupda yalnız 2 xəstədə (4,4±3,1%) stafilokokk müşahidə edilmişdir (χ^2=11,7; p_0<0,001).

Normal mikrofloranın miqdarı bakterioloji müayinə zamanı şərti-patogen bakteriya aşkar edilmiş hər iki qrupda öyrənilmişdir. Belə ki, müalicədən sonra simbiotik təyin edilən qrupda bifidobakteriyalar 38 xəstədə (84,4±5,4%) 10^9 KƏV/q çox, 7 xəstədə (15,6±5,4%) 10^9 KƏV/q az, laktobakteriyalar 39 xəstədə (86,7±5,1) 10^7 KƏV/q çox, 6 xəstədə (13,3±5,1%) 10^7 KƏV/q az, normal bağırsaq çöpləri 36 xəstədə (80,0±6,0%) 300 mln/q çox, 9 xəstədə (20,0±6,0%) isə 300 mln/q az olmuşdur.

Nəzarət qrupunda kompleks müalicədən sonra bifidobakteriyalar 11 xəstədə (27,5±7,1%) 10^9 KƏV/q çox, 29 xəstədə (72,5±7,1%) 10^9 KƏV/q az, laktobakteriyalar 10 xəstədə (25,0±6,8%) 10^7 KƏV/q çox, 30 xəstədə (75,0±6,8%) 10^7 KƏV/q az, normal bağırsaq çöpləri 12 xəstədə (30,0±7,2%) 300 mln/q çox, 28 xəstədə (70,0±7,2%) isə 300 mln/q az olmuşdur (Cədvəl 1)

Cədvəl 1

Lieviflor preparatı ilə müalicədən əvvəl və sonra normal floranın vəziyyəti

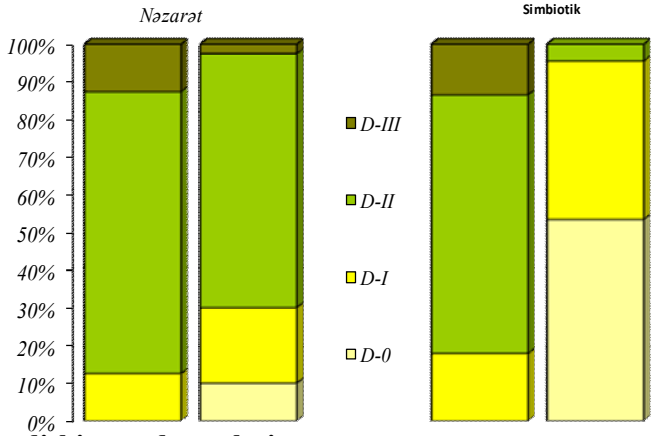
Mikroflora	1q nəcisdə miqdarı	Simbiotiklə müalicə qrupu (n=45)		p_0	Nəzarət qrupu (n=40)		p_0
		Müal.əvvəl	Müal.sonra		Müal. əvvəl	Müal. sonra	
Bifido-bakteriyalar	>10^9 KƏV/q	6 13,3±5,1%	38 84,4±5,4%	χ2=45,5	5 12,5±5,2%	11 27,5±7,1%	χ2=2,81

	$<10^9$ KƏV/q	39 86,7±5,1%	7 15,6±5,4%	$p_0<0,001$	35 87,5±5,2%	29 72,5±7,1%	$p_0>0,05$
Lakto-bakteriyalar	$>10^7$ KƏV/q	8 17,8±5,7%	39 86,7±5,1%	$\chi2=42,8$ $p_0<0,001$	4 10,0±4,7%	10 25,0±6,8%	$\chi2=3,12$ $p_0>0,05$
	$<10^7$ KƏV/q	37 82,2±5,7%	6 13,3±5,1%		36 90,0±4,7%	30 75,0±6,8%	
Escherichia coli	>300 mln/q	7 15,6±5,4%	36 80,0±6,0%	$\chi2=37,5$ $p_0<0,001$	5 12,5±5,2%	12 30,0±7,2%	$\chi2=3,66$ $p_0>0,05$
	<300 mln/q	38 84,4±5,4%	9 20,0±6,0%		35 87,5±5,2%	28 70,0±7,2%	

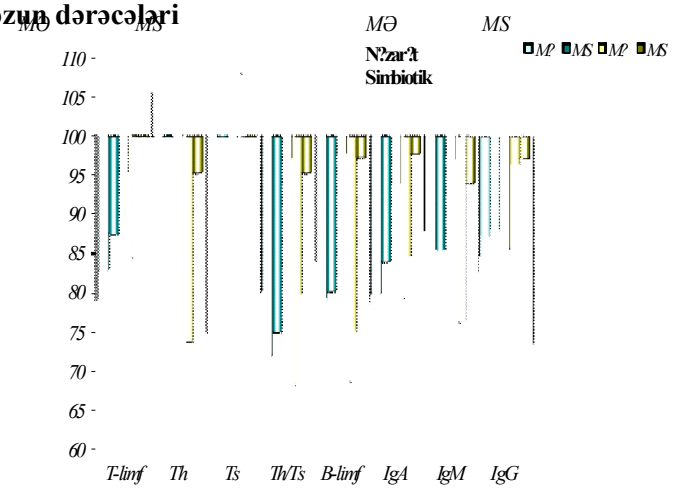
Qeyd: p_0 – müalicədən əvvəlki göstəricilər ilə fərqin statistik dürüstlüyü.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi müalicədən sonra nəzarət qrupunda 10^9 KƏV/q bifidobakteriya aşkar edilən xəstələrin xüsusi çəkisi 27,5±7,1% ($\chi2=2,81$; $p_0>0,05$), simbiotik təyin edilən qrupda isə müalicədən sonra 84,4±5,4% olmuşdur ($\chi2=45,5$: $p_0<0,001$).

Simbiotik təyin edilən xəstələrdə müalicədən sonra 19 xəstədə (42,2±7,4%) I dərəcəli, 2 xəstədə (4,4±3,1%) II dərəcəli disbioz aşkar edilmişdir. Müalicədən sonra simbiotik təyin edilən qrupda 24 xəstədə (53,3±7,4%) disbioz aşkar edilməmişdir. Nəzarət qrupunda bakterioloji müayinənin nəticələrinə əsasən kompleks müalicədən sonra 8 xəstədə (20,0±6,3%) I dərəcəli, 27 xəstədə (67,5±7,4%) II dərəcəli, I xəstədə (2,5±2,5%) isə III dərəcəli disbioz aşkar edilmişdir. Qeyd edilnlən aşağdakı şəkildə öz əksini tapmışdır (Şək.3).



Şək.3. Yaş qrupları üzrə disbiozun dərəcələri



Şək.4. Müalicədən əvvəl və sonra immunoloji göstəricilər (norma-100%)

Qanda immunoloji göstəricilər hər iki qrup xəstələrdə müalicədən əvvəl və sonra

öyrənilmişdir. Müalicədən əvvəl hər iki qrupda immunoloji göstəricilərin nəticələri fərqlənməsədə, müalicədən sonra əsas qrupda immunoloji göstəricilər nəzərə çarpacaq dərəcədə yüksəlmişdir.

Simbiotik tətbiqi nəticəsində pasientlərdə kliniki əlamətlərin davam etmə müddətləri müəyyənləşdirilmiş və təhlil edilmişdir. Müşahidələr nəticəsində aydın olmuşdur ki, simbiotik tətbiq edilən qrupda intoksikasiya əlamətləri 4-9 gün (6,3±0,4), ürəkbulanma və qusma 3-10 gün (5,4±0,3), hərarət 3-8 gün (4,9±0,4), qarında ağrılar 4-9 gün (6,1±0,4), meteorizm 3-10 gün (5,6±0,5), ishal 3-7 gün (5,1±0,4), nəcisin formalaşması 4-10 gün (7,1±0,4) davam etmişdir ($p < 0,001$).

Nəzarət qrupunda isə intoksikasiya əlamətləri 8-14 gün (11,1±0,5), ürəkbulanma və qusma 5-12 gün (8,9±0,4), hərarət 5-10 gün (8,1±0,5), qarında ağrılar 6-12 gün (8,9±0,5), meteorizm 7-13 gün (9,9±0,5), ishal 6-11 gün (8,6±0,5), nəcisin formalaşması isə 7-13 gün (10,6±0,6) davam etmişdir

Yuxarıda qeyd edilənləri ümumiləşdirərək aşağdakı nəticələrə gəlmək mümkündür. **1.**Bağırsaq disbiozunun kompleks müalicəsində Lieviflor preparatın tətbiqi nəticəsində müalicədən sonra əsas qrupda koproloji göstəricilər (selik, leykosit və s) nəzarət qrupu ilə müqayisədə müsbət dinamika müşahidə edilmişdir. **2.**Nəcisin bakterioloji müayinəsinin nəticələrinə əsasən I qrupda normal mikrofloranın bərpası, II qrupla müqayisədə daha effektli alınmışdır. **3.**Yalnız kompleks müalicə təyin edilmiş II qrupda əsas qrupla müqayisədə müalicədən sonra I dərəcəli disbioz 2 dəfədən çox, II dərəcəli disbioz isə 13 dəfədən çox aşkar edilmişdir. **4.**Qanda immunoloji göstəricilərin I qrup xəstələrdə, II qrupla müqayisədə müalicədən sonrakı dövrdə normaya daha yaxın olduğu müəyyən edilmişdir. **5.**Əsas klinik əlamətlərin davam etmə müddətləri (günlər üzrə), nəzarət qrupu ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Həsənov A.İ., Quliyeva Z.M. Uşaqlarda bağırsaq disbakteriozu, onun müəyyən edilməsi, təsnifatı, diaqnostikası və maliçəsi: Tədris metodik vəsait. Bakı, 2006, s.123

2. Агафонова Н.А., Гиоева И.З., Григорьева Ю.В. и др. Нарушение нормального состава кишечных бактерий: клиническое значение и вопросы терапии // Русский медицинский журнал, 2008, т. 10, № 2, с. 26-28

3. Ардамская М.Д., Дубинин А.В., Минушкин О.Н. Дисбактериоз кишечника: с

4. овременные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения // Терапевтический архив, 2001, №2, с.67-72

5. Бондаренко В.М., Грачева Н.М. Препараты пробиотики, пребиотики и синбиотики в терапии и профилактике кишечных дисбактериозов // Фарматека, 2003, №7, с. 56-6

6. Дисбактериоз кишечный. www.google.ru.

7. Захаренко СМ. Тактика применения бактериопрепаратов при дисбиозах кишечника // Тез.докл. VI Рос-Италнаучн. конф. «Инфекционные болезни. Диагностика, лечение, профилактика». СПб, 2000, с. 93-94

8. Blaut M. Relationship of prebiotics and food to intestinal mikroflora // Eur. J. Nutr., 2002, v. 41, p. 11-16

9. Collins M., Gibson G. Probiotic, prebiotic and symbiotic sapproaches for modulating the microbial ecology of the gut // Am. J. Clin. Nutr., 1999, v. 69, No 5, p.1052-1057

Резюме

Применения симбиотиков комплексном лечении кишечнего дисбиоза

В.Н.Джавадзаде, М.М.Мухтаров

Цель исследования заключается изучении действия симбиотиков в комплексном лечении больных с дисбиозом. При бактериологическом исследовании явлениями условно патогенной микрофлоры больные были разделены на 2 группы. Первую, основную группу (44 больных) составляли больные получившие пробиотик и комплексное лечение. Вторая, контрольная группа (40 больных) получала только комплексное лечение.

Summary

Simbiotics applied of complex tratment of disbiosis of intestinal

V.N. Javadzada, M.M. Mukhtarov

Main purpose of consists on learning effectiveness of symbiotic applied complex treatment of illness detected intestinal disbios. For this purpose it divided 2 groups, 84 patients have detected bacterium in nominal pathogen at the time of inspection. 40 patients (II group) only taken complex inspection, 44 patients group of (I group) applied symbiotic. At the time inspection of patients of each two groups has learned before and after dynamic inspection immunology factor in blood, bacterium inspection and general feces.

Daxil olub:06.11.2012

QULAQ, BURUN, BOĞAZ XƏSTƏLIKLƏRI ILƏ ƏLAQƏDAR ƏHALININ AMBULATOR-POLIKLINIKA MÜƏSSISƏLƏRINDƏ OTORINOLARINQOLOQA MÜRACIƏTLƏRIN SƏVIYYƏSI

H.M.Rüstəmova

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: ambulator-poliklinika müəssisələri, qulaq, burun, boğaz xəstəlikləri, otorinolarinqoloq
Ключевые слова: амбулаторно-поликлинические учреждения, болезни ухо, горло и носа, оториноларинголог
Key words: outpatient medical establishments, diseases of the ear, nose and throat, ENT specialist

Əhalinin xəstələnməsinin nozoloji strukturu və səviyyəsindən asılı ambulator-poliklinika şəbəkəsində çalışan həkim-mütəxəssislərə gəlişlər üçün ehtiyac dəyişir [1,2,5]. Ona görə də səhiyyənin operativ planlaşdırılması və təşkili ilk növbədə əhalinin faktiki gəlişlərinə əsaslanır.

Bütün xidmət sahələrində olduğu kimi otorinolarinqologiyadada əhalinin həkimlərə gəlişi vacib göstərici hesab olunur.

Tədqiqatımızın əsas MƏQSƏDI otorinolarinqoloji yardımın normativ bazasını əsaslandırmaq olduğuna görə biz qulaq, burun və boğaz xəstəliklərinin hamısı ilə bağlı olan müraciətləri deyil, yalnız bilavasitə həkim otorinolarinqoloqun müayinə, müalicə və məsləhət yardımını tələb edən patologiyalarla gəlişlərin səviyyəsini təhlil etmişik [3,4,7].

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqatın materialları kimi ambulator-poliklinika müəssisələrində otorinolarinqoloji profil üzrə gəlişlər istifadə edilmişdir. Tədqiqatın müşahidə vahidi otorinolarinqoloq yardımına ehtiyacı olan pasiyentdir. Müşahidə birbaşa metodla aparılmış, onun nəticələri keyfiyyət əlamətlərinin analizi və metodu ilə statistik işlənmişdir [6]. Müraciətlə bağlı əhalinin müvafiq göstəriciləri ayrılıqda verilmiş və təhlil olunmuşdur.

ALINMIŞ NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Aldığımız məlumatlar əsasında hesablanmış qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri ilə bağlı pasiyentlərin ambulator-poliklinika müəssisələrinə gəlişlərinin səviyyəsi 1-ci cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi əhalinin 1000 nəfərinə orta hesabla il ərzində 201,3±6,8 gəliş (müraciət) düşür. Gəlişlərin ümumi sayında əsas yeri xroniki tonzillitin müalicəsi ilə bağlı müraciətlərin sayı tutur (hər 1000 nəfərə görə 76,6 gəliş və ya bütün gəlişlərin 38,1%-i). Kəskin otit (hər 1000 nəfərə görə 25,9%-i gəliş və ya bütün gəlişlərin 12,9%-i), udlaq xəstəlikləri (müvafiq olaraq 25,3 və ya 12,6%-i) və burun boşluğu patologiyaları (23,0 və ya 11,4%-i) ilə bağlı müraciətlərin səviyyəsi və xüsusi çəkisi bir-birinə xeyli yaxındır və onların gəlişləri arasında reytinq (ranqı) müvafiq olaraq 2,3 və 4-cü yerlərdir. Burun ətrafı ciblərin iltihabi xəstəlikləri ilə bağlı müraciətlər də xeyli çoxdur (hər 1000 nəfərə görə 16,9 və ya bütün gəlişlərin 8,4%-i) və bu patologiyaların həkimə gəlişlərə görə reytinqi 5-ci yerdədir.

Xroniki otit (hər 1000 nəfərə görə 12,2 gəliş və ya bütün gəlişlərin 5,6%-i), qulağın digər xəstəlikləri (müvafiq olaraq 12,2 və ya 6,1%-i) və qırtlağın patologiyaları (müvafiq olaraq 11,7 və ya 4,9%-i) ilə bağlı həkimə gəlişlərin səviyyəsi və xüsusi çəkisi xeyli azdır və onlar reytinq şkalasında 6-8-ci yerləri bölüşdürürlər.

Kişi və qadın populyasiyalarının qulaq, burun və boğaz xəstəliklərinin intensivliyi və bununla bağlı həkimə gəlişlərinin səviyyəsi bir-birinə çox yaxın olduğuna görə (müvafiq olaraq hər 1000 kişi və 1000 qadına görə 200,6±9,8 və 202,4±10,0) onlar 1-ci cədvəldə ayrılıqda deyil ümumi populyasiya səviyyəsində verilmişdir.

Əhalinin ayrı-ayrı yaş qrupları üzrə həkimə gəlişlərin ümumi səviyyəsi bir-birindən bir qədər fərqlənir (cədvəl 1). Belə ki, gəlişlərin tezliyinin ən aşağı səviyyəsi 10-14 yaşlı uşaq əhalisi arasında qeydə alınmışdır (hər 1000 müvafiq yaşlı uşağa görə 166,7±19,8 gəliş və ya bütün gəlişlərin 8,5%-i). Həkimə gəlişlərin tezliyinə görə ən yüksək göstərici 55 yaşdan yuxarı yaşlı populyasiyada müşahidə olunmuşdur (hər 1000 nəfər müvafiq yaşda olanlara görə 242,2±21,2 gəliş və ya bütün gəlişlərin 10,1%-i). Həkimə gəlişlərin tezliyinə görə ikinci yerdə əhalinin 30-34 yaşlı qrupudur, onların hər 1000 nəfərinə 236,7±27,2 gəliş düşür (bütün gəlişlərin 8,4%-i).

Göstəricinin nisbətən yüksək səviyyəsi 50-54 (hər 1000 nəfərə görə 221,1±29,4 gəliş), 5-9 (hər 1000 nəfərə görə 220,6± 25,1 gəliş), 20-24 (müvafiq olaraq 211,7±22,6 gəliş) və 15-19 (206,4± 20,1 gəliş) yaş intervallarında qeydə alınmışdır. Əhalinin 25-29, 35-39, 40-44, 45-49 yaş qruplarında qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri ilə bağlı həkimə gəlişlərin tezliyi (hər 1000 nəfərə görə) bir-birinə çox yaxındır və müvafiq olaraq 186,9±22,3; 186,6± 23,8; 184,3± 24,3 və 185,5± 24,7 gəliş təşkil etmişdir.

Ayrı–ayrı yaş qruplarında müraciət səbəblərinin nozoloji for-masından asılı gəlişlərin səviyyəsi (cədvəl 1) müqayisə olunduqda aşağıdakı ümumi dinamika nəzərə çarpır:

-Kəskin otitlərlə bağlı gəlişlərin ən yüksək səviyyəsi 0-4 yaş intervalındadır və uşaqların yaşı artıqca əhəmiyyətli dərəcədə azalır (hər 1000 nəfərə görə 0-4 yaşda 120,8; 15-19 yaşda 14,7 gəliş). Sonrakı yaş qruplarında göstəricinin

səviyyəsi çox aşağıdır və bir-birindən statistik dürüst fərqlənmir;

-Xroniki otitlə bağlı gəlişlərin səviyyəsi 49 yaşa qədər nisbi stabildir (hər 1000 nəfərə görə 12,3-18,7 gəliş), sonrakı yaşlarda (45-54 yaş intervalında) bir qədər artır (müvafiq olaraq 25,1 və 34,6 gəliş);

-Qulağın digər xəstəlikləri ilə bağlı gəlişlərin yaş dinamikası əsasən 50 yaşdan sonrakı dövrdə kəskin seçilir və müvafiq olaraq hər 1000 nəfərə görə 40,2-51,9 gəliş qeydə alınır;

-Qırtlaq xəstəlikləri ilə bağlı gəlişlərin səviyyəsi nəzərə çarpan yaş dinamikasına malik

alınmışdır, onun yaş dinamikası üçün 0-29 yaşlarda azalma, sonrakı yaşlarda nisbi stabilləşmə (aşağı səviyyədə) səciyyəvidir;

-Burun boşluğu xəstəlikləri ilə bağlı gəlişlərin tezliyi nisbətən dar intervalda (hər 1000 nəfərə görə 14,9-30,2 gəliş) tərəddüd edir və əhəmiyyətli yaş dinamikası müşahidə olunmur;

-Burun ətrafı ciblərin iltihabi xəstəlikləri ilə bağlı gəlişlərin tezliyi üçündə nəzərə çarpan yaş dinamikası səciyyəvi deyil, onun səviyyəsi (hər 1000 nəfərə görə) 11,0-30,2 gəliş arasında dəyişir.

Həkim otorinolarinqoloqların gəlişlərin tərkibində payı pasiyent lərin xəstəliklərinin diaqnostikası asılı dəyişir Belə ki, qulaq xəstəliklərində, xüsusən xroniki otitlərdə xəstələr düzgün seçim edərək bilavasitə həkim otorinolarinqoloqlara müraciət edirlər, ona görə də gəlişlərin böyük əksəriyyəti (kəskin otitlərdə 82%, xroniki otitlərdə 92,3%, digər qulaq olmasa da 55 yaşdan sonra onların tezliyi xeyli çoxalır (hər 1000 nəfərə görə 24,2 gəliş);

-Xroniki tonzillitlə bağlı gəlişlərin tezliyi ayrı-ayrı yaş qruplarında geniş intervalda (hər 1000 nəfərə görə 30,2 gəliş 50-54 yaşlarda, 118,4 gəliş 30-34 yaşlarda) dəyişir və onun yaş dinamikası zirvəsi 30-34 yaş intervalına düşməklə parabola xarakterindədir (5-24 yaş intervalında artım, 25-39 yaş intervalında nisbi stabilləşmə, sonrakı yaşlarda azalma);

-Udlaq xəstəlikləri ilə bağlı gəlişlərin tezliyinin yüksək səviyyəsi 0-4 yaş intervalında (hər 1000 nəfərə görə 41,5 gəliş), aşağı səviyyəsi isə 25-29 yaş intervalında (müvafiq olaraq 13,1 gəliş) qeydə xəstəliklərində isə 95,2%) həmin həkimlərin payına düşür, bu patologiyalarla bağlı həkim terapevt və həkim pediatrlara müraciətlərin payı çox azdır və 2,4- 9,0% arasında dəyişir. Burun ətrafi ciblərin xəstəliklərində əksər hallarda gəlişlər (86,2%) həkim otorinolarinqoloqların payına düşür, yalnız müvafiq olaraq 10,3% və 3,5% hallarda xəstələr həkim terapevtə və ya həkim pediatra müraciət etməli olurlar.

Udlağın və burun boşluğu xəstəliklərində gəlişlərin müvafiq olaraq 77,0% və 78,5%-i həkim otorinolarinqoloq tərəfindən təmin edilir. Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri ilə bağlı ambulator-poliklinika gəlişlərinin həkim-mütəxəssislərə görə bölgüsü (1000 nəfərə) olunur. Bu xəstəliklərlə bağlı həkim terapevtlərin (müvafiq olaraq 13,8 və 12,7%) və pediatrların (müvafiq olaraq 9,2% və 8,8%) payına düşən gəlişlərin xüsusi çəkisi xeyli azdır.

Cədvəl 1

Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri ilə bağli pasiyentlərin ambulator-poliklinika müəssisələrinə gəlişlərinin səviyyəsi (hər 1000 nəfərə görə)

Yaş	Say	Kəskin otit	Xroni k otit	Qula ğın digər xəst.	Qırtla q xəstəl iklər	Xronikt onzilit	Udlaq xəst.	Buru n boş- luğu xəst.	Buru n ətrafı ciblər xəst.	Yekun
0-4	65	32 120,8	-	-		-	11 41,5	4 15,1	-	47 177,4± 23,3
5-9	72	21 77,2	-	-	-	19 69,9	9 33,1	8 29,4	3 11,0	60 220,6±25,1
10-14	54	7 19,8	-	-	2 5,7	22 62,2	12 33,9	9 25,4	7 19,8	59 166,7±19,8
15-19	07	6 14,7			2 4,9	42 103,2	15 36,9	11 27,0	8 19,7	84 206,4± 20,1
20-24	26	-	4 12,3	3 9,2	3 9,2	38 116,6	6 18,4	8 24,5	7 21,5	69 211,7± 22,6
25-29	05	6 19,7	3 9,8	4 13,1	2 6,6	28 91,8	4 13,1	6 19,7	4 13,1	51 186,9± 22,3
30-34	45	3 12,2	4 16,3	3 12,2	4 16,3	29 118,4	6 24,5	4 16,3	5 20,4	58 236,7± 27,2
35-39	68	2 7,5	5 18,7	2 7,5	2 7,5	27 100,7	4 14,9	4 14,9	4 14,9	50 186,6± 23,8
40-44	55	-	4 15,7	3 11,8	4 15,7	21 82,	6 23,5	5 19,6	4 15,7	47 184,3± 24,3
45-49	48	3 12,1	4 16,1	4 16,1	5 20,2	16 64,5	4 16,1	6 24,2	4 16,1	48 185,5± 24,7
50-54	99	6 30,2	5 25,1	8 40,2	3 15,1	630,2	4 20,1	6 30,2	6 30,2	44 221,1±29,4
55+	89	3 10,4	10 34,6	15 51,9	7 24,2	15 51,9	6 20,8	8 27,7	6 20,8	70 242,2± 25,2
Cəmi	433	89 25,9	39 1,4	42 12,2	34 11,7	263 76,6	87 25,3	79 23,0	5 16,9	69 201,3± 6,8

Cədvəl 2

Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri ilə bağlı ambulator poliklinika gəlişlərinin həkim-mütəxəssislərə görə bölgüsü

Xəstəliklər və onların grupları	Gəlişlərin bölgüsü (cəmə görə %-lə)			Əhalinin 1000 nəfərinə düşən gəlişlər		
	Otorinola rinqoloq	Terapevt	Pediatr	Otorinola rinqoloq	Terapevt	Pediatr
Kəskin otit	73 82,0	8 9,0	8 9,0	21,3	2,3	2,3
Xroniki otit	36 92,3	2 5,1	1 2,6	10,5	0,6	0,3
Digər qulaq xəstəlikləri	40 95,2	1 2,4	1 2,4	11,7	0,3	0,3
Qırtlaq xəstəlikəri	19 55,9	9 26,5	6 17,6	5,5	2,6	1,8
Xroniki tonzillit	154 58,6	59 22,4	50 19,0	44,9	17,2	14,6
Udlaq xəstəlikləri	67 77,0	12 13,8	8 9,2	19,5	3,5	2,3
Burun boşluq xəstəlikləri	62 78,5	10 12,7	7 8,8	18,1	2,9	2,0
Yekun	501 72,5	107 15,5	83 12,0	145,9	31,2	24,2

Xroniki tonzillitlər və qırtlaq xəstəlikləri ilə bağlı pasiyentlər nisbətən çox həkim terapevt və pediatrlara müraciət edirlər. Bu xəstəliklərlə bağlı gəlişlərin müvafiq olaraq 58,6 və 55,9%-i həkim

otorinolarinqoloqlara, 22,4 və 26,5%-i həkim terapevtlərə, 19,0 və 17,6%-i həkim pediatrlara olmuşdur.

Beləliklə, otorinolarinqoloji profilli patologiyalarla bağlı pasiyentlər həmişə həkim otorinolarinqoloqa müraciət edə bilmir, müəyyən hallarda onların ilkin qəbulunun həkim terapevt (yetkin yaşlı əhali) və pediatr (uşaq əhalisi) həyata keçirir. Bunları nəzərə alaraq qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri ilə bağlı ambulator-poliklinika gəlişlərinin həkim mütəxəssislərə görə səviyyəsini (ehtimal olunan normativi) müəyyən etmək olar. Qəbul olunmuş qaydalara görə əhalinin ambulator-poliklinika yardımına tələbatının normativi 1000 (və ya bir) nəfərə düşən gəlişlərlə qiymətləndirilir. Bütün aldığımız məlumatlara görə əhalinin 1000 nəfərinə düşən həkim otorinolarinqoloq, terapevt və pediatr üçün qulaq, burun və boğaz xəstəliklərinin müalicəsini təmin edən gəlişlərin sayı (normativi) 2-ci cədvəldə əks olunmuşdur.

Göründüyü kimi əhalinin 1000 nəfərinə görə 145,9 həkim otorinolarinqoloqa pasiyent gəlişi düşür. Bu gəlişlərin böyük qismi xroniki tonzillitlə bağlıdır. Kəskin otit (21,3 gəliş), udlaq xəstəlikləri (19,5 gəliş), burun ətrafı ciblərin xəstəlikləri (19,0 gəliş), burun boşluğu xəstəlikləri (18,1 gəliş) ilə bağlı gözlənilən gəlişlərin səviyyəsi bir-birinə yaxın olur.

Həkim terapevt və həkim pediatrlara olan gəlişlərin əsas səbəbi xroniki tonzillitlərdir (hər 1000 nəfərə görə müvafiq olaraq 17,2 və 14,6 gəliş). Sovet dövründə otorinolarinqoloji ambulator-poliklinika yardımının normativini əsaslandıranda faktiki olaraq hər 1000 nəfərə görə 132,8 gəliş müəyyənləşdirilmişdi. Aldığımız nəticə(hər 1000 nəfər Azərbaycan əhalisi üçün 145,9 gəliş) göstərilən normativə xeyli yaxındır.

Beləliklə, aldığımız məlumatlar əsasən, həkim otorinolarinqoloqun qulaq, burun və boğaz xəstəliklərinin müalicəsi ilə bağlı gözlənilən yükünü (gəlişlərin sayını) hesablamağa imkan verir. Qulaq, burun və boğaz xəstəliklərinin profilaktikası, diaqnostika və müalicəsi ilə bağlı ambulator-poliklinika səviyyəsində həkim otorinolarinqoloqa il ərzində əhalinin hər 1000 nəfərinə görə 145,9 müalicəvi, 74,6 məsləhət-müalicəvi və 193,0 dispanser gəlişləri ehtimal olunur.

Ambulator-poliklinika şəraitində həkim otorinolariqoloqun iş həcmini müəyyənləşdirən və gəlişlərin sayına təsir edən amillərin yerlərdə fərqli xüsusiyyətləri ola bilər və bunu otorinolarinqoloji xidmətin təşkilində, xüsusən planlaşdırılmasında nəzərə almaq vacibdir.

ƏDƏBIYYAT

1. Агаларова Л.С. Объем и характер амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами городскому населению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007, №1, с.26-29.

2. Муспахова Э.М. Анализ заболеваемости детского населения по данным городских поликлиник // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2006, № 4, с. 12-14.

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

4. Портенко Е.Г., Портенко Г.М. О пути решения проблемы хронического тонзиллита у детей // Здоровье молодежи и будущее России. Тверь, 2006, с.140-141.

5. Портенко Е.Г., Шматов Г.П. Анализ информативности симптомов хронического тонзиллита // Российская оториноларингология, 2006, № 4 (23), с. 12-15.

6. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.1999- 459 с.

7. Школьникова С.А., Шеенко Ю.А., Перлюк Б.И. и др. Сопоставление обращаемости населения терапевтических участков к участковым врачам и в скорую неотложную помощь / Труды КГМУ. Курск, 2002, том 1, с.208-209

Резюме

Уровень обращаемости населения к оториноларингологу в амбулаторно-поликлинических учреждениях в связи с болезнями ухо, горло и носа

Г.М.Рустамова

Основная цель статьи заключается в обоснование уровня обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические учреждения к оториноларингологу в связи с болезнями уха, горла, носа. Вероятность посещений населением врача оториноларинголога амбулаторно-поликлинического уровня с целью профилактики, диагностики и лечения болезней уха, горла, носа на каждые 1000 человек в течение года составляет: 145,9 лечебных, 74,6 лечебно-консультативных и 193,0 диспансерных посещений. При организации оториноларингологической службы и, особенно при ее планировании, важно учитывать имеющиеся на местах различия факторов, определяющих объем работы врача оториноларинголога в амбулаторно-поликлинических условиях и количества посещений.

Summary

Level of negotiability to otorhinolaryngologist in outpatient medical polyclinics in connection with diseases of ear, nose and throat

G.M.Rustamova

The main aim of the article was to support the level of negotiability in outpatient medical establishments to ENT specialist in connection with disease of ear, nose, and throat. The probability of a population of ENT specialist visits in outpatient-polyclinic level with a

view to the prevention, diagnosis and treatment of diseases of the ear, nose and throat for every 1000 persons during the year is: 145.9 medical, 74.6 therapeutic and advisory and 193.0 clinical visits. In organization the otorinoloringological service and especially in its planning, it is important to take into account local differences of factors determining the workload of the doctor ENT specialist in out-patient conditions and number of visits.

Daxil olub:01.11.2012

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.

Н.А.Гаджиева
Азербайджанский Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, г.Баку

Açar sözlər: bronxial astma, patogenez, uşaqlar, immun sistem
Ключевые слова: бронхиальная астма, патогенез, дети, иммунная система
Keywords: asthma pathogenesis, children, immune system

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в изучении бронхиальной астмы (БА) у детей, некоторые вопросы патогенеза этого заболевания продолжают оставаться актуальными на протяжении длительного времени. В особенности это касается изучения иммунологических механизмов развития БА у детей.

Повышенный интерес аллергологов в последние годы направлен на выявление патогенетических механизмов атопического воспаления, взаимодействий между клетками иммунной системы, секреции тончайших и высокочувствительных медиаторов воспаления - цитокинов [5].

Существует множество цитокинов и роль многих из них согласно последним литературным данным не вызывает сомнения в патогенезе воспалительной реакции при БА. В данной статье будет рассмотрена роль одного из цитокинов - интерферона-гамма в патогенезе детской астмы.

Интерфероны (IFN) были открыты и впервые выделены в реакции взаимной интерференции вирусов в 1957 г. A.Isaacs и J.Lindenman. Эти медиаторы представляют собой группу биологически активных полипептидов с молекулярной массой 18-20 кД, секретируемых различными клетками. В настоящее время известно более двух десятков интерферонов, подразделяемых на три класса (α, β и γ) и два типа. Первый тип представлен лейкоцитарным (α) и фибробластным (β) интерферонами. Интерферон γ (IFN-γ), или иммунный интерферон, относят ко второму типу [6].

Широкий спектр биологической активности интерферонов и значительная роль нарушений системы интерферона в патогенезе многих заболеваний, способствовало проявлению интереса к изучению содержания IFN-γ в сыворотке крови детей, больных БА.

Интерферон-гамма (иммунная форма интерферонов) в норме продуцируется преимущественно Th1-клетками, ЕК-клетками и большими гранулосодержащими лимфоцитами ($СД3^+$, $СД4^+$, $СД8^+$,$СД11^+$), причем наиболее активно его синтез происходит в присутствии вспомогательных клеток (обычно моноцитов и макрофагов). Кроме того, доказано, что в той или иной мере все иммунокомпетентные клетки обладают способностью вырабатывать IFN-γ [11]. Так как вирусы и бактерии обладают антигенными свойствами, они тоже могут индуцировать синтез IFN-γ [1].

IFN-γ обладает широким спектром иммунорегуляторных функций: повышает и понижает антителообразование, стимулирует реакции клеточного иммунитета, отторжение трансплантантов, усиливает активность ЕК-клеток и цитотоксическую активность [12]. Установлено, что IFN-γ активирует макрофаги [14], стимулируя усиление экспрессии ими молекул главного комплекса гисто-совместимости, стимулирует фагоцитоз и килинг нейтрофилов и ЕК, регулирует силу иммунного ответа, способствует адгезии гранулоцитов к эндотелиальным клеткам, увеличивает бактерицидную активность сыворотки крови [9].

Существует предположение о первичности нарушений в системе интерферона у лиц с аллергическими заболеваниями. P.Holt и соавт. еще в 1992 г. обнаружили, что продукция IFN-γ при митогенной стимуляции Т-лимфоцитов снижена у детей в семьях с отягощенным по аллергии анамнезом и у взрослых при атопии [15]. Кроме того, при исследовании уровня IFN-γ у новорожденных детей с положительным семейным аллергологическим анамнезом, обнаружено снижение его

секреции у части детей. Впоследствии, у всех детей со сниженным уровнем IFN-γ развились атопические заболевания. Балаболкин И.И. указывает на снижение синтеза IFN-γ в лимфоцитах пуповинной крови in vitro под воздействием причинно значимого для матери аллергена у детей с аллергическими проявлениями впоследствии [2].

Некоторыми авторами предпринимались попытки оценить риск развития атопических заболеваний у новорожденных детей по уровню продукции IFN-γ после стимуляции лимфоцитов in vitro бактериальными антигенами [16].

Таким образом, по мнению ряда авторов, снижение синтеза IFN-γ позволяет с высокой степенью уверенности прогнозировать риск развития атопии.

Кроме того, снижение продукции IFN-γ отмечено у большинства часто болеющих детей. Дефект системы интерферона может характеризоваться снижением скорости включения системы в ответ на вирусную инфекцию. Отсроченная или сниженная продукция интерферона способна привести к хронизации заболевания или злокачественному прогрессированию вирусной инфекции вплоть до летального исхода. Возможно, именно со снижением интерфероногенеза связана хронизация носительства респираторных вирусов у детей с атопической БА [3].

Для аллергических заболеваний, в частности БА, характерны сложные и полностью не изученные особенности системы интерферона. Ряд иссле-дователей указывают на снижение сывороточного содержания IFN-γ у лиц с атопией. В то же время имеются данные о стимулировании гамма-интерфероном адгезии эозинофилов к эпителиальным клетками бронхов [18]. Помимо этого интерес представляет сообщение о том, что IFN-γ играет главенствующую роль в возникновении гиперреактивности дыхательных [13].

Как известно из данных литературы, IFN-γ, продуцируемый Th1 клетками является антагонистом IL-4 [10, 17], который выступает в роли основного индуктора синтеза IgE. Следовательно, влияние IFN-γ приводит к снижению гиперпродукции IgE при атопическом воспалении, что имеет важ-нейшее значение в регуляции иммунного ответа при атопических заболеваниях. С этих позиций, эффект IFN-γ при атопическом воспалении может расцениваться как противовоспалительный [6].

Подтверждением этого положения могут служить результаты ряда исследований, свидетельствующие о подавлении синтеза IFN-γ и снижении его концентрации в сыворотке крови у больных атопическими заболеваниями [8, 19].

Таким образом, подавление функций системы интерферона у больных БА, выражающееся в снижении содержания сывороточного IFN-γ может, по-видимому, объяснить характерный для них высокий уровень вирусных заболеваний и возникновение обострений БА на фоне вирусных инфекций.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить сывороточное содержание IFN-γ у детей с БА в зависимости от тяжести заболевания, его давности, возраста обследованных детей и наличия у них аллергологически отягощенной наследственности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Под наблюдением находилось 117 детей в возрасте от 3 до 15 лет. В число обследованных вошло 40 пациентов с тяжелым течением БА, 44 пациента со средней степенью тяжести и 18 больных с легким течением заболевания. Все больные были обследованы в периоде обострения. Группу сравнения составили 15 практически здоровых детей. Диагноз заболевания был установлен согласно Международной Статистической классификации болезней [7], с учетом рекомендаций программы GINA «Глобальная стратегия лечения и профилактики брон-хиальной астмы» [4]. Согласно возрастному аспекту, I группу составили дети в возрасте 3-7 лет, II группу — дети 8-11 лет, III группу — дети в возрасте 12 лет и старше. В возрасте от 3 до 7 лет было обследовано 30 детей, от 8 до 11 лет — 29 детей, от 12 лет и старше — 43 ребенка. Согласно давности заболевания все обследованные также были поделены на три группы: давность БА не более 3-х лет, давность заболевания от 4 до 7 лет, давность заболевания более 7 лет.

Из обследованных 102 детей с БА мальчиков было 83 (81,4%), а девочек 19 (18,6%). Как видно, из наблюдаемого контингента больных детей преобладали мальчики и дети в возрасте от 12 лет и старше.

Все пациенты прошли комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Объективным показателем, характеризующим степень нарушения бронхиальной проходимости у детей старшего

возраста, являлось изучение функции внешнего дыхания методами спирографии и пикфлоуметрии в динамике.

Сывороточное содержание IFN-γ определялось спектрофотоколориметрическим методом с использованием наборов реактивов для иммуноферментного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Изучение концентрации IFN-γ в сыворотке крови детей в зависимости от тяжести течения БА выявило следующие особенности: при БА любой степени тяжести отмечался пониженный уровень IFN-γ, по сравнению с практически здоровыми детьми. Выявленные изменения при тяжелом течении БА (M=52,52 пг/мл), при БА среднетяжелого течения (M=46,12 пг/мл) и при легком течении БА (M=50,25 пг/мл) были практически не различимы в изучаемых группах, но достоверно ($p< 0,001$) отличались от показателей в группе сравнения (M=83,87 пг/мл).

Анализ содержания IFN-γ в сыворотке крови детей с БА, в зависимости от их возраста, показал следующее: у детей в возрасте 3-7 лет уровень IFN-γ составил 44,14 пг/мл, в возрасте 8-11 лет – 49,65 пг/мл, у детей 12 лет и старше - 52,58 пг/мл, последние показатели оказались достоверно выше в сравнении с возрастной группой 3-7 лет ($p<0,005$). Достоверной разницы в сывороточном содержании IFN-γ у детей в возрасте 3-7 и 8-11 лет, а также 8-11лет в сравнении с группой детей 12 лет и старше не отмечено ($p>0,05$) .

У детей с наличием и отсутствием аллергологически отягощенной наследственности уровень IFN-γ составлял соответственно 48,38 пг/мл и 50,49 пг/мл. Данные показатели достоверно не отличались друг от друга.

Сывороточное содержание IFN-γ при давности БА не более 3-х лет составило M=48,21 пг/мл, при БА давности от 4 до 7 лет - M=49,54 пг/мл, при давности заболевания более 7 лет M=51,42 пг/мл. Достоверных различий в концентрации IFN-γ в данных группах обнаружено не было ($p>0,05$).

Принимая во внимание полученные данные, свидетельствующие о снижении концентрации сывороточного IFN-γ в периоде обострения БА независимо от тяжести и давности заболевания, возраста обследованных детей, наличия у них отягощенной по аллергии наследственности, мы считаем, что в периоде обострения БА возможно нарушение продукции IFN-γ Th1-клетками. Данный факт приводит к недостаточному синтезу IFN-γ клетками-продуцентами. Возможно также, что активация макрофагального звена иммунитета, имеющая место при обострении БА может приводить к повышению продукции макрофагами веществ, ингибирующих синтез IFN-γ. Данные нарушения интерфероногенеза согласно проведенному исследованию не зависят от клинических и анамнестических параметров и имеют место у любого ребенка, страдающего БА.

Учитывая супрессирующее действие IFN-γ на синтез сывороточного иммуноглобулина Е (IgE), являющегося маркером атопического процесса, можно предположить, что дефицит IFN-γ обуславливает развитие выраженного атопического воспаления, и как следствие, тяжелого течения БА.

Следовательно, сниженное содержание сывороточного IFN-γ при БА у детей, играющего в этом случае роль противовоспалительного агента, может служить одним из факторов, предрасполагающих к развитию обострений заболевания и его прогрессирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Ж.И., Алпатова Н.А., Медуницын Н.В. Цитокины как адъюванты вакцин // Intern.J. on Immunorehab., 2001, v.3, № 3, p.14-19
2. Балаболкин И.И. Вчера, сегодня и завтра детской аллергологии // Педиат., 2002, № 5, с.38-43
3. Вельтищев Ю.Е., Мизерницкий Ю.Л. Экологические аспекты педиатрической пульмонологической патологии / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Под ред. С.Ю.Каганова, Ю.Л.Мизерницкого. М., 2001, вып.1, с.55-67
4. Доклад рабочей группы GINA. “Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы”. Пересмотр 2008 г. М.: Атмосфера, 160 с.
5. Зайцева О.В., Лаврентьев А.В., Самсыгина Г.А. Роль некоторых цитокинов при бронхиальной астме у детей // Педиатрия, 2001, № 1, с.13-19
6. Зайцева О.В., Малиновская В.В. Роль интерферона-γ в генезе бронхиальной астмы у детей // Астма, 2001, т. 2, № 2, с.15-23
7. Каганов С.Ю., Розинова Н.Н., Богорад А.Е. Различные формы бронхолегочной патологии в международной статистической классификации болезней X пересмотра // Педиатрия, 2003, № 4, с.45-46
8. Любимова О.И. Иммунологические маркеры аллергического воспаления при бронхиальной астме у детей // Рос. вестник перинатологии и педиатрии, 2002, № 2, с.39-42
9. Нестерова И.В., Малиновская В.В., Роменская В.А. и др. Система интерферонов при осложненной язвенной болезни

двенадцатиперстной кишки // Аллергология и иммунология, 2003, т. 4, № 2, с.32-36

10. Фрейдлин И.С. Паракринные и аутокринные механизмы цитокиновой иммунорегуляции // Иммунология, 2001, № 5, с.4-7

11. Хаитов Р.М., Игнатьева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. М.: Медицина, 2000, с.191-334

12. Berezhnaya N. Cytokine regulation in atopy: how close is the traditional concept to reality // Intern. J. on Immunorehab., 2002, v.4, № 3, p.433-436

13. Hessel E., Van Oosterhout A., Van Esch B. Gamma interferon and independent from eosinophil infiltration // Am. J. Respir. Cell. Mol. Biol., 1997, v. 16, № 3, p.325-334

14. Holt P. Development of allergic sensitisation during childhood / Proc.of the World Congress on Immunopathology. Singapore: Intern. J. on Immunorehab., 2002, v. 4, № 3, p. 412-413

15. Holt P. Genetic risk for atopy is associated with delayed postnatal maturation of T cell competence // Clin. Exp. Allergy, 1992, v. 22, p.1093-1095

16. Jones C., Holloway J., Warner J. Does atopic disease start in foetal life? // Allergy, 2000, v.55, № 1, p.22-26

17. Larche M. Inhibition of human T-cell responses by allergen peptides // Immunology, 2001, v. 104, p.377-382

18. Takizawa H., Sato M., Ito K. The interactions of eosinophils with bronchial epithelial cell in asthma // AC I International, 1997, v.9, № 5, p.149-155

19. Zaitseva O., Malinovskaya V., Koltsov V. Role of interferon in the pathogenesis of bronchial asthma in children // Russian Journal of Immunology, 2002, v.7, № 2, p.143-150

Summary

The modern aspects of pathogenesis of bronchial asthma on children

N.A.Hajiyeva

Given the relevance of the study of immunological mechanisms of the pathogenesis of atopic inflammation, serum interferon-gamma (IFN-γ) has been measured in 117 children: 102 children with bronchial asthma (BA) and 15 healthy children. The content of this neurotransmitter has been studied according to the following parameters: severity and duration of the disease, as well as the age of the children surveyed, and whether they have family history of allergy. The data obtained was compared with data of the healthy children. The result revealed a reduction in the content of IFN-γ in all surveyed patients, independent of the above parameters.

Xülasə

Uşaqlarda bronxial astmanın müasir aspektləri

N.A.Hajıyeva

Atopik iltihabın immunoloji mexanizmlərinin patohenezinin öyrənilməsinin aktuallığını nəzərə alaraq 117 uşaqda: 112 bronxial astmalı xəstə uşaqlarda və 15 praktik sağlam uşaqlarda interferon-qammanın (IFN-γ) qan zərdabında səviyyəsi müəyyənləşdirilmişdir. Mövcud mediatorun səviyyəsi xəstəliyin ağırlığı və müddəti, eləcə də müayinə olunan uşaqların yaş səviyyəsindən və onların allerqoloji ağırlaşmış irsiyyəti baxımından öyrənilmişdir. Əldə olunmuş nəticələr praktik sağlam uşaqlardan alınmış göstəricilərlə müqayisələndirilmişdir. Nəticədə bütün müayinə olunmuş uşaqlarda yuxarıda qeyd olunmuş parametrlərdən asılı olmayaraq IFN-γ-nın səviyyəsi aşağı olması aşkarlanmışdır.

Daxil olub:04.12.2012

SALPİNGİT ZAMANI LAZER TERAPİYASININ TƏTBİQİ

Ü.G.Rüstəmli

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: salpingit, lazer terapiyası

Ключевые слова: сальпингит, лазерная терапия

Key words: salpingitis, laser therapy

Hazırkı dövrdə qadın cinsiyyət sisteminin iltihabi xəstəlikləri ginekoloqların diqqət mərkəzində bir problem olaraq qalır. Bu bir neçə faktorla, o cümlədən xəstəliklərin rast gəlmə tezliyinin yüksək olması, seksual-transmissiv xəstəliklərin (cinsi yolla ötürülən) artması, infeksiyanın dölə yoluxma ehtimalı ilə əlaqədardır. Digər tərəfdən sosial-iqtisadi vəziyyətin aşağı olması, urbanizasiya,insanların bir çoxunun qeyri-düzgün həyat tərzi keçirməsi və uşaqlıqdaxili manipulyasiyalar (hamiləliyin süni yolla pozulması, UDV və s.) xəstəliyin artmasına təkan verən amillərdəndir [1,4].

Daxili cinsiyyət üzvlərinin iltihabi xəstəlikləri arasında kəskin salpingitlər daha çox rast gəlinir. Kəskin salpingitlər 65-77% hallarda xroniki formaya keçir.

Bu ya immun sistemin zəifliyi, ya da vaxtında və düzgün aparılmayan müalicə nəticəsində baş verir. Əksər hallarda iltihab prosesinə yumurtalıqlar da cəlb olunur və salpinqooforit inkişaf edir. Tipik klinik əlaməti qarnın aşağısında və (və ya) bel nahiyəsində olan ağrı sindromudur və bu ağrı ginekoloji müayinə zamanı güclənir. Eləcə də ağrının visserosensor və vesserokutan refleksi mexanizmi vasitəsilə irradiasiyası xarakterikdir [2,3]. Bundan başqa uşaqlıq

artımlarının qalınlaşması, uşaqlıq yolu tağlarının qısalması, cinsiyyət yollarndan patoloji ifrazatın gəlməsi müşahidə olunur. Cinsiyyət yollarından gələn patoloji ifrazat çox halda yanaşı gedən kolpit və endoservisit nəticəsində baş verir. Bəzən isə piosalpinksin boşalması nəticəsində periodik irinli axıntı ola bilər. Kəskin proses zamanı febril və hiperpiretik qızdırma olur və temperaturun aşağı enməsi heç də həmişə iltihabi prosesin sakitləşməsindən xəbər vermir, bu absesin boşalması nəticəsində də ola bilər [1,3]. Bundan başqa 40-42% halda menstrual funksiyanın pozulması (qeyri-müntəzəm uşaqlıq qanaxmaları, oliqo-, alqomenoreya və s .), astenovegetativ sindrom (tez yorulma, əhval-ruhiyyənin aşağı düşməsi, yuxu pozğunluğu, baş ağrıları, trofik pozğunluqlar, iş qabiliyyətinin aşağı düşməsi və s.), qan göstəricilərində dəyişikliklər (leykositoz, EÇS-nin artması, müsbət C-reaktiv zülal,disproteinemiya) müşahidə olunur.

Uşaqlıq borularının iltihab nəticəsində əmələ gələn anatomik və funksional dəyişiklikləri çox hallarda birincili və ya ikincili sonsuzluğa səbəb olur. Salpingitli xəstələrdə boru faktorlu sonsuzluğun rast gəlmə tezliyi 80-82% təşkil edir. Bundan başqa, uşaqlıq artımlarının iltihabi xəstəlikləri uşaqlıqdankənar hamiləlik riskini 6-7 dəfə artırır, belə ki, uşaqlıqdankənar hamiləlik keçirmiş qadınların anamnezində uşaqlıq artımlarının iltihabi xəstəliklərinə rast gəlinib[1,2].

Diaqnozu ətraflı toplanmış anamnezə və vaginal müayinəyə, uşaqlıq yolu və servikal kanaldan götürülmüş materialın mikrobioloji və qanın ümumi müayinəsinə, transabdominal və transvaginal USM-nə əsasən qoyulur [3,5].

Əgər vaxtında və tam müalicə aparılmazsa, parametrit, tam və qeyri-tam genital svişlər (artım-bağırsaq, artım-kisə, artım-uşaqlıq yolu, mürəkkəb), ekstragenital irin ocaqlarının formalaşması, peritonit, sepsis kimi ağırlaşmalar verə bilər [1].

Müalicəsində isə ənənəvi olaraq antibakterial, qeyri-steroid iltihab əleyhinə, infuzion, desensibilizəedici, antifunqal, sorucu, antiaqreqant, immun sistemi möhkəmləndirici, vitamin terapiyasından, eləcə də yerli müalicədən (uşaqlıq yolunun antiseptiklərlə sanasiyası, antimikrob vaginal şamlar) istifadə olunur.

Son dövrlərdə xroniki iltihabi xəstəliklərdə lazer terapiyasının immun sistemə stimuləedici təsiri bir çox tədqiqatçıların diqqətini cəlb etmişdir. Lazer terapiyasının immun sisteminə möhkəmləndirici təsiri hüceyrə və humoral immuniteti, eləcə də immunkomponent hüceyrələrin zülal sintez etmə qabiliyyətini, hidrolitik fermentlərin aktivliyini artırması hesabına baş verir.

TƏDQIQATIN MƏQSƏDI: Salpingit müşahidə olunan qadınlarda ənənəvi müalicə ilə yanaşı lazer terapiyasının tətbiqinin effektini öyrənməkdən ibarətdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Müşahidə altına 20-35 yaş qrupu (orta yaş 28,7) arasında xroniki salpingitdən əziyyət çəkən 36 qadın alınmışdır. Bunlardan 27 (75 %) nəfərə salpingit, 9 (25 %) nəfərə isə salpinqooforit diaqnozu qoyulmuşdur və onlar qəbul etdikləri müalicə üsuluna görə 2 qrupa ayrılmışdır: I qrupa (müqayisə qrupu) 18 xəstə daxil olmuşdur ki, bunlar yalnız ənənəvi üsulla müalicə almışlar (antibakterial, qeyri-steroid iltihab əleyhinə, sorucu, antifunqal, desensibilizəedici, antiaqreqant, vitamin terapiya). II qrupa (əsas qrup) daxil olan xəstələr ənənəvi üsulla yanaşı müxtəlif ötürmə yolları ilə lazer terapiyası qəbul etmişlər. Bu terapiya He-Ne tipli lazer aparatının transkutan və vaginal ötürücüləri vasitəsilə müvafiq olaraq uşaqlıq artımlarının dəri üzərindən proyeksiyası nahiyəsinə və arxa tağ nahiyəsinə tətbiq olunub. Kiçikintensivlikli lazer dalğaları fasiləsiz rejimlə menstrual tsiklin 5-25-ci günləri arasında 10 gün müddətində və 12 dəqiqə ərzində tətbiq edilib. Müşahidə altına alınan qadınların 14 (38,9 %)-ü birincili, 8 (22,2%)-i ikincili sonsuzluqdan əziyyət çəkmiş və 12 (33,3%) qadının anamnezində isə uşaqlıqdankənar hamiləlik olmuşdur.

Müayinə olunmuş qadınlarda 22 (61,1%) halda yanaşı patologiyalar aşkar olunmuşdur (endoservisit 11 (30,5 %) halda, uşaqlıq boynunun eroziyası 8 (22,2 %) halda, endometrit 2 (5,5%) halda, uşaqlığın mioması 1(16,6%) halda).

Müayinə olunan xəstələrin klinik şəkli cədvəl 1.də göstərildiyi kimi xarakterizə olunur. Cədvəldən göründüyü kimi, xəstələr daha çox qarnın aşağı hissəsində və (və ya) bel nahiyəsində olan müxtəlif intensivlikdə ağrılardan, uşaqlıq yolundan gələn patoloji ifrazatın olmasından şikayətlənmişlər. Bu əlamətlərin rast gəlmə tezliyi müvafiq olaraq 86,1 % və 80,5% təşkil etmişdir. Daha az hallarda isə cinsi funksiyanın pozğunluqlarından (58,3%), əhval-ruhiyyənin və iş qabiliyyətinin aşağı düşməsi, tez yorulma, baş ağrıları kimi astenovegetativ sindromdan (38,8%) şikayətlənmişlər.

Cədvəl 1

Müayinə olunmuş qadınlarda subyektiv əlamətlərin rast gəlmə tezliyi

Şikayət	Xəstə qrupu	Cəmi (36)

	I (18)		II (18)			
	mütl.	%	mütl.	%	mütl.	%
Ağrı	15	83,3	16	83,3	31	86,1
Sekresiya pozğunluğu	16	88,9	13	72,2	29	80,5
Astenovegetativ sindrom	8	44,4	6	33,3	14	38,8
Dispareuniya	11	61,1	10	55,5	21	58,3

Cədvəl 2

Müayinə olunan qadınlarda menstrual funksiyanın xüsusiyyətləri.

Menstrual funksiyanın xarakteri	Xəstə qrupu				Cəmi (36)	
	I (18)		II (18)			
	mütl.	%	mütl.	%	mütl.	%
alqodismenoreya	4	22,2	6	33,3	10	27,7
olqomenoreya	3	16,6	4	22,2	7	19,4
polimenoreya	1	5,5	2	11,1	3	8,3

Müayinə olunun qadınlarda menstrual funksiyanın pozulması 30,5 % halda rast gəlinmişdir, digər 69,5 % qadında aybaşı tsikli dəyişilməmişdir. Salpingit diaqnozu ilə müşahidə altına alınan qadınlarda menstrual funksiyanın pozulması cədvəl 2.də əks olunmuşdur.

Vaginal müayinə zamanı uşaqlıq boynunu hərəkət etdirərkən ağrı, artımlar nahiyəsində hərəkətliliyin məhdudlaşması, pastozluğu, arxa və yan tağların ağrılılığı, qısalması, yumurtalıqların böyüməsi, cinsiyyət yollarından irinli ifrazatın gəlməsi müşahidə olunub.

Bakterioloji müayinə üçün uşaqlıq yolundan götürülmüş yaxmalar müayinə olunmuşdur və daha çox III (50,0 %) və IV (30,6 %) təmizlik dərəcəsi aşkar olunmuşdur. Uşaqlıq yolundan götürülmüş yaxmanın təmizlik dərəcəsi cədvəl 3.də göstərilmişdir. Servikal kanaldan götürülmüş yaxmada isə çox halda leykositlərin sayının yüksək olması (83,3 %) kokk florası (66,6 %) aşkar olunmuşdur. Müayinələr aybaşı tsiklinin I fazasında (5–9-cu günlər arasında)aparılmışdır. Bununla yanaşı qanda immunoqlobulinlərin (Ig A, Ig M, Ig G) konsentrasiyasının immunoferment analizi aparılıb və çox halda Ig M-in səviyyəsinin yüksək, Ig A və Ig G-nin səviyyəsinin isə əksinə, aşağı olması müşahidə olnub

Cədvəl 3

Uşaqlıq yolundan götürülmüş yaxmanın təmizlik dərəcəsi

Uşaqlıq yolunun təmizlik dərəcəsi	Xəstə qrupu				Cəmi (36)	
	I (18)		II (18)			
	mütl.	%	mütl.	%	mütl.	%
II	4	22,2	3	16,7	7	19,4
III	8	44,4	10	55,5	18	50,0
IV	6	33,3	5	27,8	11	30,6

USM zamanı uşaqlıq borularının genişlənməsi,arxa duqlasda çoxlu sərbəst mayenin olması, tuboovarial törəmə aşkar olunur.

Kliniki-laborator müayinələr aparıldıqdan sonra bütün xəstələrə ənənəvi üsulla müalicə təyin edilmişdir. Bu müddət ərzində xəstələr cinsi pəhrizdə olmuşdur və cütlük birlikdə müalicə almışdır. II qrupa daxil olan xəstələrə əlavə olaraq 10 gün ərzində lazer terapiyası aparılmışdır. Kiçikintensivlikli lazer dalğaları hər gün 12 dəqiqə müddətində vaginal ötürücü vasitəsilə uşaqlıq yolunun arxa tağı nahiyəsinə, transkutan ötürücü vasitəsilə uşaqlıq artımlarının dəri üzərindən proyeksiyası nahiyəsinə tətbiq edilmişdir.Bu qrupa daxil olan xəstələrin 8-i (44,4%) bir aybaşı tsiklindən sonra təkrar lazer müalicəsi, eyni zamanda immunomodulyator və vitamin terapiyası qəbul etmişlər.

NƏTICƏLƏR VƏ MÜZAKIRƏ. Aparılan müalicələrin nəticələrini araşdırarkən məlum olmuşdur ki, II qrup xəstələrdə sağalma prosesi I qrupa nisbətən daha tez getmişdir.Müalicə müddəti xəstənin fiziki vəziyyətini subyektiv qiymətləndirərkən əmək qabiliyyətinin II qrupda I qrupa nisbətən daha tez bərpa olunması müşahidə olunur ki, bu da ağrılar və uşaqlıq yolundan gələn patoloji ifrazatın azalması ilə özünü göstərir. II qrupa daxil olan qadınlarda müalicənin 4-cü günündə 4 (22,2%) nəfərdə, 7-ci günü 10 (55,5%) nəfərdə vaginal müayinə zamanı ağrının xeyli azalması, uşaqlıq artımları nahiyəsində hərəkət məhdudluğu və pastozluğun olmaması diqqəti

cəlb edir ki, bu klinik göstəriciləri norma kimi qiymətləndirmək olar. I qrupa daxil olan qadınlarda həmin əlamətlər müalicənin 5-ci günü 3 (16,6%) nəfərdə, 9-cu günü 10 nəfərdə müşahidə olunub. II qrup xəstələrdə servikal kanaldan götürülmüş yaxmaların bakterioloji müayinəsi zamanı leykositlərin sayının, kokk florasının azalması, müalicənin sonunda uşaqlıq yolu yaxmalarının müayinəsində 12 (66,6%) qadında II təmizlik dərəcəsi, 2 (11,1%) qadında I təmizlik dərəcəsi müşahidə olunub. Bu rəqəmlər müvafiq olaraq I qrupda 9 (50,0%) və 1 (5,55%) dir. II qrupda USM-də arxa duqlas nahiyəsində sərbəst mayenin, boru şişkinliyinin xeyli azalması 10 (55,5 %) halda, hətta 4 xəstədə (22,2 %) təmamilə itməsi müşahidə olunur. I qrupda bu rəqəmlər müvafiq olaraq 9 (50,0 %) və 5 (27,8%)-dir. Qanda Ig A, Ig G-nin titrinin I qrupa nisbətən daha çox yüksəlməsi, Ig M-in səviyyəsinin azalması, 7 xəstədə (38,8%) isə silinməsi rast gəlinmişdir. Lazer terapiyası almış xəstələrdə heç bir əlavə təsirə rast gəlinməmişdir.

Beləliklə, salpingit diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə apardığımız müşahidələrin nəticələrini nəzərə alaraq kompleks müalicəyə lazer terapiyasının daxil edilməsini daha məqsədəuyğun hesab etmək olar.

ƏDƏBIYYAT

1.Практическое руководство по клинический гинекологии. Под редакцией Сидоровой И.С., Овсянниковой Т.В., 2006, с.223-251.

2.Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология, 2005, с.592-611.

3.Безношенко Г.Б. Неоперативная гинекология, 2001, с.153-179.

4.Гинекология. Под редакцией акад. РАМН Савельевой Г.М., Брусенко В.Г., 2004, с.108-154.

5. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. 2-е изд., испр. и доп. М.:ГЕОТАР-Медиа, 2005. с.288-312.

Резюме

Применение лазерной терапии при лечении женщин больных сальпингитом

У.Г.Рустамли

36 женщин, страдающих от сальпингита (в возрасте от 20 до 35 лет) были подвержены лазерной терапии. В сравнительную группу были включены женщины, которых лечили традиционными методами, в основную группу входили женщины, которые наряду с традиционными методами принимали лазерную терапию. Эта терапия проводилась лазерным аппаратом типа He-Ne. В результате иммунологических анализов крови, бактериологических и клинических обследований было определено, что у женщин получивщих лазерное лечение, клинически-микробиологический эффект выше.

Summary

Using of laser therapy in treatment of woman with salpingitis

U.G.Rustamli

36 woman, suffering from salpingitis (at the age of 20-35) were undergone laser therapy. Comparative group involved woman who were treated by traditional methods, but main group included woman which simultaneously got laser therapy traditional methods. This therapy was performed by laser device of He-Ne type. In the result of immunological test of the blood, bacteriological and clinical research it has been determined, that clinico-microbiological effect is higher in woman who got laser treatment.

Daxil olub:10.12.2012

XLORID (HCL) TURŞUSU BUXARI ILƏ XRONIKI ZƏHƏRLƏNMƏ ZAMANI QANDA LIPID PEROKSIDLƏŞMƏSININ VƏZIYYƏTI.

R.C.Kərimova, G.Y.Hacıyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: xroniki zəhərlənmə, xlorid turşusu, lipid peroksidləşməsi, biokimyəvi müayinələr

Ключевые слова: хронические отравления, соляная кислота, перекись липидов, биохимические анализы

Key words: chronic poisoning, hydrochloric acid, contrary to lipids, biochemical analyze

Maddələr mübadiləsinin tənzimlənməsində və orqanizmdə daxili mühitin sabit saxlanmasında qaraciyərin böyük rolu vardır. Qaraciyərin bu funksiyası xarici mühitlə sıxı surətdə bağlı olduğu üçün xarici mühitin təsirindən asılı olaraq dəyişə bilər. İnsan xarici mühitlə, o cümlədən istehsalat növündən asılı olaraq bir sıra təsirlərə məruz qalır.

Son illərdə yeni texnologiyaların tətbiqi ilə bağlı olaraq insanlar ən çox kimyəvi prosseslərlə təmasda olurlar. Kimyəvi maddələrin qaraciyərə təsiri sayəsində onun funksiyalarının fizioloji gedişi pozularaq müxtəlif patalogiyaların əmələ gəlməsi ilə nəticələnir. Müəyyən edilmişdir ki, kimyəvi maddələr, o cümlədən, qeyri-üzvi turşular, qələvilər, oksidlər, ağır metal və arsen birləşmələri, üzvi turşular, karbohidrogenlərin xlorlu törəmələri və digər zəhərli maddələr orqanizmə tənəffüs yolları, ağız və dəri vasitəsilə, həmcinin parenteral yolla daxil olurlar [1,2].

Ekzogen zəhərlənmələr nəticəsində hepositlərdə gedən destruktiv prosseslər zamanı pozulmuş metabolizmdən əmələ gələn

metabolitlər, o cümlədən lipidlərin peroksidləşməsi və ondan əmələ gələn aralıq məhsulları intoksikasiyanın ikincili dalğasını-endogen intoksikasiyanı yaratmaqla, baş vermiş patalogiyanı daha da dərinləşdirir [7,8,10].

Qaraciyərin fizioloji funksiyalarına təsir göstərən kimyəvi maddələr içərisində HCl xüsusilə fərqlənir [9].

Aparılan tədqiqatlar nəticəsində bəlli olmuşdur ki, HCl təsirindən qaraciyərdə amin turşular parçalanır, üzvü turşuların oksidləşmə surəti azalır, lipoproteidlərin sintezi pozulur (6). Bununla bağlı olaraq biz eksperimentdə k.e.d., professor X.İ.Həsənovun təklifi üzrə tərəfimizdən hazırlanmış xüsusi qurğudan istifadə etməklə ağ siçovulları H.H.Каркищенко (2004) metodu ilə HCl buxarı ilə zəhərlənməyə məruz qoymaqla xroniki intoksikasiya modelinin inkişaf dinamikasında qanda lipidlərin peroksidləşməsindən əmələ gələn məhsulların qatılığını və antioksidant müdafiə sistemi göstəricilərinin dəyişmə dinamikasını öyrənməyi qərara aldıq [3,4,5].

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqatlar Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzində 25 baş ağ siçovul üzərində aparılmışdır. Təcrübə heyvanları 2 qrupa intakt və təcrübə qruplarına bölünmüşdür. 1-ci qrupa 5 baş, 2-ci qrupa isə 20 baş ağ siçovul daxil edilmişdir.

İntakt vəziyyətində olan ağ siçovullar dekaputasiya edilərək qanda lipid peroksidləşmə məhsullarından malon dealdehidi (MDA), dien konyuqantları (DK)-nın qatılığı və antioksidant müdafiə sisteminin markeri olan katalazanın qatılığı təyin edilmişdir.

2-ci qrupa daxil olan ağ siçovullarda ekzogen intoksikasiyanı yaratmaq üçün 20%-li xlorid (HCl) turşusundan istifadə edilmişdir.

Ağ siçovullar xüsusi kameraya yerləşdirilmiş 3 gün müddətində hər dəfə 10 dəqiqə 20% HCl turşusu ilə buxarlandırılmışdır. Sonra təcrübə heyvanları kameradan çıxarılaraq adi şəraitdə vivariumda yerləşdirilmişdir. Ağ siçovullarda xroniki intoksikasiya yaratmaq məqsədilə sonrakı 3 gün müddətində buxarlandırılma davam etdirilərək 20 dəqiqəyə çatdırılmışdır. Təcrübə heyvanlarında bu rejimə adaptasiya yarandıqdan sonra HCl-la buxarlandırılma 30 dəqiqəyə çatdırılmış, 1 həftə müddətində davam etdirilmişdir. Təcrübə başa çatdıqdan sonra ağ siçovullar 3,7,15,30-cu günlərdə hər birində 5 baş olmaqla dekaputasiya edilərək qanda lipid peroksidləşmə məhsullarından MDA-nın, DK-nın qatılığı, antioksidant müdafiə sisteminin nümayəndəsi olan katalazanın qatılığı təyin edilmişdir. MDA və katalazanın təyini Roşe firmasının istehsalı olan reaktiv dəstlərindən istifadə etməklə Bioscreen MS-2000 analizatorda, DK-nın təyini V.B.Qavrilovun təklif etdiyi metodla СФ-46 ломо (спектофотометр) analizatorda təyin edilmişdir. Alınmış kəmiyyət göstəriciləri müasir tövsiyyələri nəzərə almaqla statistik təhlil edilmişdir.

ALINMIŞ NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. 1-ci qrupa daxil olan ağ siçovullardan götürülmüş qanda MDA-nın qatılığı 1-1,5 mkmol/l arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 1,26±0,08 mkmol/l-ə; DK-nın qatılığı 1,35-2,4 D_{233}/ml arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 1,62±0,20 D_{233}/ml-ə bərabərdir. 2-ci qrupa daxil olmuş ağ siçovullarda xroniki ekzogen intoksikasiya modeli yaradıldıqdan 3 gün sonra götürülmüş qanda lipid peroksidləşmə məhsullarında aşağıdakı dəyişikliklər aşkar edilmişdir. MDA-nın qatılığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 428,6%; DK-nın qatılığı 25,3% artmışdır.

Xroniki intoksikasiya modelinin yaradılmasının 3-cü günündə MDA-nın qatılığı 4,9-9,4 mkmol/l arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 6,66±0,76 mkmol/l-ə; ($p<0,01$), DK-nın qatılığı 1,85-2,2 D_{233}/ml arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 2,03±0,06 D_{233}/ml-ə; ($p>0,05$) bərabərdir.

Təcrübədən aldığımız nəticələrə əsasən müəyyən etdik ki, qanda lipid peroksidləşmə məhsullarından MDA-nın, DK-nın qatılığı xroniki intoksikasiya modelinin yaradılmasının 3-cü günündə intakt vəziyyətlə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır.

Xroniki intoksikasiya modelinin yaradılmasının 7-ci günündə qanda lipid peroksidləşmə məhsullarından MDA-nın qatılığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 68,9%; Dk-nın qatılığı 76,5% artmışdır. Belə ki, qanda MDA-nın qatılığı 1,28-3,53 mkmol/l arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 2,13±0,43 mkmol/l-ə; ($p>0,05$), DK-nın qatılığı 2,5-3,5 D_{233}/ml arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 2,86±0,17 D_{233}/ml-ə; ($p<0,01$) bərabərdir.

Xroniki intoksikasiya modelinin yaradılmasının 15-ci günündə lipid peroksidləşməsi məhsullarının qatılığı artmaqda davam etmişdir. Qanda MDA-nın qatılığı 121,1%, DK-nın qatılığı 107,4% artmışdır. Belə ki, modelin yaradılmasının 15-ci günündə MDA-nın qatılığı 1,37-3,72 mkmol/l arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 2,79±0,41 mkmol /l-ə; ($p<0,01$), DK-nın qatılığı 2,7-4-5 D_{233}/ml arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 3,36±0,33 D_{233}/ml-ə;($p<0,01$) bərabərdir.

Xroniki intoksikasiya modelinin yaradılmasının 30-cu günü qanda MDA-nın qatılığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 144,9%, DK-nın qatılığı 159,3%, artmışdır. Modelləşdirmənin 30-cu günü MDA-nın kəmiyyət göstəricisi 2,58-3,79 mkmol/l arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 3,09±0,24 mkmol/l-ə; ($p<0,01$), DK-nın qatılığı 3,2–5,8 D_{233}/ml arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 4,20±0,45 D_{233}/ml-ə; ($p<0,01$) bərabərdir.

1-ci qrupa daxil olan ağ siçovullardan götürülmüş qanda antioksidant müdafiə sisteminin nümayəndəsi olan katalazanın qatılığı 2,64-2,75 mkatl/l arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 2,69±0,02 mkat/l-ə bərabərdir. 2-ci qrupa daxil olmuş ağ siçovullarda xroniki ekzogen intoksikasiya modeli yaradıldıqdan 3 gün sonra götürülmüş qanda katalazanın qatılığı 7,7% artmışdır.

Xroniki intoksikasiya modelinin yaradılmasının 3-cü günündə katalazanın qatılığı 1,7-4,6 mkatl/l arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 2,90±0,49 mkat/l -ə; ($p>0,05$) bərabərdir. Xroniki intoksikasiya modelinin yaradılmasının 7-ci günündə qanda katalazanın qatılığı 7,7% artmışdır. Belə ki, katalazanın qatılığı 2,3-3,8 arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 2,90±0,25 mkat/l-ə; ($p>0,05$) bərabərdir. Xroniki intoksikasiya modelinin yaradılmasının 15-ci günündə qanda katalazanın qatılığı 58,2% artmışdır. Belə ki, modelin yaradılmasının 15-ci günündə qanda katalazanın qatılığı 1,2-7,8 Hmol /ml arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 4,26±1,14 mkat/l-ə; ($p>0,05$) bərabərdir. Xroniki intoksikasiya modelinin yaradılmasının 30-cu günü qanda katalazanın qatılığı 133,3% artmışdır. Modelləşdirmənin 30-cu günü qanda katalazanın qatılığı 2,3–9,1 mkat/l /ml arasında olub orta kəmiyyət göstəricisi 6,28±1,42 mkat/l -ə; ($p>0,05$) bərabərdir.

Beləliklə apardığımız təcrübələrin nəticəsi göstərir ki, HCl-la xroniki zəhərlənmə baş verdikdə hepositlərdə gedən destruktiv prosseslə bağlı qanda katalazanın qatılığı artmış və lipid peroksidləşməsi intensivləşmişdir ki, buda tədqiqatçıların fikrincə endogen intoksikasiyanın vüsətlənməsinə səbəb olmuşdur [8,9].

Cədvəl

HCl-la xroniki zəhərlənmə dinamikasında ağ siçovulların qanında lipidperoksidləşmə məhsullarının göstəricilərinin dəyişməsi

Göstəricilər	I qrup	II qrup			
	İntakt vəziyyət	Ekzogen intoksikasiyadan sonra lipidperoksidləşmə məhsullarının göstəricilərinin dəyişməsi.			
		3-cü gün	7-ci gün	15-ci gün	30-cu gün
MDA mkmol/l	1,26±0,08 1-1,5	6,66±0,76 4,9-9,4 P<0,01	2,13±0,43 1,28-3,53 P>0,05	2,79±0,41 1,37-3,72 P<0,01	3,09±0,24 2,58-3,79 P<0,01
DK D_{233}/ml	1,62±0,20 1,35-2,4	2,03±0,06 1,85-2,2 P>0,05	2,86±0,17 2,5-3,5 P<0,01	3,36±0,33 2,7-4,5 P<0,01	4,20±0,45 3,2-5,8 P<0,01
Katalaza mkat/l	2,69±0,02 2,64-2,75	2,90±0,49 1,7-4,6 P>0,05	2,90±0,25 2,3-3,8 P>0,05	4,26±1,14 1,2-7,8 P>0,05	6,28±1,42 2,3-9,1 P>0,05

ƏDƏBİYYAT

1. Бабанов С.А. Профессиональные заболевания медицинсих работников вследствие ваздействия химических факторов, журнал // Главная медицинская сестра, 2010, №7, с.158-162.

2. Гончарова А.Г., Куликов В.В., Ковальский О.Н. Управленые качеством медицинского освидетельствования граждан работающих на обьектах хранения и уничтожения химического оружия. // Вестник Росздравнадзора, 2010, №8. с.20-24

3. Каркищенко Н.Н. Основы Биомоделирования. Межакадемическое издательство ВПК. М., 2004, с.227-231.

4. Курилович С.А., Кручинина М.В., Громов .А. Обоснование применения эссенциальных фосфолипидов при хронических заболеваниях печени: динамика электрических и вязкоупругих параметров эритроциттов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2010, №11, с.46-52.

5. Нестеров Ю.В., Чумакова А.С., Турченко Н.В. Влияние стресс-индуцированных воздействий разной модальности и антиоксиданта на свободнорадикальные процессы в легких и печени белых крыс // Естественные науки, 2010, №3, с.122-126.

6. Тугушева Ф.А., Зубина И.М., Митрофанова О.В. Оксидативный стресс и хроническая болезнь почек // Нефрология,2007,Т.11, №3, с.29-47.

7. Хидирова Л.Д. Изменение баланса между активностью перекисного окисления липидов, антиоксидантной защитой и содержанием железа у крыс при экспериментальном инфаркте миокарда //Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2010, Т.2, №25, с.216-219.

8. Чумакова А.С., Теплый Д.Л., Нестерова Ю.В. Изменение свободноради-кальных процессов в различных органов крыс разного возроста при остром стрессе // Биологические исследования, 2009, №4, с.34-37.

9. Большая Энциклопедия. Нефти Газа. М., 2010, с.78-85.

10. Descamps – Latscha B, Khoa Th.N., Witko-Sarsat V. Oxidative stress and cardiovascular disease in end-stage renal failure // Cardivascular disease in end – stage renal failure / Ed. By. Loscaizo J. and London: G.M.- New York Oxford University Press, 2000, p.245-271.

Резюме

Состояние липидной пероксидации в крови при хроническом парами соляной кислоты (HCl)

Р.Дж. Керимова, Г.Я. Гаджиева

В результате исследований было изучено состояние продуктов липидной пероксидации и системы антиоксидантной защиты крови в динамике хронической интоксикации парами (HCl). Модель хронической интоксикации была создана по методу Каркищенко. Опыты проводились на 25 белых крысах, которые разделены на 2 группы. Таким образом было выяснено, что в результате хронической интоксикации значительно уменьшилась общая антиоксидантная защитная система организма, вследствие чего увеличилась интенсивность липидной пероксидации.

Summary

The condition of lipid peroxidation in the blood during chronic intoxication with steam of hydrochloric acid

R.J. Kerimova, G.Y. Hajiyeva

The condition of the products of lipid peroxidation and system of antioxidant protection of the blood in dynamics of chronic intoxication with steam of hydrochloric acid have been studied in present investigation. The model of chronic intoxication has been created by Karkishenko□s method. The tests were carried out on 25 white mice which were divided into 2 groups.

By this way it has been revealed that the acute form of intoxication resulted in decrease of general antioxidant protective system of organism, consequently intensity of lipid peroxidation has increased.

Daxil olub:17.12.2012

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ В СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНА

Г.З.Алиева

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözler: Hepatit B- virusu, risk faktorları, narkomanlar

Ключевые слова: вирус гепатита В, факторы риска, наркоманы

Key words: Hepatit B- virüs, risk factors, narcomans

На современном этапе вирусный ГВ является самым распространенным инфекционным заболеванием печени. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), треть населения планеты, что составляет около 2 миллиардов человек, имеют доказательства перенесенной или имеющейся инфекции HBV, 350 миллионов населения земного шара инфицированы ВГВ хронически и обладают риском развития связанных с вирусом заболеваний печени [1].

В этиологической структуре вирусных гепатитов удельный вес острого ГВ занимает 15 - 18,4%, хронического ГВ - 39,9 - 50% [2,3]. По данным ВОЗ, вирусом ГВ ежегодно первично инфицируются более 50 млн человек. От 5 до 10% случаев острого HBV трансформируются в хронический [4,5].

По оценкам ВОЗ, каждый год во всем мире от вирусного гепатита В умирает от 1,3 до 1,5 миллионов детей и взрослых.

Механизм передачи инфекции - кровоконтактный. Восприимчивость людей к ВГВ высокая. Количество крови, достаточное для инфицирования вирусом ГВ составляет 10^{-6} -10^{-7} мл вируссодержащей крови [6]. Вирус гепатита В чрезвычайно устойчив во внешней среде.

Повышенный риск инфицирования вирусом ГВ отмечается среди больных гематологических и диализных отделений, наркоманов, лиц, страдающие хроническими гематологическими заболеваниями, которым показаны повторные переливания крови и ее продуктов. Устойчивые группы повышенного риска заражения гепатитом В представляют проститутки и гомосексуалисты.

К группе высокого риска заражения ВГ принадлежат также медицинские работники, контактирующие с кровью больных и вирусоносителей. Риск заболевания гепатитом В после «укола иглой» и контакта с чьей-либо зараженной кровью колеблется от 2% — если пациент является негативным по е-антигену вируса гепатита В, до 30% в случае, если е-антиген определяется. Ежедневно в мире умирает один врач от отдаленных последствий вирусного гепатита. Установлено, что ежегодно в США заражаются трансмиссивными гепатитами свыше 12000 работников здравоохранения, примерно 250 из них умирают. Сообщается, что уровень заболеваемости медицинского персонала в Казахстане указанными инфекциями превышает показатели заболеваемости населения страны в 1,5-6 раз.

Пути передачи HBV могут быть как естественными, так и искусственными.

К естественным путям передачи относят следующие.

- Вертикальный - от матери плоду (ребенку), при этом инфицирование чаще происходит во время родов.

-Половой - при сексуальных контактах, особенно среди гомосексуалистов.

-Бытовое парентеральное инфицирование (через бритвенные приборы, зубные щетки и т.п.).

Доказана и возможность передачи вируса в процессе совместной трудовой деятельности, при реализации скрытых контактов через ссадины и микротравмы. В странах с тропическим климатом и эндемичных по гепатиту В в качестве механических переносчиков HBV могут быть кровососущие насекомые.

Изучение трансмиссивного пути передачи вируса гепатита В через кровососущих насекомых, комаров, клопов, москитов, клещей не выявило его значения в распространении инфекции. Доказанным фактом является отсутствие репликации вируса гепатита В в организме насекомых. Вместе с тем, в странах с тропическим климатом и эндемичных по гепатиту В передача вируса может происходить при помощи насекомых, которые служат чисто механическими переносчиками возбудителя.

Искусственный путь передачи - парентеральный - реализуется при проникновении вируса через поврежденную кожу и слизистые оболочки при лечебно-диагностических, косметических и ритуальных манипуляциях: проколы мочки уха, татуировки, бритье, обрезание, ритуальные насечки.

Преимущественные пути заражения в отдельных регионах мира существенно различаются. Так, в странах Западной Европе и Северной Америке большинство подростков и взрослых заражаются при сексуальных контактах или в результате внутривенного введения наркотиков, в странах Юго-Восточной Азии преобладает вертикальный путь инфицирования от матери к плоду, В Южной Америке - вертикальный, половой, в Индии – вертикальный, шприцевой, внутрибольничный (7, 8).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Мы провели исследование возможных путей заражения среди 132 больных острым гепатитом В в возрасте от 20 до 55 лет. Учитывались анамнестические сведения о парентеральных вмешательствах на протяжении последних 6 месяцев до заболевания, клинические и серологические данные, подтверждающие диагноз.

Диагностическими критериями острого гепатита В являлись следующие прямые и косвенные факторы.

Прямыми факторами являлись:

-наличие у больного первичного клинико-биохимического симптомокомплекса острого паренхиматозного гепатита;

-выявление в сыворотке крови HBsAg и/или анти-HBc IgM при отсутствии положительных серологических маркеров других вирусных гепатитов;

-отсутствие указаний на перенесенный в прошлом вирусный гепатит;

-при наркомании продолжительность внутривенного употребления наркотиков не превышала 6 месяцев.

К косвенным аргументам, подтверждающими диагноз острого вирусного гепатита В, были отнесены:

-медицинские и косметические парентеральные вмешательства на протяжении шестимесячного периода перед развитием заболевания: использование общих шприцов

при введении наркотиков, нанесение татуировок, оперативные вмешательства, манипуляции в процедурных кабинетах поликлиник, посещение стоматолога и гинеколога, контакты с больными гепатитом В;

-особенности профессиональной деятельности (сотрудники медицинских лабораторий, хирурги и другие категории лиц, контактирующие с кровью больных).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Результаты исследования представлены в таблице.

Пути заражения гепатитом В среди взрослого населения были весьма многообразны, но все они включали факторы, предполагавшие возможность заражения перкутанным (кровоконтактным) путем.

За 3– 6 месяцев до начала заболевания 28,0% заболевших гепатитом В использовали общие шприцы при введении инъекционных наркотических средств, что явилось основным путем заражения.

Таблица

Возможные пути заражения больных гепатитом В

Путь заражения	Кол-во (чел.)	%
Использование общих шприцов при введении наркотиков	37	28,0
Посещение процедурных кабинетов в поликлинике	21	15,9
Стоматологические манипуляции	18	13,6
Посещение гинеколога	14	10,6
Половой путь заражения	11	8,3
Нанесение татуировок	8	6,1
Медработники, контактирующие с кровью	12	9,1
Неустановленные факторы	11	8,3

На втором месте (15,9%) среди возможных путей инфицирования было посещение процедурных кабинетов, где проводился забор крови для анализов либо инъекции лекарственных препаратов. Следующими по частоте возможного заражения являлись манипуляции при посещении стоматолога (13,6%) и гинеколога (также 10,6%). Половой путь заражения, вызванный контактом с больными хроническим гепатитом В, оказывался менее значимым и выявлен у 8,3%. Нанесение татуировок было причиной заражения в 6,1% случаев.

Отдельно рассмотрели инфицирование вирусом гепатита В медицинских работников. Гепатит был выявлен у 12 человек (9,1%), контактирующих с кровью пациентов, в частности, у хирургов (5 человек), сотрудников лабораторий, выполнявших анализы крови (3 человека), работников процедурных кабинетов (3 человека) и у 1 сотрудника диализного отделения.

Таким образом, среди взрослого населения наиболее частыми путями заражения гепатитом В являлось инфицирование через общие шприцы при введении наркотиков и манипуляции, связанные с посещением процедурных кабинетов поликлиник и стоматолога. Значительное число зараженных (9,1%) составляли медицинские работники, входящие в повышенную группу риска инфицирования кровоконтактными формами гепатитов.

Накопленный опыт свидетельствует, что проведение профилактической вакцинации приводит к снижению заболеваемости гепатитом В в 10-12 раз, а носительства HBsAg в популяции с 9-12% до 1% (9).

Полученные нами сведения предполагают необходимость проведения более широкой санитарно-просветительной работы и вакцинирования населения, прежде всего - лиц, входящих в группы повышенного риска инфицирования гепатитом В.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO, WHO/CS/CSR/LYO/2002.2: Hepatitis B
2. Васильева Е.А. Сравнительная характеристика вирусных гепатитов В и С по данным клинико-лабораторного и эпидемиологического обследования: Автореферат дисс. … канд. мед. наук. СПб., 1995, 23с.
3. Учайкин В.Ф. Гепатит В. Клиника и диагностика. //Вирусный гепатит В: 350 млн. хронических носителей, 1999, №4, с.25-27.
4. Hart S. P., Alexander K. M., Dransfield I. Immune complexes bind preferentially to Fc gamma RIIA (CD32) on apoptotic neutrophils, leading to augmented phagocytosis by macrophages and release of proinflammatory cytokines// J.Immunol.,2004, No 172, p. 1882-1887.
5. Wiersma S.T., McMahon B., Pawlotsky J.M. et al. Treatment of chronic hepatitis B virus infection in resource-constrained settings: expert panel consensus //

Journal Epid Infect Dis. Current Items, 2012, №2, p.988 -997

6. Рахманова А.Г., Неверов В.А., Кирпичникова Г.И. и др. Вирусные гепатиты (этиопатогенез, эпидемиология, диагностика и терапия). СПб.: 2001, 57с.

7. Hart S. P., Alexander K. M., Dransfield I. Immune complexes bind preferentially to Fc gamma RIIA (CD32) on apoptotic neutrophils, leading to augmented phagocytosis by macrophages and release of proinflammatory cytokines // J.Immunol., 2004, No 172, p. 1882-1887.

8. Lok A.S., Heathcote E.J., Hoofnagle J.H. Management of hepatitis B: Summary of a Workshop // Gastroenterology, 2001, No.120, p. 1858-1853.

9. Брико Н.И. Эпидемиология парентеральных гепатитов В и С // Вирусные гепатиты, 2001, №6, с.26 - 28

Xülasə

Azərbaycanda yaşlı əhali arasında B-hepatitlə yoluxmanın risk faktorları

G.Z.Əliyeva

Məqalədə 20-55 yaşlarda olan 132 nəfər kəskin B-virus hepatitli xəstələrin yoluxma risk faktorları öyrənilmişdir. Məlum olmuşdur ki, xəstələrin 28,0 %-de yoluxmanın səbəbi narkomanlar tərəfindən narkotiklərin istifadəsində eyni şprislərin istifadəsi,15,9% hallarda poliklinikaların əməliyyat otaqlarında aparılmış manipulyasyalar, 13,6% - stomatoloji əməliyyatlar səbəb olmuşlar. Hepatit B-virus ilə yoluxanlar sırasında 9,1 %-ni tibb işçiləri təşkil etmişlər.

Summary

The risk factors of invasion among by virus b-hepatitis adults in Azerbaijan

G.Z.Aliyeva

The article presents results of a study condueted to define risk factors of invasion by virüs B- hepatitis among adults in Azerbaijan.The results showed that 28.0 % of patients risk factors of invasion was associated with using common syringes by patients for injection of narcotics,in 15.9 % cases with medical manipulations in ambulances and 13.6% stomatologic manipulations.İt is necessary note, that among invasion with B - virüs hepatitis 9.1% were medical personals.

Daxil olub:14.11.2012

DİFERENSƏ OLUNMAYAN BİRLƏŞDİRİCİ TOXUMA DİSPLAZİYASI SİNDROMU OLAN UŞAQLARDA ÜRƏK RİTMİNİN VARİABELLİYİNİN DÖVRÜ PATAMETRLƏRİ

İ.İ.İsayev,G.Ə.Muradova, M.M.Fətəliyeva A.İ. Mustafayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: birləşdirici toxuma displaziyası sindromu, uşaqlar, ürək ritminin variabelliyinin

Ключевые слова: синдром дисплазии соединительных тканей, дети, вариабельность сердечных ритмов

Key words: connective tissue dysplasia syndrome, children, heart rate variability

Müasir pediatriyanın ən aktual problemlərindən biri uşaq yaşının müxtəlif dövrlərində sağlamlığa təsir edə bilən proseslərin vaxtında aşkar edilərək preventiv tədbirlərin həyata keçirilməsidir [9,11]. Bu baxımdan son illərin məlumatına görə uşaqlar arasında geniş yayılmış birləşdirici toxumanın displaziya sindromuna tədqiqatçıların marağının artması təbiidir. Tədqiqatçıların nəticələrinə görə diferensə olunmayan birləşdirici toxuma displaziyasının (DOBTD) elementləri uşaqlar və gənclər arasında 13,5-85,4% hallarda təsadüf edilməklə [3,6,8,14] əksərən prosesə VSS-nin qoşulması ilə əlaqədar bir çox sistemlərin qarşılıqlı fəaliyyətində davamlı pozğunluglara gətirib çıxarır [7,10,12]. Bu zaman организмин fizioloji funksiyaları çoxtəbəqəli tənzim sistemi ilə idarə edilir və ən çox təsirə məruz qalan kardiovaskulyar sistem olur. Aparılmış tədqiqatlar qan dövranı sisteminin ömumi orqanizmin adaptasiya imkanlarının və cavab reaksiyalarının çox həssas indikatoru olduğunu sübut etmişdir [1,4,5]. Müəyyən edilmişdir ki, müxtəlif stress vəziyyətlərinin təsirinə cavab olaraq hipofiz-böyrəküstü vəzilərin və simpatiko- adrenal sistemin fəallaşması zamanı ürək ritminin

vareabelliyi (ÜRV) tənzimləmə sistemlərinin системляринин yetkinlik dərəcəsini əks etdirir [4]. Bu zaman ürək ritminin dəyişilməsi orqanizmin müxtəlif təsirlər nəricəsində ümumi adaptasiya sindromunun mərhələlərinin təzahürü kimi özünü güstərir. Bu baxımdan orqanizmin tənzimləmə proseslərinin indikatoru kimi qəbul edilən inteqral parametr sayılan ürək ritminin dəyişkənliyinin öyrənilməsininə geniş yer verilir [4,5].

Son illərin məlumatına görə ürəyə uzun müddət davam edən simpatik və parasimpatik təsirlərin disbalansı müxtəlif aritmogen kardiomiopatiyaların yaranmasında əsas yer tutur. Ürək ritminin pozulması bilavasitə orqanizmdə vegetativ disbalansın yaranmasını sübut edir və gələcəkdə qan dövranı sistemində deyil müxtəlif orqanlarda da ağır halların yarana biləcəyini göstərir [2,10,12].

Hal hazırda simpatik və parasimpatik sinir sisteminin qarşılıqlı balansını qiymətləndirmək üçün ürək ritminin variabelliyinin təyini əvəz edilməz üsul hesab edilir [1,2,4,5,13]. Bütün bunlara baxmayaraq DOBTD olan uşaqlarda orqanizmin ümumi halını səciyyələndirən vegetativ sinir sisteminin funksional vəziyyətinin ÜRV vasitəsilə öyrənilməsinə pediatriyada kifayət qədər yer verilməmişdir. Bu məsələlərin araşdırılması belə uşaqlarda adaptasiyanın imkanlarının və patologiyaönü halların aşkar edilməsinin, onların sağlamlığının vəziyyətinin düzgün qiymətləndirilməsinə imkan yarada bilər.

TƏDQIQATIN MƏQSƏDI. DOBTDS olan uşaqlarda yaşdan və displaziyanın fenotipik əlamətlərinin təzahür dərəcəsindən asılı olaraq ÜRV-nin dövrü parametrlərinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. DOBTDS olan xəstələrdə ÜRV-nin dövrü parametrlərinin xüsusiyyətlərini təyin etmək ücün 7-16 yaşlı 142 məktəbli müayinə edilmişdir. Uşaqlar yaşdan asılı olaraq iki qrupa ayrılmişdır: 7-11 (kiçik məktəbli 78 nəfər) və 12-16 (böyük məktəbli 64 nəfər) yaş. Müayinəyə cəlb olunanlar patoloji prosesin fenotipik əlamətlərinin təzahür dərəcəsindən asılı olaraq bal sistemi ilə qiymətləndirilməklə 3 yarımqrupa bölünmüşdür [3,6,8]. Birinci yarımqrupa DOBTDS-nun fenotipik əlamətlərinin təzahür dərəcəsi 12 bala qədər uyğun gələn 78 xəstə (hər yaş qrupunda 39 uşaq olmaqla); ikinci yarımqrupa fenotipik əlamətlərinin təzahür dərəcəsi 23 bala qədər uyğun gələn 33 (onlardan 19 uşaq 7-11, 14 uşaq 12-16 yaşlı) və üçüncü yarımqrupa fenotipik əlamətlərinin təzahür dərəcəsi 23 baldan çox olan 31 nəfər (onlardan 20 uşaq 7-11, 11 uşaq 12-16 yaşlı) aid olmuşdur. Müqayisə qrupuna hər bir yaş dövründən 18 məktəbli olmaqla 36 praktiki sağlam uşaq daxil edilmişdir.

Tədqiq olunan uşaqlarda ümumi klinik müayinələrlə yanaşı gündüz vaxtları saat 10-12 radələrində 5 dəqiqə müddətində EKQ çəkilmiş, EXOKQ aparılmışdır. ÜRV-nin göstəriciləri Avropa kardiologları və Şimali Amerika elektrokardiostimulyasiya və elektrokardioloqları cəmiyyəti tərəfindən irəli sürülən konsepsiyalara əsasən təyin olunmuşdur [4,5]. Dövrü analizin aşağıdakı parametrləri öyrənilmişdir: SDNN-normal RR intervallarının orta davam etmə müddətindən standart kənara çıxma (ms); SDNNi – normal RR intervallarının orta davam etmə müddətindən standart kənara çıxma (ms); rMSSD – RR intervallarının orta davam etmə müddətinin orta kvadratik fərqi (ms); pNN30%, pNN50%, pNN70% - müddətləri uyğun olaraq 30 ms, 50 ms və 70 ms-dən çox fərqlənən RR intervallarının faizlə miqdarı.

Tədqiqatların nəticələrinin işlənməsi parametrik (Student meyarları) və qeyri-parametrik (Manna-Uitni) statistik üsullarla Exsel kompyuter proqramının köməyi ilə aparılmışdır.

NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. DOBTDS olan uşaqlarda ÜRV-nin dövrü parametrlərinin yaşdan və patoloji prosesin təzahür dərəcəsindən asılı olaraq dəyişilmə xüsusiyyətləri cədvəl 1 və 2-də verilmişdir.

Cədvəllərdən göründüyü kimi ÜRV-nin öyrənilən dövrü parametrlərinin əksəriyyətinin xəstələrin I yarımqrupunda yaşdan asılı olaraq nəzərə çarpan dəyişikləri müşahidə edilməmişdir. Yalnız bir-birindən 70 ms fərqlənən RR intervallarının orta sayı - pNN70 həm kiçik, həm də böyük məktəbli qruplarında hesablama zamanı statistik olaraq nəzarət qrupundan dürüst artmışdır ($P<0,001$). Vegetativ tənzimlənmənin ümumi balansını səciyyə edən SDNN göstərəcisi II yarımqrupa aid olan həm kiçik, həm də böyük yaşlı məktəblilərdə praktiki sağlamlarla müqayisədə uyğun olaraq 19,4% və 23,6% artıq olsa da bu dürüst fərq vermir ($P>0,05$). Anoloji mənzərə SDNNi indeksinin orta dərəcəli displazia əlamətləri olan məktəbli uşaqlarda təhlili zamanı da müşahidə olunmuşdur. SDNNi-nin qrup üzrə orta qiyməti 7-11 yaşlı xəstələrdə 27,6%, 12-16 yaşlılarda isə 15,6% çoxalmışdır (hər iki halda $P>0,05$). Bu yarımqrupda statistik olaraq əhəmiyyətli dəyişilmə VSS-nin parasimpatik hissəsinin fəallığını əks etdirən RMSSD göstəricisində müşahidə edilir. Belə ki, RMSSD parametrinin qrup üzrə orta qiyməti kiçik məktəb yaşlı DOBTDS olan uşaqlarda normativlə

müqayisədə 29,4 % (P<0,05), 12-16 yaşlılarda isə 30,5% (P<0,01) çoxalmışdır. Göstəricinin bu səviyyədə yüksəlməsi statistik hesablama zamanı I yarımqrupun müvafiq qiymətindən də dürüst fərqlənmişdir (P<0,05).

II yarımqrupa aid edilən xəstələrdə bir-birindən 30 ms-dın çox fərqlənən RR intervallarının faizlə miqdarı göstəricisi olan pNN 30 müayinə edilənlərin yaşından asılı olmayaraq azalmağa meylli olmuşdur. Parametrin qrup üzrə orta qiyməti kiçik məktəb yaşlılarda praktiki sağlamlarla müqayisədə 12,5%, 12-16 yaşlılarda isə 14,3% aşağıdır (hər iki halda P>0,05). Müqayisə zamanı DOBTDS olan kiçik məktəbli uşaqlarda nəzarət qrupu ilə nisbətdə daha qabarıq dəyişiklik parasimpatik şöbənin digər göstəricilərində - pNN50 və pNN70-də müşahidə olunmuşdur. Belə ki, qrup üzrə ortalama pNN50 indeksinin qiyməti 43,2% (P<0,05), pNN70 isə 2,7 dəfəyə yaxın artmışdır (P<0,001). Oxşar mənzərə 12-16 yaşlı uşaqlarda da izlənmişdir. Bu gösəricilərin orta qiymətlərinin I və II yaş qruplarında tərəddüdünün müqaisəli təhlili əhəmiyyətli fərqin olmadığını göstərir (p>0,05). Göründüyü kimi hər iki yaş qrupunda VSS-nin parasimpatik hissəsinin fəallığının göstəricilərinin artması paralel müşahidə olunmuşdur. Bu zaman DOBTDS olan uşaqlarda bir-birindən 70 ms fərqlənən ritmlərin sayının belə kəskin artması vegetativ requlyasiyanın parasimpatik şöbəsinin aktivləşməsi, qabarıq neyrodinamik disrequlyasiya ilə şırtləndirilir və proqnostik cəhətdən qeyri-qənaətbəxş əlamət hesab edilir.

Displaziya elementlərinin təzahürü qabarıq (III yarımqrup) olan uşaqlarda RR intervallarının orta davam etmə müddətindən standart kənara çıxma parametri olan SDNN-nin orta riyazi həddi 6-11 yaşlı məktəblilərdə təqribən 35,6% artmışdır ki, bu da həm nəzarət (P<0,05), həm də I yarımqrupla müqaisədə etibarlı fərq verir (P<0,05). Qeyd etmək lazımdır ki, bu qrupa aid edilən xəstələrdən 3 nəfərində SDNN-nin qiyməti heç dəyişməmişdir, 1 uşaqda isə hətta bir qədər azalmışdır. Bu parametrlərin artma tendensiyası böyük yaşlı qrup xəstələrdə də davam etmişdir.belə ki, bu qrupa aid edilən xəstələrin əksərində göstəricinin nisbətən yüksək qiymətləri müşahidə olunduğundan orta qiymət 40,2% yüksələrək özündən əvvəlki klinik təzahürlü uşaqların məlumatı ilə müqaisədə statistik dürüst fərqlənir (müvafiq olaraq P< 0,001, P1<0,05). Parametrlərin yaşdan asılı olaraq dəyişməsinin təhlili göstərdi ki, 12-16 yaşlı xəstələrdə SDNN-nin qiyməti birinci qrupla müqaisədə statistik etibarlı dərəcədə fərqli deyildir.

DOBTDS olan xəstələrdə kardiointervalların tam toplusunun standart kənara çıxma göstəricisi SDNN-nin əksər hallarda artması ürək qan damar sisteminin vegetativ tənzimlənməsində disbalansin yaranması və variabelliyinin diapazonunun genişlənməsini ifadə edir.

III yarımqrupun hər iki yaş qrupu SDNNi indeksinin dəyişməsi praktiki olaraq SDNN parametri kimi olmuşdur. Cədvəldən göründüyü kimi , SDNNi-nın kiçik məktəb yaşlı DOBTDS olan xəstələrdə orta ədədi qiyməti 34,4%, 12-16 yaşlı məktəblilərdə isə 40,0% artmaqla, həm sağlam, həm də yüngül və orta təzahür dərəçəli displaziyalı uşaqların müvafiq parametrindən statistik olaraq dürüst fərqlənmişdir. Bu qrupda 3 xəstədə parametrin qiyməti stabil saxlanılmışdır, 2 nəfərdə isə bir qədər azalmışdır. Qabarıq təzahür displaziyalı xəstələrdə SDNNi parametrinin orta qiymətinin artması, birinci yarımqrupla müqaisədə etibarlı dərəcədə seçilməklə vegetativ tənzimlənmədə avtonom konturun fəaliyyətində intensivləşmənin baş verməsini göstərir.

Cədvəl 1

DOBTDS olan 7-11 yaşlı uşaqlarda kliniki əlamətlərdən asılı olaraq ÜRV-nin dövri parametrlərinin dəyişməsi (M±m)

Gosrərici lər		SDNN	SDNNi	RMSSD	pNN 30	pNN 50	pNN 70
Nəzarət qrupu		56,72± 3,17	49,16±3,65	61,23±5,44	34,67±4,19	23,69±2,17	0,82±0,01
I yarım qrup		59,94± 6,34 (41,18-79,63)	48,22±4,52 (39,73-67,54)	63,12±5,21 (54,72-97,76)	33,94±3,66 (24,53-54,67)	25,07±3,69 (17,18-41,77)	1,94±0,07 (0,94-2,34)
	P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001
II yarım		67,81± 3,81 (48,27-94,67)	62,57±3,07 (53,32-95,62)	78,94±3,10 (62,38-119,43)	28,31±3,07 (20,17-41,56)	38,89±4,01 (24,27-52,38)	2,27±0,19 (1,32-2,68)

qrup	P	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,001
	P1	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
III yarım qrup		76,47± 4,06 (54,39-112,07)	66,02±3,71 (50,64-104,60)	82,34±4,61 (67,78-127,42)	82,34±4,61 (67,78-127,42)	27,43±2,17 (17,25-46,62)	2,94±0,27 (1,69-4,19)
	P	<0,001	<0,001	<0,01	<0,05	<0,001	<0,001
	P1	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,01
	P2	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Qeyd: P – nəzarət qrupu ilə müqaisədə; P1 - I qrupla müqaisədə ; P2 – II qrupla müqaisədə dürüstlük

III yarımqrupa aid edilən uşaqlarda RMSSD – parasimpatik sinir sistemi göstəricisinin orta statistik qiymətlərinin də simpatik şöbənin parametrlərinə uyğun olaraq artması müşahidə edilmişdir. Kiçik məktəb yaşlı displaziyalı uşaqlarda RMSSD qrup üzrə orta hesabla 34,3% (P<0,01; P1<0,05), 12-16 yaşlı məktəblilərdə isə bir qədər çox 38,7% artmışdır (P<0,001; P1<0,001). Göründüyü kimi bu parametrin dəyişməsi həm nəzarət qrupu, həm də yüngül əlamətli qrupla müqayisədə nəzərə çarpan olmaqla bərabər, böyük məktəb yaşlı xəstələrdə daha qabarıq müşahidə edilir. Tədqiqatçıların qənaətinə əsasən orqanizmdə bu cür vegetativ disfunksiyanın uzun müddət saxlanilması sinoatrial düyünün işini əngəlləməklə avtomatizmin supraventrikulyar və ventrikulyar mərkəzlərinin latent aktivləşməsinə səbəb olaraq nəticədə impulsların atrioventrikulyar birləşmədən Hiss-Purkinye sisteminə keçmə yolunun refrakterliyini pozur [4].

pNN30 parametrinin III yarımqrup DOBTDS olan uşaqlarda dəyişməsi yaşdan asılı olaraq eyni istiqamətli olsa da, müxtəlif səciyyəli tərəddüd aşkar etdi. I qrup xəstələrdə pNN30 orta qiyməti 20,0% azalmışdır. Göstəricinin qrup üzrə orta qiymətinin belə azalması nəzarət və I yarımqrupla müqayisədə dürüst fərqlidir (P<0,05;P1<0,05). Yuxarı məktəb yaşlı xəstə uşaqlarda göstəricinin aşağı düşmə halı daha qabarıq olmuş və nəzarət qrupu ilə müqaisədə 26,50% təskil etmişdir тяшкил етмишдир (P<0,05;P1<0,05).

Kliniki əlamətlərin təzahürü 28 baldan artıq qiymətləndirilən xəstələrdə pNN 50 indeksinin orta qiyməti həm 6-11 (53,4%; P<0,05), həm də 12-16 yaşlı qruplarda (70,3%;P<0,05) artaraq praktiki sağlamların müvafiq həddindən statistik dürüst fərqlənmişdir. pNN50 I qrupda yalnız 3 xəstədə normaya yaxın rəqəmlərdə qeydə alınmışdır. Bu yarımqrupda pNN70 parametrinin orta statistik həddinin artma tendensiyası daha əhəmiyyətli olmaqla I qrupda 3,6 dəfə, II qrupda isə 3,1 dəfə normativ səviyyədən artmışdır. Göstəricinin qruplar arasında müqaisəli təhlilində fərq bütün qrup arasında əhəmiyyətli dərəcədə dürüstdür.

Beləliklə, alınmış nəticələrin təhlilindən müəyyən olunur ki, yüngül dərəcəli DOBTDS olan xəstələrdə yaşdan asılı olmayaraq ÜRV parametrlərindən SDNN, SDNNi, RMSSD, pNN50 və pNN70 (P<0,001) parametrlərinin artmağa meylliliyi fonunda pNN30 indeksinin azalması müşahidə olunur. Displaziyanın fenotipik klinik təzahür əlamətləri və yaş artdıqca ÜRV göstəricilərinin dəyişilmə səviyyəsi əksər hallarda dərinləşmyə istiqamətlənir.

Cədvəl 2

BTDS olan 12-16 yaşlı uşaqlarda kliniki əlamətlərdən asılı olaraq ÜRV-nin dövri parametrlərinin dəyişməsi (M±m)

Gosrəricilər	P	SDNN	SDNNi	RMSSD	pNN 30	pNN 50	pNN 70
Nəzarət qrupu		64,91±5,74	59,14±4,63	62,04±6,11	20,17±3,65		0,87±0,03
I yarım qrup		67,11±6,11 (52,17-94,35)	60,41±5,27 (49,38-97,51)	64,57±5,24 (50,44-0,37)	32,21±2,69 (24,63-1,17)	24,83±2,57 (17,53-1,09)	1,72±0,09 (0,98-2,41)
		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001
II yarım qrup		78,72±5,17 (60,24-124,41)	68,27±3,77 (58,81-96,47)	80,60±3,84 (71,43-121,62)	27,52±2,19 (20,27-0,72)	34,04±3,01 (22,87-69,71)	2,01±0,10 (1,69-3,11)
	P	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,001
	P1	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
III yarım qrup		89,60±4,22 (66,47-38,12)	82,87±4,08 (70,25-107,64)	85,56±4,46 (73,08-134,16)	23,68±2,04 (18,44-8,83)	35,69±2,67 (27,61-82,27)	2,68±0,21 (1,98-4,10)
	P	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001
	P1	<0,05	<0,01	<0,001	<0,05	<0,05	<0,001
	P2	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05

Qeyd: P – nəzarət qrupu ilə müqaisədə; P1 - I qrupla müqaisədə; P2 – II qrupla müqaisədə dürüstlük

DOBTDS xəstələrdə ÜRV-nin dövrü parametrlərinin təhlili göstərdi ki, ürək fəaliyyətinin vegeativ tənzimlənməsi yaşdan və xüsusilə də kliniki əlamətlərin sayından asılı olaraq şöbələrin qarşılıqlı əlaqəsinin dəyişməsi ilə xarakterizə olunur. Əsasən böyük məktəb yaşlı uşaqlarda xəstəliyin qabarıq təzahürlü formasında VSS-nin simpatik və parasimpatik şöbələri arasında fəallığın qarşılıqlı və ya birtərəfli nisbi yüksəlməsi ilə disbalansın formalaşması meylləri güclənir. Belə halın dinamik böyüməkdə olan və daimi endogen-ekzogen teratogen amillərin təsiri altında olan uşaq orqanizmində uzun müddət saxlanılması generəlizə olunmuş vegetopatiyaların yaranma ehtimalını artırır.

ƏDƏBIYYAT

1. İsayev İ.İ., Fətəliyeva M.M.,Mustafayeva A.İ Ürək ritminin variabelliyi və onun uşaqlarda müxtəlif patologiyalarda öyrənilməsinin rolu // Sağlamlıq, 2009, № 9, s.12-16
2. İsayev İ.İ., Fətəliyeva M.M., Mustafayeva A.İ., Vəlibəyova F.M. Uşaqlarda qeyri-paroksizmal taxikardiyalar zamanı ürək ritminin variabelliyinin dövri parametrlərinin xüsusiyyətləri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2011, № 2, s.49-52
3. Аббакумова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей. С.Пб., 2006, 35 с.
4. Баевский Р.М., Иванов Г.,Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. (Методическое пособие). М., 2007, 31 с.
5. Вариабельность ритма сердца. Рекомендации рабочей группы Европейского Кардиологического общества и Северо-Американского общества кардиостимуляции электрофизиологии // Вестник аритмологии, 1999, №11, с.53-78
6. Вильчинская Т. Дисплазия соединительной ткани у детей. 2010, часть 1-2, с.1-5
7. Земцовский Э.В. Диагностика и лечение дисплазии соединительной ткани // Медицинский вестник, 2006, № 11, с. 15-17
8. Кадурина Т.И., Гарбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей. СПб.: «Элби-СПб», 2009, 704 с.
9. Новиков А.А., Ионова Т.И. Концепция исследования качества жизни в педиатрии // Педиатрия, 2002, №6, с. 83-88
10. Нечаева Г.И., Яковлев В.М., Друк И. В. Нарушения ритма сердца при недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Леч. врач, 2008, № 6, с. 2–7.
11. Щеплягин Л.Я. Факторы риска и формирования здоровья детей // Российский педиатрический журнал, 2002, №2, с. 4-7
12. Ягода А.В., Гладких Н.Н., Евсеева М.Е. Возможности ранней диагностики нарушений сердечно-сосудистой регуляции при синдроме дисплазии соединительной ткани // Медицинская помощь, 2002, № 2, с. 22-24
13. Miwa K., Igava A., Miyagi Y. et al. Alterations of autonomic nervous activity preceding nocturnal varian angina:sympathetic augmentation with parasympathetic impairment // Am Heart J, 1998, v.135, p. 762-71
14. Simpson M.R. Benign joint hypermobility syndrome: evaluation, diaqnosis, and management // J.Am. Osteopath.Assoc., 2006, v.106 (9), p. 531-536.

Резюме

Временные параметры вариабельности сердечного ритма у детей с синдромом недеферренцированных дисплазии соединительных тканей

И.И.Исаев, Г.А.Мурадова, М.М.Фаталиева, А.И.Мустафаева

С целью изучения особенностей временных параметров вариабельности сердечного ритма у детей с СДНСТ в зависимости от возраста и проявлений клинических особенностей было обследовано 142 детей в возрасте 7-12 лет. Дети были разделены на 2 возрастные группы (7-11 и 12-16 лет) по следующим клиническим подгруппам: легкие (до 12-ти баллов-78 детей), средние (12-23 баллов-33 детей) и с ярким проявлением (выше 23 баллов- 31 детей). У всех пациентов анализированы временных параметры вариабельности сердечного ритма (RRNN, SDNN, SDNNi, RMSSD, pNN30, pNN50, pNN70). Группу контроля составили 36 детей соответствующего возраста. Из анализа полученных результатов ясно, что у пациентов с СДНСТ легкой степени независимо от возраста наблюдается уменьшение индекса pNN30 на фоне склонности роста параметра SDNN, SDNNi, RMSSD, pNN50 и pNN70 (P<0,001) параметров ВСР. С возрастом признаки клинического проявления дисплазии и уровень изменения показателей ВСР в основном направлены на углубление.

Анализ временных параметров ВСР у детей с СДНСТ показал, что вегетативное регулирование сердечной деятельности в зависимости от возраста и особенно клинических признаков характеризуется изменением взаимосвязи отделов. В основном у старшеклассников в форме яркого проявления болезни между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС усиливается склонность формирования дисбаланса с относительным односторонним или взаимным повышением активности. Длительное сохранение в детском организме динамически развивающегося такого состояния увеличивает вероятность возникновения генерализованной вегетопатии.

Summary

Periodical parameters of heart rhythm variability of children having undifferentiated connective tissue dysplasia syndrome.

I.Isayev, G.A.Muradova, M.M.Fataliyeva, A.I.Mustafayeva

In order to learn characteristics of periodical parameters of heart rhythm variability of children having UCTDS depending on appearance of clinic sins and age, 142 schoolchildren at the age of 7-16 were examined. Children of second age group (7-11 and 12-16) were divided to light (78 children to 12 points), medium (33 children 23 points) and salient (31 children-above 23 points) signed clinic subgroups. Periodical parameters of heart rhythm variability of all patients (RRNN, SDNN, SDNNi, RMSSD, pNN30, pNN50, and pNN70) were analyzed. It became obvious from gained results that decrease of Pnn 30 index is observed in the background of inclination of parameters of HRV (SDNN, SDNNi, RMSSD, pNN50 and pNN70 (P<0,001) to increase is observed in children having light leveled UCTDS not depending on age. By age signs of clinical appearance of dysplasia and change level of HRV are in general directed to broadening.

Analysis of periodical parameters of HRV in children with UCTDS showed that vegetative regulation of heart activity depending on age and characteristics of clinical signs is characterized by change of section correlation. Inclinations to forming misbalance with relative one-side or mutual increase of activity between sympatic or parasympatic sections of VNS is increased in the form of blow generally in senior schoolchildren. Long-term preservation in child's organism of dynamically developing state increases possibility of appearance of generalized vegetopathy.

Daxil olub:19.11.2012

POSTNATAL ONTOGENEZİN MÜXTƏLİF YAŞ DÖVRLƏRİNDƏ SİDİK KİSƏSİ VƏZİLƏRİ VƏ LİMFOİD TÖRƏMƏLƏRİNİN MİKROTOPOQRAFİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ

G.A. Hüseynova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: vəzilər, limfoid düyüncüklər, insan sidik kisəsi

Ключевые слова: железы, лимфоидные узлы, мочевой пузырь человека

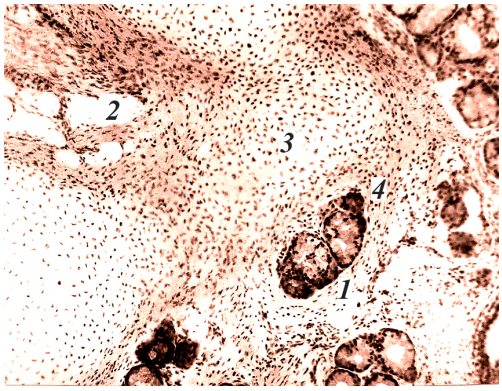
Key words: glands, lymph nodules, human urinary bladder

Mövcud ədəbiyyat materialları ilə tanışlıq göstərir ki, borulu orqanların vəziləri və limfoid törmələrinə dair çoxsaylı elmi-tədqiqat işləri, hətta iri həcmli monoqrafiyalar həsr edilmişdir [3, 7, 9, 10, 12-15]. Bu borulu orqanlarının divar strukturlarının əsas təmsilçiləri olan kiçik vəzilərin və limfoid törəmələrinin onların normal fəaliyyətində, habelə müxtəlif xəstəliklərinin gedişi zamanı yerinə yetirdikləri əhəmiyyətli rol ilə əlaqədardır. Sidik kisəsinin müxtəlif istiqamətlər üzrə tədqiqi zamanı kiçik vəzilər və limfoid törəmələrinin morfogenezi kompleks deyil, disproporsional şəkildə öyrənilmiş [17], heç də bütün hallarda incəliklərinə qədər dəqiqləşdirilməmiş, ya patoloji proseslərlə əlaqədar dərin degenerativ dəyişikliklərə uğramış materialların üzərində tədqiqatların nəticələrinə əsaslanaraq müəyyənləşdirilmiş [5], ya da bu planın gerçəkləşməsini təmin edə bilən kompleks üsullar ilə yanaşılmadan azsaylı məsələləri əhatə etmişdir [11]. Bu aspektdə mövcud boşluqların aradan qaldırılması

məsədi ilə postnatal ontogenezin müxtəlif dövrlərində [4,8] sidik kisəsi vəziləri və limfoid törəmələrinin qarşılıqlı mikrotopoqrafik, mikrosintopik münasibətləri araşdırılmışdır.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Mikroanatomik olaraq vəzilər və limfoid törəmələr 5,0-7,0 mkm qalınlıqda sidik kisəsinin divar kəsikləri hematoksilin-eozin, azur-2-eozin, Van-Gizon və Kreyberq üsulları ilə, həmçinin müəyyən hallarda histokimyəvi olaraq ŞİK-reaksiyasından istıfadə etməklə boyanmaqla tədqiq edilmişdir; istisna hallarda isə Qrimelius üsulu ilə gümüşləmə metodundan da istifadə edilmişdir.

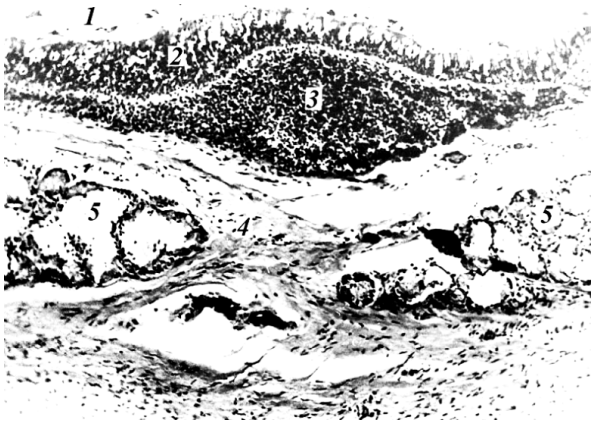
TƏDQIQATIN NƏTICƏLƏRI VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Postnatal ontogenezdə sidik kisəsi vəziləri 100-205 sayda olub, onların quruluşunun ümumi mikroanatomik xüsusiyyətləri qaraciyərxarici öddaşıyıcı yolların [3], qırtlaq [13], nəfəs borusu və bronx [9-10], eləcə də digər borulu orqanların vəzilərinin müvafiq prinsiplərinə uyğundur. Vəzilər sidik kisəsi divarının kəsiyində çəhrayı fonda dəqiq hüduda malik tünd törəmələr şəklində aşkarlanır. Postnatal ontogenezin tədqiq edilən bütün yaş dövrlərində sidik kisəsi divarı boyunca vəzilər bir və bir neçə (adətən yeddiyədək) başlanğıc (alveol) şöbələrə malik ola bilirlər. Bir-iki alveol (başlanğıc) şöbəli vəzilər sadə, üç və daha artıq şöbəli vəzilər isə mürəkkəb vəzilər qrupuna aid edilmişdir. Vəzilərin başlanğıc (alveol) şöbələri selikli qişada müxtəlif dərinlikdə yerləşirlər; selikaltı qatda və əzələ qişasında vəzilərə təsadüf edilmir. Vəzi şöbələri kövşək lifli birləşdirici toxuma elementləri ilə əhatə olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, normada bizim [1,2,17] və yüksək dağ şəraitində, soyuq və stres fakrorlarının təsiri altında sidikçıxarıcı yolların limfa aparatının struktur-funksional xarakreristikasını öyrənən digər müəllifin tərəfindən aparılan tədqiqatda [11] qısa şəkildə vəzi haqqında verilən məlumat əldə etdiyimiz yekunlara uyğundur. Belə ki, tədqiq olunan bütün yaş dövrlərində aşkarlanan vəzilər müxtəlif – bərabər, qeyri-bərabər, qrup və ş. şəkillərdə yerləşirlər; bərabər yerləşdikdə vəzilərin arasında onların alveol (başlanğıc) şöbələrinə nisbətən kiçik ölçülü sahələr, qeyri-bərabər yerləşdikdə isə əksinə, böyük şəffaf vəzisiz selikli qişa hissələri nəzərə çarpır (şəkil 1). Vəz aparatının sonuncu quruluş variantı ahıl və qocalıq yaş dövrləri üçün daha xarakterdir. Əlavə etmək lazımdır ki, xüsusən sidik kisəsi vəzilərinin müxtəlif (sadə və mürəkkəb) formalarının qrup, müştərək – qarşılıqlı, həm tək şəkildə yerləşmə hallarına (10-15 %) təsadüf olunur. Büzücülər nahiyəsində vəzilərin yerləşməsində sıralılıq prinsipi pozulur və onlar sıx şəkildə yerləşərək özunəməxsus yığıntılar əmələ gətirirlər. Çox güman ki, bu tip yerləşmə xüsusiyyəti əzələ aktivliyi ilə yanaşı, sidik və onun substansiyaları ilə sıx kontaktla bağlıdır [6,7,12].



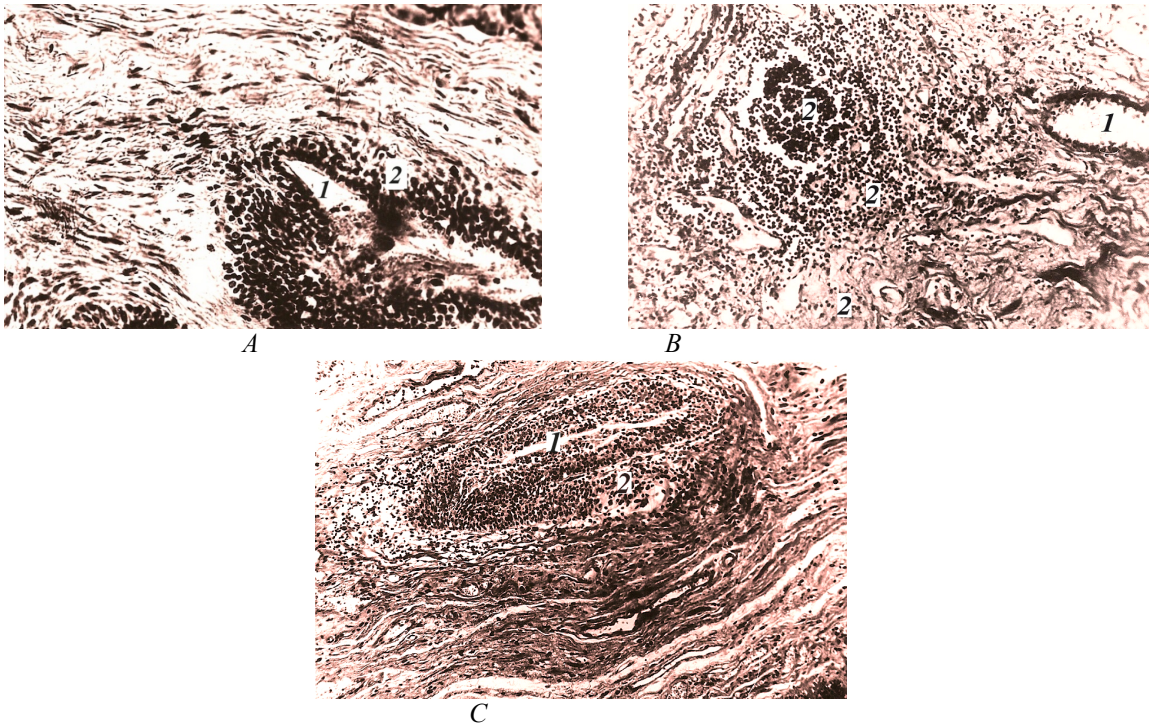
Şək. 1. 41 yaşlı kişinin sidik kisəsinin selikli qişasında vəzilər diffuz limfoid toxuma ilə birlikdə. Mikropreparat. Aşağı hissə. 1-alveol (başlanğıc) şöbə; 2-vəzi axacağı; 3-selikli qişada diffuz limfoid toxuma; 4-alveol (başlanğıc) şöbəni əhatə edən birləşdirici toxumada diffuz limfoid toxuma. Hematoksilin-eozinlə boyama. Böyütmə 100x.

Sidik kisəsi büzücüləri nahiyəsində yaşdan asılı olmayaraq vəzilər yığıntı halında toplanır - sıx və kompakt yerləşirlər: büzücütrafi sahələrdə isə vəzilər kiçik ölçülü olmaqla yanaşı, ya az sayda aşkarlanır, ya da heç təsadüf edilmir.

Tədqiqatın gedişi zamanı histoloji preparatlarda həm tam sidik kisəsi divarında, həm də onun ayrı-ayrı hissələrində limfoid toxumanın mikroanatomiyasını və mikrotopoqrafiyasını araşdırmaq mümkün olmuşdur. Əldə edilən nəticələrə görə sidik kisəsi divarında limfoid törəmələr adətən, limfoid düyüncüklərlə və selikli qişanın xüsusi səfhəsində, habelə onun bütün qatlarında yerləşən diffuz limfoid toxuması elementləri ilə təmsil olunur. Limfoid düyüncüklər dəqiq hüduda malik tünd anatomik törəmələr şəklində aşkarlanır. Demək olar ki, bütün müşahidələrdə çoxalma mərkəzi olmayan limfoid düyüncüklər diqqəti cəlb edir (Şək. 2).



Şək. 2. 29 yaşlı qadının sidik kisəsinin selikli qişası. Mikropreparat. Aşağı hissə. 1-epitel səfhə; 2-selikli qişa; 3-limfoid düyüncük; 4-stroma; 5-alveol (başlanğıc) şöbə. Hematoksilin-eozinlə boyama. Böyütmə 100x.



Şək. 3 (A,B,C). 19 yaşlı qızda (A), 21 yaşlı oğlanda (B,C) sidik kisəsi vəzilərinin axacaqları ətrafında diffuz limfoid toxuma hüceyrələri. Mikropreparat. Aşağı hissə. 1-ümumi axacaq; 2-diffuz limfoid toxuma. Hematoksilin-eozinlə boyama. Böyütmə 250x (şək. 3 A), 100 x (şək. 3 B,C)

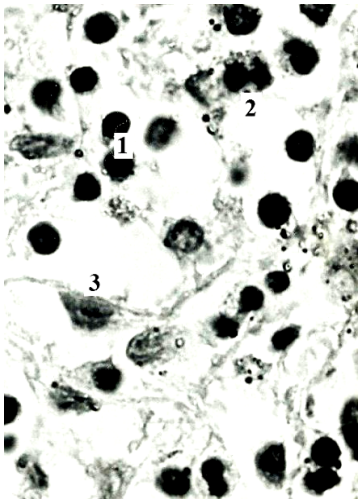
Görmə sahəsində limfoid düyüncüklərin forması müxtəlifdir: oval, girdə (dairəvi), qeyri-düzgün. Limfoid düyüncüklər tək-tək, qrup şəklində yerləşə bilirlər. Bu düyüncüklər ətrafında yerləşən selikli qişa hissələrində "limfoid düyüncüksüz sahələr" diqqəti cəlb edir. Limfoid düyüncüklərin ölçüləri kimi düyüncüklərarası məsafədə də qeyri-bərabərlik diqqəti cəlb edir. Sidik kisəsinin aşağı hissəsinin preparatlarında limfoid düyüncüklər topoqrafik xüsusiyyət əldə edərək ya sidik axarlarının sıdıklik büzücülərinin ətrafında olduğu kimi düzgün olmayan halqaşəklli törəməni, ya da sidik kanalının daxili büzücüsü sahəsində aşkarlanan "limfoid halqa" adlanan yığıntını formalaşdırırlar. Büzücüətrafi sahələrdə selikli qişada, adətən, "limfoid düyüncüksüz sahələr" və kiçik limfoid düyüncüklər aşkarlanır.

Tədqiqatın nəticələri göstərir ki, postnatal ontogenezin bütün yaş dövrlərində sidik kisəsi divarında vəzilər limfoid toxuma elementləri (limfoid düyüncüklər, diffuz limfoid toxuma) ilə sıx mikrotopoqrafik münasibətdə olur. Limfoid sırası hüceyrələri, adətən, sidik kisəsi vəzilərinin stromasında, alveol (başlanğıc) şöbələrinin ətrafında, bilavasitə qlandulositlərin əhatəsində (Şək. 3) aşkarlanır.

Əksər hallarda limfoid sırası hüceyrələri sidik kisəsi vəzilərinin axacağı ətrafında qeyd edilir. Vəzilərin axacaq dəliyi ətrafında demək olar ki, bütün müşahidələrdə limfoid düyüncüklər nəzərə çarpır. Çox güman ki, bu xüsusiyyət mikroorqanizmlərin və yad antigenlərin axacaq vasitəsilə orqanın divarının dərinliklərinə və sonda daxili mühitə nifuz etməsinin

qarşısını almaq məqsədini güdür. Kiçik vəzilərin axacaqları ətrafında yerləşən belə limfoid törəmələr M.R. Sapin və L.Y.Etingenin (1996) mülahizəsinə görə özünəməxsus "gözətçi postu" və ya "nəzarətçi məntəqə" funksiyasını yerinə yetirir. Ehtimala görə, vəzilərin serkesiyası prosesində bioritmlərin mövcudluğu [15,16] və onun asinxronluq xüsusiyyətləri yad antigenlərin bütün hallarda "yuyulmamasına" səbəb olur.

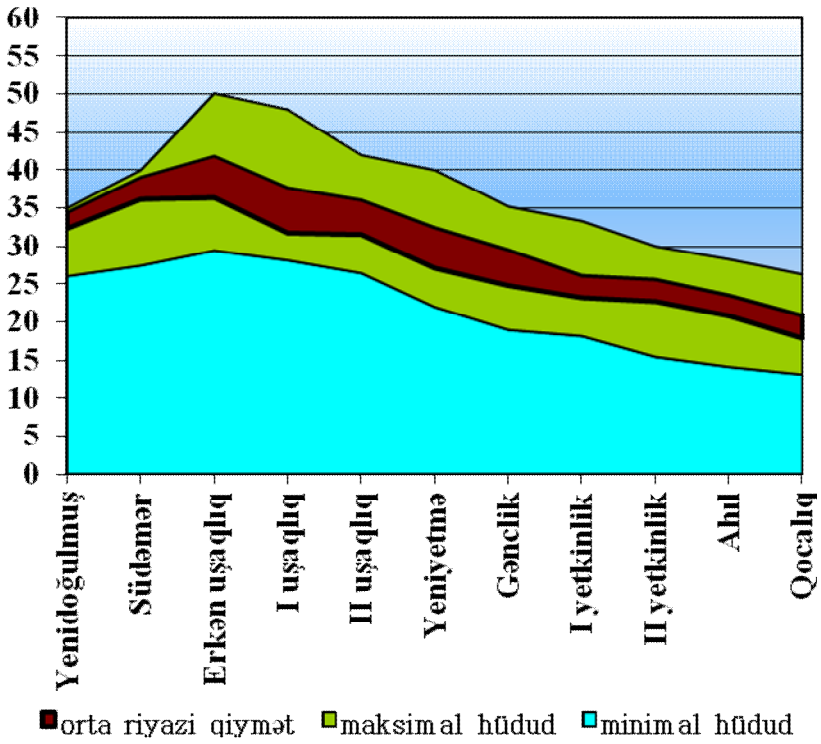
Tədqiqatın əldə edilən nəticələrinə görə, diffuz limfoid toxumanın və limfoid düyüncüyün hüceyrə tərkibi eynitiplidir (şəkil 4). Limfoid sırası hüceyrələri içərisində kiçik və orta limfositlərə, retikulyar hüceyrələrə, daimi olaraq az sayda makrofaqlara, cavan forma limfoid toxuma hüceyrələrinə (mitotik bölünmə mərhələsində olan hüceyrələrə), plazmatik hüceyrələrə, habelə epizodik şəkildə aşkarlanan tosqun hüceyrələrə, eozinofillərə və neytrofillərə də təsadüf olunur.



Şək. 4. 17 yaşlı oğlanın sidik kisəsinin selikli qişasında diffuz limfoid toxumanın hüceyrə tərkibi. Mikropreparat. Orta hissə. 1-kiçik limfositlər (cüt şəkildə yerləşmiş); 2-mitoz bölünmə mərhələsində olan limfositlər; 3-retikulyar hüceyrə. Gümüşləmə üsulu ilə boyama. Böyütmə 450 x.

İmmun sistemin periferik orqanlarına aid digər təmsilçi - diffuz limfoid toxuma hüceyrələri də, vəzilərin alveol (başlanğıc) şöbələrinin ətrafında, eyni zamanda qlandulositlərin bilavasitə yaxınlığında – onların bazal səthi üzrə stromada yerləşirlər. Belə yerləşmə xüsusiyyəti isə çox güman ki, sekresiya prosesi üzərində immun nəzarəti fəaliyyətini yerinə yetirməyə xidmət edir. Y.S. Şvartsman və L.B. Hazensonun (1978) mülahizəsinə görə, qlandulositlər alveol (başlanğıc hissə) ətrafında yerləşən limfoid toxumanın plazmatik hüceyrələrinin hasil etdiyi "immunglobulin A"nın sekretor tərkibi (dimeri) hesab edilən komponentin sintezində iştirak edir. Beləliklə, limfoid toxuma və onun törəmələri immun sistemin periferik orqanlarının struktur nümayəndəsi kimi MALT-sistemə (mucosa-associated lymphoid tissue) qoşularaq selikli qişanın, həmçinin onun epitel səfhəsinin özünə məxsus qoruyucu xüsusiyyətlərinin yerinə yetirilməsində bilavasitə iştirak edir.

Postnatal ontogenezin erkən uşaqlıq dövründə həm tam orqan üzrə, həm də onun hər üç hissəsinin total preparatlarında yenidoğulmuşlarla müqayisədə limfoid düyüncük sıx yerləşməklə yanaşı, onun, eləcə də diffuz limfoid toxumanın hüceyrə tərkibində 1,4 dəfə artım baş verir; erkən uşaqlıq dövründən sonra isə əks meyllilik müşahidə edilir (Şək.5). Araşdırılan bu fakt immun sistemin periferik orqanlarının morfogenezinin ümumi qanunauyğunluqlarına müvafiq olub, qeyd edilən törəmələrin maksimal ontogenetik inkişafının erkən uşaqlıq yaş dövrünə təsadüf etdiyini göstərir [14,15]. Erkən uşaqlıq yaşı dövründən sonra limfoid toxumada morfoloji baxımdan tədricilik xüsusiyyətinə malik olan involyutiv proseslər (limfoid düyüncüklərinin ölçü və sayında azlmalar və s.) üzə çıxmışdır.



Şək.5. Postnatal ontogenezdə tam sidik kisəsinin selikli qişasında diffuz limfoid toxumanın hüceyrələrinin sayının yaş xüsusiyyətləri

Erkən uşaqlıq yaşı dövründən sonra isə sidik kisəsinin limfoid törəmələrinin involyusiya prosesi başlanır. Bu xüsusiyyət qocalıq yaşı dövründə daha qabarıq təzahür edir. Belə ki, sonuncu yaş dövründə sidik kisəsinin divarının yuxarı və orta hissələrində selikli qişada limfoid düyüncüklər ya təsadüfi hallarda aşkarlanır, ya da demək olar ki, heç qeyd edilmir - yalnız sidik kisəsinin aşağı hissəsində selikli qişada forma dəyişkənliklərinə uğramış (adətən, üçbucaqşəkilli) limfoid düyüncüklər diqqəti cəlb edir.

Beləliklə, postnatal ontogenezin müxtəlif dövrlərində sidik kisəsinin vəzilərinin və limfoid törəmələrinin histoloji tədqiqi onların aşağıdakı mikrotopoqrafik xüsusiyyətləri aşkarlamağa imkan verdi:

1. Postnatal ontogenezin müxtəlif, eləcə də eyni yaş dövründə sidik kisəsinin ayrı-ayrı hissələrində vəzilərin və limfoid törəmələrinin yerləşmə xüsusiyyəti fərqlidir.
2. Postnatal ontogenezdə sidik kisəsi vəziləri immun sistemin periferik orqanlarının təmsilçiləri olan limfoid düyüncüklər, diffuz limfoid toxuma ilə sıx mikrotopoqrafik münasibətdə olur.
3. Postnatal ontogenezdə sidik kisəsi divarında limfoid düyüncüklər adətən vəzi axacaqları ətrafında yerləşirlər. Diffuz limfoid toxuma hüceyrələrinə gəldikdə isə onlar ya sidik kisəsi vəzilərinin stromasında – alveol (başlanğıc) şöbələrin ətrafında, ya da alveollar (başlanğıc hissələr) araasında bilavasitə qlandulositlərin əhatəsində aşkarlanır.
4. Sidik kisəsi divarında limfoid törəmələr erkən uşaqlıq yaşı dövründə maksimal ontogenetik göstəricilərlə səciyyələnir.
5. Postnatal ontogenezdə sidik kisəsi divarında vəzilər və limfoid törəmələr büzücülər nahiyəsində büzücüətrafı sahəyə nisbətən daha sıx yerləşərək özünəməxsus yığıntılar əmələ gətirirlər.

ƏDƏBIYYAT

1. Hüseynova G.A. Postnatal ontogenezin müxtəlif yaş dövrlərində sidik kisəsi vəzilərinin və limfoid törəmələrinin mikroanatomiyası haqqında // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2012, №3, s. 156-162
2. Şadlinski V.B., Hüseynova G.A. Postnatal ontogenezdə sidik kisəsi vəzilərinin axacaq aparatının morfoloji xüsusiyyətləri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2011, №2, s. 75-79
3. Аллахвердиев М.К. Структурно-функциональная характеристика и закономерности морфогенеза железистого и лимфоидного аппаратов внепеченочных желчевыводящих путей человека в постнатальном онтогенезе: Автореф. дисс… док. мед. наук,Баку, 40 с.
4. Аршавский И.А. Проблемы периодизации онтогенеза человека / Советская педагогика, 1965, №11, с. 120-132
5. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н. Опухоли мочеполовых органов, СПб: Наука, 2000, 310 с.
6. Баженов Д.В., Блинова Н.В. Женский мочеиспускательный канал и его сфинктерный аппарат. Тверь: Триада, 2009, 80 с.
7. Блинова Н.В. Морфофункциональная характеристика женского мочеиспускательного

канала и его сфинктерного аппарата: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. М., 2000, 21 с.

8. Бунак В.В. Возрастная классификация / Советская педагогика, 1965, №11, с. 105-119

9. Гусейнов Б. М. Некоторые морфологические особенности желез трахеи и главных бронхов человека // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2006, №4, s.72-75

10. Гусейнов Б. М. Некоторые топографо-анатомические особенности и размерно-количественные показатели лимфоидных образований трахеи и главных бронхов человека в возрастном аспекте // Морфологические ведомости, Москва, 2008, №1-2, с. 41-43

11. Девонаев О.Т. Структурно-функциональные характеристики и особенности морфогенеза лимфоидного аппарата мочевыводящих путей в норме и при воздействии холодового стресса и высокогорья (анатомо-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. … докт. мед. наук. Душанбе, 2007, 31 с.

12. Колесников Л.Л. Сфинктерология. М.: ГЭОТАР – МЕД, 2008, 452 с.

13. Мовсумов Н.Т. Морфогенез желез гортани человека в норме и в эксперименте при некоторах бальнеологических воздействиях: Автореф. дисс. … докт. мед. наук, Баку, 2004, 41 с.

14. Сапин М.Р.,Этинген Л.Е. Иммунная система человека. М.: Медицина, 1996, 300 с.

15. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т. Малые железы пищеварительной и дыхательной систем. М.: АПП «Джангар», 2001, 134 с.

16. Чугай М.Е. Крипты и железистые образования мочевого пузыря человека и некоторых животных. Мат. к макро-микроскопии вегетативной нервной системы и желез слизистых оболочек и кожи. Москва: «Медгиз», 1948, с.314-318

17. Шадлинский В.Б., Гусейнова Г.А. Морфологические характеристики железистого аппарата мочевого пузыря на разных этапах постнатального онтогенеза // Морфология, 2011, том 139, №1, с. 68-73

18. Шварцман Я.С., Хазенсон Я.Б. Местный иммунитет. Ленинград: Наука, 1978, 223 с.

Резюме

Микротопографические особенности желез и лимфоидных оразований мочевого пузыря в разных возрастных периодах постнатального онтогенеза

Г.А.Гусейнова

Целью исследования является изучение микротопографических структурных характеристик желез и лимфоидных образований мочевого пузыря у человека в постнатальном онтогенезе. В результате комплексного морфологического исследования желез и лимфоидной ткани мочевого пузыря у людей разного пола и возраста были описаны микротопографические особенности этих образований, проанализированы их структурные характеристики в постнатальном онтогенезе. Железы находятся в тесных микротопографических отношениях с лимфоидными образованиями - лимфоидными узелками без центров размножения и диффузной лимфоидной тканью. Железистый аппарат мочевого пузыря представлен 100-205 железами, располагающимися на всем протяжении стенки органа. Железы находятся в тесных микротопографических отношениях с лимфоидными образованиями – лимфоидными узелками без центров размножения и диффузной лимфоидной тканью. Доказано, то в зонах сфинктеров мочевого пузыря наблюдается увеличение плотности расположения желез и лимфоидных узелков.

Summary

The mikrotopographycal features of the urinary bladder glands and lymfoid structures in different ages of postnatal ontogenesis

G.A.Huseynova

The aim of the research is studying of mikrotopographical structural characteristics of glands and lymphoid structures of a urinary bladder in postnatal ontogenesis. As a result of complex morphological research of glands and lymphoid structures of the urinary bladder in different sex and age people, have been revealed laws of their morphogenesis, features of mikrotopographical anatomy, their structural characteristics are analyzed. The glands apparatus of a urinary bladder is presented by 100-205 glands which are situatea on all extent of organs wall. Glands are in close microtopographical relations with lymphoid formations – lymphoid nodules without the centers of reproduction and diffuse lymph tissue. It is proved, in zones sphincters a urinary bladder the increase in density of an arrangement of glands and lymphoid nodules.

Daxil olub:09.10.2012

ÜRƏYİN MİKROANOMALİYALARI OLAN UŞAQLARDA MİOKARDIN VƏ KARDİOHEMODİNAMİKANIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Rəhmanov Z.K., Xəlilova B.M., Qədimova E.V., Qafarlı G.A.
C.Abdullayev adına ET kardiologiya institutu, Bakı

Açar sözlər: kardioanomaliyalar, uşaqlar, miokard, kardiohemodinamika
Ключевые слова: кардиоаномалии, дети, миокард, кардиогемодинамика
Keywords: cardioanomalies, children, myocardium, cardiohemodynamics

Ürək- damar sisteminin xəstəlikləri, xronik qeyri- infeksionpatologiyanın strukturunda erkən əlilləşmə və əhali arasında müxtəlif yaş qruplarında ölümlə nəticələnən xəstəliklərin aparıcı səbəi olub, birinci yer tutmaqda davam edir [2,11,13].

Son illərin tədiqaqtları göstərmişdir ki, böyüklərdə qan dövranı sisteminin pozulmalara artıq uhaq yaşlarında formalaşmağa başlayır və bunlar içərisində əsas yerlərdən birini ürək ritminin pozuntuları təşkil edir [6,7]. Ürək ritminin müxtəlif pozuntuları həyati təhlükə yaradan mədəcik aritmiyaları və qəfil ölum sindromu kimi hallar bir box tədqiqatçılar tərəfindən aktual mövzu kimi qeyd olunmuşdur [4,9].

Tibb elminin, o cümlədən, kardiologiyanın sürətli inkişafına baxmayaraq, aritmogen ölüm bütün kardiovaskulyar ölümün strukturunda ən böyük yer tutur. C.T.Biqqer və h.m. məlumatına əsasən inkişaf etmiş ölkələrdə aritmogen ölüm kardiovaskulyar ölümün 50% təşkil edir [12]. Avropa kardioloji cəmiyyətinin məlumatına görə, mədəcik taxiaritmiyaları qan dövranının kəskin dayanmasının səbəblərinin 75-80% təşkil edir [15].

Ürək ritminin müxtəlif pozuntuları, həmçinin ürəkdə üzvi patalogiya olmadığı halda, həyata təhlükə yaradan mədəcik aritmiyası və qəfml ölum sindromu kimi disfunksiyalar bir çox tədqiqatçılar tərəfindən aktual mövzu kimi qeyd olunmuşdur [4,9].

Son illər tədqiqatçıların marağı ürəyin kiçik anomaliyaları olan xəstələr qrupuna yönəlib ki, bu da bu qrup xəstələrin populyasiyada mühüm yer tutması ilə yanaşı onlarda ritm pozulması hallarının çox olması ilə izah olunur.

Martınov A.İ. və baş. məlumatlarına əsasən ürəyin kiçik anomaliyaları arasında ən çox təsadüf olunan mitral qapağın prolapsı və mədəciklərin anomal xordaları əhali arasında müvafiq olaraq 1,2-38% və 2,3-68% hallarda aşkar olunur [8].

Ürəyin müxtəlif kiçik anomaliyaların populyasıyada geniş yayılmasına baxmayaraq, bu hallardan əmələ gələn ağırlaşmalar və fəsadlar çox vaxt praktiki həkimlər tərəfindən nəzərə alınmır, halbuki belə xəstələrdə ürək ritminin müxtəlif pozulmaları, fiziki gərginliyə tolerantlığın azalması, kardialgiyalar kimi halların geniş yayılması haqqında çoxsaylı məlumatlar var [3,5].

Bobkowski W. et al. məlumatlarına əsasən mitral və trikuspidal qapaqların prolapsı zamanı aritmiyalar 15-90% hallarında qeyd olunur [13].

Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq ürək ritminin pozulmalarının yaranma səbəblərinin, həmçinin aritmiyaların proqnozlaşdırılmasına imkan verən yeni üsulların axtarışı bütün dünyada aktual problem olaraq qalır.

Miokardın qeyri- stabilliyinin və ürək ritminin pozulmalarının yaranmasına təkan verən faktorların öyrənilməsində müəyyən proqresə baxmayaraq, bu problemin çoxsaylı aspektləri axıra qədər həll olunmamış qalır.

Miokardın elektrik qeyristabilliyinin və ürək aritmiyaların yaranma səbəblərindən biri ürək əzələsinin morfo-funksional pozulmalarıdır. Bir sıra tədqiqatçıların məlumatlarına görə ürəyin funksional vəziyyəti ilə tapılan aritmiyalar arasında olan əlaqə gözə çarpır [1].

Bununla belə ürəyin mikroanomaliyası olan xəstələrdə ürək ritminin pozulmalarının əmələ gəlmə səbəbləri bir mənalı açıqlanmır. Bundan başqa Azərbacan populyasiyasından ürəyin kiçik anomaliyaları olan məktəb yaşlı uşaqlarda ürək aritmyaların xüsusiyyətləri və onlarda miokardın qeyristabillik faktorları öyrənilməmiş qalır.

Yuxarıda göstərinləri nəzərə alaraq, işin əsas məqsədi ürəyin mikroanomaliyaları olan uşaqlarda ürəyin morfo-funksional vəziyyətinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olub.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Ürəyin kiçik anomaliyası 7-16 yaşlı olan 71 xəstə uşaq müayinə olunmuşdur. Bunlardan 33-çü – 6-11 yaşında (1-ci qrup), 38 məktəbli isə 12-16 yaşında 2-ci qrupu təşkil ediblər. 1-ci yaş qrupunu 17 MQP, 16 SMAX olan uşaqlar təşkil etmişlər. Böyük məktəb yaşlı uşaqlar qrupuna 21 MQP və 17 SMAX olan uşaq daxil edilmişdir. Nəzarət qrupunu eyni yaşlı 60 praktiki sağlam uşaq təşkil edib.

Ümumi klinik, anamnestik və geneoloji əlamətləri öyrənməklə yanaşı, bütün uşaqlarda antopometriya, arterial təzyiqin ölçülməsi, elektrokardioqrafiya (EKQ), exokardioqrafiya (ExoKQ) müayinə üsulları tətbiq olunmuşdur.

EKQ qeydi 12 ümumi qəbul olunmuş aparmalarda EK1T-03M2 cihazında aparılmışdır. EKQ göstəricilərində ritmin tezliyi və xüsusiyyəti, atrioventrikulyar keçiriciliyi, elektrik sistolanın uzunluğu (Q-T), qulaqcıq dişinin uzunluğu və davamiyyəti, QRS və S dişləri və s. analiz olunmuşdur.

ExoKQ müayinəsi ümumi qəbul edilmiş standart üsulu və EKQ-ın sinxron qeydi ilə SonoAse X8 (Koreya) və Philips HD11 (ABŞ) ultrasəs cihazlarında aparılmışdır. Exometrik parametrlərdən aşağıdakılar təyin olunmuşdur: sol mədəciyin son-diastolik diametri (Dd); sol

mədəciyin son-sistolik diametri (Ds); sol mədəciyin arxa divarının sistolik və diastolik qalınlığı, mədəcikarası çəpərin diastolik və sistolik qalınlığı.

Tədqiq olundu:

Ürəkdaxili və mərkəzi hemodinamikanın göstəriciləri: sol mədiyin son-diastolik (SDH) və son-sistolik (SSH) həcmi təyin olunub.

Vurğu həcmi (VH) sol mədəciyin son-diastolik və son-sistolik həcminin fərqi kimi təyin olunur.

VH-nin böyüklüyünü bilərək, qan dövranının dəqiqəlik həcminin göstəricisi (DH) və ürək indeksi (Üİ) hesablanır.

Sol mədəciyin nasos funksiyasının qovulma fraksiyası (QF, %-lə) və sol mədəciyin ön-arxa ölçülərinin sistolik qısalma faizi (%S) göstəriciləri təyin olunub.

Miokardın sol mədəciyinin yığılma funksiyasının göstəriciləri: sol mədəcik miokardının liflərinin sirkulyar yığılmasının sürəti (Vcf, s^{-1}), sol mədəciyin arxa divarının yığılmasının orta sürəti (Vor), sol mədəciyin arxa divarının yığılmasının orta normallaşmış sürəti (nVor).

Bundan başqa, miokardın oksigen tələbatını dolayı yolla əks etdirən ikiqat hasil (İH), əhəmiyyətli periferik damar müqaviməti (ƏPDM) və sol mədəciyin işi (Rsm) təyin olunub.

Yaş amilini aradan qaldırmaq məqsədi ilə ExoKQ-k parametrlərinin normallaşmış hədləri, yəni bədən səthinin (BS) nisbəti təhlil olunmuşdur.

Alınan nəticələrin statistik analizi Vilkokson-Mann-Uitni qeyri- parametrik üsulu ilə aparılmışdır (10). Bütün hallarda $p<0,05$ olduğu halda fərq dürüst hesab olunub.

TƏDQİQATIN NƏTİCƏLƏRİ. Müayinə olunmuş MQP olunmuş uşaqlarda miokardın oksigen tələbatını dolayı yolla əks etdirən İH göstəriciləri (cədvəl), sağlam uşaqlarla müqayisədə 21,38% statistik dürüst çoxdur, ($p<0,05$). SMAX olan uşaqlarda isə oksigenə olan tələbat sağlam uşaqlarla müqaisədə 16,4% çox olsa belə, alınan fərq statistik dürüst deyil, ($p>0,05$).

Cədvəl

Ürəyin kiçik anomaliyaları olan uşaqlarda miokardın və kardiohemodinamikanın vəziyyətinin müqaisəli qiymətləndirilməsi

	Sağlam	MQP	SMAX	p1	**p2**
İH	76,2125 53,9-105	92,502 53,25-144	88,709 54,9-172,8	0,05	
SDH/BS	58,4958 48,404-72,101	58,145 39,731-72,470	63,086 50,544-74,302		
SSH/BS	17,381 12,828-23,641	17,208 11,827-24,422	18,851 12,749-28,444		
Vİ	41,12 30,15-54,88	40,937 27,904-53,422	44,234 32,451-56,102		
Üİ	3,397 2,571-5,95	3,808 2,288-5,930	3,937 2,275-6,304		
%S	39,22 30,769-48,78	39,491 33,333-47,5	39,30 27,273-46,667		
QF	70,0 59,01-80,59	70,344 62,393-79,42	70,076 53,29-78,193		
Vcf	1,212 0,926-1,574	1,345 1,111-1,759	1,272 0,802-1,778	0,05	
Vor	3,0916 2,353-3,636	3,426 2,581-4,615	3,306 2,353-4,074	0,01	
nVor	0,774 0,66-1,05	0,843 0,639-1,099	0,807 0,556-1,029	0,05	
ƏPDM	20,19 10,64-28,02	19,18 12,09-28,20	18,56 10,58-33,35		
Rsm	3,437 1,487-5,813	4,277 1,761-8,747	4,133 1,975-7,294	0,05	

MQP olan xəstələrin hamısında ürəkdaxili hemodinamikanın normallaşmış göstəriciləri (SDH/BS və SSH/BS) sağlam uşaqlar qrupunun göstəricilərdən fərqlənmir. SMAX olan uşaqların yuxarıda göstərilən SDH/BS və SSH/BS orta göstəriciləri sağlam məktəblilərin sözügedən parametrlrindən, müvafiq olaraq, 7,85% və 8,46% çox olsa da, fərq statistik dürüst deyil.

MQP olan uşaqlarda mərkəzi hemodinamika parametrləri olan vurğu indeksi (Vİ) sağlam uşaqların göstəriciləri ilə eyni olsa da, ürək indeksinin (Üİ) orta mənaları nəzarət qrupun göstəricilərindən statistik dürüst olmayaraq 12,1% böyükdür ($p>0,05$). SMAX olan uşaqlarda Vİ və Üİ orta göstəriciləri sağlam məktəblilərin sözügedən parametrlərindən, müvafiq olaraq, 7,57% və 15,9% çox olsa da, statistik dürüst fərqlənmir.

Alınan nəticələr MQP və SMAX olan uşaqların kardiodinamikasının funksional imkanlarının stabil saxlanılmasını sübut edir

Yuxarıda deyilənlərin təsdiqi kimi, bütün müayinə olunmuş MQP və SMAX olan uşaqlar qruplarında ürəyin nasos funksiyasını xarakterizə edən QF və %S parametrlərində nəzarət qrupun eyni göstəriciləri ilə müqaisədə heç bir fərqin müşahidə olunmadığını, göstərmək olar.

MQP olan xəstələrdə, miokardın yığılma qabiliyətini əks etdirən Vcf, Vop və nVop, sağlamlara nisbətən, müvafiq, 10,97%, (R<0,05), 10,8% (R<0,01), və 8,91%, (R<0,05), çox olmuşdur. SMAX olan uşaqlarda miokardın kontraktilliyinin eyni parametrləri nəzarət qrupu ilə müqaisədə, müvafiq olaraq, 4,95%, 6,92% və 4,26%, (p>0,05), çox olmuşdur.

MQP və SMAX olan xəstə uşaqlarda ƏPDM göstəriciləri sağlam uşaqların eyni göstəricilərindən dürüstlüklə seçilməmişdir. Bununla belə qeyd etməliyik ki, MQP və SMAX olan xəstələrdə ƏPDM orta göstəriciləri sağlam uşaqların orta göstəricilərilə müqayisədə, müvafiq olaraq, 4,98 və 8,05% azalmışdır. Ancaq bu fərq statistik qeyri-dürüstdür.

MQP olan məktəblilərdə Rsm orta göstəriciləri nəzarət qrup ilə müqayisədə 24,44% statistik dürüst böyük, (p<0,05), SMAX olan uşaqların sözügedən göstəricisi isə 20,25% çox olsa belə, bu fərq statistik dürüst deyil, (p>0,05).

Beləliklə, müayinə olunmuş MQP və SMAX olan xəstə uşaqlar qruplarında, sağlam uşaqlarla müqayisədə, miokardın və kardiohemodinamikanın funksional vəziyyətində müəyyən dəyişikliklər izlənilir. Aşkar olunan xüsusiyyətlər dəqiqəlik həcmin artması, miokardın kontraktilliyinin güclənməsi və miokardın oksigenə olan tələbatının artması fonunda periferik damar müqavimətinin azlması ilə nəticələnmişdir. Aşkarlanan dəyişikliklər daha çox MQP olan uşaqlarda qeyd olunur. Müəyyən olunmuş dəyişikliklər bu xəstələrdə kardiohemodinamikanın vəziyyətində gərginləşməni göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Абдуллаев Р.Ф. Нарушения ритма сердца и факторы риска электрической нестабильности миокарда. Баку: Маариф, 1994, 443 с

2. Блужас Ю., Радишаускас Р., Бернотене Г. и др. Распространённость основных сердечно-сосудистых заболеваний жителей Каунаса за 1983-2000 г. // Кардиология, 2005, № 7, с.54-55

3. Гнусаев С.Ф., Белозеров Ю.М., Виноградов А.Ф. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2006, № 4, с.20–25

4. Замотаев И.П., Лозинский Л.Г., Керимова Р.Э.. Современные представления о патогенезе, прогнозировании и лечении пароксизмальной формы мерцательной аритмии. Кардиология, 1990, № 5, с.105-109

5. Коровина Н. А., Тарасова А. А., Творогова Т. М. и др. Клиническое значение малых аномалий развития сердца у детей // Лечащий Врач, 2005, №2-4

6. Куприянова О.О., Сербин В.И., Мамедова Т.Н. и др. Возможности суточного мониторирования ЭКГ у детей при аритмии как причине синкопальных состояний // Педиатрия, 1996, № 6, с.30-33

7. Лепарский Е.А., Таточенко В.К.. Межведомственный подход в профилактике хронических неинфекционных заболеваний у детей. Педиатрия, 1989, № 12, с.5-9

8. Мартынов А.И., Степура О.Б., Остроумова О.Д. и др. Пролапс митрального клапана. Часть II. Нарушение ритма и психологический статус // Кардиология, 1998, № 2, с. 74-81

9. Сметнёв А.С., Жаринов О.И., Чубучный В.Н. Вариабельность ритма сердца, желудочковые аритмии и риск внезапной смерти // Кардиология, 1995, № 4, с.49-52

10. Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. – М. Практика, 1999, 459 с.

11. Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В. и др. Смертность от основных болезней системы кровообращения в России. Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, Минздрава России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме // Российский кардиол. журнал, 2005, № 1, с.5-15

12. Bigger J.T., Fleiss J.L., Kleiger R. et al. The relationship among ventricular arrhythmias, left ventricular dysfunction and mortality in the two years after myocardial infarction. Circulation, 1984

13. Bobkowski W., Siwinska A., Zachwieja J. et al. Electrolyte abnormalities and ventricular arrhythmias in children with mitral valve prolapse // Pol Merkuriusz Lek. 2001, v.11, № 62, p. 125–128

14. Murdaugh C., O′Konre R. Coronary Heart Disease in Women: Special considerations // Curr. Probl. Cardiol., 1988, v.13, № 2, p.79-156

15. Task Force on Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology. Eur.Heart J., 2001, v.22 (16), p.374-450

Резюие

Особенности миокарда и кардиогемодинамики у детей с микроаномалиями сердца

З.К.Рахманов, Б.М.Халилова, Э.В.Гадимова, Г.А.Гафарлы

Целью исследования явилось изучение особенностей миокарда и кардиогемодинамики у детей с микроаномалиями. В исследование вошли 71 детей в возрасте 6-11 лет. Во время исследования выявилось, что у детей с микроаномалиями сердца присутствуют некоторые изменения в функциональных состояниях миокарда и кардиогемодинамики.

Summary
Features and cardiohemodynamics infarction in children with heart mikroanomamal
Z.K.Rahmanov, B.M.Halilova, E.V.Gadimova, G.A.Gafarly
The aim of the study was to investigate the characteristics of the myocardium and cardiohemodynamics children with mikroanomamaliyami. The study included 71 children aged 6-11 years. During the study, it was found that children with heart mikroanomamaliyami there are some changes in the functional state of the myocardium and cardiohemodynamics.

Daxil olub:27.11.2012

OVULASYON INDÜKSIYONUNDA KULLANILAN KLOMIFEN SITRAT VE GONADOTROPINLERIN UTERUSUN EPITEL, ENDOMETRIYUM VE TÜM ORGANIN DUVAR KALINLIĞINA OLAN ETKISININ ARAŞTIRILMASI VE ISTATISTIKSEL OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI

M.M.Baghirzade
Azerbaycan Tıp Üniversitesi

Açar sözlər: klomifen sitrat, gonadotropinler, uşaqlıq, ovulyasiya
Ключевые слова: кломифенцитрат, гонадотропин, матка, овуляция
Key words: clomiphen citrate, gonadotropin, uterus, ovulation

İnsanlarda her iki cinse ait üreme organlarının esas işlevi, kadın ve erkek cins hücrelerinin üretilmesi (gametogenezis) ve üreme hormonların salgılanmasıdır (hormonogenezis). Bu işlevlerin yerine getirilebilmesi için her iki cinste de normal genetik yapı, anatomik olarak sağlam ve işlevsel hipotalamus [gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) salgılanması için] ve hipofiz bezi [gonadotropik hormonların FSH ve LH' nın salgılanması için] olmalıdır. Kadın ve erkekte anatomik, fizyolojik, hormonal ve immünolojik sistemlerin tam bir bütünlük ve uyum içerisinde çalışmaması koşulunda üreme işlevinde bozulma ve infertilite olarak tanımlanan sorun ortaya çıkmaktadır İnfertilite; bir yıl süresince düzenli cinsel ilişkide bulunan çiftlerin, çocuk istemelerine ve korunma yöntemi uygulamamalarına karşın gebeliğin gerçekleşememesi olgusudur. Toplumda sağlıklı çiftlerin %10-15' inde infertilite sorunu bulunmaktadır. Kadın infertilitesinin en yaygın nedeni, ortalama %40 oranla ovulasyon bozukluğudur [1,2].

Ovulasyon bozukluğuna bağlı infertilitenin tedavisinde ovaryumlarda follikül sayısını arttırabilmek ereği ile bazı ilaçlardan yararlanılmaktadır. Klomifen sitrat (CC) ve gonadotropinler bunlardan en yaygın kullanılanlarıdır. CC östrojenik ve östrojen karşıtı özellikler içeren steroit olmayan bir ilaçtır. Ovulasyon uyarıcı etkisi östrojen karşıtı özelliği ile ilgilidir. Hipotalamustaki östrojen reseptörlerlerini baskılar ve kanda dolaşan östrojen hormonlarının GnRH salgılanması üzerindeki geri bildirim etkisini ortadan kaldırır. Gerçek östrojen düzeyi yanıltıcı olarak düşük görüldüğünden negatif geri bildirim azalır ve GnRH salınımını sağlayan nöroendokrin düzenek aktifleşir. GnRH salınımı artar ve buna koşut olarak hipofiz bezi ön lobundan aşırı miktarda LH ve FSH salgılanır. CC ayrıca hipofiz bezinin GnRH'ya karşı duyarlılığını arttırır. Endometriyuma etkisinin araştırıldığı çalışmalarda CC'ın bu organda östrojen karşıtı etki gösterdiği ve böylece östrojen-progesteron reseptörlerinde azalmaya, endometriyal bez sayısında düşüşe ve vakuolizasyonda artışa neden olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu değişikliklerin embriyo yitim oranını arttırdığı da saptanmıştır [3,4,5].

Gonodotropinlerden FSH ve LH, hipofiz bezi ön lobundan salgılanan ve üreme organlarının işlevlerini denetleyen hormonlardır. Bu iki hormon aynı hücrelerde oluşturularak salınırlar. FSH ovaryumlarda granüloza hücrelerinin reseptörlerine bağlanır ve preovulatuar follikülün gelişiminde önemi rol oynar. LH ovaryumlarda teka interna hücrelerindeki özgün reseptörüne bağlanır. LH'nın yarı ömrü çok kısadır. Bu nedenle ovulasyon uyarımı için hCG (İnsan koryonik gonadotropini) kullanılmaktadır. hCG ovaryumda aynı reseptörlere etki eder ve yarı ömrü uzun olduğundan uzun süreli etki sağlar [6].

hMG (İnsan menopozal gonadotropin) ovulasyon indüksiyonunda uzun süredir kullanılan üriner gonadotropindir. hMG eşit oranda 75 IU FSH ve 75 IU LH içerir. Preparattaki LH etkinliği esas olarak hCG bileşenlerinden kaynaklanmaktadır [7].

Amaç: Ovulasyon induksiyonunda kullanilan ilaçlarin endometriyum kalınlığı üzerinde çesitli etkilerinin olduğuna dair literaturde farklı bilgiler bulunmaktadır. Kalınlık değişimlerinin implantasyon ve gebelik oranını etkileyebileceği bilgiler bazı yayınlarda var. Bizim çalısmamızda amaç infertilite tedavisinde ovulasyon induksiyonu için kullanılan klomifen sitrat ve

gonadotropinlerin uygulanması sonrasında epitel, endometriyum ve uterus duvar kalınlık ölçülerinin istatistiksel olarak karşilastırmaktır.

Material ve Metod: Bu çalışmada, 36 adet, 20 haftalık, 200-250 gr ağırlığında dişi sıçanlar kullanıldı. Denekler laboratuar ortamında 3 hafta süresince 12 saat gündüz ve 12 saat gece döngüsünde ve 23±2°C' lik denetimli sıcaklıkta tutuldu. Tüm deneklerin su ve besine serbest erişimi sağlandı. Bu süre boyunca tüm deneklerden vajinal smear örnekleri alınarak 3 döngü süresince izlendi ve siklusları düzenli olan sıçanlar çalışmaya alınarak, her birinde 6'şar denek bulunan 6 grup oluşturuldu. Bu gruplara ovulasyon indüksiyon modelleri uygulandı. Grup 1: Ovulasyon indüksiyonu sağlamak için hormon uygulaması yapılan gruba ait kontrol grubu (n=6). Grup 2: Hormon uygulaması yapılan grup (n=6). Grup 3: Hormon uygulaması yapılan gruba ait gebe grubu (n=6). Grup 4: Klomifen sitrat uygulaması yapılan gruba ait kontrol grubu (n=6). Grup 5: Klomifen sitrat uygulaması yapılan grup (n=6). Grup 6: Klomifen sitrat uygulaması yapılan gruba ait gebe grubu (n=6).

Hormon uygulamasının kontrol grubu olarak belirlenen 1. gruba hormon uygulaması yapılan 2. grupta uygulanan enjeksiyonlarla eş zamanlı olarak aynı dozlarda SF verildi. 2. grup olarak belirlenen hormonal uyarım grubuna ise ovulasyon indüksiyonu için insan menopozal gonadotropin (hMG) uygulandı. Bu gruba alınacak deneklere 4. mensturel döngünün diöstrus evresindeyken 150 IU/kg insan menopozal gonadotropin (hMG) intramüsküler olarak saat 17:00' de verildi. 4. döngünün diöstrus evresini izleyen proöstrus evresinde ise 75 IU/kg insan koryonik gonadotropin (hCG) kas içi olarak saat 17:00' de uygulandı. Daha sonra 3 saatte bir vajinal smear alınarak östrus evresinde olduğu belirlenen denekler kesilerek dokuları alındı. 3. gruptaki deneklerin oluşturulabilmesi için, aynı 2. gruptaki denekler gibi hormonal uyarım yapıldıktan sonra bir sonraki östrus evresinde olduğu belirlenen dişi sıçanlar 1 gece erkek sıçanlarla birlikte bırakıldı. Vajinal plak oluşumu görülen sıçanlar gebeliğin 0. gününde kabul edilerek deneye alındı. Bu gruptaki deneklerin de gebeliğinin 6. gününe gelindiğinde implantasyon aşamasında oldukları kabul edilerek saat 17:00' de kesildi. 4. gruba 5. grupla aynı stres koşullarının oluşturulması ereğiyle 2 gün süresince lavaj yoluyla sadece 2 ml SF verildi. 5. gruptaki deneklere ovulasyon indüksiyonun oluşturulması ereğiyle 2 ml SF içerisinde 100µg/kg klomifen sitrat çözüldü. Çözelti 4 günlük östrus evresinin diöstrus evresindeki deneklere gavaj yoluyla 2 gün süresince uygulandı. Daha sonra 3 saatte bir vajinal smear alınarak östrus evresinde olduğu belirlenen deneklerin dokuları alındılar. 6. gruptaki deneklerin oluşturulabilmesi için, aynı 5. gruptaki denekler gibi klomifen sitrat uygulaması yapıldıktan sonra östrus evresinde olduğu belirlenen dişi sıçanlar 1 gece erkek sıçanlarla birlikte bırakıldı. Vajinal plak oluşumu görülen sıçanlar gebeliğin 0. gününde kabul edilerek gruba alındı. Denekler gebeliğin 6. gününe gelindiğinde implantasyon aşamasında oldukları kabul edilerek saat 17:00' de dokuları alındı. Denekler genel anestezi altındayken karın bölgeleri açılarak uterus'ları çıkarıldıktan sonra intraperitoneal ketamin (44mg/kg) ve ksilazin enjeksiyonu ile uyutularak ötenazi gerçekleştirildi. Tüm deneklerden immünohistokimyasal inceleme için alınan uterus örnekleri %10' luk nötral formaldehite alınarak, alışılmış histolojik yöntemlerden geçirilerek parafin bloklar hazırlandı. Kontrol ve deney gruplarına ait uterus doku bloklarından polilizinli camlara 4 mkm kalınlığında kesitler alınarak hematoksilen və eozin boyama yapıldı. Kesitler Leica DM 4000 (Germany) bilgisayar destekli görüntüleme sisteminde, Leica Q Vin 3 programında fotoğraflandırılarak değerlendirildi.

İstatistiksel Yöntem: Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 15 paket programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Verilere ilişkin descriptive değerler elde edilmiştir. Gruplar arsındaki karşılaştırmalar Kruskall-Wallis H testi ile gerçekleştirilmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p<0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p>0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

Sonuç: Endometriyum kalınlığı ölçüm değerleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte en yüksek değerin Hormon uygulaması yapılan grupta olduğu, en düşük değerlerin ise Klomifen sitrat uygulaması yapılan kontrol grubunda olduğu görülmüştür. (Grafik 1, Tablo 1)

Epitel kalınlığı ölçüm değerleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Hormon uygulaması yapılan grubunun değerleri, Klomifen sitrat uygulaması yapılan gebe, Klomifen sitrat uygulaması yapılan kontrol ve Klomifen sitrat uygulaması yapılan grup değerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. (Grafik 2, Tablo 2)

Uterus kalınlığı değerleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla

birlikte Hormon uygulaması yapılan grubun değerleri daha yüksek görülmüştür. (Grafik 3, Tablo 3)

Tartışma: Inany ve arkadaşları, yardımcı üreme teknikleri uygulanan kadınlarda, denetimli ovaryum uyarımı sırasında, klomifen sitrat'ın (CC) LH hormonunun erken artışını baskılama etkisini istatistiksel yöntemle araştırmışlardır. Gelişigüzel olarak ikiye ayrılan çiftlerden bir gruba klomifen sitrat uygulamasını izleyerek hMG uygulanmıştır. Diğer gruba hCG gününe değin hMG tek başına uygulanmıştır. hMG+CC uygulanan grupta erken LH artışının önemli düzeyde azaldığı ve aynı grupta E2 düzeyinin ve olgun follikül sayısının önemli ölçüde arttığı gözlemlenmiştir. CC uygulanmış grupta geç proliferatif evrede endometriyum kalınlığının inceldiği izlenmiştir. Çeşitli nedenlerle çalışmadan çıkarılan deneklerde de endometrial kalınlığın rapor edildiği belirlenmiştir. Ancak bu durumdaki denekler çalışmadan çıkarıldığında endometrial kalınlığın kaynak verilerinde belirtilenden daha az olduğu ve bu durumun çalışmada belirlenen gebelik oranı azalışının nedeni olabileceği belirlenmiştir. Sonuç olarak, hMG' ye eklenen klomifen sitrat' ın gebelik oranını değiştirmeksizin erken LH artışını azaltmada olumlu etkisi olduğunu ve endometriyum kalınlığının azalmasının yüksek doz CC uygulanmasıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir [8].

Bizim çalışmamızda da endometriyum kalınlığı istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte en yüksek değerin Hormon uygulaması yapılan grupta (1648,33) olduğu, görülmüştür. Buna karşın klomifen sitrat ugulandiği grupta endometriyum ölçüm değerlerinin (1069.97) daha az olduğu saptandı. Böylece klomifen sitrat uygulanmasının hormon uygulanmasına karşın endometriyum kalinliğının incelmesine neden olduğu bildirildi.

Başka bir çalışmada Bromer ve arkadaşları, heterojen infertilite gösteren hastaların tedavi sürecinde ovulasyon uyarımı için kullanılan ilaçların endometrial defektlerin proliferatif evredeki endometriyuma ve oluşan endometrial kalınlığın gebelik oranına etkisini araştırmışlardır. Bu erekle ovulasyon indüksiyonu için menstrüel evrenin 3, 4 ya da 5. günlerinde, günlük 50-200 mg klomifen sitrat ya da menstrüel evrenin 3. gününde FSH uygulanmış 246 hastadan IVF uygulaması yapılmamış 100 hasta değerlendirilmiş ve endometrial kalınlık transvajinal ultrasonografi ile ölçülüp istatistiksel olarak ile değerlendirilmiştir. Endometrial gelişimin döngünün 4. gününde başladığı ve endometrial kalınlığın yaklaşık olarak 4.5 mm ölçüldüğü, döngünün 9. gününde ise yaklaşık olarak 10 mm olduğu belirlenmiştir. Bu ölçümler gebelik, ilaç kullanımı ve defekt olguları dışında tüm döngülerde gözlemlenmiştir. Klomifen sitrat uyarımlı döngüler ile karşılaştırıldığında FSH ile uyarılmış döngülerde ölçülen endometrial kalınlığın önemli olarak arttığı belirlenmiştir. Elde edilen maksimum endometriyum kalınlığının yaş, vücut kitle indeksi ve en yüksek E2 düzeyi ile koşut olduğu saptanmıştır. Ek olarak polikistik over sendromu, endometriyozis ve yineleyen gebelik kaybı tanısı konan olgularda, kontrol grubuna karşın anlamlı düzeyde endometrial kalınlık izlenmiştir. Araştırıcılar endometrial kalınlığı az olan defektli olgularla karşılaştırıldığında, döngülerde artan endometriyum kalınlığına sahip hastalarının gebelik oranlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Sonuç olarak klomifen sitrat kullanımının, endometrial kalınlığı azaltma ve E2 düzeyini baskılama gibi endometriyum fizyolojisi üzerinde çeşitli etkileri olabileceğini ve klomifen sitrat kullanımına karşın endometrial kalınlığı az olan hastalarda FSH ile yapılan ovulasyon uyarımının uygun bir tedavi yöntemi olduğunu bildirmişlerdir [9].

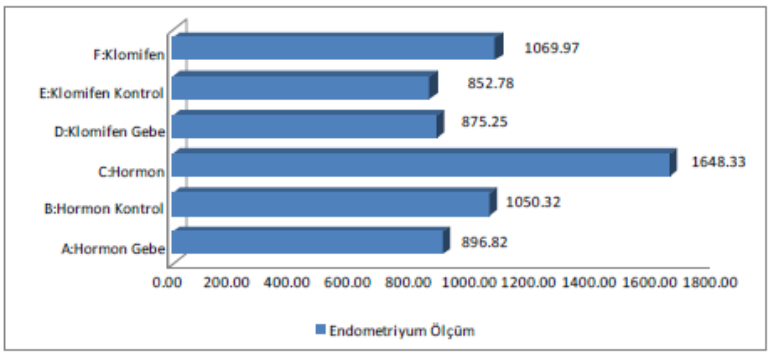
Ovulasyon indüksiyonu zamanı uterus epitelinin kalınlığının istatistiksel olarak değerlendiren çalışmaların bulunmamasıyla birlikte bizim elde ettiğimiz sonuçlarda Hormon uygulaması (316.23) yapılan grubunun değerleri ve Hormon uygulaması yapılan gebe grubunun(292.72) değerleri , Klomifen sitrat uygulaması yapılan gebe (157.30), Klomifen sitrat uygulaması yapılan kontrol (170.15) ve Klomifen sitrat (225.23)uygulaması yapılan grup değerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.

Kovaks ve arkadaşları, embriyon transfer günündeki endometriyal kalınlığın IVF/ICSI sonuçlarına olan etkisini araştırmışlardır. Bu erekle 1228 IVF/ICSI döngüsüne ilişkin retrospektif inceleme yapmışlardır. Döngülerin üçte biri klomifen sitrat+hMG ile, üçte ikisinin kısa süreli GnRH agonisti ile uyarıldığı belirlenmiştir. Kısa süreli protokol için doğum kontrol ilacının (OCP) menstrüel döngünün 2. gününden başlayarak 3 hafta süresince uygulandığı, alınan son ilaçtan 5 gün sonra 4 gün süresince 0.5 mg buserelin uygulandığı bildirilmiştir. Buserelin uygulamasının ikinci gününde, hCG injeksiyonu başlayana değin günlük gonadotropin uygulamasına başlandığı rapor edilmiştir. Klomifen sitrat grubunda kısa süreli uyarım ile birlikte OCP' ninde 3 hafta

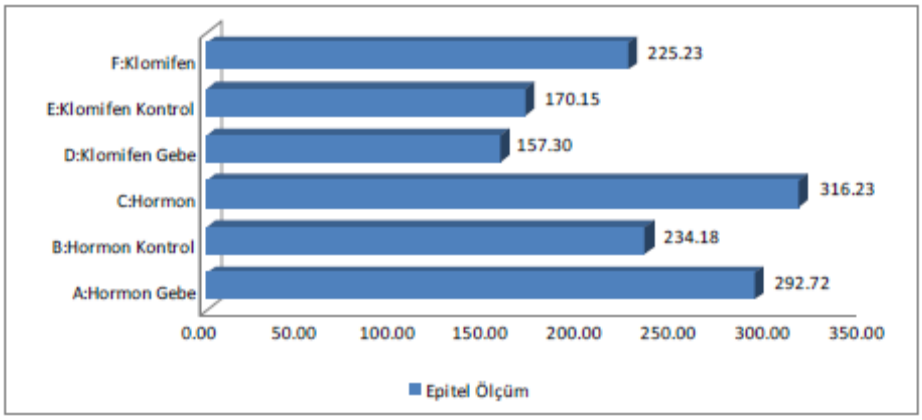
süresince uygulandığı bildirilmiştir. Alınan son doğum kontrol hapından 5 gün sonra, 5 gün süresince günlük 100 mg CC uygulandığı, gonadotropinlerin (rFSH, hMG, hpHMG)1, 3, 5, 7. günlerde uygulandığı rapor edilmiştir. Transvajinal ultrason ile folliküler gelişimin izlendiği, iki follikülün 17 mm çapına geldiği belirlendiğinde kas içi injeksiyonla hCG uygulandığı ve 35 saat sonra transvajinal oosit alındığı, ICSI uygulaması yapılan oositlerin 2-3 gün sonra transfer edildiği bildirilmiştir. Transfer gününde endometrial kalınlığın orta sagittal düzlemden, transvajinal ultrason ile görüntülendiği ve ölçümlerin lümenden miyometriyum sınırına değin yapıldığı rapor edilmiştir. Gebelik oranının CC+gonadotropin uygulanan gruba karşın GnRH agonist+gonadotropin grubunda daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Gebeliğin başarılı olduğu döngülerdeki endometrial kalınlığın oldukça fazla olduğu görülmüştür. 2 ve 3 günlük döngülerdeki endometrial kalınlığın benzer olduğu saptanmıştır. Gebelik riskinin GnRH agonist kısa süreli protokol ile azaldığı belirlenmiştir. Başarılı gebelikle yaş faktörünün negatif ilişkili, embriyon kalitesi ve transfer edilen embriyon sayısının ise pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Endometriyum kalınlığı 10 mm' ye ulaştığında başarılı gebelikler elde edildiği, kalınlık değerinin GnRH agonist kısa süreli protokolü ya da CC+gonadotropin uyarımında ve anormal seyirli gebelikte de eşdeş olduğu gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, IVF sürecinde gebeliğin başarılı olmasında follikül gelişimi kadar önemli rolü olan endometrial kalınlığa da dikkat edilmesi gerektiği bildirilmiştir. [10]

Bizim çalışmada uterus kalınlığı değerleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte değerlerin Hormon uygulaması (1134.83) yapılan grubun Klomifen sitrat (743.33) uygulanması yapılan grubtan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ama gebe grublarında hormon uygulanmış olan grubun ölçüleri (556.52) klomifen sitrat uygulanmış grubun kalınlık ölçümlerinden (564.42) daha az olduğu görüldü.

Ayrıca gebe grublarının ölçüleri (klomifen gebe 875.25, hormon gebe 896.82) endometriyum değerlendirildiği zaman klomifen sitrat (1069.97) ve hormon (1648.33) ugulanmış grubun değerlerinden daha az olduğu görülmüştür. Hemçinin de tüm uterus kalınlığı değerlendirildiği zaman gebe grublarının ölçüleri (klomifen gebe 564.42, hormon gebe 556.52), sadece hormon (1134.83) vesadece klomifen sitrat (743.33) uygulanmış grubların değerlerinden daha az olduğu görülmüştür. Ama epitel ölçümlerinin gebe grublarının değerlendirilmesinde farklılık görüldü, hormon gebe grubun değerleri (292.72)klomifen sitrat uygulanmış gebe grubun değerlerinden 157.30 ve klomifen sitrat uygulanmış grubun değerlerinden (225.23) daha böyük olduğu görülmüştür. Sonuç olarak tüm gruplarda epitel, endometriyum ve tüm uterus kalınlık ölçümlerin yapilmasi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) epitel kalınlığının değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkmıştır. Hormon uygulaması yapılan grubunun değerleri, Klomifen sitrat uygulaması yapılan gebe, Klomifen sitrat uygulaması yapılan kontrol ve Klomifen sitrat uygulaması yapılan grup değerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. İstatisksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p>0,05$) endometriyum ve tüm uterus katman kalınlığının ölçümleri yapıldığı zaman hormon uygulanmış grubun değerleri en yüksek olduğu görülmüştür.



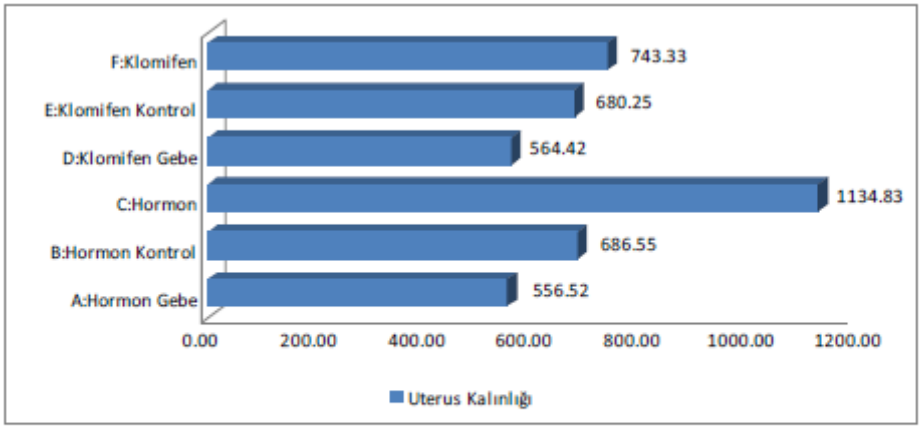
Grafik 1: Hormon ve klomifen sitrat uygulaması yapılan gruplar arası endometriyum kalınlık ölçümleri



Grafik 2: Hormon ve klomifen sitrat uygulaması yapılan gruplar arası epitel kalınlık ölçümleri

Tablo 2: Hormon ve klomifen sitrat uygulaması yapılan gruplar arası epitel kalınlık ölçümleri

		Grup_1						Kruskal Wallis H Test			İkili Karşılaştırma
		N	Ortalama	Medyan	Min	Max	Ss	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	p	
Epitel	A:Hormon Gebe	6	292,72	137,65	102,70	1054,20	374,79	13,17	13,748	0,017	C-D C-E C-F
	B:Hormon Kontrol	6	234,18	228,75	209,80	268,50	25,60	26,00			
	C:Hormon	6	316,23	237,15	135,60	727,10	212,65	25,67			
	D:Klomifen Gebe	6	157,30	176,05	96,80	200,00	46,25	10,50			
	E:Klomifen Kontrol	6	170,15	176,60	93,20	211,10	41,59	12,67			
	F:Klomifen	6	225,23	219,75	149,20	310,90	56,07	23,00			



Grafik 3: Hormon ve klomifen sitrat uygulaması yapılan gruplar arası uterus kalınlık ölçümleri

Tablo 3: Hormon ve klomifen sitrat uygulaması yapılan gruplar arası uterus kalınlık ölçümleri

		Grup_1						Kruskal Wallis H Test		
		N	Ortalama	Medyan	Min	Max	Ss	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	p
Uterus kalınlığı	A:Hormon Gebe	6	556,52	555,20	138,50	955,00	259,93	11,67	7,231	0,204
	B:Hormon Kontrol	6	686,55	691,70	545,80	814,60	99,90	18,33		
	C:Hormon	6	1134,83	799,55	98,00	3464,00	1177,49	24,83		
	D:Klomifen Gebe	6	564,42	619,85	298,50	777,20	216,62	14,50		
	E:Klomifen Kontrol	6	680,25	689,35	564,30	765,70	80,93	17,67		
	F:Klomifen	6	743,33	754,60	627,20	853,40	82,88	24,00		

REFERANS

1.Vicdan K., Işık A.Z. İn Vitro Fertilizasyon ve Mikromanipulasyon Uygulamalarında Labaratuar. 1. Baskı. Ankara. Çağdaş Medikal Kitabevi; 1999

2.Balen A. Ovulation induction // Obstet. Gynaecol. Reprod. Med., 2004, v.14 (4), p.261-8

3.Çelik Ö., editör. Yardımcı Üreme Teknikleri Temel Klinik ve Embriyolojik Uygulamalar. Adana: Nobel Kitabevleri; 2011.

4. Akyürek N., Çelik C., Haberal A. Ovulasyon Fizyolojisi ve Ovulasyon İndüksiyonu. 2 Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2008.

5.Oğuz S. Kayaalp. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 12 Baskı. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2009.

6.Peinado J.A., Molina I., Pla M. et al Recombinant-human luteinizing hormone (r-hLH) as ovulatory stimulus in superovulated does //J Assist Reprod Genet., 1995, v.12(1), p.61-4.

7.Çelik Ö. editör. Yardımcı Üreme Teknikleri Temel Klinik ve Embriyolojik Uygulamalar. Adana: Nobel Kitabevleri; 2011.

8. Hesham Al-Inany M.D., Hamdy Azab, M.D., Waleed El-Khayat, M.D. et al The effectiveness of clomiphene citrate in LH surge suppression in women undergoing IUI: a randomized controlled trial // Fertility and Sterility, 2010, v.94, Issue 6, p.2167-2171

9.Jason G. Bromer, M.D., Tamir S. et al Defining the proliferative phase endometrial defect // Fertility and Sterility, 2009, v.91, Issue 3, p. 698-704

10.Kovacs P., Matyas Sz., Boda K., Kaali S.G. The effect of endometrial thickness on IVF/ICSI outcome // Human Reproduction, 2003,v.18, No.11 p. 2337±2341

Summary

Statistical research aimed at studying the thikness of uterus wall, endometrium and epithelium after clomiphen citrate and gonadotropins therapy using in ovulation induction

M.M.Baghirzade

Infertility is the inability of couples to become pregnant in spite of unprotected regular sexual intercourse during a year. The 10-15% of healthy couples in society have the infertility problem. The most common cause of infertility in women, in about 40% is caused by ovulation disorder. In the treatment of infertility related to ovulation disorder some drugs are used in order to ensure ovulation induction. Clomiphen citrate and gonadotropins are most usefull drugs. Based on literature we have an information that drugs were used for ovulation induction make a various effect on the thikness of uterus endometrium. The aim of our study is measured and statistically compared thikness of uterine wall, endometrium and epithelium of uterus, after ovulation induction by clomiphen citrate and gonadotropins. The highest values of endometrium thickness were observed in hormone treated group, while the lowest values were observed in clomiphen treated group. The thikness of epithelium was high in hormone treated group, in compare with clomiphen citrate and clomiphen citrate treated prengnant group. The highest thikness of uterus wall also were determine in group treated by hormone therapy.

Резюме

Статистическое исследование, нацеленное на изучение толщины стенки матки, эндометрия и эпителия после лечения кломифенцитратом и гонадотропинами, использованными при индукции овуляции

М.М.Багирзаде

Бесплодие - неспособность пар забеременеть несмотря на незащищенный регулярный половой акт в течение года. У 10-15 % здоровых пар в обществе есть проблема бесплодия. Наиболее распространенная причина бесплодия у женщин приблизительно в 40 % вызвана нарушением овуляции. В лечении бесплодия, связанного с нарушением овуляции используют ускоряющие лекарства, для гарантии индукции овуляции. Кломифенцитрат и гонадотропины – наиболее часто используемые лекарства. Основанная на литературе у нас есть информация, что лекарства использовались для индукции овуляции, оказывают различный результат на толщину эндометрия матки. Цель нашего изучения - измерение и

статистическое сравнение толщины стенки матки, обработанной и эпителия матки, после индукции овуляции кломифенцитратом и гонадотропинами. Самые высокие значения толщины эндометрия матки наблюдались в группе леченной гормонами, в то время как самые низкие значения наблюдались в группе леченной кломифеном. Толщина эпителия была больше в группе леченной гормонами, по сравнению с группой, леченной кломифенцитратом, и группой беременных, леченных кломифенцитратом. Повышенная толщина стенки матки также выявлялась в группе, леченной гормонами.

Daxil olub:21.01.2013

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ РАКОМ ПИЩЕВОДА В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

А.Р.Абдурагимов
Национальный Центр Онкологии, г. Баку

Açar sözlər: yəzm borusu, xərçəngi, xəstəlik, ölüm
Ключевые слова: рак пищевода, заболеваемость, смертность
Key words: esophageal cancer, incidence, mortality

Высокая частота злокачественных опухолей и рост заболеваемости и смертности от них, несмотря на весьма интенсивные исследования в этой области, ставит данное заболевание в ряд заболеваний особого социального значения [1,2,4].

Анализ заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей по материалам многих стран, показывают наличие территориальных особенностей в интенсивности распределения различных форм.

Для изучения причин, влияющих на заболеваемость злокачественными опухолями, большое значение имеет анализ территориальных особенностей их распространения.

Заболеваемость раком пищевода относится к той нозологической форме злокачественных новообразований, для которых характерны резкие различия в интенсивности распространения во всех странах мира. По данным [3] изучение показателей заболеваемости раком пищевода свидетельствует о возможном существовании «своеобразного пояса высокой частоты» данной нозологии, протянувшегося от Франции до Северного Китая. В данный «пояс» попадают и регионы, расположенные в южном побережье Каспийского моря.

Южный регион Азербайджана (Ленкоранский экономический регион) один из 10 экономических районов республики, включает в себя 6 административно-территориальных районов: Астара, Ленкорань, Лерик, Ярдымлы, Масаллы, Джалилабад. Площадь территории составляет 6,07 тыс.км^2 (7% территории республики) с общим количеством населения свыше 800 тыс. (49,9% мужчины и 50,1% женщины), что составляет 9,3% населения республики. Плотность населения достаточно высока и составляет 139 чел. на 1 км^2 (общереспубликанский показатель – 105 на км^2).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение уровня заболеваемости и смертности раком пищевода в Ленкоранском экономическом регионе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Основой проведения настоящего исследования послужили данные статистической отчетности №7 за 2011 год. Управление информации и статистики МЗ республики. Количественную оценку состояния здоровья проводили на основании расчета нижеследующих показателей: экстенсивный показатель (в %), показатели интенсивности, пораженности, общий показатель смертности (на ‰$_{000}$ населения), коэффициент летальности и 5-летняя выживаемость (в %). Расчет статистических показателей проводили согласно руководству, предложенному ВОЗ [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в регионе рак пищевода занимает 4-7 места, экстенсивный показатель которого составляет 6,8% (Рис.1).

Расчет показателя интенсивности выявил довольно большой разброс. Так, наиболее высокий уровень отмечен в Ленкоранском районе (8,4‰$_{000}$), а наиболее низкий – в Астаринском (1,0‰$_{000}$). Величина общерегионального показателя составила 4,7‰$_{000}$. Следует отметить, что среди лиц мужского пола данная нозологическая форма заболеваемости встречается в 1,7 раза чаще, чем среди лиц женского пола (5,9‰$_{000}$ против 3,5‰$_{000}$ соответственно).

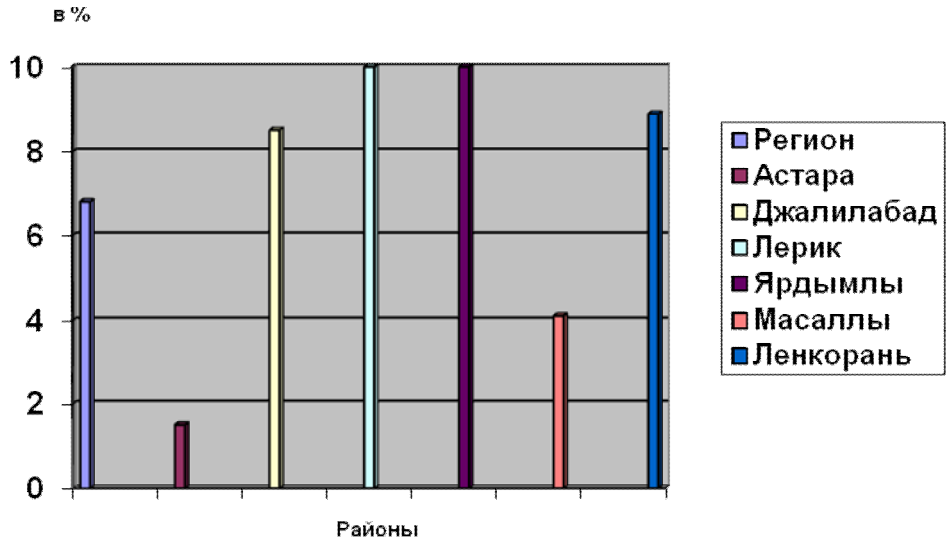


Рис. 1. Экстенсивный показатель заболеваемости раком пищевода в Ленкоранском экономическом регионе

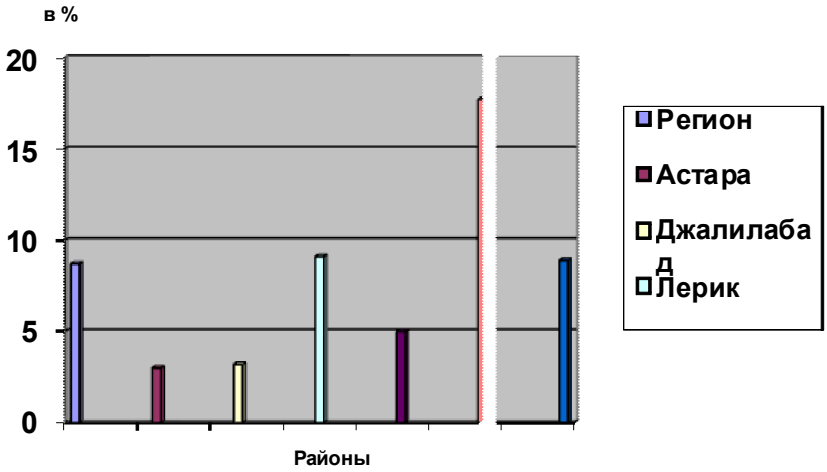


Рис. 2. Показатель пораженности раком пищевода в Ленкоранском экономическом регионе

Таблица 1

Показатели смертности в Ленкоранском экономическом регионе

Регион	Показатель смертности	
	Общий коэффициент смертности в $\%_{000}$	Летальность в $\%_{000}$
Региональный показатель	2,2	32,5
Астара	1,0	90,0
Джалилабад	0,5	25,0
Лерик	7,8	50,0
Ярдымлы	5,0	90,0
Масаллы	0,9	14,3
Ленкорань	3,7	38,9

С целью определения частоты возникновения заболеваемости раком пищевода в изучаемом регионе был рассчитан показатель пораженности (Рис. 2).

Как видно из графика 2, наиболее высокий уровень показателя пораженности отмечен в Масаллинском районе, величина которого составила 17,7$\%_{000}$. Наиболее низкие уровни показателя пораженности отмечены в

Астаринском и Джалилабадском районах (3,0‰ и 3,2‰ соответственно).

Общий коэффициент смертности и летальность представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1 высокие уровни показателя смертности отмечены в Лерикском, Ярдымлинском и Ленкоранском районах, превышающие общерегиональный показатель в 3,5; 2,2 и 1,7 раза соответственно.

Анализ данных по 5-летней выживаемости больных раком пищевода выявил относительно низкий его уровень . Так, наиболее низкий уровень был отмечен в Масаллинском районе (8,3%), в то время как в Астаринском и Ярдымлинском районах сравнительно высокие (33,3%). Величина общерегионального показателя 5-летней выживаемости составила 16,2%. Следует отметить, что из общего количества больных, состоящих на учете в регионе свыше 5-ти лет, рак пищевода составил всего 2,3%.

Выводы: 1.В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак пищевода составляет 6,8% (4-7 ранговое место), а показатель заболеваемости – 4,7‰. 2.Высокий уровень пораженности раком пищевода отмечен в Масаллинском районе (17,7‰) при величине общерегионального – 8,7‰. 3.Общий коэффициент смертности составляет 2,2‰ при величине летальности 32,5‰. 4.Величина 5-летней выживаемости достаточно широка и составляет 16,2%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cunningham D., Starling N., Rao S. Capecitabine and oxaliplatin for advanced esophagogastric cancer.// N.Engl.J.Med., 2008, v.358, p.36-46

2. Crehange G., Maingon P., Peignaux K. Phase III trial of protracted compared with split-course chemoradiation for esophageal carcinoma: FFCD 9102 // J. Clin.Oncol., 2007, v.25, p.4895-4901

3. Day N.E. Precursor lesions of eosophageal cancer in high-risk populations in Iran and China Rancet., 1985, v.1, p.876-897.

4. Greenle R., Murray T., Bolden S. Cancer statistics // J. Clin., 2007, v.50, p.7-33

Xülasə

Azərbaycan respublikasının cənub regionunda həzm borusu xərçənginin xəstələnmə və ölüm dərəcəsi

A.R.Əbürrəhimov

Azərbaycan Respublikasının cənub regionunda həzm borusu xərçənginin yayılma dərəcəsi öyrənilmişdir. Ayrı- aytrı rayonlar, həm də ümumi region üzrə xəstələnmə və ölüm dərəcəsi müəyyən olunmşdur.

Summary

The incidence and mortality of esophageal cancer in the southern region of azerbaijan

A.R.Abduragimov

Studied the incidence of esophageal cancer in the southern region of Azerbaijan. Established morbidity and mortality in some areas, and in the whole region.

Daxil olub:02.10.2012

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА

Г.Г.Кабулов

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Acar sözlər: uşaqlar, allergik rinit, ətraf mühüt faktorları

Ключевые слова: дети, аллергический ринит, фактоы окружающей среды

Key words: children, allergic rinit, environment factors.

Аллергический ринит одно из наиболее распространенных заболеваний детского возраста. По данным различных исследований, частота АР в детской популяции может достигать более 15%. Обзор научной литературы, включающий в себя результаты исследований осуществленных в последние годы подтверждает, что распространенность АР и его симптомов сохраняет устойчивую тенденцию к росту в различных странах и регионах мира. Ведущую роль в широкой распространенности АР отводят генетическому фактору в виде семейной отягощенности. Например, проведенные датскими учеными исследования показали, что 71% детей с поллинозом имели генетическую предрасположенность к атопии. По мнению J.Contreras et al. (2003), семейная история атопии и высокий уровень IgE в крови при рождении являются основными условиями развития в последующем АР и других атопических заболеваний.

Влияние возраста и пола на распространенность АР обсуждается во многих исследованиях. О существовании возрастных особенностей в распространенности АР свидетельствуют различная частота этого заболевания у младших (6-7 лет) и старших (13-14 лет) школьников. Так, в Испании симптомы АР у

детей 6-7 лет встречались в 37,2%, а у подростков 13-14 лет в 25,3% случаев [1]. В Австрии симптомы АР, встречались у детей 6-8 лет в 13,4%, 12-15 лет в 22,5% случаев [2]. L.Caussade et al. (2006) обнаружили, более высокую распространенность АР у подростков 13-14 лет, чем у 6-7-летних детей [3].

Генетическая предрасположенность к аллергическим реакциям реализуется при воздействии факторов внешней среды. Согласно результатам многочисленных исследований, спектр внешнесредовых факторов риска АР довольно обширен. Последние исследования, проведенные в Турции показали, что к независимым факторам риска АР у детей относятся: частые ОРЗ, использование антибиотиков на первом году жизни, наличие кошки в квартире, сырость в доме и частое использование леденцов [4]. В Дании основными факторами риска развития АР являются повышенная чувствительность к аэроаллергенам, бронхиальная гиперреактивность и атопический дерматит [5]. В работе J.Biagini et al. (2006) сделан акцент на воздействии пассивного курения, способном спровоцировать развитие АР у детей в возрасте до 1 года. Наличие в семье старших детей наоборот, снижало вероятность формирования этого заболевания. Исследования проведенные в Чили обнаружили, что симптомы АР чаще встречались у школьников с низким социально-экономическим уровнем, в то время как диагноз АР преобладал у детей с более высоким социально-экономическим статусом. Высшее образование у матери было тесно связано с симптомами АР у детей, в то время как у детей образованных отцов, чаще регистрировался диагноз АР. Распространенность симптомов АР оказалась выше у детей, проживающих в домах с коврами; диагноз АР превалировал в домах с курильщиками и газовым отоплением [3].

В формировании АР непосредственно участвуют бытовые, пыльцевые, грибковые и пищевые аллергены. При этом бытовые аллергены одна из частых причин заболевания. Итоги 12-летнего исследования (1992-2003), осуществленного в Северной Италии выявили значительную тенденцию роста числа детей с аллергией на клещи и домашних животных [6]. Согласно результатам другой работы, выполненной в условиях тропического климата (Сингапур), у 97% детей с АР была выявлена сенсибилизация к аллергенам клещей. Около 20% из них были сенсибилизированы к аллергенам домашних животных [7]. Последующий анализ, результаты которого включали данные нескольких исследований, проведенных в этой же стране показал, что 98% детей с АР были сенсибилизированы к аллергенам различных видов клещей, причем у 85% из которых причинно-значимыми оказались аллергены Dermatophagoides pteronyssinus и Dermatophagoides farinae. Интересны результаты исследования, проведенного в Эквадоре. В этой горной стране изучен спектр сенсибилизации к аллергенам клещей различных видов, у пациентов с АР, проживающих на различных высотах (на уровне моря, на высоте 2500 м и 2800 м выше уровня моря). Наибольшая чувствительность к аллергенам клещей была обнаружена у пациентов, проживающих на высоте 2500м над уровнем моря. Положительные реакции прик-тестов на аллергены Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae выявились соответственно у 60,9%, 56,8% пациентов, проживающих на этой высоте [8]. В Швеции было показано, что повышение чувствительности детей к аллергенам перхоти лошади является существенным факторам риска АР [9].

Пыльцевые аллергены, включающие в себя пыльцу трех основных групп растений (деревьев, злаковых и сорных трав), нередко являются причиной развития АР. В Ширазе (Иран) кожное тестирование 212 пациентов с АР показало, что к пыльце растений было сенсибилизировано 92,4%, клещам 22,7% к грибам 8,3% обследованных. Из чувствительных к пыльце – 75,4% оказались сенсибилизированы к сорнякам, 63,9% к злаковым травам, а 55,7% пациентов к деревьям [10]. Пыльца Ambrosia elatior – наиболее частая причина сезонного АР в г. Сплит (Хорватия). Выполненные в этом городе исследования показали, что 46,7% пациентов с АР были чувствительны к пыльце этой сорной травы [11]. В Японии чаще всего дети страдают от аллергенов пыльцы японского кедра, причем, у большинства из них, сенсибилизация к этому аллергену происходит уже в дошкольном возрасте [12]. В Греции 25% детей, страдающих АЗ дыхательных путей сенсибилизированы к аллергенам пыльцы растений. Согласно P.Papageorgiou et al., в этой стране клинически значимой являются пыльца оливы (Olea europea) и постенницы (Parietaria species), концентрации которых при благоприятных погодных

условиях способствуют развитию АР. Немаловажное значение, при изучении воздействия пыльцы растений на организм детей-атопиков, отводят времени года, поскольку в зависимости от региона проживания и его климато-географических характеристик, концентрация пыльцевых аллергенов во внешней среде может значительно варьировать. Например, в Хорватии, пик концентрации в атмосфере основного регионального виновника поллиноза – пыльцы амброзии отмечается в сентябре [13]. Наиболее важные растения, продуцирующие аллергенную пыльцу в Испании – кипарис (цветет с января по март), платан испанский и береза (март-апрель), оливковое дерево (апрель-июнь), постенница (апрель-июль), марь белая (июль-сентябрь) [14]. Период цветения аллергенных растений может иметь и другое прикладное значение. Исходя из того, что амброзия полыннолистная и полынь обыкновенная цветут в одно и тоже время, итальянскими учеными была поставлена цель – определить взаимодействие этих пыльцевых аллергенов в сенсибилизации детей с симптомами аллергии (методом кожного тестирования). Оказалось, что 93% пациентов сенсибилизацией к полыни были одновременно гиперчувствительными к аллергенам амброзии, тогда как, у 62% детей сенсибилизированных к амброзии не было выявлено чувствительности к пыльце полыни [15]. Результаты этого, интересного с нашей точки зрения эксперимента, могут оказаться полезными при проведении специфической иммунотерапии у детей с пыльцевой аллергией.

Развитие и обострение симптомов АР может быть связано с воздействием на организм ребенка с атопической конституцией аллергенов грибов. Ученые из Массачусетс (США) показали, что высокие концентрации грибов Alternaria, Aspergillus и Aureobasidium в домах у детей с предрасположенностью к атопии способствуют формированию у них АР [16]. Для грибов характерны сезонные колебания их концентрации как внутри, так и вне помещений, что имеет важное практическое значение. В Испании, при изучении скопления споров грибов Alternaria, Aspergillus, Cladosporium и Penicillium внутри жилых помещений было показано, что наибольшее количество споров Aspergillus, Cladosporium и Penicillium обнаруживается осенью, в то время как, грибы рода Alternaria в домах преобладали летом. Зимой во внешней среде превалировали грибы рода Penicillium, а летом грибы Aspergillus. Грибы родов Cladosporium Penicillium встречались круглогодично как внутри, так и вне жилых помещений [17]. В атмосфере Кувейта преобладают споры Aspergillus fumigatus, тогда как основной компонент аэроаллергенов в жилых помещениях является разновидности Cladosporium [18]. Шведские ученые сообщают, что симптомы АР статистически с высокой достоверностью проявляются летом, когда во внешней среде наблюдается пиковая концентрации спор Alternaria [19].

Взаимосвязь между АР и сенсибилизации к пищевым продуктам – актуальная тема современных исследовательских работ. Патофизиологические механизмы этой ассоциации до конца не выяснены. Известно, что существует перекрестная аллергия между отдельными пищевыми продуктами и пыльцой причиннозначимых растений. При этом наряду с периоральной аллергической реакцией возможно развитие серьезной анафилактической реакции. Например, у детей с поллинозами при сенсибилизации к пыльце полыни описаны аллергические реакции к сельдерей, пряностям, горчице, персику, банану. На развитие такой аллергии, по мнению M.Egger et al. (2006), оказывают влияние регион проживания, особенности диеты и обработки пищевых продуктов.

Обсуждается роль вскармливания в развитии АР у детей. I.Kull et al. (2002), при обследовании 4089 детей в возрасте до 2-х лет в Стокгольме обнаружили, что у получающих грудное молоко в течение 4 месяцев, реже наблюдаются симптомы АР. На основании этой работы, шведские ученые предположили профилактическую роль грудного вскармливания в предупреждении респираторных аллергозов у детей.

Неравномерность, с которой АЗ и том числе АР встречается в разных регионах земного шара, в немалой степени связана с различием климато-географических условий и своеобразием воздействия средовых факторов. В 1992-1996 гг. был проведен анализ исследовательских работ, выполненных в 57 научных центрах 12 стран Западной Европы с целью выявления влияния климатических условий (средние колебания температуры внешней среды, относительная влажность, высота над уровнем моря) на распространенность АЗ у детей. Аналогичные результаты были получены при проведении подобного исследования в различных

климатических регионах Италии. Однако имеются работы, указывающие на роль климатических факторов в формировании и обострении симптомов АР. Анализируя влияние климатических факторов (температура воздуха, относительная влажность, дожди, длительность светового дня, скорость ветра) на концентрацию 16 видов пыльцы во внешней среде, греческие ученые пришли к выводу, что имеется достоверная связь высокой концентрации пыльцы растений во внешней среды со средней температурой воздуха и продолжительностью светового дня [20]. В Братиславе высокие концентрации пыльцевых зерен в атмосфере ассоциировались со средней температурой и относительной влажностью воздуха [21]. В Бразилии, изучено влияние резких изменений температуры на течение АР. Итоги обследования показали, что воздействие на слизистую полости носа перепадов внешней температуры, способно спровоцировать обострение АР, даже при отсутствии причинно-значимых аллергенов [22].

Существенную роль в развитии АР играет состояние окружающей среды. По данным датских ученых, экологические факторы в 29% случаев повинны в реализации риноконъюнктивита в детской популяции. Так как верхние дыхательные пути непосредственно контактируют с атмосферным воздухом, то факторы его загрязнения рассматриваются как причина обострений АР. Именно поэтому в регионах с загрязнением внешней среды выхлопными газами автомобильного транспорта и промышленных предприятий нередко отмечаются высокие показатели распространенности АР. Частую заболеваемость АР связывают с воздействием на дыхательный тракт промышленных выбросов, выхлопных газов транспорта, содержащих оксиды азота, оксид углерода, диоксид серы, соли тяжелых металлов, радионуклиды и другие токсические вещества [23]. Исследование проведенное в двух различных районах Италии показало, что АР встречался чаще в регионе с более высоким содержанием диоксида азота [24].

Проведённые нами исследования показали, что около 7% детей в различных регионах Азербайджана страдают аллергическим ринитом. При этом, АР значительно реже встречается в условиях экологически благоприятного горного региона ($p<0,001$), где превалирует сенсибилизация к пыльце лещины, граба, аллергенам Aspergillus fumigatus, орехам и меду. В условиях промышленного города, расположенного в полупустынном климатическом поясе у детей с АР преобладает сенсибилизация к аллергенам ежи, подсолнечника, Cladosporium herbarum, коровьему молоку и куриному яйцу, а в сельской полупустыне – к большинству злаковых и сорных трав, аллергенам Candida albicans. В субтропиках частая причина развития АР – пыльца амброзии, бука, грибы Epicoccum purpurascen, Alternaria tenuis и Phoma betae.

Таким образом, исследования проведенные в разных странах и регионах выявляют высокую распространенность АР и значительную вариабельность показателей не только между странами, но и внутри них. Это дает уникальную возможность объективной оценки изменчивости между разными центрами, изучения роли как генетических, так и факторов окружающей среды, определяющих распространенность этой патологии в мире.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lopez-Silvarrey Varela A., Gonzalez Barcala F., Paz Esquete J. Prevalence of asthma and rhinitis symptoms in a Coruna (Spain) // An. Pediatr. (Barc.), 2007, v.66(2), p.146-153
2. Eder W., Gamper A., Oberfeld G. Prevalence and severity of bronchial asthma, allergic rhinitis and atopic dermatitis in Salzburg school children // Wien Klin. Wochenschr., 1998, v.110(19), p.669-477
3. Caussade L., Valdivia C., Navarro M. et al. Risk factors and prevalence of allergic rhinitis among Chilean children // Rev. Med. Chil., 2006, v.134(4), p.456-464
4. Tamay Z., Akcay A., Ones U. et al. Prevalence and risk factors for allergic rhinitis in primary school children // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol., 2007, v.71(3), p.463-471
5. Hakansson K., Thomsen S., Ulrik C. et al. Increase in the prevalence of rhinitis among Danish children from 1986 to 2001 // Pediatr. Allergy Immunol., 2007, v.8(2), p.154-159
6. Ridolo E., Albertini R., Giordano D. et al. Airborne pollen concentrations and the incidence of allergic asthma and rhinoconjunctivitis in northern Italy from 1992 to 2003 // Int. Arch. Allergy Immunol., 2007, v.142(2), p.151-147
7. Kidon M., See Y., Goh A. Aeroallergen sensitization in pediatric allergic rhinitis in Singapore: is air-conditioning a factor in the tropics? // Pediatr. Allergy Immunol., 2004, v.15(4), p.340-343
8. Valdivieso R, Iraola V, Estupinan M. Sensitization and exposure to house dust and storage mites in high-altitude areas of ecuador // Ann. Allergy Asthma Immunol., 2006, v.97(4), p.532-538
9. Ronmark E., Perzanowski M., Platts-Mills T. et al. Different sensitization profile for asthma, rhinitis,

and eczema among 7-8-year-old children: report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden studie // Pediatr. Allergy Immunol., 2003, v.14(2), p.91-99

10. Kashef S., Kashef M., Eghtedari F. et al. Prevalence of aeroallergens in allergic rhinitis in shiraz // Iran J. Allergy Asthma Immunol., 2003, v.2(4), p.185-188
11. Cvitanovic S., Znaor L., Kanceljak-Macan B. et al. Allergic rhinitis and asthma in southern Croatia impact of sensitization to Ambrosia elatior // Croat. Med. J., 2007, v.48(1), p.68-75
12. Hashiguchi K., Tang H., Fujita T. et al. Preliminary Study on Japanese Cedar Pollinosis in an Artificial Exposure Chamber (OHIO Chamber) //Allergol., Int., 2007, v.56(2), p.125-130
13. Stefanic E., Kovacevic V., Lazanin Z. et al. Airborne ragweed pollen con-centration in north-eastern Croatia and its relationship with meteorological parameters // Ann. Agric. Environ. Med., 2005, v.12(1), p.75-79
14. Subiza Garrido-Lestache J. Allergenic pollens in Spain //Allergol. Immunopathol. (Madr.), 2004, v.32(3), p.121-124
15. Asero R., Wopfner N., Gruber P. et al. Artemisia and Ambrosia hypersensitivity: co-sensitization or co-recognition? // Clin. Exp. Allergy, 2006, v.36(5), p.658-665
16. Stark P., Celedon J., Chew G. et al. Fungal levels in the home and allergic rhinitis by 5 years of age // Environ. Health Perspect., 2005, v.113(10), p.1405-1409
17. de Ana S., Torres-Rodriguez J., Ramirez E. et al. Seasonal distribution of Alternaria, Aspergillus, Cladosporium and Penicillium species isolated in homes of fungal allergic patients // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol., 2006, v.16(6), p.357-63
18. Khan Z., Khan M., Chandy R. et al. Aspergillus and other moulds in the air of Kuwait // Mycopathologia, 1999, v.146(1), p.25-32
19. Andersson M., Downs S., Mitakakis T. Natural exposure to Alternaria spores induces allergic rhinitis symptoms in sensitized children // Pediatr. Allergy Immunol., 2003, v.14(2), p.100-105
20. Gioulekas D, Balafoutis C, Damialis. Fifteen years' record of airborne allergenic pollen and meteorological parameters in Thessaloniki, Greece//Int. J. Biometeorol., 2004, v.48(3), p.128-136
21. Bartkova-Scevkova J. The influence of temperature, relative humidity and rainfall on the occurrence of pollen allergens (Betula, Poaceae, Ambrosia artemisiifolia) in the atmosphere of Bratislava (Slovakia) // Int. J. Biometeorol., 2003, v.48(1), p.1-5
22. Graudenz G., Landgraf R., Jancar S. et al. The role of allergic rhinitis in nasal responses to sudden temperature changes // J. Allergy Clin. Immunol., 2006, v.118(5), p.1126-1132
23. Hwang B., Jaakkola J., Lee Y. et al. Relation between air pollution and allergic rhinitis in Taiwanese schoolchildren // Respir. Res., 2006, v.9, p.7-23
24. de Marco R., Poli A., Ferrari M. et al. ISAYA study group. Italian Study on Asthma in Young Adults. The impact of climate and traffic-related NO_2 on the prevalence of asthma and allergic rhinitis in Italy // Clin. Exp. Allergy, 2002, v.32(10), p.1391-1393

Xülasə

Dünyanın müxtəlif ölkələrində uşaqlarda allergic rinitin yayilma dərəcəsinə təsir göstərən faktorlar

H.H.Qabulov

Məqalədə dünyanın müxtəlif ölkələrində, o cümlədəndə Azərbaycanda uşaqlar arasında allerqik rinitin yaylmasinda ətraf mühit faktorlarını tədqiq edən çoxsaylı elmi araşdırmaların nəticələri təhlil olunur.

Summary

Factors influencing prevalence of allergic rhinitis in children in different countries

G.G.Kabulov

The paper analyzes the results of numerous studies conducted in various countries, including Azerbaijan, on the effects of multiple environmental factors on the prevalence of allergic rhinitis in children.

Daxil olub:29.11.2012

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНО-БРАЧНОГО СТАТУСА И ЧАСТОТЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ ЖЕНЩИН НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

М.А. Гамзаев

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

Açar sözlər: ailə-nikah statusu, ailə planlaşdırılması

Ключевые слова: семейно-брачный статус, семья, планирование семьи

Key words: the plan of the family, the reproductive request.

Повышение воспроизводства населения и в целом улучшение демографической ситуации во многом связано с характером планирования семьи. Суммируя мнения разных специалистов понятие планирования семьи можно охарактеризовать следующим образом – это виды деятельности, которые помогают отдельным лицам и супружеским парам достичь определенных репродуктивных результатов: предотвратить нежелательную беременность, родить желанных детей, регулировать перерывы между беремен-ностями, контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей и иных факторов, определять количество детей в семье. Это понятие

включает в себя информацию о путях достижения этих целей, обеспечение осознанного выбора, возможность воспользоваться всем спектром безопасных и эффективных методов контрацепции. Планирование семьи может включать в себя целый ряд мероприятий, начиная с планирования рождения детей и лечения бесплодия, заканчивая половым воспитанием, консультированием по вопросам семейной жизни, включая медико-генетическое консультирование [5,10,13,15].

Для обеспечения простого воспроизведения населения, то есть возмещения численности поколения родителей численностью поколения детей, уровень суммарного показателя рождаемости при современном уровне смертности должен составлять в среднем 2,2 ребенка [8, 11].

Вследствие неблагоприятных изменений в рождаемости на микроуровне не удовлетворяется потребность в детях, на макроуровне происходит деформация возрастного состава населения, уменьшение его демографического и трудового потенциала. Последствие кризисного состояния детородной активности населения будут ощутимы на протяжении жизни многих поколений на уровне не только семьи, а и всего общества. Волнообразная динамика численности населения и возрастных контингентов может превратиться в будущем в ощутимую преграду при налаживании постоянного развития страны [3,6,17,20].

Обобщенные данные разных авторов по намерениям женщин еще не имевших детей, показывает, что 10-15% женщин не планируют иметь детей, 27-33% женщин хотят иметь лишь одного ребенка, 32-35% - двух детей, остальные женщины не определились в своих намерениях. Показательно, что среди тех женщин, у которых уже есть один ребенок, не планируют иметь их больше 45-50% женщин, а среди тех, у кого двое детей нет планов родить еще одного – более 90% женщин. Нежелание иметь следующего ребенка резко увеличивается с возрастом женщины. Уже в 20-24 года 30% женщин не планируют рождение следующего ребенка, а в возрасте 25-29 лет эта часть увеличивается до 50%. Планирование семьи оказывает прямое воздействие на демографические процессы [5,7,9].

Фактически во всех современных индустриальных странах прирост населения отрицательный (ниже 0,7%) при сохранении высокого уровня продолжительности жизни, которая достигла к 1970 г. примерно одинакового уровня у женщин – 77-82 лет [19].

На эффективность планирования семьи влияет множество факторов – здоровье матери, ее социальный статус, уровень образования, культуры и медицинской информированности, вероисповедание, этнические особенности, уровень развития служб репродуктивного обслуживания и доверие к ним женщин, распространенность средств контрацепции и прочее. Т.е. все эти факторы управляемые и при соответствующем воздействии на них можно повысить эффективность планирования семьи [12,14,18].

Одним из ключевых факторов признаются семейно-брачный статус женщин и их репродуктивная обращаемость, результатом изучения которых в своеобразных социально-этнических условиях г.Баку посвящена настоящая статья.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. На основании проспективного социологического исследования анализировали 2674 полностью заполненных анкет; методика описана в печати [2]. Согласно ответам в анкетах 641 женщина не вступала в брак, 1353 женщин состояли в браке, 491 женщина расторгнула брак и 146 женщин были вдовыми. В анкетах содержался блок вопросов относительно планирования рождения женщинами детей и фактически рожденных ими детей, а также факторов, влияющих на рождаемость. Другой блок анкет отражал вопросы по частоте, показаниям и причинам репродуктивной обращаемости женщин. Результаты анкетирования анализировали посредством средней арифметической взвешенной и критерия Стьюдента [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Планирование семьи, подразумевающее, прежде всего, рождение ребенка (детей), является ключевым составляющим репродуктивного поведения женщин. Как правило, подобная аксиома стоит перед женщинами, состоящими в браке, или стояла ранее перед разведенными и вдовыми женщинами. Такими были 1990 из 2674 анкетированных женщин, остальные 684 женщины, преимущественно из-за молодого возраста не состояли в браке. Для удобства анализа ответов по данному вопросу мы 1990 женщин разделили на 3 возрастные группы: ранний (до 20 лет) – 207 женщин, средний (20-30 лет) – 844 женщины, поздний (более 30 лет)

– 939 женщин. Анализ полученных ответов представлен в таблице 1.

Средний срок вступления женщин в брак оказался равным 22,3±0,8 лет, рождения первого ребенка – 23,7±1,1 лет, второго ребенка – 25,9±1,4 лет, третьего ребенка – 28,6±2,2 лет. Ко времени проведения настоящего исследования только 12,1±0,7% женщин не имели детей, остальными 1990 женщинами было рождено в общей сложности 3686 детей, или в среднем 1,85±0,5 детей на 1 женщину. Фактическая рождаемость детей заметно отличается, согласно данным таблицы 1, от планируемой. Так, придают довольно важное значение планированию рождения детей 1475 из 1990 женщин (74,1±1,0%). Не планируют рождение детей 241 женщина (12,1±0,7%; t=51,48; P<0,001), 113 женщин были бесплодными (5,7±0,5%; t=7,44; P<0,001) и 161 женщина в ответах на вопросы анкеты была не конкретной (8,1±0,6%; t=3,08; P<0,01). Более всего женщины планируют иметь 2 детей – 39,5±1,1%, еще 19,3±0,9% желают иметь 3 и более детей (t=13,87; P<0,001), а 14,8±0,8% женщин всего одного ребенка (t=4,16; P<0,001). Как видно, наблюдается тенденция к снижению рождаемости детей, причем, согласно данным таблицы, в разных репродуктивных возрастных группах женщин в приведенных показателях имеются выраженные различия. Например, в раннем репродуктивном периоде 24,6±3,0% женщин планируют в будущем иметь 3 и более детей и меньшее их число одного ребенка – 9,2±2,0% (t=4,27; P<0,001). Однако дальнейшая семейная жизнь вносит существенные коррективы в их планы и в среднем репродуктивном возрасте подавляющее число женщин планирует иметь уже 2 детей – 55,6±1,7% (t=8,99; P<0,001). В позднем репродуктивном возрасте женщины планируют иметь разное количество детей примерно в одинаковой пропорции – от 22,0±1,4 до 29,4±1,5% (t=3,61; P<0,001). В целом, 1475 женщин планировали рождения 3149 детей, или 2,13±0,7 детей на 1 женщину, что больше фактически рожденных детей.

Причинами создавшейся ситуации являются то, что во многих семьях планирование рождения одного, чаще двух детей, связано с необходимостью достижения материального благополучия и улучшения жилищно-бытовых условий и, тем самым, обеспечения лучшего развития ребенка, получения им высшего образования. Кроме того, использование средств контрацепции играет важную роль в планировании семьи. Однако ситуация с использованием средств контрацепции весьма неблагополучная, их использовали только 1314 из 2674 анкетированных женщин (49,2±1,0%). Недостаточная медицинская информированность и социально-этнические особенности женщин являются основными причинами низкой распространенности средств контрацепции, ко всему они используются с нарушениями правил и не на постоянной основе, что повышает частоту нежеланной беременности. Так, 534 из 685 случаев абортов пришлись на нежеланную беременность (76,3±1,6%), что негативно отразилось на воспроизводстве населения, т.е. на эффективности планирования семьи. Еще большее негативное воздействие на планирование семьи оказывает низкая репродуктивная обращаемость женщин, ее частота и характер приведены в таблице 2. Произведенные расчеты показывают, что репродуктивная обращаемость анкетированных женщин довольно низкая. В общей сложности 2674 женщин совершили 4563 визитов в женскую консультацию, или в среднем 1,71±0,3 визитов на 1 женщину. В течение текущего репродуктивного периода среди женщин, состоящих в браке и расторгнувших брак, а также вдовых обращаемость варьировала от 1,97±0,4 до 2,14±0,3 случаев (t=0,25; P>0,05), а среди женщин, не вступавших в брак, она составила всего 0,43±0,2 случаев (t=3,48; P<0,001).

Подытоживая вышеизложенные результаты, можно отметить, что на эффективность планирования семьи серьезное воздействие оказывают семейно-брачный статус женщин, их частота и характер их репродуктивной обращаемости. Наряду с неадекватным контрацептивным поведением женщин, приводящих к высокому уровню абортов по поводу нежеланной беременности, заметно снижают число рожденных детей относительно планируемых. В целом, прослеживается тенденция рождения в семье двух детей, но не редко подобное планирование корректируется необходимостью достижения материального благополучия, карьерного роста, улучшения жилищных условий, обеспечение достойного развития, воспитания и учебы ребенка.

Таблица 1

Характер планирования рождения женщинами разного репродуктивного возраста

Планирование рождения детей	Репродуктивный возраст женщин							
	Ранний		Средний		Поздний		Всего	
	n=207		n=844		n=939		n=1990	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Не планируют	64	30,9±3,2	117	13,9±1,2	60	6,4±0,8	241	12,1±0,7
1 ребенка	19	9,2±2,0	69	8,2±0,9	207	22,0±1,4	295	14,8±0,8
2 детей	41	19,8±2,8	469	55,6±1,7	276	29,4±1,5	786	39,5±1,1
3 и более детей	51	24,6±3,0	78	9,2±1,0	265	28,2±1,5	394	19,8±0,9
Бесплодные	14	6,8±1,8	48	5,7±0,8	51	5,4±0,7	113	5,7±0,5
Не конкретность ответов	18	8,7±2,0	63	7,5±0,9	80	8,5±0,9	161	8,1±0,6
Всего женщин планировавших рождение детей	111	53,6±3,5	616	73,0±1,5	748	79,7±1,3	1475	74,1±1,0
Всего планировалось рождение детей	277		1267		1584		3128	
Число планируемых детей на 1 женщину	2,50±0,8		2,06±0,7		2,12±0,7		2,12±0,5	

Таблица 2

Частота и характер репродуктивной обращаемости женщин

Мотивационные причины обращаемости	Частота мотиваций в зависимости от семейно-брачного статуса женщин					
	Не вступившие в брак (n=684)		Состоящие в браке (n=1353)		Расторгнувшие брак (n=491)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Показания здоровья	124	18,1±1,5	311	23,0±1,1	152	31,0±2,1
Первая беременность	–	–	1172	86,6±0,9	326	66,4±2,1
Отягощенная беременность	–	–	396	29,3±1,2	179	36,5±2,2
Повторная беременность	–	–	346	25,6±1,2	88	17,9±1,7
После родов	–	–	143	10,6±0,8	47	9,6±1,3
Гинекологические показания	84	12,3±1,3	234	17,3±1,0	130	26,5±2,0
Профилактика	187	27,3±1,7	292	21,6±1,1	41	8,4±1,3

Продолжение таблицы 2.

Частота и характер репродуктивной обращаемости женщин

Мотивационные причины обращаемости	Частота мотиваций в зависимости от семейно-брачного статуса женщин			
	Вдовые (n=146)		Всего (n=2674)	
	Абс.	%	Абс.	%
Показания здоровья	48	32,9±3,9	635	23,7±1,0
Первая беременность	104	71,2±3,8	1602	80,5±0,9
Отягощенная беременность	58	39,7±4,1	633	31,8±1,0
Повторная беременность	25	17,1±3,2	459	23,1±0,9
После родов	19	13,0±2,8	209	10,5±0,6
Гинекологические показания	40	27,4±3,4	488	18,2±0,7
Профилактика	17	11,6±2,7	537	20,1±0,8

ЛИТЕРАТУРА

1. Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д. и др. Оценка общественного здоровья: результаты популяционного пилотного исследования // Проф. мед., 2010, №5, с. 53-54
2. Гамзаев М.А. Особенности формирования и характер распространенности артериальной гипертонии среди женщин репродуктивного возраста // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал, 2010, №2, с. 92-95
3. Галкин Р.А. Анализ эффективности региональной модели службы планирования семьи // Реализация программы планирования семьи в условиях реформирования здравоохранения. Сб. науч. тр. Самара, 2008, с. 166-179.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., 1999, с. 486.
5. Денисов А.П., Бабенко А.И., Спинов В.И. Репродуктивные установки женщин и реализация мер национального проекта «Демография» // Здравоохр. Рос. Фед.,2009, №5,с.29-31
6. Журавлева И.В. Новые подходы к развитию сферы общественного здоровья // Соц. мед., 2008, №2, с. 19-23
7. Каткова И.П. Планирование семьи в условиях Российского социально-экономического кризиса. Под ред. М.М.Малышевой. М.:Academia, 2009, с.470.
8. Кулаков В.И., Фролова О.Г. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // Народонаселение, 2004, №3, с. 60-66
9. Пересада О.А. Репродуктивное здоровье женщин. М., 2009, с. 680
10. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М., 2008, с.305
11. Решетников А.В., Ефименко С.А. Социология пациента. М., 2008, с. 386
12. Филиппова Ф.Ю., Лашкина А.А., Алексеев О.Г. Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья в современном мегаполисе // Проф. заболеваний и укрепл. здоровья, 2008, №3, с. 11-14
13. Bobak M., Hynek P., Rose R., Hertzman C., Marmot M. Socioeconomic factors, material inequslities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries // Social Science and Medicine, 2006, v.53, p. 1343-1350
14. David P. Women and Infant Health Project. Geneva, 2008, p. 88
15. Donati S. Family planning KAP survey // Soc. Sci. Med., 2000, v.50, N6, p. 841-849.
16. Donati S., Baglio G., Spinelli A., Grandolfo M.E. Drug use in pregnancy among Italian women // Eur. J. Clin. Pharmacol., 2000, v.56, №4, p. 323-328
17. Michel A. Family planning perspectives // MEDINFO-95. Cleevelend, 2005, p.450.
18. Patty R. Physical Activity Guidelines for Americans. Be active, Healthy and Happy! New York, 2010, p. 226
19. Prattala R., Helasoja V., Laaksonen M. CINDI HEALTH MONITOR. Proposal for Practical Guidelines. WHO regional Office for Europe. National Public Health Institute. Helsinki, 2006
20. Rooneu C. Antenatal care and maternal Health. Geneva, 2005, p. 74.

Xülasə

Qadinlarin ailə-nikah statusunun və reproduktiv müraciətlərinin tezliyinin ailə planlaşdirilmasina təsiri

M.A.Həmzəyev

Bakı şəhərində yaşayan qadınlar arasında aparılmış prospektiv-sosioloji tədqiqatın nəticələri göstərir ki, ailə planlaşdırılmasının effektivliyinə qadınların ailə-nikah statusu və onların reproduktiv müraciətlərinin tezliyi və xarakteri ciddi təsir göstərir. Qadınların kontraseptiv vasitələrdən qeyri-adekvat şəkildə istifadə etməsi arzu edilməyən hamiləliyə görə abortların sayının artmasına səbəb olur və nisbi planlaşdırılmış doğuşların da sayının azalması ilə nəticələnir. Ümumiyyətlə, ailələrdə yalnız iki uşaq doğulmasına meyl müşahidə edilir, lakin çox vaxt belə planlaşdırma maddi rifahın yaxşılaşdırılmasına üstünlük verilməsi, vəzifə pillələrində yüksəliş, mənzil şəraitinin yaxşılaşdırılması, uşağın həyatının təminatı, tərbiyəsi və təhsili naminə korreksiyaya uğradılır.

Summary

Family planning and reproductive requests frequency regulation of the status of women in the family and in marriage

M.A.Hamzayev

The results of a sociological prospective study among women of the city of Baku show that on the effectiveness of family planning serious impact render the family and marital status of women, the frequency and the character of their reproductive appealability. Along with irrational contraceptive behavior of women, leading to a high rate of abortions over the unwanted pregnancy, significantly reduces the number of children born on the planned. Generally to born 2 children is a habit, such planning is often adjusted so that they want to improve their material well-being of families, build careers, better housing and living conditions, to achieve a higher impact on children, and are willing to give up. to achieve material prosperity, career growth, better living conditions, ensuring proper development, education and training of the child.

Daxil olub:23.11.2012

MÜXTƏLIF YAŞ QRUPLARINDA OLAN SABIT STENOKARDIYALI XƏSTƏLƏRDƏ QANDA ILTIHABI MEDIATORLARIN BAZAL SƏVIYYƏSI

R.M. Mahmudov, V.Ş. Məmmədov, E.R. Əliyev
Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası, Bakı

Açar sözlər: Ürəyin işemik xəstəliyi, yaş qrupları, iltihab mediatorları
Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, возратсные группы, воспалительные медиаторы
Key words: Ischemic heart disease, age groups, inflammatory mediators

Pentraksin 3 (PTX3) uzun pentraksin ailəsinə aid olub, iltihab olan nahiyədə birincili iltihabi qıcıqlanmaya cavab olaraq monositlər, makrofaqlar, saya əzələ hüceyrələri və endotel hüceyrələri tərəfindən sintez olunur [5,7]. PTX3 381 amin turşu uzunluğunda və molekulyar ağırlığı 40,165 Da olan tsiklik multimetrik quruluşlu zülali maddədir [4]. PTX3 çox funksiyalı bir zülal olaraq orqanizmdəki rolu son illərdə öyrənilməyə başlanmışdır. Pentraksin 3 əsasən zədələnmiş miokard da ölmüş hüceyrələrlə birləşərək komplement aktivləşməsinə səbəb olur [2,9]. Bu səbəbdən də pentraksin 3 səviyyəsinin qan plazmasında çox artması zədələnmiş miokard sahəsini artıra bilər (8). Ürək çatışmazlığı olan xəstələrlə aparılmış tədqiqatlar göstərmişdir ki, pentraksin 3 səviyyəsi yüksək olanlarda kardial hadisələr daha çox müşahidə olunur [6].

Şiş nekrozu amili (TNFα) də sitokinlər qrupuna aid olub iltihabın erkən mərhələsində endotel, saya əzələ hüceyrələri, miokard, makrofaq, fibroblast, sinir toxuması və adipositlər tərəfindən sintez olunur. Orqanizmdə TNFα əsas işi immun hüceyrələrinin fəaliyyətini tənzimləməkdir. TNFα orqanizmdə iltihabı, apaptoza məruz qalmış hüceyrələrin ölümünü sürətləndirir və şişin əmələ gəlməsi ilə virus replikasiyasını inhibə edir [3]. TNFα toxumalarda sintez olunması iltihabi prosesin yaranmasını sürətləndirir, damarların endotel qatından monositlərin miqrasiyasını və faqositozu stimullaşdırır. Nəticədə damar divarında qeyri – sabit plakların yaranmasına səbəb olur. Bu səbəbdən qanda iltihabi mediatorların səviyyəsinin yüksək olması ürəyin işemik xəstəliyi olan xəstələrdə ağırlaşmaları artırmaqla yanaşı, xəstəliyin klinik gedişinin də daha ağır olmasına səbəb olur. Apardığımız tədqiqatda müxtəlif yaş qruplarında olan və aorta-koronar şuntlama əməliyyatı planlanan sabit stenokardiyalı xəstələrdə, qanda iltihabi mediatorların bazal səviyyəsi ilə cins və yaş qrupları arasında olan qarşılıqlı əlaqəni öyrənməyi qərara aldıq.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI.

Bu məqsədlə Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanasında ÜİX II-III fs sabit stenokardiyası olan 42-74 yaş arasında 48 xəstə müayinə edilmişdir. Xəstələr yaşa görə 4 qrupa ayrılmışdır. Bütün xəstələrdə tredmil test və selektiv koronar angioqrafiya "Judkins" metodu ilə Siemens firmasının "Axiom Sensis" aparatı vasitəsilə aparılmışdır. Selektiv koronar angioqrafiya aparmaq məqsədi ilə 6 F diaqnostik kateterlərdən və kontrast maddə kimi Almaniya istehsalı olan "Ultravist" preparatından istifadə edilmişdir. Həmçinin bütün xəstələrdə koronar angioqrafiyadan əvvəl götürülmüş qan nümunəsində (Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası, GenLab laboratoriya, Human, ELISA kit) PTX3, TNFα səviyyəsi tədqiq edilmişdir. Nəticələrin statistik təhlilini aparmaq üçün "Statistika"-kompyuter paketindən istifadə edilmişdir.

TƏDQIQATIN NƏTICƏLƏRI. Müayinə olunan xəstələrdə qanda iltihabi göstəricilərin bazal səviyyəsi cinsə görə də qruplara ayrılmışdır. Aorta–koronar şuntlama əməliyyatı olan kişi və qadın xəstələrin qanında PTX3 və TNFα səviyyəsi arasında statistik bir fərq olmamışdır. Lakin kişilərdə hər iki iltihabi mediatorun qanda səviyyəsi qadınlara nisbətən statistik dürüst olmasada daha yüksək olmuşdur. Kişi və qadınlarda qanda PTX3 və TNFα səviyyəsi aşağıdakı cədvəl 1-də göstərilmişdir.

Cədvəl 1
Qanda PTX3 və TNFα səviyyəsinin cinsə görə dəyişməsi

Cins	PTX3, pg/ml	TNFα, pg/ml
Qadın (n=10)	73,7±4,3 (39 – 78)	323,6±19,5 (241 – 433)
Kişi (n=38)	81,5±8,8 (39 – 328)	328,6±13,0 (189 – 499)
p	> 0,05	> 0,05
Norma	<78	<15.6

Qeyd: p – qadınlar və kişilərin göstəriciləri arasında fərqin statistik dürüstlüyü.

Tədqiqatın nəticələrinə görə yaşı 50-dən aşağı olan xəstələrdə qanda PTX3 səviyyəsi 78,0±0 pg\ml və TNFα 423,3±72,2 pg\ml olmuşdur. Yaşı 50-59 arasında olan xəstələrdə qanda PTX3 səviyyəsi 88,3±14,8 pg\ml və TNFα səviyyəsi 328,3±15,1 pg\ml olmuşdur. Yaşı 60-99 arasında olan xəstələrdə qanda PTX3 səviyyəsi 74,8±3,3 pg\ml və TNFα səviyyəsi 334,6±12,7 pg\ml olmuşdur. Yaşı 70 yuxarı olan xəstələrdə isə qanda PTX3 səviyyəsi 66,9±7,2 pg\ml, TNFα səviyyəsi 279,1±21,5 pg\ml olması aşkar edilmişdir. Aşağıdakı cədvəl.2-də müxtəlif yaş qruplarında olan xəstələrdə qanda PTX3 və TNFα-nın bazal səviyyəsi göstərilmişdir.

Cədvəl 2

Qanda PTX3 və TNFα səviyyəsinin yaş qruplarına görə dəyişməsi

Yaş	PTX3, pq/ml	TNFα, pq/ml
< 50 yaş (n=4)	78,0±0 (78 – 78)	423,3±72,2 (279 – 499)
50 – 59 yaş (n=23)	88,3±14,8 (39 – 328)	328,3±15,1 (216 – 433)
p	> 0,05	< 0,05
60 – 69 yaş (n=12)	74,8±3,3 (39 – 78)	334,6±12,7 (271 – 408,5)
p	> 0,05	> 0,05
≥ 70 yaş (n=9)	66,9±7,2 (39 – 78)	279,1±21,5 (189 – 368,5)
p	> 0,05	< 0,05

Qeyd: p – özündən əvvəlki yaş qrupunun göstəriciləri arasında fərqin statistik dürüstlüyü.

MÜZAKIRƏ. Apardığımız tədqiqatın nəticələri göstərdi ki, kişilərdə qanda iltihabi göstəricilərdən olan PTX3 və TNFα-nın bazal səviyyəsi qadınlara nisbətən dürüst olmasa da uyğun olaraq 7,8 pg\ml (p>0,05) və 5,0 pg\ml (p>0,05) daha yüksək olmuşdur. Amma xəstə sayının daha çox olduğu halda dürüst bir fərq olması mümkündür. Həmçinin tədqiqatda müxtəlif yaş qruplarında olan xəstələrdə qanda PTX3 və TNFα-nın bazal səviyyəsi də tədqiq edilmişdir. Nəticələrdən göründüyü kimi, qanda PTX3-ün bazal səviyyəsi ən aşağı 66,9±7,2 pg\ml olmaqla 70 yaşdan yuxarı sabit stenokardiyalı xəstələrdə və ən yüksək 88,3±14,8 pg\ml olmaqla 50-59 yaş arasında olan xəstələrdə müşahidə edilmişdir. Eyni zamanda yalnız yaşı 50-59 arasında olan xəstələrdə qanda PTX3 səviyyəsi statistik dürüst olmasada normadan yüksək olmuşdur (p>0,05). Digər yaş qruplarında isə qanda PTX3 səviyyəsi normal dəyərin altında və ya normaya bərabər olmuşdur. Qanda TNFα-nın bazal səviyyəsi isə ən aşağı 279,1±21,5 pg\ml olmaqla yaşı 70-dən yuxarı olan xəstələrdə və ən yüksək isə 423,3±72,2 pg\ml (p<0,05) olmaqla yaşı 50-dən aşağı olan xəstələrdə olmuşdur. Qanda TNFα-nın bazal səviyyəsi müayinə olunan bütün xəstələrdə normadan dəyərdən çox yüksək olmuşdur. Belə ki, yaşı 70-dən yuxarı olan xəstələrdə bu göstərici nomadan 17,9 dəfə və yaşı 50-dən aşağı olan xəstələrdə normadan 27,1 dəfə daha yüksək olmuşdur. Ədəbiyyatda bu mövzuda aparılan tədqiqat işlərində müxtəlif fikirlər mövcuddur. Belə ki, Yaponiyada orta yaşı 59.6 olan 1749 sağlam insan (818 kişi və 931 qadın) üzərində aparılmış tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, qanda PTX3 səviyəsi kişilərdə (1.87 ng\ml) qadınlara nisbətən (2.12 ng\ml) daha aşağı, yaşlılarda və metabolik sindromu olanlarda isə daha yüksəkdir [10]. Berdat və əməkdaşları tərəfindən 79 sağlam uşaq üzərində aparılan tədqiqatda müxtəlif yaş qruplarında qanda TNFα səviyyəsi tədqiq edilmişdir. Lakin tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, qanda iltihabi mediatorlar ilə yaş arasında dürüst korrelyativ əlaqə yoxdur [1]. Ədəbiyatda iltihabi mediatorları qanda səviyyəsi ilə yaş və cins arasında əlaqənin öyrənilməsinə aid tədqiqat işlərinin az olması və bu sahədə aparılan tədqiqatları az sayıda insanlar üzərində aparılması tədqiqatı aktual edən əsas səbəblərdəndir. Apardığımız tədqiqat işi zamanı aldığımız nəticələr ilə ədəbiyyatda olan nəticələr arasında bəzi ziddiyətli fikirlərin olması bu sahədə daha geniş miqyaslı tədqiqatların aparılması zəruriyyətini yaradır.

ƏDƏBIYYAT

1.Berdat P.A., Wehrle T.J., Küng A. et al Age-specific analysis of normal cytokine levels in healthy infants // Clin Chem Lab Med., 2003, v.41, p.1335-9.

2.Bottazzi B., Vouret-Craviari V., Bastone A. et al. Multimer formation and ligand recognition by the long pentraxin PTX3: similarities and differences with the short pentraxins C-reactive protein and serum amyloid P component // J Biol Chem., 1997, v.272, p.32817–32823.

3.Carswell E.A., Old L.J., Kassel R.L. et al An endotoxin-induced serum factor that causes necrosis of tumors // Proc. Natl. Acad.Sci., 1975, v.72 (9), p.3666

4.Emsley J., White H.E., O'Hara B.P Structure of pentameric human serum amyloid P component // Nature, 1994, v.367 (6461), p.338–45

5.Fazzini F., Peri G., Doni A. et al PTX3 in small-vessel vasculitides: an independent indicator of disease activity produced at sites of inflammation // Arthritis Rheum, 2001, v. (12), p.2841–50.

6.Kotooka N., Inoue T., Aoki S. et al Prognostic value of pentraksin 3 in patients with chronic heart failure // Int J Cardiol. 2008, v.130(1), p.19-22

7.Muller B., Peri G., Doni A. et al Circulating levels of the long pentraxin PTX3 correlate with severity of infection in critically ill patients // Crit. Care Med., 2001, v.29 (7), p.1404–7

8.Nauta A.J., Bottazzi B., Mantovani A. et al. Biochemical and functional characterization of the interaction between pentraxin 3 and C1q // Eur J Immunol., 2003, v.33, p.465-473.

9.Rovere P., Peri G., Fazzini F.. et al. The long pentraxin PTX3 binds to apoptotic cells and regulates their clearance by antigen-presenting dendritic cells // Blood, 2000, v.96, p.4300–4306.

10.Yamasaki K., Kurimura M., Kasai T. et al Determination of physiological plasma pentraxin 3 levels in healthy populations // Atherosclerosis, 2008, v.197(1), p.368-74.

Резюме

Базальный уровень воспалительный медиаторов в крови у больных с устойчивой стенокардией в различных возрастных группах

Р.М. Махмудов, В.Ш. Мамедов, Э.Р.Алиев

Основной целью исследовательской работы является изучение взаимосвязи между половыми и возрастными группами и базальным уровнем воспалительных медиаторов в крови у больных с устойчивой стенокардией различных возрастных групп, у которых запланирована операция аортокоронарного шунтирования. В этих целях были обследованы 48 больных в возрасте 42-74 лет. Результаты исследования показали, что, хотя базальный уровень PTX3 и TNFα, имеющиеся в воспалительных медиаторах крови у мужчин, не является точным в сравнении с женщинами, соответственно выше на 7,8 pg\ml (p>0,05) и 5,0 pg\ml (p>0,05). Самый низкий базальный уровень PTX3 в крови - 66,9±7,2 pg\ml наблюдался у больных с устойчивой стенокардией в возрасте свыше 70 лет, а самый высокий уровень - 88,3±14,8 pg\ml – у больных в возрасте 50-59 лет. Самый низкий базальный уровень TNFα в крови - 279,1±21,5 pg\ml наблюдался у больных с устойчивой стенокардией в возрасте свыше 70 лет, а самый высокий уровень -423,3±72,2 pg\ml (p<0,05) – у больных в возрасте до 50 лет. Наличие определенных противоречивых мнений между результатами, полученными во время проведенной нами исследовательской работы, и результатами, имеющими место в литературе, создает необходимость проведения дальнейших крупномасштабных исследований в этой области.

Summary

The basal level of inflammatory mediators' in blood, in patients with stable angina at different age groups

R.M. Mahmudov, V.SH. Mammadov, E.R. Aliyev

The main objective of the research work is to study interaction between gender and age groups with basal level of inflammatory mediators' in blood, in patients with stable angina at different age groups and planned to have an aorto-coronary bypass surgery. For this purpose, 48 patients were examined at 42-74 ages. The results of the study showed that basal level of PTX3 7,8 pg\ml (p>0,05) and TNFα 5,0 pg\ml (p>0,05), in males higher than women though it is not relatively exact. Also, basal level of PTX3 is found out to be 66,9±7,2 pg\ml in patients over the age of 70 with stable angina as the lowest, and 88,3±14,8 pg\ml in patients at the age of 50-59 as the highest. Basal level of TNFα in blood is observed to be 279,1±21,5 pg\ml in patients over the age of 70 as the lowest, and 423,3±72,2 pg\ml (p<0,05) in patients over the age of 50 as the highest. As there occurred some contradictory points between the results obtained during the carried out research work and the ones in publications, it creates the need for conducting a large-scale study in this field.

Daxil olub:11.12.2012

СПЛЕНЕКТОМИЙАДАН СОНРА АЬЫРЛАШМАЛАРЫН ПРОФИЛАКТИКА YOLLARI

S.S.Manafov,G.Ş.Qasımzadə, P.S.Məmmədov

Silahlı Qüvvələrin Baş Klinik Hospitalı, Bakı

Açar sözlər: спленектомийа, аьырлашмалар, профилактика

Ключевые слова: спленэктомия, осложнения, профилактика

Keywords: splenectomy, complications, prevention

Мцасир тябабят гарынын травмасы олан хястяляря диагнозун гойулмасында вя мцалижя тактикасынын мцяййянляшдирилмясиндя рентэено-анэиографийа, рентэен компцтер томографийа, магнит нцвя резонанс томографийа, еляжя дя видеолапароскоипйа кими мцхтялиф йцксяк информативликлийя малик инструментал мцайиня методлары истифадя олунур [3,5].

Бунларла йанашы, щал-щазырда далаьын травмаларынын еркян диагностикасы комплексиндя ясас цстцнлцк ултрасяс мцайиня

цсулуна верилир. Бу, хястялярин вязиййятляринин аьырлыьы иля ялагядар йериня йетириля билян информатив мцайиня методу олмагла бярабяр, щям дя минимал вахт иткиси шярти иля перитон бошлуьу вя перитонархасы органларынын дяйишикликлярини ашкар етмяйя имкан вермяси иля баьлыдыр [1,2,4,7].

Щямчинин апарылмыш спленектомийадан сонра мейдана чыхан ямялиййатдансонракы фясадлашмаларын диагностикасында ултрасяс мцайиняси методу мцстясна ящямиййят кясб едир. Бу диагностик мцайиня методунун тятбиги перитондахили ганахмаларын, илтищабы инфилтратларын, абсеслярин, еляжя дя плеврал бошлугдакы илтищабы аьырлашмаларын вахтында мцяййян олунмасына шяраит йарадыр [6,8].

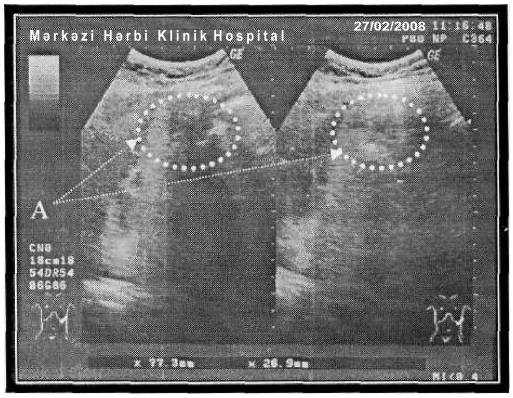
Далаьын травмаларынын вя еркян ямялиййатдан сонракы аьырлашмаларын диагностикасынын бир чох аспектляри щяля дя щялл олунмамыш галыр.Йени синиф ултрасяс мцайиня апаратларынын практикада истифадяси далаьын зядялянмяляри заманы вя онун анэиоархитектоникасындакы дяйишикликлярининн диагностикасында методун информативлийини дягигляшдирилмясини тяляб едир.

Далаьын травматик зядялянмяляри олан хястялярдя спленектомийа сащясинин ехосемиотикасынын юйрянилмяси мягсяди иля ултрасяс визуализасийа вариантларынын тясвириндя йара просесинин эедишатынын, еляжя дя онун мцсбят вя мянфи динамикасынын мейарларынын мцяййянляшдирмяк цчцн жярращи мцалижя алмыш 68 хястядя мцалижянин нятижяляринин тящлили апарылмышдыр.Бу хястялярдя далаьын мцхтялиф характерли зядялянмяляри иля ялагядар спленектомийа ямялиййаты апарылмышдыр.

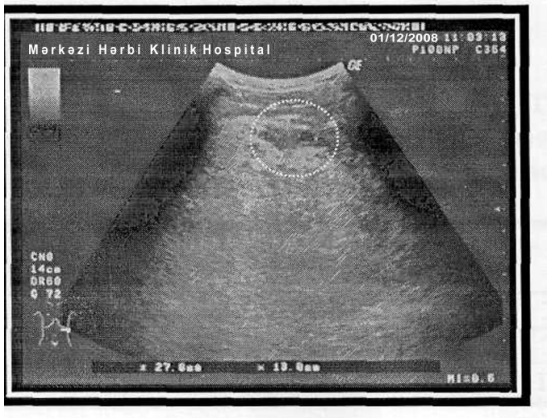
Спленектомийа ямялиййаты йериня йетирилмиш хястялярин еффектли мцалижяси цчцн онларын динамик мцшащидясинин нятижяляринин тящлили апарылмыш вя спленектомийа сащясиндя патолоъи просесин эедишатынын излянилмясиндя УСМ-нин ролу, еляжя дя ящмиййяти апарышдырылмышдыр. Щямчинин спленектомийа сащясиндя йара просесинин аьырлашмыш эедишаты гейд олунан хястялярдя аьырлашмаларын диагностикасында ултрасяс мцайинясинин нязаряти алтында апарылан аз инвазивликли дреняедижи манипулйасийаларын имканлары гиймятляндирилмишдир.

139 (95,2%) ултрасяс мцайиняси мцшащидяляриндя далаг йатаьы кифайят гядяр айдын визуализасийа олунмуш вя бу да спленектомийа сащясинин ехосемиотикасыны системляшдирмяйя вя онун 3 ясас ултрасяс эюрцнтц вариантыны айырд етмяйя имкан вермишдир.

Ултрасяс визуализасийанын Ы вариантында (43 мцайиня, 29,5%) далаг йатаьынын пройексийасында ашаьы ехоэенликли вя йа ади ехоструктура малик зяиф гейри-щямжинс тохума мцяййян едилмишдир. Далаг йатаьынын юлчцляри 25 х 30 мм-дян 104 х 42-я гядяр олмушдур. Щямчинин тохуманын контурлары щамар вя дягиг олмушдур. Гарын бошлуьунун диэяр шюбяляриндя майе ашкар едилмямишдир. Бундан ялавя спленектомийа сащясиндя щеч бир ялавя тюрямяляр гейдя алынмамышдыр (Шяк.1).



Шяк. 1. Далаг йатаьынын ехограмасы. Сол бел нащийясиндян чяп сканирлямя. Ашаьы ехэенликлийя малик зяиф гейри-щямжинс тохума



Шяк. 2. Далаг йатаьынын ехограмасы. Сол бел нащийясиндян кюндяляниня сканирлямя. Гейри-биржинс щипер вя анехоэен сащя айдын

айдын эюрцнцр. Онларын эюрцнтцсц саь вя солдан курсорла эюстярилмишдир (А).

вя дягиг эюрцнцр.

Далаг йатаьынын йухарыда гейд едилян ултрасяс шякли илкин мцайинянин апарылмасы заманы мцшащидядя олан хястялярин цчдя бириндя раст эялинмишдир (24 хястядя, 35,3%). Бу хястялярдя жярращи ямлиййат (мцдахиля) сащяси фясадсыз саьалмышдыр.

Бир гайда олараг бу категорийалы хястялярдя апарылан расионал консерватив мцалижя фонунда цмуми вязиййятляринин, баьырсагларын функсионал чатышмазлыгларынын клиник вя ултрасяс тязащцрляринин, бядян температурунун вя ганын илтищабы просеся эюря лаборатор эюстярижиляринин тез бир заманда нормаллашмасы гейдя алынмышдыр.

Бунунла йанашы, ону да гейд етмяк лазымдыр ки, далаг йатаьынын ултрасяс визуализасийанын Ы варианты мцшащидя алтында олан хястялярин яксяриййятиндя раст эялинмишдир. Бу хястялярдя жярращи мцдахиля техники жящятдян проблемсиз, спленектомийанын классик принсипляриня риайят етмякля вя сол диафрагмаалты сащянин дренаъланмасы иля кечмишдир.

Ултрасяс визуализасийанын ЫЫ вариантында (83 мцайиня, 56,8%) далаг йатаьы сол диафрагмаалтында йерляшмиш зяиф гейри-биржинс структурлу, овал вя йа гювсябянзяр формалы, анехоэен йахуд щипоехоэен тюрямя шяклиндя эюрцнцр (жядвял). Далаг йатаьынын юлчцляри 100 х 33 мм-дян 103 х 27 мм-я гядяр мцяййян едилир. Бу хястялярдя гарын бошлуьунда топланмыш аз мигдар майе ади вя йа ашаьы ехоэенликли зяиф гейри-биржинс тохумаларла ящатя олунмушдур (шякил2).

Далаг йатаьынын илкин ултрасяс мцайинясинин апарылмасы заманы визуализасийанын ЫЫ варианты жярращи ямлиййат кечирмиш 35 хястядя (51,5%) мцшащидя едилмишдир. Бу хястялярдя еркян ямлиййатдан сонракы дювр диэяр орган вя системлярин (сол тяряфли ашаьы пай пневмонийасы вя сол тяряфли плеврит) мцхтялиф патолоэийалары иля фясадлашмаларын инкишафынын тез-тез раст эялинмяси вя баьырсагларын функсионал чатышмазлыгларынын, еляжя дя ендоэен интоксикасийа симптомларынын узун мцддят сахланылмасы иля характеризя олунмушдур.

Хястялярин УСМ-нин мялуматлары иля ямлиййат заманы ялдя олунмуш мялуматларла, щямчинин спленектомийа ямлиййатынын йериня йетирилмя техникасынын, еляжя дя ултрасяс шяклин нювбяти эюрцнтцляринин дяйишикляринин излянилмясинин мцгайисяси спленектомийа сащясинин ЫЫ ехографик шяклинин далаг йатаьына мящдуд мигдарда тохума серозщеморраэик ексудатын топланмасыны мцяййян етмяси фикрини иряли сцрмяйя имкан верир.

Жядвял

Йара просесинин ЫЫ эедишат варианты олан хястялярдя далаг йатаьынын структуру

Йатаьын структуру	Мцшащидялярин сайы	%
Щипоехоэен	18	28,0
Анехоэен	65	72,0
Жями	83	100

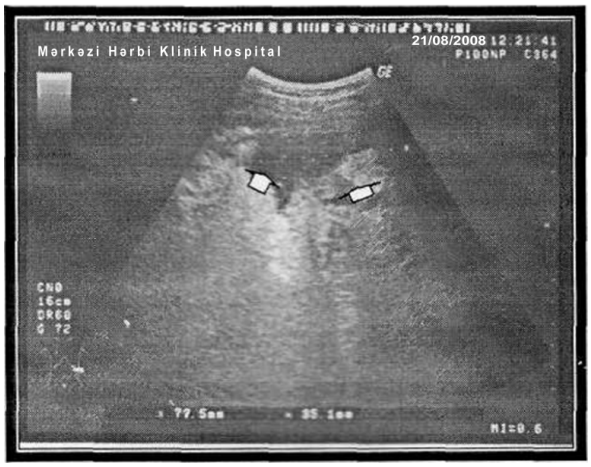
Мцшащидялярин яксяриййятиндя ексудатын топланмасынын сябяби йериня йетирилмиш спленектомийа ямлиййаты заманы техники чятинликлярля вя ятраф тохумалардакы травматик дяйишикликлярля ялагядар олмушдур. Айры-айры мцшащидялярдя ексудатын топланмасынын сябябляри арасында сол диафрагмаалты сащянин дренаъланмасы принсипляринин позулмасы, щямчинин дренаъларын ясасландырылмадан вахтындан яввял чыхарылмасы хцсуси рол ойнамышдыр.

Далаг йатаьынын ултрасяс визуализасийанын ЫЫЫ вариантында (83 мцайиня, 56,8%) яввялкилярдян фяргли жящят ондан ибарятдир ки, далаг йатаьында топланмыш мящдуд майенин абсесляшмяси яламятляри эюрцнцр. Топланмыш майенин мцайиняси йериня йетириляркян онун ятрафынын ехоэен жящятдян бярк тохумаларла ящатя олунмасы, кяскин нязяря чарпан ехоэен гейри-биржинс характеря малик

вя мянфязиндя газ габаржыгларынын олмасы ашкар едилир. Бундан ялавя тяряфимиздян апарылан мцайиняляр заманы диафрагманын сол эцнбязинин юн щиссясинин ящямиййятли дяряжядя галынлашмасы вя ехоструктурунун гейри-биржинслилийи, чох вахт сол плеврал бцкцшдя сярбяст майенин олмасы ашкара чыхарылмышдыр (Шяк.3).

Далаг йатаьынын ултрасяс мцайинясинин визуализасийасынын ЫЫЫ варианты олан хястялярдя ендоэен интоксикасийанын клиник вя лаборатор яламятляри гейд едилмишдир. Бу яламятлярин мейдана чыхмасы ися сол диафрагмаалты сащяйя топланмыш мяцдуд майенин абсесляшмясини эюстярир.

Беляликля, спленектомийа ямялиййатындан сонра хястялярин УСМ-нин нятижяляринин тящлили жярращи мцдахиля сащясинин вязиййятинин еффектли гиймятляндирмяйя имкан вермишдир. Далаг йатаьынын ултрасяс визуализасийасынын цч вариантынын мцяййян едилмяси, йяни Ы вариант-майенин олмамасы, ЫЫ вариант майе топланмасы, ЫЫЫ вариант топланмыш майенин абсесляшмяси яламятляринин ашкар олунмасыны асанлашдырыр.



Шяк. 3. Далаг йатаьынын ехограмасы. Бел нащийясинин солдан кцндяляниня сканирлямя. Далаг йатаьында майенин топланмасы айдын эюрцнцр-щиперехоэен вя гейри-биржинс сащяляр курсорла эюстярилмишдир.

Мяцдуд майе йыьынтыларынын визуализасийасы вя инфексийалашма, диагностик мцшащидялярдя прогрессив бюйцмя кими мясяляларын щялли важиб олдугда бу заман УСМ алтында пункси йа апарыла биляр. Ексудатын минимал контаминасийасы заманы назик ийня иля манипулйасийаларын апарылмасы хястялярин травматик зядяляринин азалмасына, йцксяк контаминасийа щалларында ися хястялярин цмуми вязиййятини стабилляшдирмяк цчцн вахт газанмаьа имкан верир.

Проседурдан юнжя боз-шкала реъиминдя УСМ апарлмышдыр ки, бурада мягсяд, далаг йатаьынын гиймятляндирилмяси, йанашы органларын йерляшмясинин вя мцнасибятляринин гиймятляндирилмяси олмушдур. Беляликля, биз даща оптимал мцдахиля зонасы ялдя едирик.

5 клиник мцшащидядя (55,6%) далаг йатаьы пройексийасында мяцдуд майе йыьынтысы олан хястялярдя бир дяфя пункси йа апарылмышдыр. Бцтцн мцшащидялярдя ексудатын стерил характерли олмасы гейд едилмиш вя йа онун контаминасийасы сявиййяси 10/мл артыг олмамышдыр. Сонрадан бу хястялярдя ултрасяс мониторинги апарыларкян далаг йатаьы пройексийасында аз мигдарда майе (40 х 25-62 х 27) излянмиш, ямялиййатсонрасы дюврдя апарылан консерватив мцалижя ися там клиник саьалмайа сябяб олмушдур.

Бу хястялярдя азинвазив дренаъ манипулйасийаларынын расионал консерватив терапийа иля бирэя тятбиги, там клиники саьалмайа имкан верян диагностик вя мцалижяви мясяляляри щялл етмяйя шяраит йаратмышдыр.

Беляликля, мцшащидя олунан 5 хястядя еркян ямялиййатсонрасы дюврдя ящямиййятли мцсбят динамика излянмишдир ки, бу да юзцнц клиники симптомларын итмяси вя ендоэен интоксикасийанын лаборатор яламятляринин нормаллашмасы иля бирузя вермишдир.

Бундан башга, ону да гейд етмяк важибдир ки, бу категорийадан олан хястялярдя далаьын йатаьында динамик ултрасяс мцайиняси апарыларкян мяцдуд сащялимайе йыьынтысынын юлчцляринин азалмасы

ашкарланмышдыр. Онларын максимал юлчцсц 40 х 25 - 62 х 27 мм олмуш, спленектомийа зонасынын ултрасяс визуализасийасынын Ы вя йа ЫЫ вариантына уйьун олмушдур.

2 пасийентдя (25,0%) аналоъи клиник нятижя ялдя етмяк цчцн 2-3 манипулйасийа апарылмасы лазым эялмишдир. Ексудатын бактериолоъи контролу апарыларкян онун инфексийалашдыьы мцяййянляшмиш, контаминасийа сявиййяси 10^5/мл-10^8/мл бярабяр олмушдур. Тякрар манипулйасийалар илкин манипулйасийалардан 2-3 сутка сонра контрол ултрасяс мцайиняляриндян сонра апарылмышдыр. Онларын йериня йетирилмяси цчцн эюстяриш щесаб олунмушдур: ендоэен интоксикасийанын яламятляринин сахланмасы фонунда патолоъи просесин эедишиндя мцсбят ултрасяс эюрцнтцсцнцн олмамасы.

Бу клиники мцшащидялярдя ултрасяс навигасийасы алтында тякрар манипулйасийалар мящдуд майе йыьынтыларынын антисептиклярля санасийасына имкан вермиш, щямчинин бактериолоъи тядгиг цчцн биолоъи материалын эютцрцлмясиня шяраит йаратмышдыр ки, нятижядя микроорганизмлярин антибиотикляря щяссаслыьы нятижясиндя антибактериал терапийайа корректсийалар апарылмышдыр. Ы щалда (12,5%) хястядя ексудатын контаминасийасынын 10^7/мл артыг олмадыьына, вя тякрар пункцион манипулйасийаларын апарылмасына ряьмян Ирин бошлуьунун гейри-кафи санасийасы излянмиш, ендоэен интоксикасийанын клиники вя лаборатор яламятляри сахланмышдыр. Бцтцн бу эюстяришляр ачыг оператив мцдахилянин апарылмасына эюстяриш олмуш, диафрагмаалты абсес адекват санасийа едилмишдир.

Бу клиники мцшащидядя юнжядян ултрасяс навигасийасы апарылмыш азинвазив пункцион манипулйасийалар хястянин цмуми вязиййятинин стабилляшдирилмяси цчцн вахт газанмаьа имкан вермиш, ачыг ямялиййатын тяйини мцддятини оптималлашдырмышдыр.

Беляликля, ултрасяс навигасийасы алтында апарылан азинвазив пункцион дренаъ манипулйасийаларынын ролунун юйрянилмяси вя апарылма имканларынын тяйини эюстярди ки, бу цсуллар спленектомийа зонасында йара просесинин аьырлашмалары олан хястялярдя няинки диагностик, еляжя дя мцалижя-тактики мясяляляри щялл етмяйя имкан верир.

Инфексийалашма щагда мясяля щялл едиляркян бу цсуллар бактериолоъи тядгиг цчцн биолоъи материалын эютцрцлмясиня, бу материалын 10^8 микроб жисми/мл сявиййясиня гядяр чиркляндийи щалларда ися онлары там юнлямяйя имкан верир. Ексудатын контаминасийасынын 10^6 микроб жисми/мл сявиййясиня гядяр олдуьу щалларда ултрасяс мцайиня контролу иля апарылан азинвазив манипулйасийалар хястянин цмуми вязиййятини стабилляшдирмяк цчцн вахт газанмаьа имкан вермякля йанашы, ачыг жярращи мцдахилялярин апарылма вахтыны оптималлашдырыр.

Беляликля, динамик ултрасяс мцайиняляринин нятижяляринин анализи беля нятижяйя эялмяйя имкан верир ки, ултрасяс сканлашдырма йцксякинформатив гейри-инвазив метод олуб далаг йатаьында йара проссеси нащийясинин оператив мониторингини апармаьа имкан верир. Апарылан мониторинг патолоъи просесин эедишиндя мцсбят вя мянфи динамиканы мцяййянляшдирмяйя, клиник мянзяря мялуматлары, диэяр инструментал вя лаборатор цсулларын нятижяляри иля бирэя тятбиг олундугда ися, хястянин жярращи мцалижяси тактикасына вя апарылан терапийанын щяжминя вахтында дцзялишляр апармаьа шяраит йарадыр.

Еркян ямялиййатсонрасы дюврдя апарылмыш ултрасяс мцайиняси далаг йатаьынын йара просесинин 3 вариантыны мцяййянляшдирмяйя имкан верир. Биринжи вариантда щямжинс структурлу йатаг гейд едилир, гарын бошлуьунда сярбяст майе вя ялавя тцрямяляр излянмир. Бу вариантда классик жярращи цсуллар истифадя олунмушдур вя техники жящятдян мцряккяб олмайан оператив мцдахилялярдя гейд едилир. Далаьын йатаьында майе йыьынтысынын олмамасы бу хястялярдя ямялиййатдансонракы дюврдя дцзэцн щомеостатик цсуллардан истифадяни эюстярир.

ЫЫ вариантда далаг йатаьы сол диафрагмаалты нащийядя щиперехоэен щашийя иля ящатялянмиш, щямжинс структурлу, мцхтялиф формалы анехоэен вя йа щипоехоэен тцрямя шяклиндя эюрцнтцлянир. Бизим гянаятимизя эюря, бу ултрасяс шякли, далаг йатаьында щомеостатик цсулларын там щяжмдя апарылмадыьыны, дренаъын сол диафрагмаалты нящийядян вахтындан яввял чыхарылмасына уйьун эялир.

ЫЫЫ вариант далаг йатаьы пройексийасында ящямиййятли дяряжядя, гейри-щямжинс характерли майе йыьылмасы, еляжя дя онун мянфязиндя газ габаржыгларынын олмасы иля характеризя олунур. Бундан башга, хястялярин яксяриййятиндя дифрагманын сол эцнбязинин йанашы нящийяляринин структурларынын галынлашмасы вя гейри-щямжинс структурда олмасы, яксяр щалларда сол плеврал синусда майе йыьылмасы ашкарланмышдыр. Беля эюрцнтцляр оператив мцдахилянин апарылмасынын техники жящятдян мцряккяб олмасы иля ялагядар щемостазын ижрасынын чятинлийи заманы, даща чох аьыр хястялярдя, сол диафрагмаалты бошлугдан дренаъ борусунун еркян чыхарылмасы, мядяалты вязинин гуйруьунун йатроэен зядялянмяляри заманы раст эялинир. Аьырлашмалар щямчинин, йанашы органларын чохсайлы зядялянмяляри, торакоабдоминал хясарятляр вя аьыр бядян чякисиня малик шяхслярдя излянир. Ямялиййатдансонракы дюврдя апарылмыш ултрасяс мцайиняси тяжрцбядя бюйцк ящямиййят кясб едир. Бу методика спленектомийа зонасында йара просесинин эедишатыны гиймятляндирмяйя имкан верир. Бу заман ялдя олунан мялуматлар хястялярин мцалижяси просесиндя йара просесинин мянфи вя мцсбят динамик эедишини клиник мянзяря мялуматлары, диэяр инструментал вя лаборатор тядгиглярин нятижяляри иля бирэя, хястялярин жярращи мцалижясинин тактикасынын вя апарылан консерватив терапийанын щяжминин модификасийасы цчцн тятбиг едилир.

Спленектомийадан сонракы хястялярин жярращиййясиндя ясас проблемляр яксярян йара просесинин 2 вя 3 вариантлары иля ялагядардыр. Беля хястялярдя просесин эедиши икили ола биляр. Биринжи просес йахшылашмагла, топланмыш майенин мигдары азалыр, просес ЫЫ вариантдан 1 варианта кечир вя хястянин саьалмасы баш верир. Якс вариантда просес аьырлашыр вя гарын бошлуьунда абсессин йаранмасына эятириб чыхарыр.

Гарын бошлуьундакы абсессин мянбяляри далаг йатаьында йара просесинин эедишинин 2 вя 3 варинатларында майе топланмасыдыр. Бу мящдуд сащяли майе йыьынтыларынын прогрессив бюйцмяси щалларында онларын инфексийалашмасы мясялясини ултрасяс мцайиняси васитясиля дягигляшдирмяк цчцн, ултрасяс навигасийасы алтында пунксийанын вя ексудатын бактериолоъи тягигляринин апарылмасы эюстяришдир.

Манипулйасийаларын тякрарланмасы фярди гайдада, клиники вя лаборатор мянзярянин, ексудатын контаминасийа дяряжясинин вя динамик УСМ нятижяляри ясасында мцяййянляшдирилир. Апарылмыш азинвазив мцдахиляляр нятижясиндя мцсбят еффект ялдя едилмядикдя иринли бошлугларын адекват санасийасына йюнялмиш ачыг жярращи мцдахилянин апарылмасы эюстяришдир.

ЯДЯБИЙЙАТ

1. Насыyev C.N. Dalaьын travmatik zядяlянmяlярinin сяrrahi mцalicяsi vя immunokorreksiyasы. Doktorluq dissertasiyasынын avtoreferatы. Bakы, 1999, s. 34

2. Quliyev E.Я. vя b. Dalaь zядяlянmяlярinin mцasir мцалижя цsullarы // Azяrbaycan Tябabятinin Mцasir nailiyyятlяri, 2009, № 4, s. 15-20

3. Мишин В.Ю., Кондратова Г.М., Брюховецкий Ю.А. Малоинвазивные вмешательства при повреждениях и заболеваниях селезенки // Анналы хирургической гепатологии. 2000, т. 5, № 2, с. 281-282

4. Молитвословов А.Б., Бокарев М.И., Мамонтов Р.Е. и др. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме // Хирургия, 2002, №9, с. 22-26

5. Пахомова Г.В., Оранский А.В., Кифус Ф.В., Подловченко Т.Г. Оказание помощи пострадавшим с огнестрельной травмой полых органов желудочно-кишечного тракта в условиях многопрофильного специализированного стационара / Материалы Всероссийской научной конференции «Современная огнестрельная травма». СПб., 2008. с.72-73

6. Тимербулатов А.С. Травма органов брюшной полости. Москва, 2009, 82 с.

7. Self M.L., Blake A.M., Whitley M. et al. The benefit of routine thoracic,abdominal, and pelvic computed tomography to evaluate trauma patients with closed head injuries // Am. J. Surg. 2003, v. 186, N 6, p. 609-613

8. Shanmuganathan K. Multi-detector row CT imaging of blunt abdominal trauma // Semin. Ultrasound. CT MR. 2004, v. 25, N 2, p. 180-204

Резюме

Способы профилактики осложнений после спленэктомии

С.С.Манафов, Г.Ш.Гасыьзаде, П.С.Мамедов

Повтор манипуляций установливается на основе клинико- лабораторной картины в зависимисти от стпени контаминации экссудата и динамики результатов УЗИ по индивидульным правилам. После проведении малоинвазивных вмешательств мы получили вы получили высокий эффект при адекватных санаций боюшной полости.

Summary

Ways after splenektomiyadan airlasmalarin prevention
S.S.Manafov, G.Sh. Gasimzade, P.S.Mamedov

Repeat sets the manipulation based on clinical and laboratory picture in zavisimisti stpeni contamination of fluid dynamics and ultrasound findings on to individual rules. Following a minimally invasive interventions we have you got high effect at adekvtnyh sanation boyushnoy cavity.

Daxil olub:26.12.2012

QADINLARDA ÇANAQ DIBININ SALLANMASININ KLINIKI ƏLAMƏTLƏRI, KORREKSIYA METODLARI

S.S.İmanova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: çanaq dibinin sallanması, rektosele, sistosele, düz bağırsağın sallanması
Ключевые слова: опущения тазового дна, ректоцеле, цистоцеле, опущение прямой кишки
Key words: pelvic floor prolapse, rectocele, cystocele, prolapse of the rectum

Çanaq dibinin sallanması sindromu hər zaman həm ginekoloqların, həm də proktoloqlar üçün aktual problem olaraq qalmaqdadır [1,2]. Tədricən proqressivləşən və kiçik çanaq orqanlarında müxtəlif funksiya pozulmaları əmələ gətirən bu patologiya xəstələri fiziki, sosial, mənəvi əzablara düçar edir və onların əmək qabiliyyətini aşağı salaraq, cəmiyyətdən təcrid olunmasına gətirib çıxarır [3,4,5]. Çanaq dibinin sallanması ağırlıq dərəcəsi kliniki əlamətləri kimi müxtəlifdir [6,7].

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın obyektini Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrasında müayinədə olmuş 263 qadın təşkil etmişdir.

Xəstələrin yaşa görə paylanması cədvəl 1-də göstərilmişdir. Yaş 25-72 yaş arasında dəyişmişdir.

Cədvəl 1
Müayinə olunan qadınların yaşa görə paylanması

Yaş qrupları					
25-34	35-44	45-54	55-64	65-72	Cəmi
50 (19%)	80 (30,4%)	76 (28,9%)	45 (17,1%)	12 (4,6%)	263 (100%)

Cədvəl 2
Çanaq dibi sallanması ilə əlaqədar olan simptomlar

Bel nahiyəsində ağrı	90%
Aralıq nahiyəsində tam lokalizə olunmayan ağrı	31,3%
Anal kanalda ağrı	23,4%
Defekasiya aktının çətin iöra olunması	79,7%
Düz bağırsağın tam boşalmaması hissi	96,9%
Defekasiyanın əlin köməyi ilə icra olunması	29,7%
İnkontinensiya	17,2%
Hissəvi defekasiya aktı	42,3%
Sidik kisəsinin tam boşalması	67%
Qarındaxili təzyiq artdıqda sidik saxlamamazlığı	51,6%
Aralıqda diskomfortluq hissinin olması	10,9%

Cədvəl 3
Aşkar olunan patologiyalar

Aşkarlanan patologiyalar	Mərhələlər			
	I dərəcə	II dərəcə	III dərəcə	Cəmi
Rektosele	38 (14,4%)	79 (30%)	116 (44,1%)	233 (88,6%)
Sistosele	32 (12,1%)	56 (21,3%)	78 (29,7%)	166 (63,1%)

Düz bağırsağın sallanması	78 (29,7%)	170 (64,6%)	17 (6,5%)	263 (100%)

Qeyd: %-lə qiymətləndirmə ümumi xəstə sayına görə hesablanıb

Müayinə olunan qadınlarda çanaq dibi sallanması ilə əlaqədar olaraq meydana çıxan simptomlar cədvəl 2-də göstərilmişdir.

Xəstələrdə bu əlamətlər sorğu, aralığın, düz bağırsağın barmaq, güzgülərlə, rektal ultrasonoqrafiya, defekoqrafiya, MRT, sfinkteromanometriya və s. müayinələr nəticəsi ilə qiymətləndirilmişdir.

Xəstələrin müayinəsində aşağıdakı patologiyalar aşkar olunmuşdur.

Göründüyü kimi 263 xəstədə rektosele, sistosele və düz bağırsaq sallanması kimi patologiyalar aşkar olunmuşdur. Bütün patologiyalar ağırlıq dərəcəsinə görə 3 dərəcəyə bölünmüşdür. Rektoselenin dərəcələr üzrə bölügüsü belə olmuşdur: 38 (14,4%) nəfərdə I dərəcə, 79 (30%) nəfərdə II dərəcə, 116 (44,1%) nəfərdə III dərəcə. Sistoselenin I dərəcəsi 32 (12,1%) nəfərdə, II dərəcəsi 56 (21,3%) nəfərdə, III dərəcəsi- 78 (29,7%) nəfərdə qeydə alınmışdır. Düz bağırsaq sallanmasının I dərəcəsi 78 (29,7%) nəfərdə, II dərəcəsi 170 (64,6%) nəfərdə, III dərəcəsi 17(6,5%) nəfərdə olmuşdur.

Bütün xəstələrə kombinə olunmuş müalicə – yəni konservativ müalicə ilə cərrahi müalicə təyin edilib.

Tədqiqatın müzakirəsi və nəticəsi. Əməliyyatönü xəstələrdə defekoqrafiya, rektal ultrasonoqrafiya müayinəsi icra olunmuşdur və çanaq əzələləri üçün müalicəvi idman təyin edilmişdir. Bütün 263 xəstə əməliyyat olunub.

Rektoselleyə görə cərrahi əməliyyat olunanlar aşağıdakı 4-cü cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 4

Rektoseleyə görə cərrahi əməliyyat növləri (233 xəstədə)

Cərrahi əməliyyat növləri	Rektoselenin dərəcələri			
	I dərəcə	II dərəcə	III dərəcə	Cəmi
Levatoroplastika	22 (9,4%)	55 (23,6%)	85 (36,5%)	162 (69,5%)
Prolin torlarla alloplastika	-	6 (2,6%)	17 (7,3%)	23 (9,9%)
Aralıq üsulu ilə plastika	16 (6,9%)	18 (7,7%)	14 (6,0%)	48 (20,6%)

Cədvəl 4- dən məlum olduğu kimi 233 xəstə rektoseleyə görə əməliyyat olunmuşdur. Onlar levatoroplastika, prolin torlarla alloplastika, aralıq üsulu ilə plastika metodları ilə əməliyyat olunmuşlar. Levatoroplastika metodu ilə I dərəcəli rektosele olan 22(9,4%), II dərəcəli -55 (23,6%), III dərəcəli-85 (36,5%) nəfər əməliyyat olunmuşdur. Prolin torlarla alloplastika metodu üzrə əməliyyat olunanlardan 6 (2,6%) nəfər II dərəcəli rektosele, 17 (7,3%) III dərəcəli rektosele ilə olmuşdur. Aralıq üsulu ilə plastika metodu üzrə əməliyyat olunanlardan 16

(6,9%) nəfərdə I dərəcəli, 18 (7,7%) nəfərdə II dərəcli, 14 (6,0%) nəfərdə III dərəcəli rektosele qeydə alınmışdır.

Sistoseleyə görə cərrahi əməliyyat növləri aşağıdakı cədvəldə göstərilmişdir

Cədvəl 5

Sistoseleyə görə cərrahi əməliyyat növləri

Cərrahi əməliyyat növü	Sistoselenin dərəcələri (166 xəstədə)			
	I	II	III	Cəmi
Ön kolporafiya	29 (17,5%)	47 (28,3%)	61 (36,7%)	137(82,5%)
Tot əməliyyatı	3 (1,8%)	9 (5,4%)	14 (8,4%)	26 (15,7%
Qanadlı prolin torlardan istifadə etməklə	-	-	3 (1,8%)	3 (1,8%)

plastika				

Sistoseleyə görə cəmi 166 xəstə ön kolporafiya, Tot əməliyyatı, qanadlı prolin torlardan istifadə etməklə plastika metodları üzrə əməliyyat olunmuşdur. Ön kolporafiya metodu üzrə əməliyyat olunanlardan 29 (17,5%) nəfərdə I dərəcəli, 47 (28,3%) nəfərdə II dərəcəli, 61 (36,7%) nəfərdə III dəəcli sistosele qeydə alınmışdır. Tot əməliyyatı aparılmış 26 (15,7%) xəstədən 3 (1,8%) nəfərdə I dərəcəli, 9 (5,4%) nəfərdə II dərəcəli, 14 (8,4%) nəfərdə III dərəcəli sistosele olmuşdur. Qanadlı prolin torlardan istifadə etməklə plastika üsulu ilə cəmi 3 (1,8%) xəstə əməliyyat olunmuşdur ki, onlaraın hamısında III dərəcəli sistosele qeydə alınmışdır.

Düz bağırsağın sallanması olan xəstələrin məlumatı cədvəl 5-də göstərilib (263 xəstədə).

Cədvəl 6

Düz bağırsağın sallanması olan xəstələr (263 xəstə)

Cərrahi əməliyyat növü	Düz bağırsağın sallanması dərəcələri			
	I	II	III	Cəmi
Selikli qişanın kəsilib götürülməsi	76(28,9%)	164(62,4%)	11(4,2%)	251 (95,4%)
Delorme əməliyyatı	-	6 (2,3%)	4 (1,5%)	10 (3,8%)
Kümmel-Zerenin əməliyyatı	-	-	2 (0,8%)	2 (0,8%)

Cədvəl 6- dan məlum olduğu kimi düz bağırsağın sallanması olan 263 xəstə əməliyyat olunmuşdur. Onlardan 251 (95,4%) nəfərdə selikli qişanın kəsilib götürülməsi həyata keçirilmişdir. 10 (3,8%) nəfərə Delorme əməliyyatı, 2 (0,8%) nəfərə Kümmel-Zerenin əməliyyatı tətbiq olunmuşdur. selikli qişanın kəsildiyi 251 xəstədə düz bağırsaq sallanmasının hər üç dərəcəsi qeydə alınmışdır. Belə ki, 76(28,9%) nəfərdə- I dərəcəli, 164 (62,4%) nəfərdə II dərəcəli, 11 (4,2%) nəfərdə - III dərəcəli düz bağırsaq sallanması qeydə alınmışdır. Delorme əməliyyatı tətbiq olunan 6 (2,3%) nəfərdə II dərəcəli, 4 (1,5%) nəfərdə III dərəcəli sallanma qeydə alınmışdır. Kümmel-Zerenin əməliyyatı tətbiq olunan hər iki xəstədə III dərəcəli sallanma qeydə alınmışdır.

Əməliyyatın həcmi sallanmaların dərəcəsindən asılıdır. I dərəcəli rektoseledə və sistoseledə transvaginal kombinəolunmuş əməliyyat – levatoroplastika, ön kolporafiya, II-III dərəcəli sallanmalarda müxtəlif alloplastik torlardan istifadə olunub, transanal düz bağırsağa selikli qişanın rezeksiyası, sidik saxlamamasında Tot əməliyyatı icra olunub.

Əməliyyatlar kombinə olunmuş şəkildə olmaqla ağırlaşmasız keçmişdir. Xəstələr 6 aydan 3 ilə qədər nəzarətdə olub, kliniki əlamətlər - xüsusilə də defekasiya aktında olan çətinliklər keçmişdir, residiv olmamışdır.

Nəticələr:

1) Qadınlarda çanaq dibi sallanması zamanı cərrahi korreksiya metodları xəstəliyin dərəcəsindən asılı olmaqla, kompleks şəklində aparılır. Əməliyyatın birmomentli olması məsləhətdir.

2) Əsasən əməliyyat transvaginal-aralıq üsulu ilə icra olunur.

3) Müasir tor implantlarından istifadə etmək effektiv və mütləqdir.

ƏDƏBIYYAT

1. Кап Д.Б. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М., 1986, 488 с.
2. В.И.Краснопольский Оперативная гинекология, 2010
3. Petros P.P. The intravaginal slingplasty operation, a miniwally invasive texnique for cure of urinary incontinence in the Female Obstet. Gynaecol.1996, p.453-461
4. Aventes, Bulut, Alabaz, Leventoglu, Anorectal B[lgenin Selim Hastaliklar.-2011
5. Ternent C.A., Bastawrous H., Morin N.A., et al. Practice parameters forte evaluation anal management of constipation // Dis Colon Rectum, 2007, v.50, p.2013-22
6. Nigro N.D. Combined therapy for cancer of the anal canal: a preliminary report // Dis Colon Rectum, 1974, v.17, p.354
7. Prasad L.M., et al Perineal proctomy, posterior rectopexy and postanal levator repair for the treatment of rectal prolapsed//Dis.ColonRectum,1986,v.29, p.547

Резюме

Методы коррекции клинических проявлений опущения тазового дна у женщин

С.С.Иманова

Мы считаем, что при синдроме опущения тазового дна в зависимости от стадии заболевания, необходимо проводить одномоментную комплексную хирургическую коррекцию. В исследовании участвовали 263 больных, у которых обнаружили опущения гениталий и пролапс прямой кишки. Все больные прошли хирургическое лечение. Им провели трансвагинально-промежностные операции. Использование сетчатых имплантантов были эффектны.

Summary

Clinical syndromes and correction methods of female descending perineum syndrome

S.S.İmanova

We believe that descending perineum synrome usually involves descending of multiple organs. The refore, the surgical correction methods are conducted in a complex manner depending on the severiy of the disease. A total of 263 patients diagnosed with genital and rectal prolaps syndrome participated in the research.All the patients underwent surgery operations. The use of modern mesh implants proved to be effective.

Daxil olub:18.10.2012

BİYANIN ƏSASINDA SEDATİV TƏSİRLİ MÜALİCƏVİ KOMPOZİSİYALARIN İŞLƏNMƏSİ.

M.N. Vəliyeva, M.H.Ağayeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: biyan, sedativ preparatlar
Ключевые слова: солодка, седативные препараты
Keywords: licorice, sedatives

Son zamanlarda mərkəzi sinir sisteminin pozulmasi nəticəsində bu və digər sinir xəstəliklərinin yaranması və geniş yayılması diqqəti cəlb edir [3,7]. Bu problemlər xarici və daxili mühitin təsirlerindən əmələ gəlir və xəstəliklərin sayi artmaqdadir.

Nevrozlar bu qrup xəstəliklər içərisində ən çox yayılanıdır.Nevroz yunan sözü olub "əsəb" deməkdir.Nevroz uzun müddet ərzində davam eden xroniki streslərin nəticəsində inkişaf edir [8, 9].

Nevroz termini ilk dəfə 1776-cı ildə Şotlandiya alimi U.Qullen tərəfindən təklif edilmişdir. Xarakterik xüsusiyyetleri: psixi pozğunluq, ümumi narahatlıq, yuxu pozğunluğu, baş ağrıları,arteriyal təzyiqin yüksəlməsi və s.Nevrozun ən çox yayılan növləri aseptik nevroz,depressiv nevroz və isteriyadır [4,6]

Bu xəstəliklərin müalicəsində həkimlər xarici ölkələrin əczaçılıq şirkətlərinin vasitələri ilə yanaşı dərman bitkilərinə üstünlük verirlər [2].

Mərkəzi sinir sisteminə təsir göstərən dərman bitkiləri elmi əsaslarla aşağıdakı kimi təsnifatlaşır:

1)Mərkəzi sinir sistemini stimulə edən dərman bitkiləri .

2)Tonuslaşdırıcı dərman bitkiləri.

3)Adrenomimetik təsirli dərman bitkiləri.

4)Adoptogen və psixistimulyator təsirli dərman bitkiləri.

5)Nootrop təsirli dərman bitkiləri.

6)Neyroleptik dərman bitkiləri [11]

Fitoterapiya nevrozların müalicəsində böyük rol oynayır.(10) Bu bitkilər 2 qrupa bölünür:əsas və köməkçi.Əsas qrupa aid olan bitkilər: Pişikotu –Valeriana L., cökə-Tilia L., quşqonmaz-Filipendula ulmaria (L.), buynuzbaş –Paeonia L., damotu-Leonurus L., mayaotu-Humulus L., qaraqınıq-Origanum vulgare L. və s.

Köməkçi qrupa aid olan bitkilər:Nanə-Mentha L.,ətirli bənövşə-Viola odorata L.,yemişan-Crataegus L. xəşənbül –Melilotus Adans və s.

Məlumdur ki,müxtəlif dərman bitkilərini mərkəzi sinir sisteminin bir cox problemlerinde istifadə edirlər.Mərkəzi sinir sisteminə oyandırıcı təsir gösterenler (analeptikler):qusdurucu kök, mordovnik müxtəlif ofisinal dərman formalarinda geniş tətbiq olunur: 0.1% strixinin nitrat 1.0ampullarda, 0,2% sekurinin nitrat 1,0 ampullarda, 0,002q sekurinin nitrat tarkezibletlərdə,0,4% exinopsin nitrat 1,0 ampullarda,1% exinopsin nitrat 20ml flakonlarda.

Mərkəzi sinir sisteminə tonuslaşdiricı təsir göstərənlər çin çayı, əkilən pərpətöün.

Tərkibində adrenomimetik maddələr saxlayan bitkilər efedranın müxtəlif növləri.

Adoptogen və psixostimulə edən bitkilər manjur aralyası ,jenşen,çin limonu.

Nootrop təsirli bitkilərə jenşen,çəhrayı rodyola aiddir.

Neyroleptiklər əsəb əleyhinə və sakitləşdirici təsir göstərir.Tərkibində neyroleptik olan bitkilərə piyon ,passiflora aiddir.

Mərkəzi sinir sisteminə adi bataqlıq qurucasının otu aiddir.

Nevrozların müalicəsində fərdi bitkilərlə yanaşı kompleks bitki yığıntılarından da istifadə olunur. Ən çox istifadə olunan yığıntılardan:

1)İstiotlu nanə yarpağı-Folia Mentha piperitae L.,cökə-Tilia L.,razyana meyvələr-Fructus Mill,murdarça kökü- Radix Frangulae.

2)Aptek çobanyastığının çiçəkləri-Flores Matricaria chamomillae L.,

Qazayağı otu – Herbae Potentilla bərabər miqdarda götürülür,dəmləmə hazirlanir.

3)Dərman pişikotunun kökləri-Radix Valerianae officinalis istiotlu nanə yarpağı-Folia Mentha piperitae,zirə meyvəsi-Fructus Carum Carvi bərabər miqdarda götürülür,dəmləmə hazırlanır.

4)Aptek çobanyastığının çiçəkləri-Folia Matricaria chamomila L,istiotlu nanə yarpağı-Folia Mentha piperitaL,dərman pişikotunun kökləri-Radix Valerianae L,razyana meyvələri-Fructus Foeniculum Mill bərabər miqdarda götürülür,dəmləmə haziranır.

5)İstiotlu nanə yarpağı-Folia Mentha piperita,dərman pişikotunun kökləri-Radix Valerianae L,damotu-Leonurus quinquelobatus bərabər miqdarda götürülür,dəmləmə hazırlanır.

Sedativ təsirə malik olan bitkilərdən biri də biyandir.Tüksüz biyan və ya şirin biyan-Glycyrrhiza qlabra L(F)

"Glycyrriza" yunanca "şirin" çin dilində "qan tsa", "şirin ot" deməkdir.Bir çox ölkə tibbində ,,likoris,,adı ilə istifadə olunur.5000 ildən artıq təbabətdə işlənir. Bu dərman bitkisinin faydalılığı və zərərsizliyi haqqında bir sira elmi əsaslı məlumatlar dərc olunmuşdur.Son məlumatlara əsasən tərkibində 47-dən artıq bioloji fəal maddər təcrid olunub, o cumlədən də triterpen saponin, flavonoidlər, polisaxaridlər, kumarinlər, aşı maddələri və s. Bitkidən alınan dərman vasitələri elmi- praktiki təbabətdə iltihab əleyhinə, immunotrop, spazmolitik, bronxolitik, yarasağaldıcı, antiallergik, işlədici və limfastimuləedici təsir göstərməklə bir sıra xəstəliklərdə dərman formalarında işlənilir [1]. Əldə olunan ədəbiyyatın məlumatlarına əsaslanaraq qeyd etmək olar ki,hal-hazırda xarici ölkələrdə şirin biyanın 30-dan çox faydalı dərman preparatları yayılmaqdadır. Elmi və ənənəvi təbabətdə çılpaq biyandan alınan bəzi dərman vasitələri aşağıdakı cədvə l 1-də göstərilir.

Depresiyaları müalicə etmək üçün biyanın əsasında bir-neçə müalicəvi tərkibli yığıntı şəklində dərman formalarına aid ixtira olunmuşdur.Rusiyada antidepresan təsirli bitki mənşəli tərkib öyrənilmişdir.Patent.RU 2395293 C2. Bu patentin tərkibində jenşen və biyan eyni həcmdə götürülmüşdür [13].

Ənənəvi Çin təbabətində biyanın əsasında sedativ təsirli bitki mənşəli kompozisiya ixtira olunmuşdur : Patent 1416881

Çin alimi Çjan Çzoquan depresiyyanın müalicəsində belə bir tərkib vermişdir: jenşen, jojoba, biyan . Patent.RU 201012152 [12,15].

Onun tərəfindən müxtəlif mənşəli həyacanları aradan götürmək üçün yeni əczaçılıq tərkib işlənmişdir: biyan, jenşen jojoba. Patent.2010121520RU [15].

Cədvəl 1
Biyandan hazırlanan dərman vasitələri

№	Dərman vasitəsinin adı (azərbaycan-latın dilində)	Dərman forması	Doza	Farmakoloji təsiri
1	Akseromalt- Axeromaltun	Tablet	0,25	İltihabəleyhinə, antasid
2	Bioqastron – karbinokson Bioqastronum-karbenoksonum	Tablet	0,15-0,3	İltihabəleyhinə, Yarasağaldıcı
3	Likviriton- Likviritonum	Tablet	0,1	Spazmolitik
4	Flakarbin - Flakarbinum	Qranul		Spazmolitik
5	Qliçiram - Glycyrramum	Tablet	0,05	İmmunokorrektor,hipokoaqulyant, mineralokortikotrop, Iltihabəleyhinə
6	Qliçirrizin turşusu-Acidum Qlycyrrizinicum.	Toz	0,01-0,03	Bronxolitik,hipokoaquyaedici
7	Pektol -Pektolum	Tablet	0,1	İltihabəleyhinə,bəlğəmgətirici
8	Blanklar həbləri –Pilulae Blanklari	Həblər		Antiseptik ,iltihabəleyhinə
9	Blyaudi (Blo) arsenilə həblər-Pilulae Blyaudi cum arsenici	Həblər		Eritroporezi sitimulyaedici
10	Biyan kökünün şərbəti –Sirupi Qlycyrrhizae	Şərbət	100 ml	Bronxolitik,iltihabəleyhinə immunstimulyaedici,antiallergik
11	Biyanın quru ekstraktı-Extractum Glycyrrhizae siccum	Toz		Bəlğəmgətirici iltihabəleyhinə
12	Biyanın qati ekstraktı-Extractum-spissum	Qati maye		Bronxolitik,iltihabəleyhinə bəlğəmgətirici
13	Biyanın mürəkkəb tozu-Pulvis Glycyrrhizae compositium	Toz		İşlədici
14	Sidikqovucu yığıntı №2-Species diureticae №2	Yığıntı		Sidikqovucu
15	İşladici yığıntı-Species Laxantium	Yığıntı		İşladici
16	Babasil əleyhinə yığıntı-Species	Yığıntı		İltihabəleyhina

	antihaemoroidales			
17	Qliçramın 2% emulsiyası-Emulsionis Glycyrrami 2%	Emulsiya	100ml	Yarasağaldıcı
18	Biyanın kökündən alınan qənnadı məmulatları(konfet, pastila,marmelat)	Qənnadı məmulatları		İmmonotrop
19	Biyanın kökü-Radix Glycyrrhizae	Xırdalanmış kök		İltihabəleyhina
20	Biyan şirasi-Succus Glycyrrhizae	Şirə	100ml	Stimulyaedici
21	Biyan kökündən alınan müxtəlif alkoqolsuz içkilər	Alkoqolsuz içkilər	1000ml	Stimulyaedici
22	Viusid-Viusidum	İnterferonun induktoru	4,5q	İitihabəleyhinə

Depresiyaları və həyacanları müalicə etmək üçün biyan, jenşen, jojobanın müasir tərkibi təklif olunmuşdur:Patent.RU2010121518 [14].

Xintian L. İ. və Lin Yuynevrozları və melanxoliyaları müalicə etmək üçün biyanın əsasında çin təbabətinə aid reseptura işləmişlər[19].

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alıb, Azərbaycan Tibb Universitetinin Əczacılığın texnologiyası,iqtisadiyyatı və təşkili kafedrasında bizim tərəfimizdən sedativ təsirə malik yeni tərkibli çoxkomponentli yığıntı,qranul və fitokokteylin resepturasının işlənib hazırlanma texnologiyası öyrənilmişdir.

"Herba Flora"ticarət markası ilə Azərbaycan Respublikasında satışda olan dərman bitki xammallarının standart nümunələri götürülmüşdür:

Çılpaq biyanın kökü və kökümsovu – Radix et Rhizomatis qlabra L (F), seriya №001017

Dazıotu-Hypericum perforatum,seriya N0010308, Dərman Limonotu-Melissa oficinalis,seriya N0010906,pişikotunun kökü və kokümsovu-Radix et Rhizomatis Valerianae,seriya N001553/01,damotu-Leonurus quinquelobatus,seriya N0011208,mayaotu-Humulus lupulus,seriya N0010906, əkilən nanə-Mentha piperita,seriya N002122.

Tədqiq olunan yığıntı sakitləşdirici vəiltibahəleyhinə vasitə kimi nəzərdə tutulduğu və onun fitokimyəvi tərkibi bioloji fəal maddələrlə,ocümlədən saponinlərlə,polisaxaridlərlə zəngin olduğu üçün göstərilən maddələrin maksimal dərəcədə ekstraksiya edilməsi digər texnoloji parametrlərlə yanaşı ekstragentin düzgün seçilməsingən asılıdır.Bunu müəyyən etmək üçün biz ilk növbədə yiğintının alınmasında optimal şəraitin seçilməsini öyrəndik. Optimal şəraiti öyrənmək üçün dərman vasitələrinin xırdalanma dərəcəsini,həlledici(ekstragentin)seçilməsini,temperaturu,ekstraksiya müddətini,bitki xammalinin ekstragentə nisbətini ətraflı öyrəndik və cədvəl 2-də əks etdiririk.

Cədvəl 2

Fitoyığıntının hazırlanmasında optimal texnoloji parametrlər

№	Öyrənilən parametrlər	Eksperimentin şəraiti
1	Bitki xammallarının xırdalanma dərəcəsi , mm	2.5mm – 3mm
2	Həlledici (ekstragent)	Su; su – etanol (20%)
3	Temperatur °c	30°c
4	Ekstraksiya müddəti, dəq.	45 dəq.
5	Bitki xammalının ekstragentə nisbəti	1:7

Göstərilən şəraitdə yığıntıdan 91-92% farmakoloji maddələrin ekstraksiyası mümkün olmuşdur. Alınan ekstraktdan istifadə edib, qranul dərman forması hazirlanmışdır.Əlavə olaraq fitokokteyl şəkilində dərman forması təklif olunur. İşlənib hazırlanan dərman vasitələrinin sedativ təsirləri aşkarlanmışdır.

ƏDƏBIYYAT

1. Vəliyeva M.N. Biyan və onun təbabətdə tətbiqi. Bakı, 2012, 264 s.
2. Дамиров Э.И.А., Прилипко Л.И., Шукюров Д.З., Керимов Ю.Б. Лекарственне растения Азербайджана. Баку: Маариф,1988, 319 с.
3. Болдырев А.А. Окислителъный стресс и мозг. // Соровский оброзовательный Журнал, 2001, Т.7. №4, с.21-28
4. Зенков Н.К. Оксидативный стресс. Биохимия и патологическая физиология аспектов. М. МАИК «Наука Интерпериодик», 2001,343с.
5. Закусов В.В.Противотревожный препарат-Афабозол //Журнал фармакология, 2000, с.34-38
6. Куркин Б.А.Дубишев А.Б.и др.Изучение антидепресантной активности новых препаратов на основе зверобоя / Матер.4-ой Всерос. конференции, Международным Участием Научно-методическая конференция. Воронеж, 2010, с.317-323

7. Куркин В.А. Исследования сырья и препаратов зверобоя // Журнал «Фармация», 2005, №3, с.23-25с.
8. Куркин В.А. Зверобой, инструкция и перспективы создания лекарственных средств. Самара, 2008, 127с.
9. Романенко Л.В. Современные возможности терапии тревожных расстройств в общетерапевтической практике // Журнал Фармацея, 2009, №10, 43-46с.
10. Соколов С.Я, Заможелев И.П. Справочник по лекарственным растением. М.:Медицина, 1984, с.21-81
11. Турищев С.Н. Фитотерапия. М.: Медицина, 2003, с.88-107с.
12. Улезка А.В., Платонова Ю.Р. Психотропные средства в психиатрической практике. М.: Феникс, 2007, 176с.
13. Чжан Цзогуан (CN)Патент RU 2395293C2, 2010, Санкт-Петербург.
14. Чжан Цзогуан Патент RU 2010121521, 10.01.12., Санкт-Петербург.
15. Чжан Цзогуан Патент RU 2010121518, 10.01.12.,Санкт-Петербург.
16. Чжан Цзогуан Патент RU2010121520,10.01.02., Санкт –Петербург.
17. Патент 1416881,14.05.03., Китай
18. Чжан Цзогуан(CN),Юйх-Фэнъ(TW) Патент 2395293 RU27.07.10
19. Хинтан Л.И,Линъ Юй и др. Патент 101711847 RU 26.05.10.

Резюме

Приготовление лечебных седвтивных композиций на основе солодке

М.Н.Велиева, М.Н. Агаева

В последние время широко распространены болезни центральных нервных систем. В связи с этим началось приготовление новых седативных препаратов. Препараты приготовленные на основе солодки сичтаются эффективными при лечении нервных заболеваний.

Summary

Preparation of therapeutic compositions based sedvtivnyh licorice

M.N.Veliyeva, M.N. Agayeva

In recent time, widespread disease of the central nervous system. In this regard, began preparing new sedation. Preparations made by licorice sichtayutsya effective in the treatment of nervous diseases.

Daxil olub:05.10.201

ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Н.Дж. Гаджиев

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку и ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», г. Харьков.

Açar sözlər: generalizəolunmuş peritonit, qarın boşluğudaxili regional endolimfatik müalicə, ozon terapiyası, detoksikasiya

Ключевые слова: генерализованный перитонит, внутрибрюшной региональных терапии эндолимфатической, озонотерапия, детоксикации.

Key words: generalized peritonitis, intra-abdominal regional endolymphatic therapy, ozone therapy, detoxification.

Перитонит по-прежнему продолжает оставаться одной из наиболее сложных и до конца не решенных проблем абдоминальной хирургии. Несмотря на современные успехи хирургии, анестезиологии, внедрение в клиническую практику новых технологий, высокоэффективных антибиотиков и антибактериальных препаратов, летальность при распространённых перитонитах (РП) доходит до 40% [3,6,11].

В последние годы проблема перитонита все больше рассматривается как проблема воспаления. При воспалительных процессах брюшины в связи морфофункционального её строения скопившейся экссудат из замкнутого пространства брюшной полости в результате повышения проницаемости за короткие сроки поступает в лимфатическую систему. Нарушения лимфотока на уровне брыжейки и кишечной стенки, а также терминального лимфососудистого русла приводит к гипоксическому повреждению автономных нервных сплетений, обеспечивающих моторную функцию кишечника, в результате которого развивается атония и компартмент-синдром [4,9,10]. На фоне истощения защитно-компенсаторных резервов организма локальный воспалительный процесс вовлекая в патологический процесс другие органы становятся системным, что и определяет неблагоприятный исход. Все это является отдельным звеном одной цепи в реакции организма на воспаление вследствии микробной инфекции и лежит в основе

концепции абдоминального сепсиса [16,18]. С учетом данной концепции одним из ведущих синдромов распространённого перитонита является синдром эндогенной интоксикации (СИЭ) [13,19]. Одним из основных источников эндогенной интоксикации при РП является перитонеальный экссудат и паралитическая кишка [1,2].

Активное участие лимфатической системы в этих патологических процессах при РП общеизвестно, что явилось основой разработки лимфогенных методов лечения [5, 14]. В настоящее время лимфатическая как среда лечебного воздействия широко используется для введения антибиотиков, иммунокорректоров и других препаратов в лечении гнойно-воспалительных заболеваний. Целью лимфологической коррекции при этом является усиление лимфообразования и лимфооттока, ускорение удаления токсинов и токсических продуктов из лимфы, декомпрессия лимфатического русла и предотвращения транспорта токсических метаболитов в кровь, а также нормализация нарушенных функций лимфатических сосудов и нодулярного аппарата [13]. Эндолимфатическая терапия дает возможность проведения одновременной санации лимфатического и кровеносного русла, очага воспаления, сохранять длительную терапевтическую концентрацию вводимых препаратов благодаря их депонированию в лимфатических узлах, а также медленное, постепенное и равномерное их поступление в кровеносное русло [7, 8, 17].

Таким образом, лимфатическая система брюшной полости принимает активное участие в патологическом процессе и её состояние во многом определяет течение РП, а коррекция нарушенных функций лимфатического бассейна данного региона может значительно улучшить результаты лечения больных.

Поэтому активный поиск патогенетически обоснованных оптимальных лимфогенных способов борьбы с эндогенной интоксикацией при РП с учетом всех патогенетических звеньев является актуальным и целесообразным.

ЦЕЛЬЮ настоящей работы явилось изучение влияния регионарной интраабдоминальной эндолимфатической (РИАЭЛ) детоксикации на выраженность СЭИ при РП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами проведено клиническое исследование у 160 больных с РП в возрасте от 16 до 82 лет. Наиболее частой причиной РП был острый деструктивный аппендицит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза.

Тяжесть перитонита определяли по Мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ). Также у всех больных с учетом клинических и лабораторных маркеров эндогенной интоксикации была определена степень тяжести СЭИ и атонии кишечника.

Соответственно применяемого метода лечения все больные были разделены на 3 группы:

1.Контрольная группа (n=60: МПИ-I – 17, МПИ-II – 23, МПИ-III – 20 пациентов) включала больных, лечение которым проводили традиционным методом. В комплексном лечении этих больных применяли традиционные методы санации брюшной полости – лаваж с фурацилином, физиологическим раствором и водным раствором хлоргексидина. После санации с целью профилактики послеоперационного пареза в корень брыжейки тонкой кишки вводили 100-150 мл 0,25% раствор новакаина и дренировали брюшную полость. У больных с MPİ I за исключением гнойно-фибринозным перитонитом в послеоперационном периоде перитонеальный лаваж не применяли. У больных с MPİ II и MPİ III в послеоперационном периоде проводили перитонеальный лаваж с вышеперечисленными антисептиками с добавлением антибиотиков. В большинстве случаев этим больным также была проведена назоинтестинальная интубация с энтеральным лаважом с помощью 5% глюкозы, растовром Рингера с добавлением 20 мл перекиси-водорода, а также по показанию энтеросорбция с энтеродезом или гемодезом.

2.Сравнительная группа – 43 больным (МПИ-I – 11, МПИ-II – 13, МПИ-III – 19 больных), в комплексном лечении, которых использовали местную и общую озонотерапию (ОТ). После ликвидации источника перитонита как завершающий этап санации брюшную полость промывали с 4-5л озонированным физиологическим раствором (ОФР) с концентрацией озона 4-5 мг/л. В послеоперационном периоде был продолжен перитонеальный лаваж с 400 мл ОФР с концентрацией озона 4мг/л. А также этим больным в комплексе общепринятой терапии была проведена через день внутривенная инфузия 400 мл ОФР с концентрацией озона

2,5-5 мг/л всего 5-7 сеансов. В этой группе энтеральный лаваж и детоксикация была проведена с ОФР.

3.Основная группа (n=57: МПИ-I – 17, МПИ-II – 19, МПИ-III – 21 больных) – наряду с традиционной терапией применялись РИАЭЛ ОТ в сочетании с перитонеально-энтеральной детоксикацией с ОФР. Системную эндолимфатическую санацию (СЭС) проводили по методу Дж.Н. Гаджиева (Евразийский патент № 006943 от 30.06.2006г.): после завершения основного этапа операции, путем катетеризации депульпированного мезентерального лимфоузла. С целью СЭС в течении 3-7 дней 2 раза в сутки до 50 мл ОФР вводили непосредственно в лимфатическую систему тонкого кишечника. РИАЭЛ вводили также новокаин, фраксипарин, антибиотики, метронидазол, а при атонии III степени дополнительно и миостимуляторы. Энтеральную детоксикацию проводили путем дробного введения через назоинтестинальный зонд 3 раза в сутки ОФР с концентрацией озона 3-4 мг/л в объеме 800-1500мл в течении 3-5 суток.

Основной целью РИАЭЛ терапии являются: регионарная лимфостимуляция, потенцирование дренажной и детоксирующей функции лимфатической системы, а также системный эффект.

Эффективность СЭС путем РИАЭЛ-терапии и перитонеально-энтеральной детоксикации с ОФР оценивали динамикой изменений метаболитов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активностью антиоксидантной защиты (АОЗ) в сыворотке крови, перитонеальном экссудате и моче [11], уровнем среднемолекулярных пептидов (СМП) в различных биосредах (сыворотка крови, перитонеальный экссудат и моча) [14], ОКА (общей концентрации альбумина), ЭКА (эффективной концентрации альбумина), ССА (связывающей способности альбумина), БОФ (белков острой фазы – С-реакивного белка, лактоферрина, ферритина), биохимических маркеров эндотоксикоза (мочевина,креатинин, остаточный азот, общий билирубин, общий белок и т.д.), также токсичности крови с помощью биосенсора D. Viridis.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием вариационной статистики и непараметрическим методом Уилкоксона-Манна-Уитни, значимыми считали различия при $p< 0,05$.

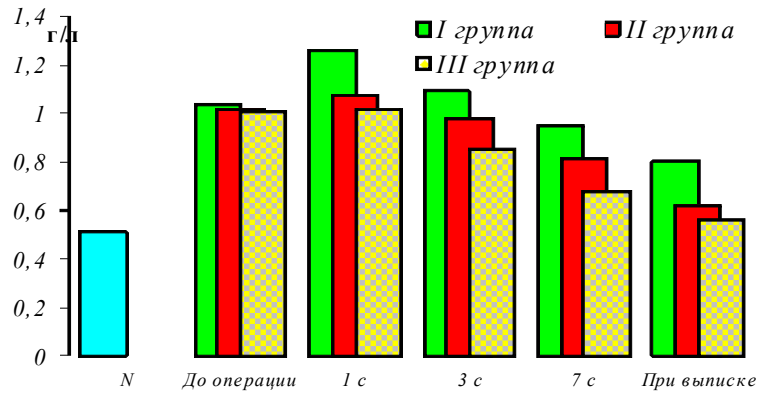


Рис. 1. Динамика изменений СМП в сыворотке крови в зависимости от метода лечения у больных при МРİ III

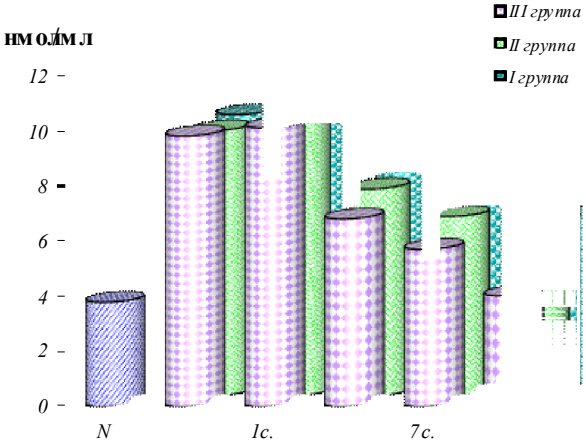


Рис. 2. Динамика изменения МДА в сыворотке крови у больных при различных способах лечения при MPİ II

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. Выявленные изменения в изучаемых исходных клинико-лабораторных показателях при РП свидетельствовало о развитии СЭИ. Это выражалось в повышении количества лейкоцитов в периферической крови, уровня продуктов ПОЛ и СМП, токсичности крови, биохимических показателей интоксикации, снижении АОЗ организма, общего белка, ЭКА, ОКА, ССА и т.д., что являлось характерным для органной дисфункции.

В процессе лечения в группах было зарегистрировано достоверно более раннее снижение уровня СМП в сыворотке крови (рис. 1), перитонеальном экссудате с повышением элиминации токсинов в моче у больных III группы . Сравнительный анализ результатов СМП в группах показал, что в первых 2-х группах уровень его в сыворотке крови значительно превышает норму, который свидетельствует о длительном сохранении проявлений интоксикации.

При использовании лимфогенного метода снижение токсичности крови по D. Viridis было более показательным, во всех степенях MPİ РП, чем при проведении стандартной интенсивной терапии и внутривенной ОТ. Это объясняется более адекватной санацией регионарного лимфатического русла и сравнительно выгодными условиями брыжеечного лимфатического дренажа.

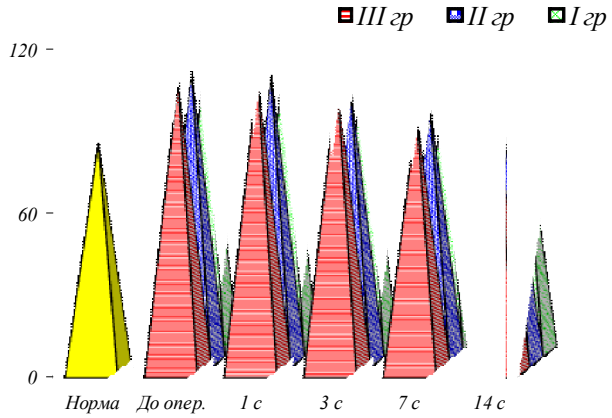


Рис. 3. Динамика изменений ССА в послеоперационном периоде у больных при MPİ III

Аналогичная закономерность наблюдалась и в динамике изменений показателей системы ПОЛ-АОЗ как в сыворотке крови, так и в перитонеальном экссудате и моче (рис. 2).

Системная эндолимфатическая ОТ в сочетании перитонеально-энтеральной детоксикацией медицинским озоном в послеоперационном периоде достоверно значительно повышал уровень общего белка, ОКА, ЭКА и ССА по сравнению с пациентами I и II группы (рис. 3).

Изучение содержания С-реактивного белка, лактоферрина и ферритина в крови, а также лактоферрина и ферритина в перитонеальном экссудате (диализате) при РИАЭЛ ОТ в динамике показало эффективность противовоспалительных действий медицинского озона на характер и течение воспалительных изменений в брюшной полости.

Разработанный нами метод РИАЭЛ терапии с использованием ОФР у больных с атонией

кишечника I и II степенью, а также с последующим применением миостимуляторов при параличе моторики кишечника дало возможность значительно уменьшить сроки восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника и сократить количество применяемых препаратов.

Таким образом, проведенные исследования показали, что РИАЭЛТ и перионеально-энтеральная санация с ОФР оказывая многоуровневое воздействие на все патогенетические звенья возникновения и дальнейшего развития эндогенной интоксикации, обеспечивает тотальную детоксикацию в очаге воспаления, интерстиции, лимфе и крови, а также значительно сокращает сроки пареза кишечника. Регионарная и системная санация лимфатической системы оказывая более выраженный и пролонгированный лечебный эффект способствует сравнительно быстрой и ранней детоксикациии, который подтверждается положительной динамикой маркеров эндогенной интоксикации в более короткие сроки, чем при традиционной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Qarayev Q.Ş., Əliyev Ş.X., Əliyev Y.Q., Həsənov M.J. Peritoneal intoksikasiya.Bakı,2008,184 s.
2. Ашрафов Р.А., Давыдов М.И. Дренирование и лаваж брюшной полости, декомпрессия и лаваж полых органов желудочно-кишесного тракта в лечении перитонита // Хирургия, 2001, № 2, с. 56-59
3. Бойко В.В., Криворучко И.А., Тесленко С.Н., Сивожелезов А.В. Распространенный гнойный перитонит. Харьков: «Прапор», 2008, 278 с.
4. Бородин Ю.И., Труфакин В.А., Любарский М.С. и др. Очерки клинической лимфологии. Новосибирск, 2001, 191 с.
5. Бородин Ю.И., Любарский М.С., Смагин А.А. и др. Патогенетические подходы к лимфокоррекции в клинике. Новосибирск, 1997, 183 с.
6. Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И. и др. Абдоминальный сепсис, возможности антибактериальной и иммуннокорегирующей терапии // Хирургия – 2002, № 4, с. 69-74
7. Выренков Ю.Е., Шевхужев З.А., Ахундов И.Т. Лимфогенные методы терапии при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости // Анналы хирургии, 1999, № 4, с. 74-78
8. Гаджиев Дж.Н., Тарвердиев М.Н., Гаджиев Н.Дж. Новый метод интраабдоминальной эндолимфатической озонотерапии при перитонитах // Материалы третьего международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России» - Москва, 2008, с. 329-330
9. Гаджиев Н.Дж. Регионарное интраабдоминальное лимфотропное и эндолимфатическое лечении атонии кишечника при перитонитах. Всероссийская конференция хирургов и XVII съезд хирургов Дагестана, посв. 90-летию члена-корр. АМН СССР, проф. Р.П. Аскерханова, Махачкала-2010, с.
10. Гаджиев Н.Дж., Тагиев Э.Г. Лечение послеоперационного пареза кишечника при распространенном перитоните методом регионарной интраабдоминальной эндолимфатической терапии // Матер. Науч.конгресса «IV Международные Пироговские Чтения», Вестник Санкт-Петербургского Университета, 2010, Серия 11-Медицина, с.459
11. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневия С.З. и др. Антибактериальная терапия хирургического сепсиса // Consilium medicum, 2000, № 9, с. 374-379
12. Горячковский А.М. Клиническая биохимия. Одесса: Астропринт, 1998, 608 с.
13. Любарский М.С., Смагин А.А., Морозов В.В. и др. Новые методы регионарной лимфотропной терапии в клинической практике // Бюллетень СО РАМН, 2007, № 2, с. 65-71
14. Насиров М.Я., Джамалов Ф.Г., Ахундов И.Т. и др. Основные принципы эндолимфатической антибиотикопрофилактики и терапии больных в современной абдоминальной хирургии. // Cərrahiyyə, 2005, № 1, s. 44-48
15. Николайчик В.В., Моин В.М., Кирковский В.В. и др. Способ определения «средних молекул» // Лабораторное дело, 1991, № 10, с.13-18
16. Федоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С., Багницкая Т.Н. Современные представления о классификации перитонита и системной оценке тяжести состояния больных // Хирургия, 2000, № 4, с. 58-62
17. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит М.:Два Мира Прин, 2000, 224 с.
18. Bobhen J.M. Intra-abdominal sepsis.1998,440 p.
19. Shein M., Marshall J. Source control. A Guide to Management of Surgery Infection // Springer Berlin. Heidelberg. New York, 2002

Xülasə

Yayılmış peritonit zamanı endogen intoksikasiyanın müalicəsində detoksikasiyanın limfogen metodu

N.C.Hacıyev

Bu məqlədə qabarıq endogen intoksikasiya sindoromu (QİS) üçün qarın boşluğudaxili ozonlaşdırılmış fizioloji məhlul (OC) ilə regional endolimfatik (RIAEL) detoksikasiyanın müqayisəli təhlilinin aparılması məqsədilə yayılmış peritonitli (RP) 160 xəstənin müalicəsinin nəticələri öyrənilmişdir.

Xəstələr üç qrupa bölünmüşdür: I qrupa ənənəvi müalicə ilə inteqrasiya olunmuş furasallin ilə ənənəvi sanasiya aparılan 60 xəstə daxil edilmişdir. II qrupa daxil olan 43 xəstəyə standart müalicə metodları ilə yanaşı yerli və ümumi ozon terapiyası da tətbiq olunmuşdur. III qrupdan olan 57 xəstəyə ənənəvi

müalicə fonunda RIAEL, peritoneal bağırsaq detosikasiya xəstələrə tətbiq olunmuşdur. Tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, RİAEL terapiya və OC ilə peritoneal- bağırsaq sanitariyası gələcəkdə endogen intoksikasının yaranmasına səbəb olan bütün patogenetik bəndlərə çoxsəviyyəli təsir göstərərək iltihabi zonalarda, qanda və limfada tam intoksikasiyanı təmin edir və bağırsaq parezi vaxtını kifayət qədər azaldır.

Summary

Lymphogenous methods of detoxification in treatment of endogenous intoxication in generalized peritonitis

N.J. Hajiyev

In this article was given the results of treatment of 160 patients with generalized peritonitis (RP) with the aim of comparative study of the influence of regional intraabdominal endolymphatic (RIAEL) detoxification with ozonized saline (OS) to the expression of endogenous intoxication syndrome (EIS).

Patients were divided into three groups. In I group included 60 patients who received conventional therapy with integrated traditional peritoneal readjustment with furacillin. In group II - 43 patients, who, along with the standard complex treatment interventions used local and general ozone therapy (OT). 57 patients of group III on the background of traditional therapy were used RIAEL, in combination with peritoneal-enteric detoxication with OS.

Studies have shown that RIAEL therapy and peritoneal-enteric sanitation with OS influences multi-level impact all of the pathogenetic links with further development of endogenous intoxication, provides a total detoxification on inflammatory zone, interstitium, in lymph and blood, and significantly reduces the time of paresis of the intestine.

Daxil olub:19.11.2012

TALASEMİYALI XƏSTƏLƏRDƏ POSTTRANSFUZİON B VƏ C VİRUSU HEPATİTİ

L.A. Orucova, R.K. Tağızadə, R.Ş. Rüstəmov

B.Eyvazov adına Azərbaycan ET Hematologiya və Transfuziologiya İnstitutu

Açar sözlər: talasemiya, posttransfuzion hepatit B və C, rastgəlmə tezliyi

Ключевые слова: большая талассемия, посттрансфузионные гепатиты ВГВ и ВГС, частота встречаемости.

Key words: thalassemia major, posttranfuzion hepatitis C and B, frequency

Posttransfuzion hepatitlər problemi müasir kliniki təbabətin ən aktual problemlərindən biridir. Bu problemin aktuallığı müxtəlif populyasiyalarda posttransfuzion virus hepatitlərinin (PVH) rastgəlmə tezliyinin yüksək olması, xəstəliyin ağır kliniki gedişi və ağır fəsadlarla (sirroz, hepatokarsinoma) nəticələnməsi ilə əlaqədardır (1). Böyük talasemiyalı xəstələrin müasir müalicə taktikası müxtəlif donorlardan alınan qan komponentlərinin çoxsaylı transfuziyasına əsaslanır. Məhz, bu səbəbə görə də, xəstələrin B və C virusu (BVH, CVH) hepatitlərinə yoluxma risqi yüksəkdir.

Ədəbiyyat materiallaının analizi göstərir ki, dünyanın müxtəlif ölkələrində BVH və CVH infeksiyalarının rastgəlmə tezliyi müxtəlifdir və geniş diapozonda dəyişir. Almaniyada bu göstərici 0,6%, Fransada 1,1%, Avstraliyada 1,1% təşkil edir. CVH infeksiyasının nisbətən yüksək göstəriciləri ABŞ-da -1,8%, Yaponiyada-1,5-2,3% və İtaliyada – 2,2% qeyd olunur (2). MDB dövlərində posttransfuzion B hepatitinin rastgəlmə tezliyi bütün postrasfuzion hepatitlərin 40-50%-ni təşkil edir. Bununla yanaşı, müəyyən olunmuşdur ki, göstərilən ölkələrdə, posttransfuzion hepatitlərin mütləq sayı ilə B, C və D hepatitləri ilə xəstələnmə göstəriciləri arasında paralellik mövcuddur.

Müəyyən olunmuşdur ki, əhali arasında simptomsuz virus gəzdiricilərinin sayının çox olması və infeksiyaya yoluxmanın digər fərqli yollarının intensiv olaraq gerçəkləşməsi, BVH və CVH infeksiyasına yoluxmuş potensial qan donorlarının sayının artmasına gətirib çıxarır. ABŞ-da BVH infeksiyasına yoluxma risqi 1:205 000 nisbətindədir (3). Bu göstərici İngiltərədə 1:260 000 (4), Kanadada isə, 1:153 000 nisbətindədir(5). CVH–ə yoluxma risqi isə, hər 2-

3 milyon transfuziyadan biri ilə gerçəkləşə bilir. Çoxsaylı transfuziyalarla müalicə olunan Böyük talasemiyalı xəstələrdə isə, bu risqin dərəcəsi on dəfələrlə çoxdur.

Tədqiqat işinin MƏQSƏDI talasemiyalı xəstələrdə BVH və CVH infeksiyalarının rastgəlmə tezliyinin öyrənilməsidir.

TƏDQIQATIN MATERIALI VƏ METODLARI. Azərbaycan ET hematologiya və transfuziologiya institutunda, Respublika Klinik Uşaq xəstəxanasında müalicə alan 130 Böyük talasemiyalı (homoziqot beta-talasemiya) xəstə müayinəyə cəlb olunmuşdur. Müayinə olunan xəstə qrupunu yaşı 1-33 il arasında dəyişən və 71-i qadın və 59-i isə kişi cinsinə aid olan pasientlər təşkil etmişdir.

Müayinə olunan xəstələrdə Böyük talasemiya diaqnozu kliniki və laboratoriya müayinələri əsasında təsbit olunmuşdur. Müayinə metodlarına xəstələrin klinik geneoloji müayinəsi, qanın kliniki analizi, USM, Hb A_2- nin asetat-selluloza lentlərində elektroforez (pH=7,2) vasitəsilə təyini, Hb F miqdarının Betke üsulu ilə təyini, eritrositlərin osmotik rezistentliyinin təyini və G-6-FD fermentinin aktivliyinin təyini daxil edilmişdir.

Müayinəyə cəlb olunmuş xəstələrdə və sağlam qan donorlarında BVH və CVH yoluxmanın seroloji markerləri (HbsAg, anti CVH) immunoferment (İFA) analiz vasitəsilə, HUMAN (Almaniya) və "DRG" (ABŞ) test sistemlərindən istifadə olunmaqla, təyin olunmuşdur. Müayinələrin aparılması üçün vertikal çoxkanallı fotometrlərdən (HUMAN-Almaniya və RİDER – Finlandiya) istifadə olunmuşdur.

TƏDQIQATIN NƏTICƏLƏRI VƏ MÜZAKIRƏSI. Tədqiqatların nəticələri cədvəl 1 –də təqdim olunmuşdur. Cədvəldən göründüyü kimi, müntəzəm olaraq hemotransfuziya terapiyası (eritrosit kütləsi) alan Böyük talasemiyalı xəstələrdə BVH seroloji markerinin (HbsAg) rastgəlmə tezliyi 1,53% təşkil edir . Bu göstərici müayinə olunan qadınlarda 1,40% , kişilərdə isə, 1,69% təşkil edir. Beləliklə, BVH infeksiyasının kişilərdə rastgəlmə tezliyi qadınlarda qeyd olunan analoji göstəricidən çoxdur. Lakin, müayinə qrupları arasındakı BVH infeesiyasının yayılma göstəriciləri arasındakı fərq statistik olaraq əhəmiyyətli deyildir (P >0,05).

Cədvəl 1
BVH və CVH seroloji göstəricilərinin Böyük talasemiyalı xəstələrdə rastgəlmə tezliyi

Müayinə olunan xəstələr	HbsAg (+)		anti-CVH (+)	
	n	%	n	%
qadın (n=71)	1	1,4	21	29,57
kişi (n=59)	**1**	1,69	**17**	28,81
cəmi: (n=130)	**2**	1,53	**38**	29,23

Qeyd: müayinə qruplarında qeyd olunan göstəricilər arasındakı fərq statistik etibarlı deyildir (P>0,05)

Qeyd etmək lazımdır ki, müayinə aparılan xəstələrin yalnız 1-də HbsAg seroloji markeri ilə yanaşı anti-CVH markeri də aşkar olunmuşdur.

Cədvəl 1 göründüyü kimi, müayinə olunan talasemiyalı xəstələrdə CVH infeksiyasının rastgəlmə tezliyi BVH infeksiyasının rastgəlmə tezliyindən əhəmiyyətli dərəcədə çoxdur və 29,23% təşkil edir. Müayinə olunan qadınların 29,57%-də, kişilərin isə 28,81%-də anti-CVH markeri qeyd olunur. Kişi və qadın xəstələrin göstəriciləri arasındakı fərq etibarlı deyildir (P>0,05).

CVH infeksiyasının rastgəlmə tezliyində müşahidə olunan göstəricilərin xəstələrin yaşı və aparılan hemotransfuziyaların sayı ilə əlaqəsi cədvəl 2 və 3-də göstərilmişdir.

Cədvəl 2
Böyük talasemiyalı xəstələrin yaşından asılı olaraq anti- CVH(+) və anti-CVH (-) markerlərinin rastgəlmə tezliyi

Göstəricilər	N	anti-CVH(+)	anti-CVH(-)	P
Qadın	71	21(29,57%)	50(70,42%)	<0,05
kişi	59	17(30,35%)	42(71,18%)	<0,001
Yaş qrupları:				
<10	30	5(17,00%)	25(83,33%)	<0,001
11-17	74	22(29,72%)	52(70,27%)	<0,001

>17	26	11(42,3%)	15(57,69%)	<0,001

Cədvəl 2-də təqdim olunan məlumatlardan göründüyü kimi, çoxsaylı hemotransfuziya alan talasemiyalı qadın və kişi xəstələrdə anti-CVH seroloji markerinin rastgəlmə tezliyi müxtəlif yaş qruplarında müxtəlifdir. CVH infeksiyası 10 yaşına qədər xəstələrin 17%-də, 11-17 yaş arasında olan xəstələrin 29,72%-də rast gəlir. CVH infeksiyasına ən çox yoluxma halları (42,3%) yaşı 17-dən çox olan xəstələrdə müşahidə olunur.

CVH infeksiyasına yoluxmanın səviyyəsinin yaşı 17-dən çox olan talasemiyalı xəstələr arasında yüksək olmasını, bu xəstələrin müalicə məqsədilə aldığı hemotransfuziyaların sayının, digər yaş qruplarında olan xəstələrə nisbətən daha çox olması ilə izah etmək olar. Qeyd etmək lazımdır ki, müayinəyə cəlb olunan talasemiyalı xəstələrdə bir hemotransfuziyadan sonra növbəti hemotransfuziyaya qədər olan müddət 1-12 həftə arasında dəyişir. Yəni, hemotrasfuziyalar arasındakı interval orta hesabla 3,7 həftə təşkil edir. Hər bir talasemiyalı xəstəyə, bir ildə 10-12 müxtəlif donorlardan alınmış eritrosit kütləsi transfuziya olunur. Alınan nəticələrdən göründüyü kimi, hemotransfuziyaya olan tələbat xəstələrin yaşı artdıqca ilbəil artır. Cədvəl 3-də hemotransfuziyaların sayından asılı olaraq talasemiyalı xəstələrdə anti-CVH markerinin rastgəlmə tezliyi təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 3

Böyük talacemiyalı xəstələdə hemotransfuziyaların sayından asılı olaraq CVH infeksiyasının rastgəlmə tezliyi

Hemotransfuziyaların sayı:	anti-CVH(+)	antiCVH(-)	P
<10	5(13,50%)	16(17,39%)	>0,05
20-50	24(63,15%)	58(65,21%)	>0,05
>50	9(23,68%)	16(17,39%)	<0,05

Beləliklə, tədqiqatların nəticələri göstərir ki, davamlı olaraq çoxsaylı hemotransfuziya terapiyası alan talasemiyalı xəstələrdə CVH infeksiyasına yoluxma göstəriciləri yüksəkdir və 29,23% təşkil edir. BVH infeksiyasının rastgəlmə tezliyinin CVH infeksiyası ilə müqayisə olunmayacaq dərəcədə az olmasını (1,53%) xəstələrin mütləq şəkildə peyvənd olunması və BVH –nin əhali arasında o qədər də, geniş (ilkin qan donorlarında 4%, təkrar qan donorlarında 0,99%) yayılmaması ilə izah etmək olar.

Ədəbiyyat materiallarının analizi göstərir ki, posttransfuzion CVH infeksiyasının rastgəlmə tezliyi talasemiyanın geniş yayıldığı ölkələrdə müxtəlif səviyyədədir. Məs., Azərbaycanla həmsərhəd olan ölkələrdən İranda 15,7-63,8% (6). Türkiyədə - 28,7% (7) təşkil edir. Pakistanda bu göstərici 35,0% (8), Hindistanda 16,0-30,0% (9), İtaliyada- 60,0% (10) və İngiltərədə -23,3% -dir (11).

Müxtəlif müəlliflər, talasemiyalı xəstələrdə CVH infeksiyasının rastgəlmə tezliyində müşahidə olunan belə müxtəlifliyi 2 əsas faktorla izah edirlər. Bu faktorlardan biri, ölkənin əhalisi arasında (eyni zamanda potensial qan donorlarında) bu infeksiyanın geniş yayılması ilə bağlıdır. Dıgər faktor isə, posttransfuzion hepatitləri aşkara çıxarmaq üçün istifadə olunan metodların həssaslığı və onların fərqli texnika ilə yerinə yetirilməsi ilə əlaqədardır. Azərbaycanda 2000-ci ilə qədər aparılan tədqiqatlarda talasemiyalı xəstələrdə CVH infeksiyasının yayılma tezliyi, xəstələrin yaşından asılı olaraq, 77-100% kimi aşkar olunmuş və 2001-ci ildən sonra kəskin şəkildə 17%-ə qədər azalması qeyd olunmuşdur (12). Analoji vəziyyət bir çox ölkələrdə də (İtaliya, İran və s.), müşahidə olunmuşdur. Bu faktlar, CVH infeksiyasına yoluxmanın müayinə olunma metodları ilə bağlılığı haqqında müəlliflərin fikirini təsdiq edir.

Alınan nəticələrin analizi göstərir ki, Azərbaycanda hemotransfuziyadan asılı talasemiyalı xəstələrdə CVH infeksiyasının rastgəlmə tezliyi ilə transfuziyaların sayı arasında paralellik mövcuddur. Hemotransfuziyaların sayı çoxaldıqca xəstələrin bu infeksiyaya yoluxma risqi də yüksəlir. Bununla yanaşı, hemotransfuziyaların sayı çoxaldıqca, orqanizmin üzv və toxumalarda dəmirin yığılıb toplanması (hemosideroz) xəstəliyin ağırlaşmasına və qara ciyərin xronik xəstəliyinin yaranmasına səbəb olur.

Beləliklə, aparılan tədqiqatlara əsaslanaraq belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, həyatı hematransfuziyadan asılı olan Böyük talasemiyalı xəstələrdə CVH infeksiyasının rastgəlmə tezliyi yüksəkdir və yeni yoluxma hallarının qarşısını alınması, donor qanı komponentlərinin mütləq şəkildə İFA və DNT diaqnoz metodları ilə yoxlanılmasını tələb edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Голосова Т.В.,Туполева Т.А.,Сомова А.В. и др. Оценка риска передачи вирусных инфекций при

гемотрансфузиях// Вестник службы крови России, 2000, №2, с.25-52
2. Shepard C.W., Finelli L., Alter M.J. Global epidemiology of hepatitis C virus infection.Lancet infect.dis. 2005, v.5, p.558-567
3. Kleiman S.H., Kuhus M.C., Todd D.C. et al.Retrovirus epidemiology donor study. Frequency of HBV DNA derection in US blood donor testing pozitive for the presence of anti-HBC: implication for transfuzion transmission and donor screening // Transfuzion, 2003, v.46, p. 696-704
4. O'brien S.F., Fearon M.A., Yi Q.l. et al. Hepatitis B virus DNA-pozitiv, hepatitis B surface antigen-negative blood donations intercepted by antihepatitis B core antigen testing: the Canadian blood services experience // Transfuzion, 2007, v. 47, p.1809-1815
5. Soldan K., Barbara J.A., Ramsay M.E. et al. Estimation of the risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus infections donations entering the blood sapply in England. 1993-2001, Vox Sang 2003, v.84,p.274-286
6. Karimi M., Ghavinini A.A. Seroprevalence of hepatitis B, hepatitis C and HIV antibodies among multitransfuzed thalassemia children in Shiraz, Iran //J Pediatr Child Health 2001, v.37,p. 564-566
7. Canatan D., Ozsancak A., Cosan R. et al. Talasemi hastalarimizda kronik hepatit C sorunu // XXV11Ulusal hematoloji congresi, 11-13 kasim 1999,Istanbul, p.151
8. Rehman M., Lodhi Y. Prospects of future of conservative managment of thalassemia major in a developing country. //Pak J Med Sci.,2004, v. 20. P.105-107
9. Itshad M., Peter S. Spectrum of viral hepatitis in thalassemic childrenreceiving multiple blood transfuzions // Indian J Gastroenterol, 2002, v.21, p. 183-184
10. Angelucci E. Antibodies to hepatitis C virus in thalassemia.// Haematologica,1994, v. 79, p.353-355
11. Wonke B., Hoffbrand AV, Brown D. et al. Antibody to hepatitis C in multiple transfuzed patients with thalassemia major.// J Clin Pathol.,1990, v. 43, p.838-840
12. Таги-заде Р.Л. Профилактика посттрансфузионных осложнений, обусловленных групповыми антигенами эритроцитов и гемотрансмиссивными вирусными инфекциями. Дисс.докт.биол.наук, Баку, 2010, с.204-210

Резюме

Посттрансфузионные вирусные гепатиты в и с у больных талассемией

Л.А. Оруджова, Р.Л.Таги-заде, Р.Ш.Рустамов

В работе представлены результаты исследования частоты встречаемости посттрансфузионных вирусных гепатитов В (ВГВ) и С (ВГС) у больных Большой талассемией. Обследовано 130 больных в возрасте от 1 года до 33 лет (71 женщина и 59 мужчин). Выявлено, что частота ВГВ у больных Большой талассемией составляет 1,53%, а ВГС - 29,23%. Установлен параллелизм между повышением количества гемотрансфузий и частотой ВГС. С повышением числа гемотрансфузий частота ВГС у больных повышается. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте ВГС у больных Большой талассемией. В случае отрицательных результатов ИФА на анти –ВГС необходимо дополнительное обследование доноров крови на RNA HCV методом PCR.

Summary

Post-transfusion hepatitis B and C in patients with thalassemia

L.A. Orujova, R.L.Tagi -zadeh, R.Sh.Rustamov

The results of the study the incidence of post-transfusion hepatitis B virus (HBV) and C (HCV) in patients with thalassemia major. A total of 130 patients aged 1 to 33 years (71 women and 59 men). Revealed that the incidence of HBV in patients with thalassemia major is 1,53%, -29,23% and HCV. Set the parallelism between the increase in the number of blood transfusions and the frequency of HCV. With the increase in the number of blood transfusions in patients with HCV incidence increased. The data indicate a high incidence of HCV in patients with thalassemia major. In the case of negative results of ELISA for anti-HCV an additional examination of blood donors for RNA HCV by PCR.

Daxil olub:01.10.2012

SUBTROPİK RAYON ƏHALİSİ ARASINDA DİŞ SIRASI DEFEKTLƏRİNİN TOPOQRAFİYASI VƏ DİŞ PROTEZLƏMƏSİNƏ EHTİYACI

Ə.Ə.Bağırov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: subtropik rayon, əhali, diş sirası defektlərin, topoqrafiya, diş protezləməsi

Ключевые слова: субтропические районы, население, дефекты зубных рядов, топография, зубные протезы

Key words: subtropical areas, population, dental defects, topography, dentures

Əhaliyə stomatoloji yardımın göstərilməsində diş və diş sırasının protezləməsi yüksək yer tutur, belə tələbat əhali arasında ikincili adentiyanın geniş yayılması ilə əlaqədardır [3,5,9,10].

Şəhər və kənd əhalisinin diş protezləməsinə ehtiyacı 44,3%-dən 53,8%-dək qeyd olunur [2].

Əhalinin diş protezləməsinə olan ehtiyacı yaşdan asılı olaraq ardıcıl surətdə artır və 56

yaşdan sonra 93,6-100% səviyyəsinə qədər yüksəlir [2,5,8,9].

Müasir epidemioloji tədqiqatlar göstərir ki, ikincili adentiyanın inkişafının etiologiyasında əsas rol yayılmış stomatoloji xəstəliklərə – karies və parodont xəstəliklərinə məxsusdur. Bu xəstəliklərin geniş yayılması bir çox amillərdən: yaşayışın coğrafi şəraitindən, təbii iqlim, qidalanma, içməli suda mikroelementlərin tərkibindən, yaş xüsusiyyətlərindən, daxili xəstəliklərin təsirindən və bir sıra başqa amillərdən asılıdır [1,4,6,7,8].

Azərbaycan Respublikasının subtropik zona şəraitində yaşayan əhalisi arasında apardığımız stomatoloji və epidemioloji tədqiqatlar zamanı biz əhali arasında ikincili adentiyanın tezliyi, topoqrafiyası və diş protezləməsinə ehtiyac səviyyəsinin öyrənilməsinə fikir vermişik.

Tədqiqatın material və metodları

Təqdim olunan tədqiqatlar Azərbaycan Respublikasının subtropik Lənkəran rayonunda aparılmış materiallara əsaslanır.

Qəbul olunmuş müasir stomatoloji metodlar vasitəsilə 790 nəfər (395 kişi və 365 qadın) karies və parodont xəstəliklərinin klinik gedişatı, tezliyi və intensivliyi öyrənilmişdir. Diş sırası qüsurları Kennedinin təsnifatı ilə müəyyənləşdirilmişdir. Əhali arasında müxtəlif növ diş protezlərinə ehtiyac səviyyəsi öyrənilmişdir.

Cədvəl 1

Lənkəran rayonunda əhali arasında dişlərin itirilmə əlamətlərinin yayılması

İtirilmiş dişlər	Mütləq əlamət	M±m, %
3 dişə qədər	82	10,4±1,1
4-5 diş	184	23,3±1,5
6-10 diş	166	21,0±1,5
11-20 diş	154	19,5±1,4
21-31 diş	108	13,6±1,3
Dişlərin tam itirilməsi	96	12,2±1,2
Cəmi	790	100

ALINAN NƏTICƏLƏR. Lənkəran rayonunda müayinə olunmuş əhali arasında 100% diş sırası defektləri aşkar olunmuşdur. Diş sırasının ikincili defektləri bilavasitə karies və onun ağırlaşmaları və parodont xəstəlikləri ilə əlaqədar olmuşdur.

Cədvəl 1-də Lənkəran rayonunda müayinə olunmuş əhali arasında dişlərin say etibarilə itirilmə tezliyi verilmişdir.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, 1-3 dişin itirilməsi ilə xarakterizə olunan kiçik defektlər müayinə olunmuşların 10,4±1,1%-də, 4-5 dişin itirilməsi nəticəsində meydana gələn diş sırası defektləri isə 23,3±1,5% müayinə olunmuş şəxsdə aşkar olunmuşdur. Müayinə olunmuş əhali arasında 6-10 dişin itirilməsi 21,0±1,5%, 11-20 dişin itirilməsi isə 19,5±1,4% təşkil etmişdir. Diş sırasının böyük defektləri 21-31 dişin itirilməsi ilə xarakterizə olunaraq, müayinə olunmuşların 13,6±1,3%-də, dişlərin tam itirilməsi isə 12,2±1,2%-də müəyyən edilmişdir.

Müayinə olunan əhali arasında dişlərin sayca itirilməsi göstəricilərində kişilər və qadınlar arasında statistik dürüst fərq müşahidə olunmamışdır.

Lənkəran rayonunda müayinə olunmuş əhali arasında diş sırası defektlərinin təsnifatı cədvəl 2-də verilmişdir.

Cədvəl 2

Lənkəran rayonunda əhali arasında dişlərin hissəvi itirilmə topoqrafiyası və yayılması

Kennedi təsnifatına görə	Xəstələrin sayı	Lənkəran rayonunda müayinə olunmuşlar (M±m %), n=790
I sinif	169	21,4±1,4
II sinif	191	24,2±1,5
III sinif	289	36,5±1,7
IV sinif	141	17,9±1,4
Cəmi	790	100

Lənkəran rayonunda diş sırası defektləri arasında Kennediyə görə III sinif defektlər üstünlük təşkil etmişdir (36,5±1,74%). I və II sinif diş sırası defektləri müvafiq olaraq 21,4±1,4% və 24,2±1,5% halda müəyyən edilmişdir. Frontal nahiyənin defektləri (IV sinif) isə 17,9±1,4% halda aşkar olunmuşdur.

Cədvəl 3

Lənkəran rayonunda əhalinin müxtəlif yaş qrupları arasında diş protezləməsinə ehtiyacı

Yaş qrupları	Protezləməyə ehtiyac			
	Çıxmayan protezlərin vahidi		Çıxan protezlərin %	
	Qapaqlar	Körpüyəbənzər protezlər	Hissəvi çıxan	Tam çıxan
20-24 n=160	2,45	2,50	0	0
25-34 n=110	2,56	2,40	14,3±1,2	0
35-44 n=137	2,88	2,80	23,4±1,5	0
45-54 n=119	1,44	2,44	50,0±1,8	10,6±1,0
55-64 n=135	1,33	3,25	57,7±1,7	20,9±1,4
65 yaş + n=129	0,6	2,00	24,0±1,5	30,0±1,6
Cəmi n=790	1,87	2,80	27,7±1,6	12,2±1,2

Lənkəran rayonunda müayinə olunmuş əhali arasında diş protezlərinə olan ehtiyac cədvəl 3-də qeyd olunmuşdur. Belə ki, 20-24 və 25-34 yaş qruplarında diş və diş sırası defektlərinin qapaqlarla və körpüyəbənzər protezlərlə (müvafiq olaraq 2,45 və 2,50 vahid qapaq, 2,56 və 2,40 vahid körpüyəbənzər protez) bərpasına ehtiyacı vardır. 25-34 yaş qrupunda müayinə olunmuşların 14,3±1,2%-in çıxan protezlərə ehtiyacı müəyyən edilmişdir (cədvəl 3).

35-44 yaş qrupunda müayinə olunmuş şəxslərin qapaqlara və körpüyəbənzər protezlərə olan ehtiyacı 25-34 yaş qrupunda olduğu kimidir, müvafiq olaraq, hər müayinə olunmuşa 2,88 vahid qapaq və 2,80 vahid körpüyəbənzər protez. Lakin çıxan protezlərə olan ehtiyac yüksəlmişdir – 23,4±1,5%.

Müayinə olunmuş əhali arasında tibbi-profilaktik tədbirlərin vaxtında aparılmaması 45-54 yaş qrupunda da öz əksini tapmışdır. Belə ki, qapaqlara (1,44 vahid) və körpüyəbənzər protezlərə (2,44 vahid) olan ehtiyacın azalması müqabilində, hissəvi və tam çıxan protezlərə olan ehtiyac yüksəlmişdir – 50,0±1,8% və 10,6±1,0%.

55-64 yaş qrupunda diş sırası defektlərinin bərpası üçün, həm hissəvi çıxan protezlərə (57,7±1,7%), həm də tam çıxan protezlərə (20,9±1,4%) ehtiyac yüksək olmuşdur.

65 yaş və yuxarı yaş qruplarında hissəvi çıxan protezlərə ehtiyacın azalması fonunda (24,0±1,5%-ə qədər, $P<0,05$), tam çıxan protezlərin hazırlanmasına ehtiyacı olan şəxslərin sayı artmışdır (30,0±1,6%).

Beləliklə, Lənkəran rayonunda müayinə olunmuş əhali arasında çıxmayan protezlərə olan ehtiyacın azalması müqabilində çıxan protezlərə olan ehtiyacın artmasının yaş asılılığı müəyyən edilmişdir. Eyni zamanda qapaqlara olan ehtiyac orta hesabla 1,87 vahid və körpüyəbənzər protezlərə olan ehtiyac 2,80 vahid olmuşdursa, hissəvi protezlərin hazırlanmasına müayinə olunmuşların 27,7±1,6%-in, tam çıxan protezlərin hazırlanmasına isə 12,2±1,2%-in ehtiyacı aşkar edilmişdir.

Beləliklə, Lənkəran rayonunda müayinə olunmuş əhalinin ortopedik stomatoloji yardıma 100% ehtiyacı müəyyənləşdirilmişdir.

Əhaliyə göstərilən ortopedik stomatoloji yardımın arasında müasir növ çıxmayan protezlər: ştiftli dişlər, güdüllü qapaqlar, tam tökmə qapaqlar, metalkeramikadan hazırlanmış qapaqlar, eləcə də körpüvari protezlər çox az müşahidə olunur. Çıxan hissəvi protezlər arasında hazırlanmasına ehtiyac olan bügel protezlərinə də rast gəlinməmişdir.

ƏDƏBIYYAT

1. Ахмедов АА. Медико-географические особенности кариеса зубов в Азербайджанской ССР: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1968, 25с.
2. Василенко З.С. Функциональные и морфологические изменения в слизистой оболочке полости рта и ее рецепторном аппарате под влиянием съемных протезов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Киев, 1975, 51 с.
3. Гадаев М.С. Стоматологическая заболеваемость и потребность населения пенсионного возраста Чеченской Республики в ортопедической стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003, 20 с.
4. Керимов Э.Э. Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной железы и особенности их профилактики в очагах зобной эндемии Азербайджанской Республики: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Киев, 1989, 46с.
5. Лабунец В.А. Использование некоторых методик стоматологического обследования при изучении потребности населения в стоматологической ортопедической помощи // Вестник стоматологии, 1998, с. 74-77
6. Леонтьев В.К., Алимский А.В., Шестаков В.Т. Состояние стоматологической помощи населению и перспективы ее развития // Управление, организация соц.-экон. проблемы стоматологической службы. Труды ЦНИИС. М., 1991, с. 5-11
7. Махмудов Т.Г. Стоматологическая заболеваемость у больных диффузным токсическим зобом и потребность в ортопедической стоматологической помощи: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Баку, 2009, 20 с.
8. Модестов Е.А. Потребность лиц пожилого и старческого возраста города Красноярска в зубных протезах: Автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2002, 22 с.
9. Ниязов А.Н. Влияние воспалительных заболеваний пародонта на развитие вторичной частичной адентии у лиц пенсионного возраста // Медицинский журнал. Тбилиси, 2009, №1, с. 75-78
10. Wostmann B., Budtz-Jorgensen E., Jepson N. Indications for removable partial dentures: A literature review II / Int. J. Prostodont, 2005, N8, p. 139-145

Резюме

Топография дефектов зубных рядов среди населения субтропического района и нуждаемость их в зубном протезировании

А.А. Багиров

Топография дефектов зубных рядов изучена у 790 жителей (395 мужчин и 365 женщин) Ленкоранского субтропического района Азербайджанской Республики. Вторичные частичные и полные дефекты зубных рядов обнаружены у 100% обследованных. Дефекты зубных рядов классифицированы по Кеннеди. Дефекты 1-го класса обнаружены у 21,4±1,4% обследованных; 2-го класса – у 24,2±1,5%; 3-го класса – у 36,5±1,7% и 4-го класса – у 17,9±1,4% обследованных. У 12,2±1,2% обследованных обнаружено полное вторичное отсутствие зубов. У 10,4±1,1% обследованных обнаружена потеря до 3-х зубов; у 23,3±1,5% - 4-5 зубов; у 21,0±1,5% - от 6 до 10 зубов; у 19,5±1,4 обследованных – от 11 до 20 зубов; у 13,6±1,3% - от 21 до 31 зубов. У 12,2±1,2% обследованных обнаружено полное отсутствие зубов. Отмечена возрастная особенность нуждаемости в частичном съемном протезировании среди населения субтропического Ленкоранского района.

summary

Topography of dental defects among the population of subtropical areas and their neediness in dentistry

A.A.Bagirov

Topography of dentition defects was studied in 790 people (395 men and 365 women) of subtropical Lankaran region of Azerbaijan. Secondary partially and complete dental defects were found in 100% of patients. Dental defects are classified by Kennedy. Defects Class 1 were detected in 21,4±1,4% of surveyed; 2nd class – at 24,2±1,5%; 3rd class – at 36,5±1,7% and 4th class – at 17,9±1,4% of patients. At 12,2±1,2% of surveyed revealed the complete absence of secondary teeth. At 10,4±1,1% of surveyed found the loss of up to 3 teeth, at 23,3±1,5% - 4-5 teeth, at 21,0±1,5% - from 6 to 10 teeth, in 19,5±1,4 surveyed - from 11 to 20 teeth, at 13,6±1,3% - from 21 to 31 teeth. At 12,2±1,2% of surveyed revealed the complete absence of teeth. Marked feature of the age tested in the partial removable prosthetics population subtropical Lankaran region.

Daxil olub:01.10.2012

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭНДОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Т.Н.Манак
УО БГМУ, кафедра общей стоматологии г.Минск

Açar sözlər: endodontik müalicə, apikal parodontit, kök kanallarının alətlərlə işlənməsi
Ключевые слова: эндодонтическое лечение, апикальный периодонтит, инструментальная обработка корневых каналов.
*Key words***:** endodontic treatment, apical periodotitis, endosistems

Эндодонтическое лечение является сложным многогранным процессом. Каждый клинический случай уникален, но конечная цель у всех врачей – сохранить функцию, воссоздать эстетическую анатомию зуба, избежать нежелательных осложнений, либо подготовить зуб для дальнейшего протезирования. Это не всегда удается

достичь, так как успех лечения определяется множеством факторов, в числе которых формирование оптимального пространства для ирригации и обтурации корневого канала.

Большое количество ошибок и возникающих осложнений при эндодонтическом лечении, привело к тому, что повторное лечение корневых каналов и устранение недостатков первичного вмешательства стало весьма актуальным в практике врача-стоматолога.

«Более чем 60% зубов через некоторое время после проведенной терапии корневых каналов появляются клинические и рентгенологические признаки патологии периодонта» (Weigeretal 1997) [1].

Как правило, причиной подобных явлений является совокупность объективных (сложное анатомическое строение эндо-системы) и субъективных факторов (отсутствие необходимых знаний и оснащения). По мнению A. Castellucci (2006) «90% неудач эндодонтического лечения происходит по причине неполноценной очистки и обтурации системы корневых каналов», что было наглядно показано в работе J. West за 1974: «…100% зубов, удаленных после эндодонтического лечения по поводу периодонтита, имели хотя бы один не перекрытый порт из системы корневых каналов в периодонт».

Основное значение для достижения положительного результата в ближайшие и отдаленные сроки при эндодонтическом лечении имеет качество обработки и пломбирования корневых каналов, а также использование современных средств и методов диагностики [6].

Анализируя качество пломбирования каналов разных групп зубов, Е.В. Боровским (1998) с соавторами обнаружили, что пломбирование врачами корневых каналов в однокорневых зубах в 16,74%, а в многокорневых - только в 2% случаев имели удовлетворительную обтурацию[4].

Результаты рентгенологического изучения качества эндодонтического лечения моляров, проведённое Ю.А. Винниченко показали, что только 5% моляров имели запломбированные адекватным образом каналы одновременно всех корней.

Результаты исследования, приведённые Н.Т. Родионовым (1998), свидетельствуют о том, что в 65,3 % случаев зубы, явившиеся источником инфекции при развитии острого воспалительного процесса, ранее подвергались эндодонтическому лечению.

Продолжать перечень подобных исследований нет необходимости так как они все свидетельствуют, что недостаточная механическая обработка каналов, невозможность применения препаратов, предназначенных для химического расширения (раствор ЭДТА), недостаточная обтурация - приводят к снижению положительных результатов эндодонтического лечения.

Весь процесс эндодонтического лечения зависит не только от опыта и мануальных навыков врача, от достоверности и информативности первичного рентгеновского снимка, но также и от особенностей морфологии и степени сложности системы корневых каналов [2].

Вариабельность формы, топографии и направления корневых каналов определяют продвижение инструмента по направлению к апексу в соответствии с выбранной системой и техникой. Более того, некоторые области системы корневых каналов недоступны для инструментальной обработки, их обработка возможна только посредством ирригации, при условии, что обеспечены достаточный объем ирриганта и его качественный отток [7].

Знание стоматологом анатомии полости зуба и корневых каналов – важная часть эндодонтического лечения, гарантирующая успех лечения и позволяющая избежать ошибок и осложнений.

Сегодня эндодонтическая наука располагает обширными сведениями о строении системы корневых каналов констатирующая, что внутренняя морфология зуба чрезвычайно сложна и разнообразна [2].

Для успешного эндодонтического лечения также является важным знание вариаций количества корневых каналов, чтобы избежать такой ошибки как пропущенный канал. Дополнительные каналы встречаются очень часто, «находят» и пломбируют их гораздо реже [3].

Несмотря на то, что ещё в 1921 году W. Hess изучая 513 зубов, указывал, что в верхнем первом моляре в 54% встречается четыре канала, этот факт игнорируется. Ф.Пинеда, Й.Катлер (1972), изучая медиальные щечные корни верхних первых моляров, установили, что в 39% случаев в этом корне имеется один канал, в 61%- 2 канала. Более поздние исследования (Дж.К.Калилд и Д.Д.Петер, 1990) показали, что при изучении 51

медиального щечного корня верхних первых моляров двухканальный вариант строения был выявлен в 95% случаев.

По представленным в литературных источниках данным видно, что разбежка в значениях количества каналов в верхнем первом моляре очень велика, и они не могут быть однозначными. Это объясняется в основном различной информативностью методов исследования, а также в меньшей степени - вариациями морфологии исследованных групп зубов. Современные технологии с использованием эндодонтического микроскопа и топографического сканирования определяют наличие устья второго канала в мезиальном щечном корне в 93 - 96% случаев.[5]

В ходе проведенного нами клинического исследования 67 пациентов, обратившихся в Республиканскую клиническую стоматологическую поликлинику (РКСП) с диагнозом хронический апикальный периодонтит (K 04.5) было 58 человека, с диагнозом острый гнойный пульпит (K 04.02) - 9 человек верхнего первого моляра. У 59 пациентов был диагностирован дополнительный MB2 канал, что составляет 89 % процента от общего числа обследованных. Причем среди этих 59 зубов только 25 были интактными, а у 34 после ранее проведенного эндодонтического лечения (8 зубов находились под МК-коронками, 9 литыми коронками, 17 под пломбами). Среди данной группы у 31 пациента не был вовремя диагностирован дополнительный MB2 канал, и только у 3-х пациентов патология развилась из-за некачественной инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов и последующей некачественной пломбировки корневого канала.

Как показывает практика не всегда стоматологам удается механически и медикаментозно обработать дополнительный канал вследствие его чрезмерной тонкости и искривления. В своих исследованиях Ю.А.Винниченко (1987) доказывает, что степень искривления корневых каналов моляров варьирует от 0° до 70°, а изгиб корневого канала может начинаться в верхней, средней и нижней трети его длины. Дополнительный MB2 канал в 94% случаях очень узкий, имеет искривление в средней трети (Bryantetal, 1998), и его обнаружение тяжело диагностировать и еще тяжелее провести тщательную обработку данного канала.

В таких случаях работа в канале стальными ручными файлами приводит к большому количеству ошибок и осложнений. Идея создания инструментов, которые способствовали бы выведению дентинных опилок из канала и повышали качество очистки канала, дало толчок к созданию NiTi файлов, имеющих более совершенный дизайн по сравнению с прежними и способных работать даже в труднопроходимых искривленных каналах без их транспортации. За последние десятилетия ручные и ротационные никель-титановые (NiTi) инструменты произвели революцию в области эндодонтии. Согласно Rolandyetal (2002) и Petersyetal (2003) снизить риск поломки стального инструмента, а также осуществить более качественную обработку канала можно за счет создания «скользящей дорожки» или «ковровой дорожки».

West (2010) определяет скользящую дорожку как «гладкий туннель» в корне от устья канала до физиологического апекса. «Ковровая дорожка» достигается, когда файл может беспрепятственно пройти от устья вдоль стенок корневого канала до апекса (West 2006).

Ряд авторов рекомендуют вручную использовать К-файлы из нержавеющей стали для подготовки скользящей дорожки (Beruttietal, 2004; Gambarini, 2005; Ruddle, 2005; West, 2005; Mounce, 2005). В 2008 году Kinsey и Mounce описали технику использования возвратно-поступательного наконечника, к которому подсоединяют стальной К-файл небольшого размера (№8-10) для подготовки скользящей дорожки. Данные инструменты опасно использовать в очень узких и искревленных корневых каналах. Структура данного материала не позволяет инструменту принимать форму сложных каналов. При использовании стальных файлов обязательно необходимо проводить прекурвинг, так как при работе с данными инструментами высока вероятность создания ступеньки и ложного хода.

Недавно на стоматологическом рынке были представлены ротационные NiTi инструменты PathFile (DentsplyMaillefer) для создания ковровой дорожки. Система состоит из трех ротационных инструментов, которые используются после предварительного прохождения корневого канала на всю рабочую длину с помощью К-файла №8-10. Инструмент первыйPathFile (с фиолетовой маркировкой на ручке инструмента) имеет 13-размер кончика по кодировке ISO, инструмент

второй PathFile (с белой маркировкой) имеет 16-размер кончика по кодировке ISO и инструмент третийPathFile (с желтой маркировкой) – 19-размер кончика по кодировке ISO.(Рис.1) Эти никель-титановые файлы с пониженной конусностью до 02, обеспечивают высокую гибкость и позволяют файлам следовать сложной анатомической структуре корневых каналов при создании скользящей дорожки. Согласно инструкции производителя, такими файлами можно работать со скоростью 300 об./ мин. при установках торка 5-5,2Н/см.

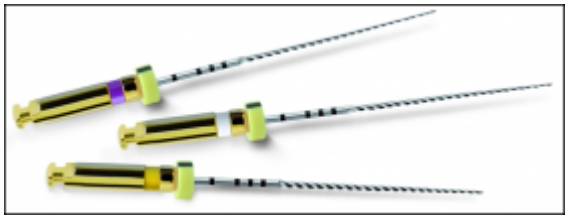


Рис.1 Система PathFile для создания скользящей дорожки

При работе с данными инструментами необходимо соблюдать ряд правил:

Обязательным условием является применение коффердама при эндодонтическом лечении. Только так можно поддержать асептику во время лечения, защищая себя и пациента от инфекции. Использование коффердама позволяет избежать аспирации и проглатывания инструмента, улучшает видимость и доступ к операционному полю, позволяет защитить пациента от попадания антисептика на слизистую оболочку полости рта [5].

Не рекомендуется работать PathFile, пока корневой канал не пройден на всю рабочую длинуК-файлом №8-10.

PathFile №1 (0,13мм) вводят в канал со скоростью вращения 300об./мин. плавными движениями вверх-вниз на всю рабочую длину(3-5 секунд). Затем инструмент извлекают. Важно помнить, что PathFile нельзя вращать в одном и том же месте в корневом канале, особенно в сильно искривлённом, из-за повышения усталости металла в инструменте.

После каждого инструмента PathFile рекомендуется промывать корневой канал раствором антисептика (3% раствор гипохлорида натрия).

Затем вводится в канал, PathFile №2 (0,16мм), а за ним следует PathFile №3 (0,19мм), соблюдая тот же самый протокол.

Только после выполнения указанных условий можно переходить к препарированию корневых каналов ротационными NiTi инструментами (PeetvanderVyver, 2011)

Для окончательной обработки корневых каналов нами использована система ProTaper (DentsplyMaillefer). Конструктивные особенности данных инструментов, а именно: прогрессивная конусность, выпуклое трехгранное поперечное сечение, модифицированный полуагрессивный, направляющий кончик, постоянно изменяющийся угол наклона режущих граней и длина шага спирали, позволяют проводить более качественную механическую обработку корневого канала на всем его протяжении, придать каналу форму конуса, что в дальнейшем способствует более качественной медикаментозной обработке и обтурации корневого канала.

Клинический случай. Пациент П.А. 27 лет обратился с хроническим апикальным периодонтитом зуба 2.6. Зуб ранее эндодонтически не лечен. Рентгенологическое обследование показало обширное кариозное поражение окклюзионной поверхности, расширение периодонтальной щели в области щечно-медиального корня (Рис. 2).



Рис.2 Рентгенограмма зуба 2.6 пациента П. А. до эндодонтического лечения



Рис.3 Обнаружение MB2 канала с помощью ультразвуковой насадки Start-X№2

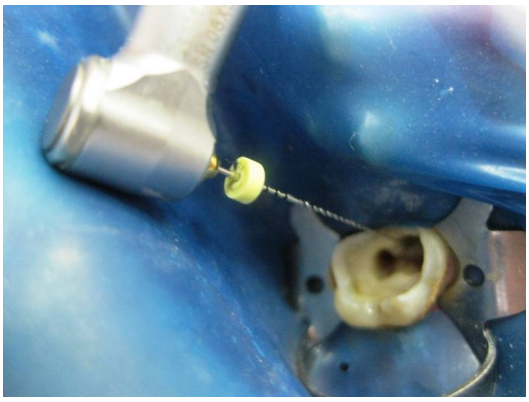


Рис.4 Создание ковровой дорожки при помощи PathFile

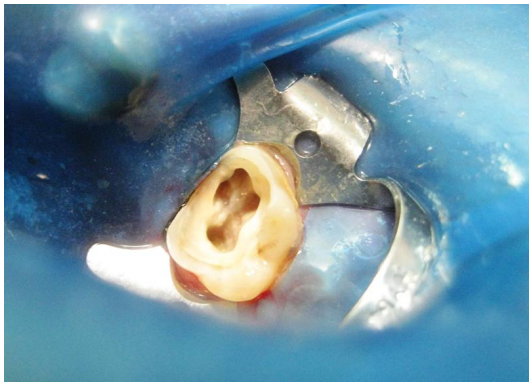


Рис.5 Корневые каналы после обработки машинными инструментами ProTaper

После удаления кариозных тканей и препарирования полости доступа подтвердили наличие дополнительного MB2 канала с помощью ультразвуковой насадки Start-X№2 (DentsplyMaillefer) (Рис. 3). Установили проходимость других корневых каналов и окончательно определили рабочую длину с помощью апекслокатора. Предварительно корневые каналы прошли на всю рабочую длину К-файлом №10 и с помощью PathFile №1, №2, №3 создали скользящую дорожку (Рис. 4). Препарирование корневых каналов проводили ротационными инструментами ProTaperUniversal (Рис. 5). Медикаментозную обработку осуществляли с помощью подогретого до 40С 3% раствора гипохлорида натрия. Предварительно высушили корневые каналы бумажными пинами под системуProTaper (Рис. 6). Пломбировали методом латеральной конденсации. Для пломбировки в качестве силера использовали AHPlus (DentsplyMaillefer) вместе с конусными гуттаперчевыми штифтами под систему ProTaper (Рис.7).

Результат лечения изображены на рисунке 8

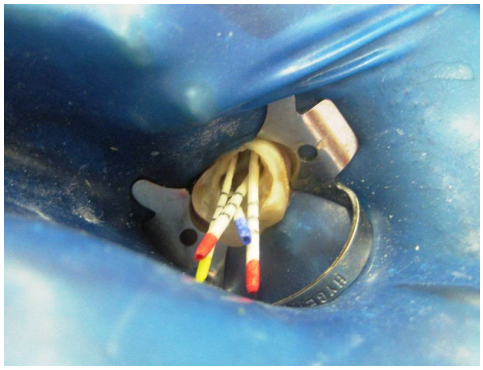


Рис.6 Высушивание корневых каналов бумажными пинами под систему ProTaper

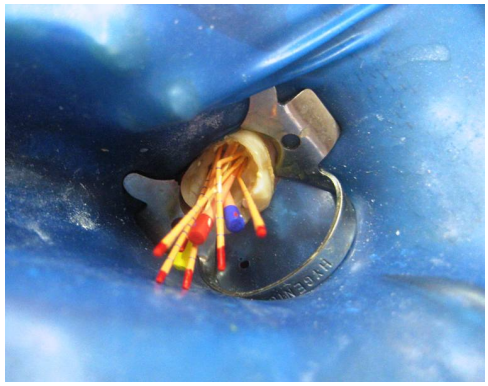


Рис.7 Пломбировка корневых каналов силлером AH Plus и конусными гуттаперчевыми штифтами под систему

ProTaper

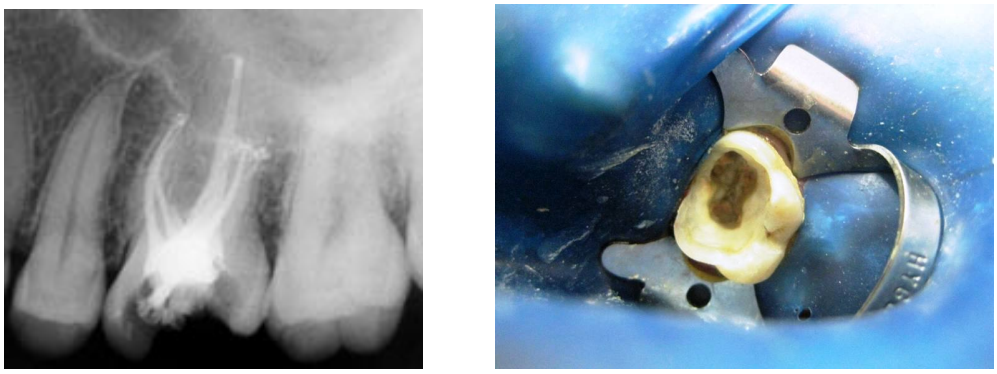


Рис. 8. Клинический и рентгенологический результаты проведенного эндодонтического лечения зуба 2.6 пациента П. А.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.1.Эндодонтическое лечение многокорневых зубов в настоящее время должно проводится по возможности с использованием эндодонтического микроскопа, топографического сканирования, и с использованием ультразвуковых насадок. Это позволит своевременно диагностировать наличие дополнительных каналов и проводить эффективное лечение. 2.Создание скользящей дорожки улучшает качество лечения и позволяет избежать ряд ошибок и осложнений. Высокая гибкость инструментов PathFile с пониженной конусностью до 02 позволяет врачу-стоматологу сохранить природную анатомию во время препарирования без создания уступов и других осложнений. Удаление пульповой ткани и опилок из канала позволяет сохранить рабочую длину и проходимость корневых каналов, а так же провести более качественную медикаментозную обработку и обтурацию корневого канала, что в свою очередь, позволяет достичь положительного результата в ближайшие и отдаленные сроки после проведенного эндодонтического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Weigeretal, Endod Dent Traumatol. 1997, №13, p.69-74

2.Мамедова Ф.М., КрахмалевВ.П. Микроскопическая анатомия корня зуба. Ташкент, 1988, 187 с.

3.Мамедова Л.А. Ошибки и осложнения в эндодонтии, 2006, 48 с.

4.Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндододонтическоелечение Пособие для врачей. М., 1997 64 с.

5.Бир Р., Бауманн М., Ким С. Эндодонтология. Атлас по стоматологии / Под ред Т.Ф. Виноградовой, 2004

6.Kakehashi S., Stanly H.R., Fitzgerald R.J. The effects of surgica exposures of dental pulps in germfree and conventional laboratory rats // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 2003. №20. P. 340-349

7.Болячин А.В., Беляева Т.С. Основные принципы и методики ирригации системы корневого канала в эндодонтии // Клиническая эндодонтия, 2008, Т.2, №1-2, с.45-51

8. Peters OA, Peters CI,Schonenberg K,Barbakow F (2003) ProTaper rotary root canal preparation: assessment of torque and force in relation to canal anatomy. IntEndod 36. 93-99

9.Ruddle C.J. The ProTaper technique // Endodontic Topics, 2005, №10(1), c.187-190

10.Serene T.P., Adams J.D., Saxena A. Nickel-titanium instruments: application in endodontics // J Endod, 1995, N2, p.92

Xülasə

Endodontik müalicəyə müasir yanaşma

T.N.Manak

Tədqiqat işində dişin kök sisteminin, xüsusilə ilkin molyar səthinmorfologiyasının xüsusiyyətləri, endodontik müalicə xətaları, müalicənin effektivliyinin yüksəldilməsinə yanaşma məsələləri əks olunmuşdur.

Summary

Modern approaches to endodontic treatment

T.N.Manak

In work are resulted features of morphology of root system of teeth in particular the first top molars, errors of endodontic treatments, modern approaches for increase of efficiency of treatment.

Daxil olub:06.11.2012

ВЛИЯНИЕ РЕЖИМОВ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ОРГАНИЗМ НЕТРЕНИРОВАННЫХ И ПОДГОТОВЛЕННЫХ ЮНОШЕЙ ЗАНИМАЮЩИХСЯ АТЛЕТИЗМОМ

А.А. Чернозуб

Николаевский национальный университет им.В.А.Сухомлинского

Açar sözlər: laktatdehidrogenaza, fiziki yüklənmə ölçüsü, məşqetmə, funksional imkanlar.
Ключевые слова: лактатдегидрогеназа, величина физических нагрузок, тренированность, функциональные возможности.
Keywords: lactate dehydrogenase, the amount of physical activity, fitness, functionality.

Современный атлетизм является одним из наиболее оптимальных для молодежи видов спортивной деятельности, привлекая к себе такими позитивными качествами, как развитие силы, становление осанки и коррекции фигуры через формирование прочного мышечного «корсета» спины, преодолением гиподинамии. Особенную популярность занятия атлетизмом приобрели в последние десятилетия, превратившись своего рода в модное и приемлемое обществом занятие, значительно потеснив ранее популярные состязательные (виды единоборств) и игровые виды спортивных занятий (волейбол, баскетбол, футбол) [10,13].

В процессе организации занятий атлетизмом, приходится работать с самым разным, но преимущественно физически малоподготовленным контингентом, что несет реальную угрозу неадекватности физических нагрузок функциональным возможностям организма, с последующим развитием состояния перетренированности и нарушений в работе систем и органов. В связи с этим, проблема оценки адекватности физических нагрузок для лиц с различным уровнем физического развития, тренированности является крайне актуальной.

Особое внимание уделяется вопросам объективной, дифференцированной оценке влияния физических нагрузок на организм, усложненных спецификой атлетических упражнений, а также вопросы оперативного контроля состояния организма в процессе их выполнения [9,12]. В отношении последних существует ряд общепризнанных методик косвенного контроля (проба Штанге, Руфье и ряд других), но они не отличаются четкостью и надежностью при оперативной оценке состояния организма. Более успешными в этом плане являются прямые показатели состояния ключевых систем жизнеобеспечения организма, функционирующего в состоянии физической нагрузки. Одними из таких информативных источников выступают показатели содержания и активности ключевых ферментов. Они четко демонстрируют даже клинически «скрытые» первичные тенденции и направления биохимических изменений. Одним из таких показателей является лактатдегидрогеназа (ЛДГ), в функциональном отношении катализирующая обратимое восстановление пировиноградной кислоты до молочной кислоты в процессе гликолиза. Данный процесс при выполнении физических нагрузок закономерно наиболее интенсивен в миокарде, скелетных мышцах, почках и печени, инициируя заметное возрастание фермента в крови [2, 8]. В случае перетренированности организма или при исчерпании его компенсаторных возможностей под нагрузкой, развиваются вторичные процессы патологического порядка, сопровождающиеся заметным увеличением содержания лактатдегидрогеназы (ЛДГ), что сигнализирует о недопустимости таких режимов [1,2,4,6,7].

Сдерживающим фактором в широком использовании указанного теста в спорте, как метода оперативного контроля состояния организма, является необходимость забора крови с вены и достаточно трудоемкий процесс количественного определения содержания фермента. Но, в условиях отсутствия альтернативы в отношении надежных тестов для оперативного контроля при занятиях атлетизмом с малоподготовленным контингентом, применение ЛДГ-теста на небольших (20-30 человек) контрольных группах является оправданным.

Не менее важным и проблематичным при использовании ЛДГ-теста в процессе тренировочной деятельности, является отсутствие достаточной информации о закономерностях изменения содержания ЛДГ в крови, особенно нетренированного контингента, в ответ на физические нагрузки различной величины. Поэтому, ЦЕЛЬЮ данной работы является определение, на основе данных оперативного контроля содержания ЛДГ в крови, адекватность величины физической нагрузки, наиболее часто используемой в атлетизме, функциональным возможностям организма подготовленных спортсменов и нетренированных юношей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Базовым материалом, использованным для аналитических

обобщений данной работы, были результаты собственных экспериментальных, а также лабораторных исследований выполненных в 2011-2012 годах.

В исследованиях принимали участия 20 спортсменов возрастом 19-20 лет, систематически занимающихся атлетизмом на протяжении трех лет, а также 40 неподготовленных юношей аналогичного возраста не имеющих противопоказаний для занятий с отягощениями. Всех участников исследования было разделено на три группы в зависимости от уровня тренированности. В первую группу вошли спортсмены, а вторая и третья состояла из нетренированных юношей.

Для оценки исходного уровня физического развития исследуемого контингента, в том числе и их силовых возможностей, методом контрольного тестирования определяли величину максимального веса отягощения (max), которую может преодолеть человек за счет мышечных усилий. В данном случае, учитывая разный уровень тренированности участником, наиболее оптимальным контрольным упражнением, позволяющим снизить возможность травматизма к минимуму, но и одновременно продемонстрировать максимальные силовые возможности организма - выступает «жим лежа от груди в Смит-машине» [12, 13].

Для определения количественной оценки физических нагрузок в атлетизме, изучались показатели величины рабочего веса отягощения в контрольном упражнении и условия выполнения двигательной активности. Анализируя значительные объёмы литературных материалов [9, 10, 11] установлено, что величина рабочего веса отягощения, наиболее часто используемая спортсменами в процессе тренировочных занятий атлетизмом, колеблется в пределах 70-80% от максимального результата продемонстрированного ими в отдельном упражнении. Общепринятые в атлетизме границы показателей темпа, амплитуды движения, времени мышечного напряжения, количества повторений [11] определяли условия (режим физических нагрузок) в которых выполняется контрольное упражнение. Чем выше будет показатель максимальных силовых возможностей, тем естественно будет выше рабочий вес отягощения и величина физической нагрузки [13].

Контроль адекватности физических нагрузок функциональным возможностям организму исследуемого контингента определяли через характер изменения содержания ЛДГ в их крови после двигательной активности. Лабораторный контроль сыворотки крови на содержание ЛДГ предусматривал взятие крови:1) в состоянии покоя до физических нагрузок; 2) сразу же после выполнения серии из 4-х подходов в контрольном упражнении. Образцы крови из вены участников исследований отбирала медсестра под контролем врача с соблюдением всех необходимых норм стерильности и требований безопасности. Отобранные пробы крови нумеровали, составляли необходимое описание и сопроводительные документы. Концентрацию ЛДГ в сыворотке крови определяли кинетическим методом на оборудовании фирмы "HIGHTECHNOLOGYINC" (США) в условиях сертифицированной медицинской лаборатории [14, 15].

Общая схема организации исследования предусматривала проведения контрольного тестирования, позволяющего определить максимальные силовые возможностей участников всех трех групп. Полученные результаты контрольного тестирования, позволят более точно установить величину показателя рабочего веса отягощения снаряда необходимого для планирования физической нагрузки используемой во время исследований. С целью предостережения неадекватности физических нагрузок функциональным возможностям организму, первоначально исследования необходимо провести именно на спортсменах, что позволит избежать состояния переутомления за счет более высокого уровня их тренированности в сравнении с неподготовленным контингентом. Проведение оперативного контроля содержания ЛДГ в крови группы спортсменов, до и после заданной величине физических нагрузок, позволит говорить о ее адекватности возможностям организма. В условиях отсутствия патологических сдвигов уровня содержания ЛДГ в крови спортсменов после заданной физической нагрузки, использовать предложенные тренировочные режимы, с определенной величиной рабочего веса отягощения снаряда, в процессе занятия с нетренированными лицами. Определить влияние заданной нами физической нагрузки на уровень содержания исследуемого фермента в крови юношей, не имеющих стаж занятий атлетизмом. Сравнить результаты изменения содержания ЛДГ в крови

спортсменов и нетренированных лиц в процессе физических нагрузок, величина которых зависит не только от силовых возможностей их организма, но и от уровня тренированности и условий двигательной активности.

Материалы исследований подвергались статистической обработке с использованием пакета программ «Статистика» в системе «Microsoft Excel-2010» [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В процессе проведение контрольного тестирования, позволяющего определить максимальные силовые возможности исследуемого контингента необходимые для расчёта величины рабочего веса отягощения снаряда и показателя суммарной физической нагрузки, были полученные результаты, которые на прямую зависели от уровня физической подготовленности исследуемых юношей.

На рис. 1 графически отображены результаты контрольного тестирования максимальных силовых возможностей участников исследований при выполнении упражнения «жим лежа от груди в Смит-машине».

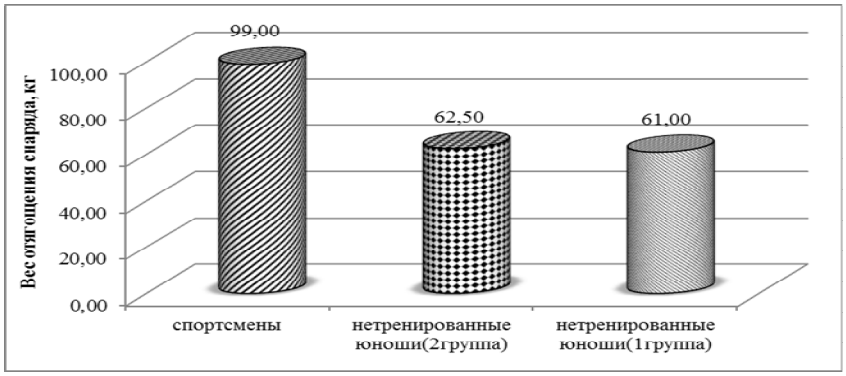


Рис.1 Среднее значение показателя максимальных силовых возможностей юношей с различным уровнем тренированности при выполнении упражнения «жим лежа от груди в Смит-машине», n=60

Анализ результатов представленных на рис.1 свидетельствует о наличии достоверного различия величины исследуемого показателя между спортсменами и нетренированными юношами, что еще раз подтверждает положительное воздействие занятий атлетизмом на рост силовых возможностей человека. Вместе с тем, показатель максимальных силовых возможностей, фиксированный в процессе контрольного тестирования в обоих группах нетренированных юношей, практически одинаковый, что указывает на их идентичность друг другу по уровню физической подготовленности.

Таким образом, обобщая полученные результаты и учитывая данные специальной литературы [10, 13], относительно стандартной в атлетизме величины (70-80% от максимального веса отягощения) показателя рабочего веса отягощения снаряда и условий выполнения контрольного упражнения, позволяет сделать количественную оценку физической нагрузки предложенной участникам исследований.

Оперативный контроль адекватности предлагаемых спортсменам физических нагрузок в процессе выполнения серии подходов контрольного упражнения, осуществлялся через показатель уровня содержания фермента ЛДГ в крови. Полученные данные позволят подтвердить или опровергнуть оптимальность величины стандартных показателей регулирующих физические нагрузки в атлетизме.

На рис. 2 представлены средне-групповые значения показателя уровня содержания ЛДГ в крови спортсменов до и после физической нагрузки. Также, графически отображена величина показателя суммарной физической нагрузки, используемая группою спортсменов в процессе выполнения серии подходов контрольного упражнения, которая составляет 462,02 кг/мин.

Исследуя влияние физических нагрузок, с использованием стандартного показателя рабочего веса отягощения снаряда (70% от мах.), на организм подготовленных спортсменов были зафиксированы следующие результаты. Как видно из рис. 2 после нагрузки, которая наиболее часто

используются при занятиях с отягощениями, показатель уровня содержания ЛДГ в крови спортсменов снижается на – 4,7%. Но статистически значимых различий между показателями до нагрузки и после нагрузки не было выявлено. Это говорит о том, что предлагаемая нагрузка адекватна функциональным возможностям исследуемого контингента. Вместе с тем, снижении контролируемого фермента свидетельствует о компенсаторных механизмах организма спортсменов, которые развиваются в процессе длительных занятий атлетизмом.

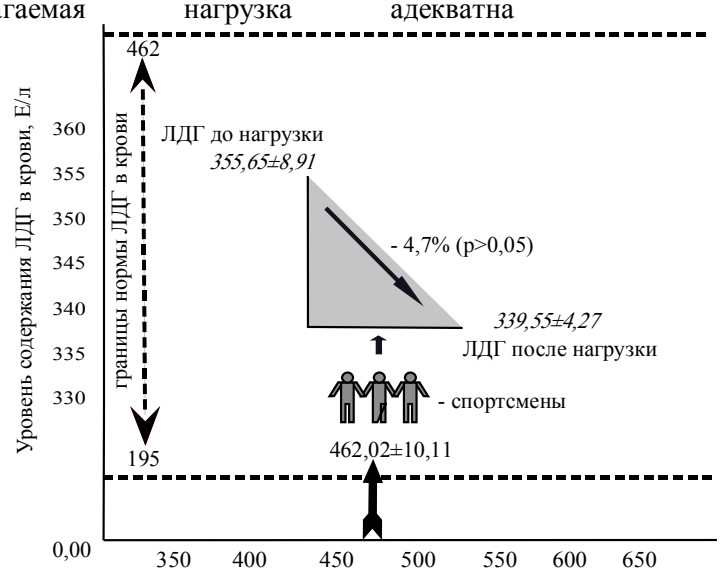


Рис. 2. Содержания ЛДГ в крови спортсменов в состоянии покоя до та после физической нагрузки, n=20

Таким образом, полученные результаты, свидетельствующие об отсутствии патологических сдвигов уровня содержания ЛДГ в крови спортсменов после заданной физической нагрузки позволяют использовать предложенные тренировочные режимы со стандартной (70% от max.) величиной рабочего веса отягощения снаряда, в процессе занятия с нетренированными лицами.

Исследуя адекватность предложенных физических нагрузок функциональным возможностям организма нетренированных юношей были получены результаты оперативного контроля показателя содержания ЛДГ в их крови (рис. 3).

Результаты представленных на рис. 3, демонстрируют межгрупповую достоверную разницу (17,1%) между величиной показателя суммарной физической нагрузки, которую использовали юноши нетренированных групп во время проведения исследования. Это объясняется тем, что нетренированные юноши первой группы использовали во время физических нагрузок рабочий вес отягощения снаряда, величина которого составляла 70% от максимальных возможностей. В свою очередь, у нетренированных лиц второй группы – данный показатель составлял 80%. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что даже при одинаковых показателях максимальных силовых возможностей (рис.1), незначительное изменение величины рабочего веса отягощения существенно влияет на показатель суммарной физической нагрузки.

Из данных графически отображенных на рис. 3 видно, что у нетренированных юношей обоих групп в состоянии покоя до физических нагрузок показатель содержания ЛДГ в крови находиться примерно на одном уровне и не выходит за границы физиологической нормы. Результаты тестирования срезу же после нагрузки показывают, что наблюдается незначительное повышения (от 1,1 до 2,2%) исследуемого показателя, что свидетельствует об адекватности предложенной нагрузки функциональным возможностям организма данного контингента.

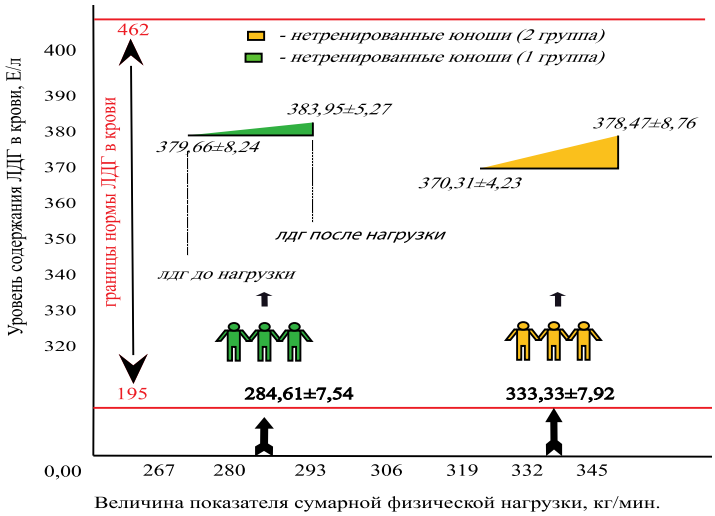


Рис. 3. Содержания ЛДГ в крови нетренированных юношей (1-й и 2-й групп) в состоянии покоя до та после физической нагрузки, n=20

Анализируя обобщённые результаты оперативного контроля содержания ЛДГ в крови спортсменов и нетренированных лиц на всех этапах эксперимента, выявлены межгрупповые различия величины исследуемого показателя (Рис.4). Так, показатель содержания ЛДГ в крови, фиксированный до начало физических нагрузок, у спортсменов в среднем на 5,4% был ниже в сравнении с нетренированными юношами обоих групп. Но статистически значимых различий между показателями фиксированными у представителей всех трех групп не было выявлено, что позволяет говорить об практически одинаковом состоянии организма исследуемого контингента перед физическими нагрузками. В свою очередь, после физической нагрузки, исследуемый показатель демонстрирует тенденцию к уменьшению значений в группе спортсменов, но в тоже время, к увеличению в группах состоящих из нетренированных лиц.

Полученный результат отображает факт наличия, с одной стороны более высокого уровня адаптационных и компенсаторных возможностей организма спортсменов, в сравнении с нетренированными лицами, а с другой – наличие зависимости от внешних факторов (величины показателя суммарной нагрузки и условий выполнения двигательной деятельности). В целом, несмотря на количественные изменения исследуемого фермента до и после нагрузки, содержание ЛДГ в крови представителей всех трех групп остается в пределах физиологически допустимой нормы, что свидетельствует об адекватности заданных физических нагрузок функциональным возможностям организма как спортсменов так и нетренированных юношей. Выводы.

1. Установлено, что физические нагрузки, при которых показатель рабочего веса отягощения составляет 70-80% от разового максимального силового усилия, являются умеренными как для опытных спортсменов так и для нетренированных лиц, что позволяет использовать их в качестве оптимального показателя величины силовой нагрузки в атлетизме.

2. Выявлено, что умеренные физические нагрузки практически не влияют на уровень содержания ЛДГ в сыворотке крови нетренированных юношей, в тоже время способствуют существенному понижению данного фермента у спортсменов, что позволяет предполагать о наличии компенсаторных механизмов и изменения их активность в зависимости от уровня тренированности исследуемого контингента.

Перспективы дальнейших исследований связаны с поиском путей оптимизации тренировочного процесса в атлетизме и его режимов физической нагрузки, а также раскрытия закономерностей характера изменения величины содержания ЛДГ в крови спортсменов, различного уровня тренированности, на протяжении длительного периода подготовки (несколько мезоциклов).

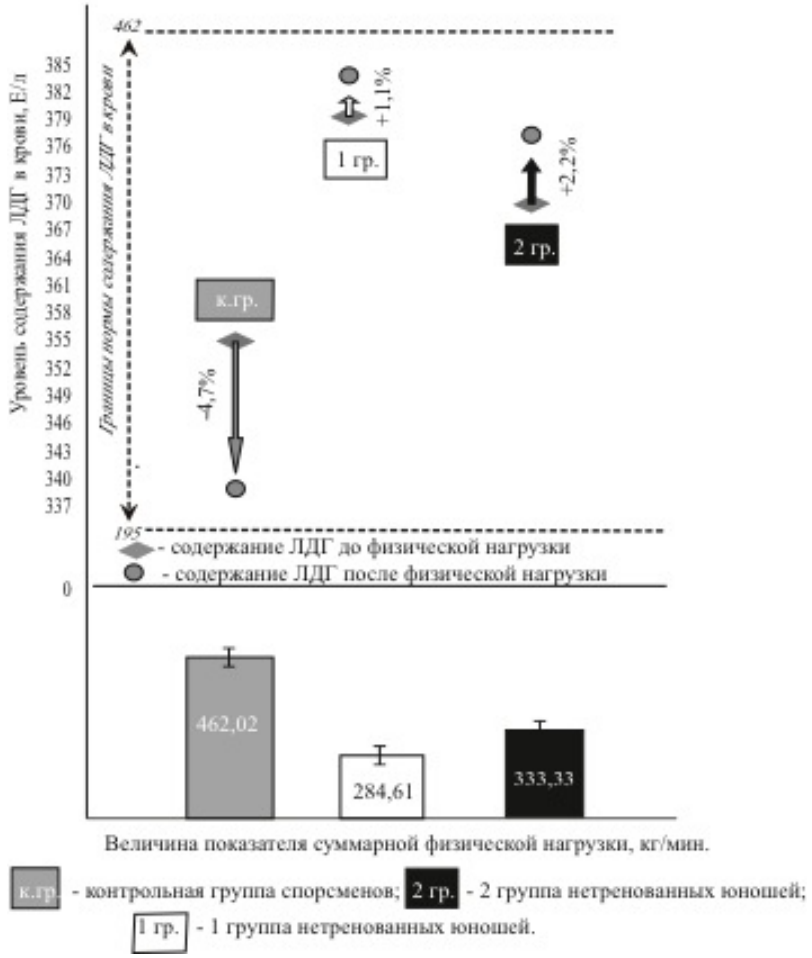


Рис.4. Изменения показателя содержания ЛДГ в крови исследуемого контингента при заданной физической нагрузки, n=60

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутова О.А., Масалов С.В. Активность лактатдегидрогеназы как показатель метаболизма мышечной ткани у спортсменов высокой квалификации // Физиология человека, 2009, Том 35, N 1, с. 141-148.

2. Камышников В. С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике. Минск: «Беларусь», 2002, Т.1, 495 с.

3. Лапач С.Н., Бабич П.Н., Чубенко А.В. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев: МОРИОН, 2001, 408 с.

4. Метаболизм в процессе физической деятельности / Под ред. Д. Харгривса. М.: Олимпийская литература, 1998, 288 с.

5. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. М.: Медицина, 2000, 544 с

6. Скорняков В.И. и др. Определение активности лактатдегидрогеназы с применением оптического теста Варбурга // Журнал Лаб. Дело., 1989, №5, с.52-55.

7. Уилмор Дж.Х., Костилл Д.Л. Физиология спорта и двигательной активности. К.: Олимпийская литература, 1997. 352 с.

8. Фомин Н.А. Особенности активности ферментов сыворотки крови у спортсменов и нетренированных лиц // Теория и практика физической культуры, 2006, №1, с. 9-11.

9. Хартман Ю. Тюннеманн Х. Современная силовая тренировка. Берлин: Штортферлаг, 1988. 335 с.

10. Чернозуб А.А. Вплив тренувального процесу на результативність юних культуристів //«Олімпійський спорт і спорт для всіх: проблеми здоров'я, рекреації, спортивної медицини та реабілітації»: Матеріали IV Міжнарод. наук.конгресу (16 – 19 травня 2000 р.). Київ, 2000, с. 146, 150.

11. Чернозуб А.А. Тривалість тренувального заняття та його вплив на ефективність зростання м'язової маси та силових можливостей спортсменів в атлетизмі. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. Праць під ред. С.С.Єрмакова. Харків: ХХПІ, 2006. № 5. с. 122 – 125.

12. Hatfield F.C. Bodybuilding a scientificapproach. Chicago: Contemporarybook, 1984, 272 p.

13. Hatfield F.C. Hardcore Bodybuilding - Scientific Approach: McGraw-Hill., 1993, 448 p.

14. Westgarth-Taylor C., Hawley J.A., Rickard S. Metabolicand performance adaptationto interval traininginen durance trainedcyclists // Eur. J. Appl. Physiol., 1997, v.75, p.298-304.
15. Henderson A.R., Moss D.W. Enzymes. Tietz Fundamentalsof Clinical Chemistry, 5th Ed.,
16. Burtis, C.A. &Ashwood, E.R. (W.B.Saunderseds.Philadelphia USA). 2001, 352 p.

Xülasə

Atletizmlə məşğul olan hazirliqli və məşq etməmiş gənclərin orqanizminə fiziki yüklənmə rejimlərinin təsiri

A.A. Çernozub

İşdə kontingentin müxtəlif məşqetmə səviyyəsinə görə fiziki yüklənmə ölçüsünün müəyyənləşdirilməsi problemi tədqiq edilmişdir (max-dan %) ki, bu da orqanizmdə patofizioloji dəyişikliklər büruzə verməsən məşq prosesinin effektliyinə müsbət təsir göstərməyə imkan verəcəkdir. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, təklif etdiyimiz fiziki yüklənmə rejimlərində həm təcrübəli idmançılar, həm də məşq etməmiş şəxslər üçün adekvat olan yükün işçi çəkisinin göstəricisi birdəfəyə maksimal qüvvə sərfinin 70-80%-ni təşkil edir. Aşkar olunmuşdur ki, mötədil fiziki yüklənmələr məşq etməmiş gənclərin qan serumunda LDG səviyyəsinə praktik olaraq təsir etmir, eyni zamanda idmançılarda həmin fermentin dürüst azalmasına səbəb olmuşdur.

Summary

Effect of physical exercise body and prepared untrained youths dealing athleticism

A.A. Chernozub

The article is devoted to the problem of determining the value of physical activity (% of max), for a different level of fitness contingent, which will have a positive impact on the efficiency of the training process without showing the pathophysiological changes in the body. In the results of research it was set that our proposed exercise regimes, in which the weight ratio of the working complication is 70-80% of the one-time maximum force efforts, are moderate for the experienced athletes and for untrained persons. Determined that moderate exercises do not influence on the level of LDH in the blood serum of untrained young men, and at the same time it promotes the statistically significant decrease in the enzyme in athletes.

Daxil olub:14.11.2012

ИСТЕЩСАЛАТ ФАКТОРЛАРЫНЫН ЯСАС СТОМАТОЛОЪИ ХЯСТЯЛИКЛЯРИН ЙАЙЫЛМАСЫ ВЯ ИНТЕНСИВЛИЙИНЯ ТЯСИРИ

Я.В. Оружов, А.М. Сяфяров, Ф.Й.Мяммядов
Азярбайжан Тибб Университети, Bakı

Açar sözlər: diş xəstəlikləri, yayılması, intensivliyi, istehsalat faktorları,
Ключевые слова: болезни зубов, распространенность, интенсивность производственные , факторы
Key words: dental disease, prevalence, intensity of production, factors

Пародонтитляр пародонт тохумаларынын ян эениш йайылмыш илтищаби патолоэийаларындандыр. Пародонтитляр мцхтялиф сцрятля инкишаф едяряк, сон мярщялялярдя дишлярин итирилмяси вя аьыз бошлуьунда функсионал чатышмамазлыгларла иля нятижялянир. Пародонтитлярин мейдана чыхмасында мцхтялиф етиолоъи амилляр рол ойнайырлар. Бу етиолоъи амилляри мцхтялиф жцр тяснифетмяк олар. Цмуми эютцрдцкдя бу етиолоъи амилляри, цмуми организм вя йерли сявиййядя олмагла 2 група бюлмяк олар. Цмуми организм сявиййясиндя олан етиолоъи амилляря эялдикдя организмин цмуми системлярини ящатя едян просеслярин нятижяси ким пародонтитлярин мейдана чыхмасы нязярдя тутулур. Бунлара, мцхтялиф дахили органларын сырадан чыхмасы, анемийа, лейкозлар, мцхтялиф зярярли харижи амилляр аиддирляр [1,2]. Пешя сявиййясинин вя истещсалат факторларында пародонтитлярин йаранмасында ролу ола биляр. Истещсалат просесиндя мцхтялиф зярярли аралыг мящсуллар йараныр ки, онлардан да гачмаг мцмкцн дейил вя зярярли истещсалат шяраитиндя йаранан тясирляр дя пародонтитляря эятириб чыхарыр [3,4,5]. Бу амилляр организмин цмуми функсионал вязиййятиня, антиоксидант вя с. мцдафия системиня дя мянфи тясир эюстярир. Цмуми иммун эюстярижилярин ашаьы дцшмяси ися юз нювбясиндя аьыз бошлуьунун йерли мцдафиясиндя дя юзцнц эюстярир.

ИШИН МЯГСЯДИ: Пародонтун илтищаби хястяликляринин зярярли истещсалат шяраитиндя чалышанлар арасында растэялмя тезлийинин гиймятляндирилмяси.

ТЯДГИГАТЫН МАТЕРИАЛ ВЯ МЕТОДЛАРЫ. Мцхтялиф зярярли истещсалат шяраитляриндя пародонт тохумаларында йаранан хястяликлярин растэялмя тезлийини тяйин етмяк мягсяди иля 320 хястя арасында клиники-епидемолоъи тядгигатлар щяйата кечирилмишдир. Тядгигат групларына, истещсалатда чалышанларын яксяриййятини тяшкил едян, орта вя даща йухары йаш групларына аид олан шяхсляр дахил едилмишдир.

Тядгигатын статистик анализи мцхтялиф статистик методларла апарылмышдыр (орта

щесаб юлчцсц –М, онларын орта стандарт сящви (нюгсаны) –м, Стйудент ящямиййят критерийасы –т, фярглярин дцзэцнлцк дяряжяси –п мцяййян едилмишдир). Материалын статистик ишлянилмяси тятбиги статистик, стандарт програм пакетинин истифадяси иля йериня йетирилмишдир (статистижа 6.0).

АЛЫНАН НЯТИЖЯЛЯР. Цмумдцнйа Сящиййя Тяшкилатынын тяклиф етдийи индекс цзря алынан нятижялярин анализиня ясасян орта йаш групларында нормал шяраитдя чалышан инсанларла мцгайисядя саьлам пародонту олан шяхсляр азлыг тяшкил етмишдир. Беля ки, 30-40 йашларында олан вя зярярли истещсалатда чалышан 90 хястянин 8,89±3,00% -дя пародонт тохумаларында демяк олар ки, щеч бир патолоъи дяйишиклик нязяря чарпмамышдыр. Бу рягям йаш артдыгжа азалыр. Йухарыда гейд олунан даща жаван ишчилярля мцгаисядя сонракы йаш групунда алынан нятижялялрин статистик анализи тятбиг олунан индексин эюстярижиляринин 4,17±1,82% живарында тяйин етмишдир. ЫЫЫ тядгигат групуна дахил едилян вя даща йухары йаш групуна аид олан завод ишчиляриндя саьлам пародонта цмумиййятля раст эялинмямишдир. Орта щесабла тядгигат групуна аид апарылан арашдырмаларын нятижяляриня ясасян зярярли истещсалат шяраитиндя чалышан 320 фящля вя гуллугчулар арасында саьлам пародонт 4,06±1,10 щалларда мцяййян едилмишдир. Апардыьымыз тядгигатларын ясас мягсяди зярярли факторларын пародонтун йумшаг вя сярт тохумаларында ямяля эялян илтищаби вя деструктив хястяликлярин аьырлыг дяряжясиня вя эедишатына тясир механизминин вя ясас етиолоъи вя патоэенетик сябяблярин ашкар едилмясидир. Ясас стоматолоъи хястяликлярдян сайылан пародонтопатийаларын илкин клиники тязащцрц сайылан диш яти ганахмасына даща жаван шяхслярдя йашлыларла мцгайисядя даща чох щалларда раст эялинмишдир (жяд. 1).

Жядвял 1

Парадонт хястяликлярининн йайылмасы (ЖПИТН)

Йаш груплары	Хястялярин сайы	Хястялярин сайы, %				
		Саьлам пародонт	Ганахма	Диш дашлары	Пародонтал жибляр	
					4-5мм	6мм даща дярин
30 – 40	90	8,89 ± 3,00	13,33 ± 3,58	37,78 ± 5,11	30,00 ± 4,83	10,00 ± 3,16
40 – 50	120	4,17 ± 1,82	7,50 ± 2,40	30,83 ± 4,22	40,00 ± 4,47	17,50 ± 3,47
50 йашдан йухары	110	-	-	56,36 ± 4,73	30,91 ± 4,41	12,73 ± 3,18
цмуми	320	4,06 ± 1,10	6,56 ± 1,38	41,56 ± 2,76	34,06 ± 2,65	13,75 ± 1,93

Клиники-епидеимолоъи тядгигатларын нятижяляринин индекс васитясиля гиймятляндирилмяси заманы гейд олунан фактор тядгигатлар апарылан Нефт-кимйа мцяссисяляриндя чалышан вя 30-40 йаш групларына аид олан шяхслярин 13,3±3,58%-дя ашкар едилмишдир. Бу о бири групларла мцгайисядя даща йцксяк олмушдур. Мцгайися цчцн гейд етмяк лазымдыр ки, 40-50 йашларында олан вя щямин мцяссисялярдя чалышан 120 хястянин аьыз бошлуьунда диш ятиндя баш верян ганахма тягрибян 7,50±2,40% щалларда мцшащидя едилирди. Ян бюйцк йаш групунда ися цмумиййятля пародонт тохумаларынын хястяликляринин ян йцнэцл клиники яламятляринин растэялмя тезлийи даща ашаьы нятижялярля хцсусиййятляндирилди. Беля ки, яэяр ЫЫ групда тягдиг едилян фактор цзря алынан нятижя 7,50±2,40% олмушдурса, ЫЫЫ групда эюстярижиляр 0-а бярабяр олмушдур. Мцгайисяви статистик ишлямяляр заманы щям саьлам пародонт, щямчинин дя диш яти ганахмасы цзря демяк олар ки, ейни нятижя ялдя едилмишдир. Мясялян: яэяр зярярли истещсалат шяраитиндя чалышан инсанларда щеч бир дяйишиклийя мяруз галмайан пародонт 4,06±1,10% щалларда ашкар едилирдирся, пародонтопатийаларын илкин яламяти, щяр цч груп цзря орта щесабла 6,56±1,38% щалларда мейдана чыхмышдыр. Апарылан тядгигатлар заманы щямин шяхслярдя даща чох дишяти цстц вя дишяти алты диш чюкцнтцляриня вя патолоъи пародонтал жибляря раст эялинмишдир. Бурада ясас диггяти жялб едян мягамлардан бири йухарыда гейд олунан проблемлярин нязярячарпан дяряжядя жаван йаш

групларында олмасыдыр. Беля ки, сярт диш чюкцнтцляри 37,78 ±5,11% 30-40 йашларында олан хястялярдя ашкар едилмишдир. Щямчинин йцксяк нятижяляр, 4-5 мм дяринлийиндя олан патолоъи жибляри растэялмя тезлийи цзря дя мцяййян едилмишдир. Щямин йаш групуна аид олан 90 хястя арасында апарылан клиники-епидемиолоъи мцайиняляр 30,00±4,83% щалларда гейд олунан патолоъи жибляри олмасыны мцяййян етмишдир. Башга группара дахил едилян хястялярля мцгайисядя бу групда даща ашаьы фаиз 6 мм вя даща дярин пародонтал жибляр цзря ашкар едилмишдир. Мясялян, яэяр ЫЫ тядгигат групунда нятижя 17,50±3,47% олмушдурса, даща жаван шяхслярдя эюстярижиляр даща ашаьы сявиййядя тяйин едилмишдир вя 10,00±3,16% олмушдур. Фикримизжя, даща йашлы инсанларда дярин патолоъи жибляря ЫЫ групла мцгайисядя даща аз щалларда раст эялинмяси онларда даща чох щалларда дишлярин чякилмяси иля изащ етмяк олар.

Ейни заманда охшар нятижяляр пародонт хястяликляринин интенсивлийини тяйин етдикдя ялдя едилмишдир. Зярярли истещсалат шяраитиндя фяалиййят эюстярян фящля вя гуллугчулар арасында пародонт тохумаларынын вязиййятини гиймятляндирдикдя даща чох щалларда саьлам секстантлар жаван ямякдашларда ашкар едилмишдир (Жядвял 2).

Ъядвял 2

Пародонт хястяликляринин йаш группары цзря интенсивлийи (CPITN)

Йаш группары	Хястялярин сайы	Хястялярин сайы, %				
		Саьлам пародонт	Ганахма	Диш дашлары	Пародонтал жибляр	
					4-5 мм	6 мм даща дярин
30 – 40	90	0,87 ± 0,10	1,27 ± 0,11	1,46 ± 0,12	1,20 ± 0,11	0,41 ± 0,07
40 – 50	120	0,28 ± 0,05	0,46 ± 0,06	1,45 ± 0,10	2,13 ± 0,13	0,93 ± 0,09
50 йашдан йухары	110	0,14 ± 0,04	0,38 ± 0,06	2,21 ± 0,12	1,69 ± 0,14	0,73 ± 0,08
цмуми	320	0,40 ± 0,04	0,66 ± 0,05	1,71 ± 0,07	1,72 ± 0,07	0,72 ± 0,05

Беля ки, яэяр йашы чох олан пасийентлярдя (40-50 йаш) саьлам пародонтлу секстантларын сайы 0,28±0,05 олмушдурса, ЫЫ група дахил олан шяхслярдя (30-40 йаш) нятижя даща йухары сявиййядя олмуш вя 0,87±0,10 живарында тяйин едилмишдир. Пародонт хястяликляринин даща аьыр формаларына тязащцр едян, нязярдя диш чюкцнтцляри вя дярин патолоъи жибляр тутулур, факторларын растэялмя тезлийи ЫЫ вя ЫЫЫ групларда ЫЫ група мцгаисядя даща йцксяк нятижялярля характеризя олунмушдур. Мясялян, ян дярин (6 мм вя даща дярин) патолоъи пародонтал жибляр мцшащидя едилян секстанталрын сайы 0,73±0,08 мигдарында ян йашлы ямякдашларын аьыз бошлуьунда ашкар едилмишдирся, ЫЫ групда эюстярижи нисбятян ашаьы сявиййяйя дцшяряк 0,41±0,07 тяшкил етмишдир. Гейд олунан вя пародонт хястяликляринин ян аьыр клиники тязащцрц сайылан фактор цзря ян йцксяк статистик рягямляр ЫЫ мцайиня групунда ялдя едилмишдир вя бурада 6 мм вя даща дярин патолоъи жиблярля олан секстантларын мигдары 0,03±0,09 живарында тяйин едилмишдир. ЖПИТН индексинин ясас структур эюстярижиляриндян бири дя мцайиня едилян хястялярин хцсуси пародонтолоъи йардыма олан тялабатынын гиймятляндирилмясидир.

Жядвял 3

Мцхтялиф нюв стоматолоъи йардыма тялабат (ЖПИТН)

Йаш группары	Хястялярин сайы	Эиэйеник маарифляндирмяйя тялабат	пародонтолоъи йардыма тялабат	о жцмлядян	
				Диш дашларынын кянарлашдырылмасы	Комплекс мцалижя
30 – 40	90	13,33 ± 3,58	77,78 ± 4,38	67,78 ± 4,93	10,00 ± 3,16
40 – 50	120	7,50 ± 2,40	88,33 ± 2,93	70,83 ± 4,15	17,50 ± 3,47
50	110	-	100	87,27 ± 3,18	12,73 ±

йашдан йухары					3,18
цмуми	320	6,56 ± 1,38	89,38 ± 1,72	75,63 ± 2,40	13,75 ± 1,93

Пародонт хястяликляринин йайылма вя интенсивлийини тяйин етдикдя йцксяк нятижялярин алынмасы пародонтолоъи йардыма олан тялабатын да йцксяк сявиййяйя чатмасына зямин йаратмышдыр (Жядвял 3).

Алынан нятижяляр вя онларын статистик анализи факторларын арасында ян актуалы вя щялл олунасы мящз илкин пародонтолоъи йардымын ясасыны тяшкил едян диш дашларынын кянарлашдырылмышдыр. Гейд олунан мясяля цзря ян йцксяк нятижяляр ЫЫ вя даща чох ЫЫЫ групда ашкар едилмишдир. Беля ки, 40-50 йашларында зярярли истещсалат шяратитиндя чалышан ямякдашлар арасында пародонтолоъи йардыма вя диш чюкцнтцляринин кянарлашдырылмасына олан тялабат уйьун олараг 88,33±2,93% вя 70,83±4,15% олмушдурса, даща бюйцк йаш групларында йухарыда гейд олунан факторлар цзря эюстярижиляр артараг максимал дяряжяйя чатмыш 100% вя 87,27±3,18% живарында тяйин едилмишдир.

НЯТИЖЯЛЯР. Бцтцн мцайиня едилян шяхсляр цзря апарылан тядгигатлар ян ашаьы нятижялярин эиэийеник маарифляндирмя цзря олмасыны ашкар етмишдир. Цмумиййятля ися алынан нятижялярин критериал анализи зярярли истещсалат шяраитиндя чалышан инсанларын стоматолоъи статусунун гейри-гянаятбяхш вязиййятдя олмасыны тяйин етмишдир.

ЯДЯБИЙЙАТ

1. Журихина И.А. Состояние здоровья работающих в нефтехимическом производстве по результатам углубленного медицинского обследования // Вестник института стоматологии, 2008, №7, с.56-60
2. Олесов Е.Е. и др. Стоматологический статус у старейших работников РНЦ «Курчатовский институт» с опасными и нормальными условиями труда // Стоматология, 2009, №2, с.69-71
3. Филлипова М.В. Стоматологическая заболеваемость работников резинотехнических производств и□пути совершенствования ее профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2008, 24 с.
4. Ozawa A., Tada H., Tamai R. et al. Expression of IL-2 receptor beta and gamma chains by human gingival fibroblasts and uh-regulation of adhesion of neutrophils in response to IL-2 // J Leucos Biol., 2003, v.74, N3, p.352-359.
5. Wiegand A., Attin T. Occupational dental erosion from exposure to acids — a review // Occup. Med., 2007, v.57, p.169 176.

Хцлася

Истещсалат факторларынын ясас стоматолоъи хястяликлярин йайылмасы вя интенсивлийиня тясири

Я.В. Оружов, А.М. Сяфяров, Ф.Й.Мяммядов

Нефт-кимйа сащясиня аид мцяссисялярдя чалышан 320 шяхс арасында клиники мцайиняляр апарылмыш вя пародонт тохумаларында инкишаф едян патолоъи просеслярин аьырлыг дяряжяси вя растэялмя тезлийи тяйин олунмушдур. ЖПИТН индексинин нятижяляриня ясасян гейд олунан шяхслярдя даща чох щалларда дишяти алты вя дишяти цстц диш чюкцнтцляри вя 4-5 мм дяринлийиндя олан патолоъи пародонтал жибляря раст эялинмишдир. Ихтисаслашдырылмыш стоматолоъи йардыма эялдикдя, зярярли истещсалат шяраитиндя чалышан шяхслярин даща чох щалларда пародонтолоъи йардыма вя диш дашларынын кянарлашдырылмасына тялабатын олмасы ашкар едилмишдир.

Summary

The influence of undesirable factory elements on the prevalence and intensity of dental disease

A. Orucov, A.M. Safarov, F.Y.Mammadov

Have been performed clinical and epidemiological investigation among the 320 persons worked at the oil-chemical factory and revealed the severity and prevalence of periodontities. According to the results of CPITN -indexes indications dental plaque and periodontal pockets 4-5mm in depth mainly are found out. Among these people is revealed the high level of demand in the remove of dental tartar and periodontal treatment.

Daxil olub:04.12.2012

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОНАЦИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА.

Р.А. Наджафов, А.Г. Овденко, А.Н. Богданов
Городская больница № 26, г.Санкт-Петербург

Açar sözlər: Düpüitren sınıqları, osteosintez, tromboz, angiotrop müalicə, antikoaqulyasiya müalicə

Ключевые слова: пронационный перелом Дюпюитрена, остеосинтез, тромбоз, ангиотропная, антикоагуляционная терапия.
Key words: Dupuytrens , pronation, fracture, osteosyntesis, thrombosis, angiothropy, anticoagulant therapy

Неустанное внимание травматологов всех стран, уделяемое вопросам повреждений области голеностопного сустава, объясняется большим числом неблагоприятных исходов лечения, продолжительным периодом нетрудоспособности и частой инвалидностью лиц трудоспособного возраста [1,3,4].

Ряд авторов оценивают встречаемость травм голеностопного сустава среди взрослого населения в 74,6 случаев на каждые 10 тысяч человек. Что касается переломовывихов, то они происходят у 100–120 человек на каждые 100 тысяч человек [5,7,8]. Несмотря на применение самых современных методов консервативного и оперативного лечения, частота неудовлетворительных исходов не имеет тенденции к снижению, составляя от 13 до 63%, а выход на инвалидность может достигать 63 % [2,6]. Отмеченные обстоятельства определили необходимость проведения настоящего клинико-экспериментального исследования, целью которого явилось исследование роли нарушений связочного аппарата межберцового синдесмоза в происхождении вторичного смещения отломков и неудовлетворительных исходов лечения у больных с пронационными переломами области голеностопного сустава.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В первой части комплексного исследования нами были проанализированы истории болезни 452 пациентов с пронационными переломами области голеностопного сустава (Дюпюитрена), лечившиеся за последние 5 лет в городских больницах №2, № 3, № 26. Из них 45 % пострадавших лечились консервативно, 55 % - оперативно, а именно: в 70 % случаев выполнялась фиксация синдесмоза винтом через 3 кортикальных слоя, в 21 % - через 4 слоя и в 9 % - болтом-стяжкой. Помимо рентгенологического исследования, для оценки регионарного кровообращения больным выполняли ультразвуковую диагностику сосудов нижних конечностей.

Во второй части работы, были выполнены эксперименты на 12 конечностях биоманекенов (трупов мужчин среднего возраста в первые сутки после смерти), в ходе которых изучали особенности повреждений синдесмоза при пронационных переломах, причиняемых по методике Dupuytren (1839). Стопу биоманекена фиксировали винтами к деревянной платформе с рычагом; голень также фиксировали винтами к опорной деревянной платформе. Производили форсированную пронацию, отведение с элементами тыльного сгибания и продольной компрессии. Эксперимент начинали с предварительной рентгенографии в прямой и боковой проекциях, повторяя их после нанесения перелома при тех же условиях. Со стороны медиальной лодыжки и малоберцовой кости мягкие ткани послойно препарировали, повреждения анатомических структур фиксировали в протоколах опытов и фотографировали. Эксперименты проводили на кафедре судебной медицины Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (начальник кафедры – профессор И.А. Толмачев).

В эксперименте на 13 конечностях биоманекенов измеряли прочность передней и задней связок дистального межберцового синдесмоза, а также межкостной мембраны при растяжении вилки голеностопного сустава в универсальной испытательной машине FPZ-100. Кривые испытаний на растяжение регистрировали на компьютере и пишущем устройстве. В дальнейшем проводили математическую обработку данных с помощью специально созданного пакета программ для персонального компьютера.

Для определения особенностей внутренней фиксации при повреждениях дистального межберцового синдесмоза (при пронационных переломах) были выполнены эксперименты на 9 конечностях трупов мужчин среднего возраста в первые сутки после смерти. При полностью поврежденном дистальном межберцовом синдесмозе и межкостной мембране выполняли остеосинтез винтом, проведенным через 3 кортикальных слоя – через малоберцовую кость и 1 кортикальный слой большеберцовой кости (3 опыта); через 4 кортикальных слоя (3 опыта) и болтом-стяжкой (3 опыта).

Во всех случаях выполняли предварительную рентгенографию в прямой и боковой проекциях, а так же, после испытания растяжением на испытательной машине. Кривые испытаний фиксировали на компьютере и пишущем устройстве. Эксперименты проводили на базе лаборатории

сопротивления материалов Санкт-Петербургского Политехнического института.

В заключительном разделе работы на 4 биоманекенах был апробирован разработанный инструмент для репозиции синдесмоза при оперативных вмешательствах и внедрен в клиническую практику.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Пациенты были разделены на три группы. В первой группе (15 % пострадавших) при «низкоэнергетичных» пронационных переломах наблюдали изолированный перелом малоберцовой кости или внутренней лодыжки, с частичным разрывом передней связки межберцового синдесмоза, с диастазом не более 4 мм. Пациенты этой группы реже задерживались в стационаре, так как лечение их осуществлялось в амбулаторных условиях.

Вторую группу составили пациенты со значительным травмирующим усилием (75 %). У них определяли перелом малоберцовой кости; перелом внутренней лодыжки (или разрыв дельтовидной связки); разрыв передней и задней межберцовой связок, вместе с межкостной мембраной и подвывихом стопы кнаружи. У этих пациентов наблюдали диастаз межберцового синдесмоза до 10 мм.

Третью группу (10 %) составили пациенты с «высокоэнергетичными» переломами. У них имели место те же повреждения, что и во второй группе, которые сочетались с переломом заднего края большеберцовой кости, подвывихом стопы кнаружи и кзади, так называемый «трехлодыжечный» перелом, который сопровождался разрывом всех связок синдесмоза и межкостной мембраны. В этой группе пациентов наблюдался диастаз дистального межберцового синдесмоза более 10 мм.

В первых двух группах хорошие результаты лечения составили 73 %, удовлетворительные - 25 %. Для пациентов этой группы характерно было легкомысленное отношение к соблюдению рекомендаций врача, в связи с небольшой деформацией конечности в момент получения травмы, легкой переносимостью нарушений послеоперационного периода. Тем не менее, 10 % пациентов этих двух групп нуждались в повторной госпитализации в связи со вторичным смещением отломков в результате преждевременной нагрузки на конечность.

В третьей группе хорошие результаты составили 70 %. Важную роль здесь сыграло серьезное отношение больных к тяжелой травме конечности. Кроме того, при значительном разрыве связочного аппарата, упрощалась репозиция отломков. Удовлетворительные результаты (увеличение окружности сустава на 1 – 1,5 см) составили 18 %; неудовлетворительные результаты (увеличение окружности сустава на 3 см и более, по сравнению с контрлатеральным сегментом, невриты пяточной ветви малоберцового нерва, сохранение диастаза костей голени, подвывихи стопы, развитие деформирующего артроза) имели место в 12 % случаев.

Для уточнения причин неудовлетворительных исходов лечения пострадавших была проведена оценка результатов стендовых испытаний, в ходе которых установлено, что при пронационном переломе возможна интерпозиция передней и задней связок синдесмоза в межберцовую щель. Размер «лоскутов» передней связки, в среднем, составил 25 ± 3 мм на 13 ± 1,5 мм, а задней – 34 ± 3,1 мм на 22 ± 1,4 мм. Не вызывает сомнений, что интерпозиция синдесмоза (а не только смещение малоберцовой кости или интерпозиция дельтовидной связки) может препятствовать репозиции малоберцовой кости и устранению наружного подвывиха стопы.

Эксперименты так же показали, что прочность задней связки дистального межберцового синдесмоза превышает на 1/3 прочность передней связки, выдерживая усилие растяжения до 30 ± 2,3 кг. Наиболее устойчивой структурой, как выяснилось, является межкостная мембрана, прочность которой в 2 раза превосходила переднюю и задние связки вместе взятые. Это говорит о важности межкостной мембраны, как анатомической структуры, и необходимости особого внимания к высоким переломам малоберцовой кости (типа Мезонеа), при которых происходит полное ее повреждение, делающее перелом абсолютно нестабильным.

Эксперименты на 9 конечностях свежих анатомических объектов показали, что прочность фиксации синдесмоза винтом, проведенным через 4 кортикальных слоя (по Мюллеру М.Е., 1996) является вполне достаточной для обеспечения стабильности малоберцовой кости в дистальном межберцовом сочленении. Фиксация винтом, проведенным через 3 кортикальных слоя условна и, с нашей точки зрения, интересна, как идея, но ненадежна при практическом применении.

Фиксация дистального межберцового синдесмоза болтом-стяжкой, экспериментально изученная на 3-х биоманекенах показала, что ее прочность превосходит все остальные виды фиксации. Применение болта-стяжки может быть рекомендовано в случаях, когда подвывих не устраняется винтом (в связи с недиагностированной интерпозицией мягких тканей) и у недисциплинированных тучных пациентов, с высокой вероятностью несанкционированной нагрузки на конечность.

Исходя из вышесказанного и данных анатомо-экспериментальных исследований, нами был предложен инструмент для предупреждения оперативным путем интерпозиции передней и задней связок дистального межберцового синдесмоза при репозиции. Интсрумент представляет собой элеватор, изогнутый в одной плоскости, в форме полумесяца. Его испытания были проведены в эксперименте на 4-х конечностях биоманекенов.

При репозиции в зоне передней связки дистального межберцового синдесмоза, не делая дополнительного доступа (из разреза в проекции малоберцовой кости), между берцовыми костями вводят элеватор выпуклой стороной к передней поверхности. Затем элеватор ротируют, устраняя интерпозицию мягких тканей между берцовыми костями, и дополняют репозицию, смещая элеватор вогнутой стороной кпереди. При репозиции задней связки дистального межберцового синдесмоза, из того же доступа (в проекции малоберцовой кости) элеватор вогнутой стороной вводится в incisura fibularis большеберцовой кости, затем ротируется, с последующим смещением мягких тканей поврежденного синдесмоза кзади.

При оценке состояния регионарного кровообращения в области голеностопного сустава ультразвуковым исследованием сосудов нижних конечностей у 10 % пострадавших третей группы были обнаружены признаки окклюзии (тромбоза) берцовых вен различной локализации (чаще заднеберцовых). Спустя 12 месяцев после травмы у 8 % пациентов сохранялось нарушение функции клапанного аппарата, отсутствие дыхательной экскурсии стенок вен. Отмечался коллатеральный сброс кровотока (функциональный признак окклюзии магистральных вен). У 5 % пострадавших были выявлены признаки тромбоза (нефлотирующие тромбы) отдельных глубоких вен с нарушением функции клапанного аппарата венозных сосудов голени. Эти данные явились обоснованием для расширения комплексной антикоагулянтной, ангиотропной и дезагрегантной терапии с первых дней поступления больных 3 – й группы в стационар. У таких больных особое внимание необходимо было уделять стабильности фиксации межберцового синдесмоза, не исключавшей применение традиционного болта-стяжки.

Выводы: 1.Несмотря на применение современной тактики консервативного и оперативного лечения пациентов с пронационными переломами области голеностопного сустава остается высокий процент удовлетворительных и плохих исходов лечения (30 % и 8 %, соответственно). 2.Плохой результат лечения может быть следствием неустраненной интерпозиции передней и задней связок дистального межберцового синдесмоза, ревизия которых должна проводиться во всех случаях оперативного лечения. Применение оригинального элеватора культей связок упрощает и минимизирует технику операции. 3.При склонности пациента к нарушению режима, избыточной массе тела (100 кг и более) показано проведение фиксирующего синдесмоз винта через 4 кортикальных слоя, а в некоторых случаях, применение болта – стяжки (как наиболее прочный вариант фиксации). 4. \У наиболее тяжелой категории больных, помимо УЗИ сосудов нижних конечностей, показана комплексная антикоагулянтная, ангиотропная и дезагрегантная терапия с первых дней поступления в стационар.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодулин В.В. и др. Сравнительная оценка методов лечения лодыжечных переломов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 1993, № 2, с. 94–96

2. Даниляк В. В., Филиппов Ю. К. , Савельев В. К. и др. Причины неудач оперативного лечения переломо-вывихов в голеностопном суставе . Заболевания и повреждения крупных суставов и позвоноч-ника, открытые переломы / Материалы конференции. Великий Устюг, 1994, с. 16-17

3. Книшевицкий В. М., Гаврилов И. И. Сравнительная оценка различных методов лечения переломоподвывихов голеностопного сустава с повреждением межберцового синдесмоза // Вестн. Хирургии, 1984, № 9, с. 93-96

4. Кодиров М.Ф. Хирургические методы лечения повреждений голеностопного сустава, осложненные разрывом межберцового синдесмоза: Автореф. дис. …канд. мед. наук.Ташкент,2004,22 с.

5. Корышков Н.А., Зверев Е. В., Корышков А. Н. Артроскопическая ревизия посттравматических контрактур голеностопного сустава // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии. Н. Новгород, 2001, с. 249

6. Стоянов А.В. Хирургическое лечение больных с застарелыми пронационными подвывихами в голеностопном суставе: Автореф. дис. … канд. мед. наук. СПб., 2005, 145 с.

7. Шапиро К.И. Частота поражений крупных суставов у взрослых // Диагностика и лечение повреждений крупных суставов. СПб., 1991, с. 3-5

8. Lindsjö U. Classification of ankle fractures: the Lauge-Hansen or AO system // Clin. Orthop., 1985, N 199, p.12-16.

Xülasə

BaldIr- pəncə oynaqlarI sahəsində pronasion sInIqlarIn müalicəsində həll olunmayan məsələlər

R.A.Nəcəfova, A.Q.Ovdenko, A.N.Boqdanov

Aparılan tədqiqatlara baldır- pəncə oynaqları sahəsində sınıqkların uursuü müalicəsi aparılmış 136 xəstə daxil edilmişdir. Patogenezin dəqiqləşdirilməsi üçün Düpüitren klassik təcrübəsindən istifadə olunmuşdur. Bu metod qabırçalararası sindezmosun distal oynaqlarının interpozisiyasını təyin etməyə inkan verir. Müəlliflər tərəfindən əməliyyatın gedişatında oynaqların interpozisiyasını aradan qaldırmağa imkan verir, ümumi və cəarrahi müalicənin taktikası formulə edilmişdir

Summary

Unresolved matters of complex treatment of pronation fracture of ankle joints

R.A. Nadjafov, A.G. Ovdenko, A.N. Bogdanov

On the research conducted by us we have determined the reasons of unsuccessful treatment of 136 patients with ankle joint fracture. For the verification of damage pathogenesis we repeated Dupuytrens classical experience which made it possible to ascertain joints interposition of distal tibiofibular syndesmosis. The authors have offered a device for the removal of joints interposition in the process of operation, formulated the tactics of general and surgical treatment considering possible after effects.

Daxil olub:19.12.2012

SİÇANLARDA BAKTERİAL LİPOPOLİSAKKARİT VƏ ESÇERİYA COLİ İLƏ ƏMƏLƏ GƏTİRİLƏN PROSTATİT ÜZƏRİNDƏ MELATONİNİN TƏSİRİ

B.O.Hüseynov

Baku Medikal Plaza Urologiya klinikası, Bakı

Açar sözlər: prostatit, bakterial lipopolisakkarit, melotanin

Ключевые слова: простатит, бактериальный липополисахарид,мелатонин

Key words: prostate bacterial lipopolysaccharide, melatonin

Prostatit, kişi xəstələrin ailə həkimi və ya uroloqlara müraciət səbəbləri arasında üstünlük təşkil edən geniş yayılmış bir patologiyadır. Prostatit gec sağalan simptomlar və ya sidik-cinsiyyət yollarında ağrı ilə xarakterizə olunur və rastgəlmə tezliyi bütün yaş və etnik mənsubiyyətdən olan kişilər arasında 10-14% təşkil edir [1,2,3]. Kişilərin 25%-dən çoxunun həyatında heç olmasa bir dəfə prostatit tutması baş verir və 2-6%-də həyatının hər hansı dönəmində minimum yüngül və ya orta dərəcəli prostatitəbənzər simptomlar aşkar olunur [3,4,5]. Prostatit, 50 yaşadək olan kişilərdə ən çox qoyulan uroloji diaqnozdur [6]. 50 yaşdan yuxarı xəstələrdə isə qoyulan uroloji diaqnozlar arasında rastgəlmə tezliyinə görə üçüncü yeri tutur [prostat vəzinin xoşxassəli hiperplaziyası (PXH) və prostat vəzi xərçəngindən sonra] [7]. Bu xəstəlik ümumilikdə, uroloqa müraciətlər arasında 8% təşkil edir (8,9,10). Amerika Birləşmiş Ştatlarında bu sindrom kişilərin 2-6%-də təsadüf edir ki, bu da rəqəmlə ifadə edildikdə 2 milyona yaxın xəstə deməkdir [11,12,13]. Prostatit fundamental sosial-iqtisadi problemlərdəndir və iki milyon klinikadan əldə edilmiş mühasibatlıq məlumatlarına istinadən bu xəstəliyin müalicəsinin maliyyə dəyəri 84 mln. dollar təşkil edir [14,15,16,17]. Şimali Amerikada uroloqlar ildə 100-150 prostatit xəstəsi ilə qarşılaşırlar. Həkimlər empirik müalicənin yararsızlığı və ümumilikdə, təsirsiz olduğu qənaətindədirlər. Uroloqlar tərəfindən prostatit ən çətin müalicə olunan və ən çox uğursuz nəticələnən xəstəliklərdən biri olaraq dəyərləndirilmişdir [18,19,20]. İndiyədək, ənənəvi olaraq, prostatit patologiyası empirik üsullarla müalicə edilmiş və "sübutlara istinad etməmişdir". Qeyd edilən ümumi mülahizə ilə əlaqədar yeganə istisna təşkil edən məqam nadir kəskin və xroniki bakterial prostatitlərdə müxtəlif antibiotiklərin effektivliyinin müəyyən dərəcədə qiymətləndirildiyi klinik tədqiqatlardan əldə edilən nəticələrdir. Onilliklər boyunca qəbul edilən yeganə nəticə parametri bakteriyaların eradikasiyası olmuşdur ki, bu səbəbdən də prostatit patologiyasına dair tədqiqat araşdırmalarının mühüm əksəriyyəti antimikrobial farmakoloji tədqiqatlar çərçivəsində aparılmışdır. Bu tədqiqat araşdırmasında əldə edilmiş əsas nəticə bakterial LPS-in yeridilməsinin siçanlarda prostat vəzi toxumasında iltihab əmələ gətirməsi və bu toxumada elektrik sahəsi ilə stimulyasiya hesabına yaradılan neyrogen, alfa-adrenergik

reseptor aqonisti olan fenilefrinlə törədilən adrenergik və xolinergik reseptor aqonisti olan karbokol ilə törədilən xolinergik yığılma reaksiyasında əhəmiyyətli azalmaya səbəb olmasıdır. Farmakoloji və patoloji araşdırmalar vasitəsilə nümayiş etdirilmişdir ki, LPS yeridilməsi vasitəsilə iltihab törədilməsi zamanı, *E.coli* törədicisinin uşaqlıqdaxili yeridilməsindən 72 saat və 4 həftə sonra ölçmələr aparıldıqda, statistik cəhətdən daha əhəmiyyətli nəticələr əldə olunur. Əvvəlcədən, siçanlara güclü bir antioksidant olan melatonin verilməsi zamanı, prostat vəzi toxumasında LPS hesabına baş verən belə funksional pozğunluğun qarşısını qismən almaq mümkün olmuşdur. Maraqlıdır ki, bu tədqiqatda LPS-in yeridilməsi vasitəsilə xolinergik reaksiyalarda nəzərəçarpan azalma əldə olunsa da, bu azalma bütün qruplarda yalnız ən aşağı konsentrasiyalarda statistik baxımdan əhəmiyyət kəsb edəcək səviyyədə olmuşdur. Kontrol qruplarında da xolinergik qıcıqlar vasitəsilə alınan yığılma reaksiyaları digər adrenergik və neyrogen qıcıqlarla əldə edilən reaksiyalarla müqayisədə daha az qabarıq olmuşdur. Daha əvvəllər aparılmış tədqiqatlarda xolinergik stimulyasiyanın prostat vəzi toxumasının tonusuna çox az təsir göstərdiyi və ya ümumiyyətlə, hər hansı birbaşa təsirinin olmadığı nümayiş etdirilmişdir [21,22,27]. Bu tədqiqatda xolinergik stimulyasiya nəticəsində daha qabarıq nəzərə çarpan əhəmiyyətli cavab reaksiyasının əldə edilməməsi xolinergik stimulyasiyanın siçan prostat vəzi toxumasının tonusuna təsir baxımından daha az əhəmiyyətə malik olması ilə əlaqədar ola bilər. Amma, istənilən halda oksidləşdirici stress məhsulları və iNOS-un təsirinin bu cür stimulyasiya ilə əlaqədar azalmada əhəmiyyətli rolunun olması mümkündür. Bundan əlavə, 72 saatlıq qrupda melatoninin xolinergik stimulyasiya nəticəsində yığılmalarda baş verən azalmanı qismən korreksiya etməsi bu fikri təsdiq edir.

Tədqiqatımızda, prostat vəzi toxumasından alınmış materialların patoloji müayinəsində toxumada iltihabın mövcud olduğu müəyyən edilmişdir. Patoloji müayinələr vasitəsilə prostat vəzi toxumasında müəyyən edilmiş iltihab əlamətlərinin melatoninin təsirilə qismən azalması müşahidə edilmişdir. Bu tədqiqatda aşkar edilmiş LPS-lə əlaqədar oksidativ zədələnməni təsdiq etmək üçün iNOS ekspressiyası və toxumada peroksidazaların aktivləşməsi kimi daha təkmil araşdırmaların aparılması tələb olunur. Sidik nümunəsinin əkilməsi zamanı isə, 24 saatlıq qrup istisna olmaqla, 72 saatlıq və 4 həftəlik qruplarda *E.coli*-nin bitməsi siçanlarda prostatitin törədildiyini göstərən digər bir nəticədir. Daha əvvəl aparılmış bir tədqiqatda sidik kanalından keçməklə *E.coli* yeridilməsinin 4 həftə ərzində xroniki prostatitə səbəb olduğu sidik nümunələrinin bakterioloji müayinəsi və patoloji olaraq nümayiş etdirilmişdir (26,27). Bundan əlavə, melatonin verilmiş qrupda sidiyin əkilməsi zamanı *E.coli* kulturasının bitməməsi maraqlı bir nəticədir. Bu istiqamətdə daha təfsilatlı və daha çox sayda heyvan üzərində olmaqla, təkmil bir araşdırmanın aparılmasına zərurət ola bilər. Çünki, melatoninin *E.coli*-nin artıb-çoxalmasına hansı şəkildə təsir etdiyinə dair yetərli məlumatlar mövcud deyildir. Bu səbəbdən də, əldə etdiyimiz nəticənin daha təkmil tədqiqatlar vasitəsilə dəqiqləşdirilməsi vacibdir.

Nəticə olaraq, bakterial LPS-in yeridilməsi siçanlarda prostat vəzi toxumasında adrenergik, neyrogen və xolinergik yığılma reaksiyalarına əhəimyyətli təsir göstərmişdir. Toxumada yığılma reaksiyalarındakı bu cür azalmanın əsas səbəbi oksidləşdirici fəallığın həddən artıq yüksəlməsi və toxumadakı iltihabi patologiya ola bilər. Melatonin, oksidativ zədələnmə ilə əlaqədar yığılmada baş verən bu cür pozulmanı əhəmiyyətli səviyyədə korreksiya edir. iNOS-u inhibisiya etmə və antioksidant təsirləri sayəsində melatoninin prostat vəzidə iltihab nəticəsində yığılma pozğunluğunu və patoloji prosesi korrektə edə bilməsi, bu tip patologiyalarda antioksidant maddələrin göstəriş ola biləcəyini ifadə edir.

TƏDQIQATIN MƏQSƏDI. Bakterial LPS-in yeridilməsi siçanlarda prostat vəzi toxumasında adrenergik, neyrogen və xolinergik yığılma reaksiyalarını əhəmiyyətli dərəcədə azaldır. Toxumada yığılma reaksiyalarındakı bu cür azalmanın əsas səbəbi oksidləşdirici fəallığın həddən artıq yüksəlməsi və toxumadakı iltihabi patologiya ola bilər. Melatonin, oksidativ zədələnmə ilə əlaqədar yığılmada baş verən bu cür pozulmanı əhəmiyyətli səviyyədə korreksiya edir. iNOS-u inhibisiya etmə və antioksidant təsirləri sayəsində melatoninin, prostat vəzidə iltihab nəticəsində baş verən yığılma pozğunluğunu və patoloji prosesi korrektə edə bilməsi, bu tip patologiyalarda antioksidant maddələrin göstəriş ola biləcəyini göstərir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Təcrübələrdə Wistar Kyato cinsli, çəkisi 200-300 q arasında dəyişən (orta çəki 250 q), 3-4 aylıq 56 ədəd erkək siçan istifadə edilmişdir. Bu işdə tətbiq olunan təcrübə metodikaları Çukorova Universitetinin Təcrübə Heyvanları Yerli Bioetika Komitəsi tərəfindən təsdiqlənmişdir. Təcrübə heyvanları Çukurova universitetinin Tibb Elmləri Eksperimental Araşdırma və Tətbiq Mərkəzində (TIBDAM),

nəzarət olunan şəraitdə (12 saat gündüz, 12 saat gece ayarı ilə klimatizasiya edilmiş otaqlarda), standart siçan qəfəslərində, hər qəfəsdə 6 siçan yerləşdirilməklə saxlanmışdır. Siçanlar xüsusi hazırlanmış, hazır tabletşəkilli yem və su ilə bəslənmişlər. Heyvan ifrağatlarının zərərsizləşdirilməsi, qəfəsin təmizliyi və su və yemlə təmin olunma təcrübə personalı tərəfindən icra olunmuşdur.

Tədqiqatda istifadə edilmiş siçanlar təsadüfi seçim əsasında olmaqla, iki əsas tədqiqat qrupuna randomizə edilmişdir: nəzarət qrupu və LPS təyin edilmiş qrup (10 mq/kq, peritondaxili inyeksiya, fizioloji məhlulda həll edilmiş şəkildə)

Nəzarət qrupuna daxil edilmiş siçanlara, istifadə edilmiş preparatların həll edildiyi həcmdə fizioloji məhlulla (0.1/100 q) intraperitoneal inyeksiya edilmişdir. Bütün təcrübə qruplarında peritondaxili inyeksiyalar məqsədilə "ucu çıxarıla bilən 1' kalibrli insulin injektorları" istifadə edilmişdir. İnyeksiyalar zamanı bağırsaq toxumalarının zədələnmədiyinə əmin olmaq məqsədilə, inyeksiya zamanı rutin aspirasiya aparılmışdır. Bağırsaq möhtəviyyatı və ya qan gəldiyi hallarda inyeksiya digər bir lokalizasiyadan təkrar aparılmışdır. İnyeksiyadan 24 saat (n=8), 72 saat (n=8) və 4 həftə (n=4) sonra siçanlar servikal dislokasiya metodu ilə öldürülərək, prostat vəzi toxumaları kəsilib-çıxarılmışdır. Sadəcə fizioloji məhlul yeridilmiş nəzarət qruplarında ümumilikdə 24 siçan istifadə edilmişdir. Ayrıca bir qrupa (n=4) intraperitoneal yeridilməklə 6 gün sadəcə melatonin (10 mq/kq) təyin edilmiş və 7-ci gün heyvanlar təcrübəyə daxil edilmişdir. Daha bir əlavə qrupa (n=4) intraperitoneal yeridilməklə aminoquanidin (100 mq/kq) təyin edilmiş və 72 saat sonra heyvanlar təcrübəyə daxil edilmişdir. Eksperimentdən qabaq, müvafiq doza və inkubasiya müddətinin müəyyən edilməsi məqsədilə aparılan təcrübələrdə 10 siçan istifadə edilmişdir.

LPS vasitəsilə yoluxdurulmuş qruplar öz daxilind 5 yarımqrupa ayrılmışdır. Bu qruplarda ümumilikdə 50 siçan istifadə edilmişdir.

(I) Birinci qrupa (**24 saatlıq LPS tədqiqat qrupu**) LPS (10 mq/kq) verilerek 24 saat sonra eksperimentə daxil edilmişdir. Bu qrupda 12 heyvan istifadə olunmuşdur.

(II) İkinci gruba (**72 saatlıq LPS + intrauretral E. coli tədqiqat qrupu**) LPS (10 mq/kq) inyeksiyası ilə yanaşı, polietilen kanyula vasitəsilə (Clay Adams, PE 10) sidik kanalı daxilinə orta hesabla 5 sm dərinlikdə girilərək, tərkibində E.coli olan məhluldan (9 x 10^8 cfu/ml) 0.2 ml verilmiş və 72 saat sonra heyvanlar eksperimentə daxil edilmişdir. Bu qrupda 8 heyvandan istifadə edilmişdir.

(III) Üçüncü qrupa (**72 saatlıq LPS + intrauretral E. coli + aminoquanidin tədqiqat qrupu**) LPS (10 mq/kq) inyeksiyası ilə yanaşı, sidik kanalından tərkibində E.coli olan məhluldan (9 x 10^8 cfu/ml) 0.2 ml yeridilmişdir. Eyni zamanda hər bir heyvana peritondaxili yolla aminoquanidin (100 mq/kq) inyeksiyası edilmiş və 72 saat sonra heyvanlar təcrübəyə alınmışdır. Bu qrupda 4 heyvan istifadə edilmişdir.

(IV) Dördüncü qrupa (**72 saatlıq LPS + intrauretral E. coli + melatonin tədqiqat qrupu**) melatonin (10 mq/kq) sutkada 1 dəfə (24 saatlıq intervallarla) olmaqla, 6 gün təyin edilmişdir. Melatonin verilən bu qrupa dördüncü gündə əlavə olaraq LPS (10 mq/kq) ve sidik kanalından *E.coli* (9 x 10^8 cfu/ml) yeridilməklə 72 saat sonra (7-ci gün) heyvanlar təcrübəyə alınmışdır. Bu qrupda 6 heyvan istifadə edilmişdir.

(V) Beşinci grupa (**4 həftəlik xroniki LPS + intrauretral E. coli tədqiqat qrupu**) LPS injeksiyası ilə yanaşı, sidik kanalından 0.2 ml tərkibində *E. coli* olan məhlul (9 x 10^8 cfu/ml) yeridilmiş və heyvanlar TIBDAM-da postoperasion otaqlarda qorunmaqla 4 həftə sonra tədqiqat alınmışdır. Bu qrupda 8 heyvan istifadə edilmişdir.

Histopatoloji müayinə üçün 10%-li formalində fiksə edilmiş prostat vəzi toxumasından 0.3 sm qalınlıqlı kəsiklər alınaraq kasetlərə qoyulmuşdur.

Kasetlər, formalin-spirt-ksilol-parafin dəstindən keçirildikdən sonra bloklama işləmi aparılmışdır.

5 mikron qalınlıqda kəsilən parafin kəsiklər əşya şüşəsi üzərinə qoyularaq, parafini əriyənədək 60-70ºC temperaturlu sterilizatorda saxlanmışdır. Sonra ehtiyatla, əvvəlcədən hazırlanmış ksiloldan və daha sonra müxtəlif qatılıqlı spirt (99%, 9-70%) məhlullarından keçirilmişdir.

Sonra distillə suyunda yaxşı-yaxşı yuyulmaqla tamamilə parafindən təmizlənmişdir (deparafinizasiya). Əşya şüşələri 45-90 dəq Meyer hematoksileni içərisində saxlanılaraq boyanmışdır. Kran suyu ilə yuyulduqdan sonra 70%-li spirtdə hazırlanmış 0.5%-li HCl məhluluna batırılmışdır. Kran suyu ilə yuyulmuş əşya şüşəsi üzərindəki toxumalar 1%-li NH_3-dən, sonra 50%-li spirt məhlulundan keçirildikdən sonra 5-15 san eozin məhlulunda saxlanılmaqla boyanmışdır. Boyama bitdikdən sonra toxumalar təkrar kran suyu ilə yuyulmuşdur. Bundan sonra 70-99.9%-li spirt məhlullarından ardıcıllıqla keçirilmişdir (dehidratasiya). Son olaraq, ən azı 3 dəqiqə

ksilolda saxlanılıb üzərinə örtük şüşəsi qoyulduqdan sonra toxumalar mikroskop altında baxılmaq üçün hazır vəziyyətə gətirilmişdir.

Kəsilib-çıxarılmış prostat vəzi toxumalarından hazırlanan histopatoloji kəsiklər işıq mikroskopu altında baxılmışdır. Prostat vəzi, axacaq və asinuslar gözdən keçirilib, stromada iltihabi hüceyrə infiltrasiyası, fibroz və ödem kimi patoloji əlamətlərin mövcudluğu qiymətləndirilmişdir.

Sidik nümunələrinin mikrobioloji müayinəsi

E.coli kimi tanınan ştamm 5-7%-li qanlı qidalı mühitə əkilərək bir gecə 37ºC-də termostatda inkubasiya edilmişdir. 24 saat sonra, bitən kultura fizioloji məhlulda durulaşdırılaraq, McFarland 4 bulanıqlıq standartına uyğunlaşdırılmış və kulturanın qiymətləndirilməsi aparılmışdır.

İstifadə edilmiş preparatlar və məhlul hazırlanması

Bu işdə istifadə edilmiş fenilefrin, karbokol və KCl-in başlanğıc məhlulları distillə suyunda hazırlanmışdır. LPS (Escherichia coli, serotip 0127-BB), aminoquanidin ve melatonin steril fizioloji məhlulda durulaşdırılaraq hazırlanmışdır. Bu tezis layihəsində istifadə edilmiş bütün dərman preparatları "SIGMA Chemical" firmasından satın alınmışdır. İşdə tətbiq olunmuş *E. coli* ($9x10^8$ cfu/ml) törədicisi Çukurova Universiteti Tibb Fakültəsinin Mikrobiologiya Laboratoriyasında sintez edilmiş və inyeksiyaya yararlı məhlul (McFarland bulanıqlıq standartına görə şəffaflığı 3) içərisində hazırlanmışdır.

TƏDQİQATIN NƏTİCƏLƏRİ. Kontrol qrupu tədqiqatlarının patohistoloji nəticələri

Prostat vəzi toxumasında kəskin və xroniki iltihab əlamətləri qiymətləndirilmişdir. Kontrol qrupunda patohistoloji dəyişikliklərə rast gəlinməmişdir (Şək.1).

24 saatlıq LPS+intrauretral *E.coli* qrupu tədqiqatlarının patohistoloji müayinə nəticələri

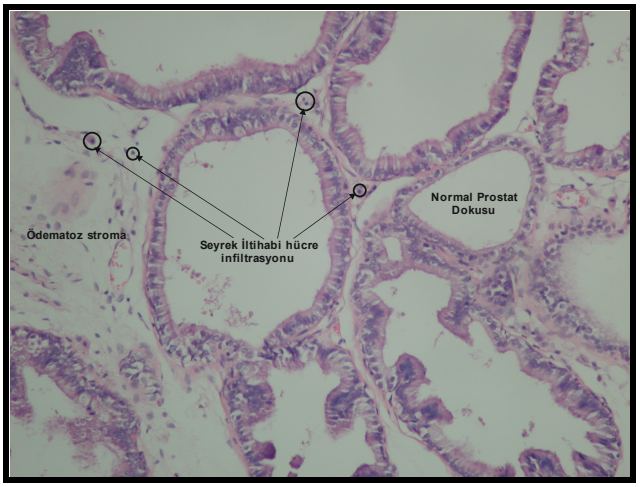
24 saatlıq qrupda LPS inyeksiyasından sonra alınmış prostat vəzi toxumalarının patoloji müayinəsində prostat vəzi asinusları və stromasında seyrək polimorf nüvəli leykosit tərkibli iltihabi hüceyrə infiltrasiyası və ödem aşkar edilmişdir. Bu nəticələr yeni yaranmaqda olan kəskin iltihabi prosesin göstəricisidir (Şək.2).

72 saatlıq LPS+intrauretral *E.coli* qrupu tədqiqatlarının patohistoloji müayinə nəticələri

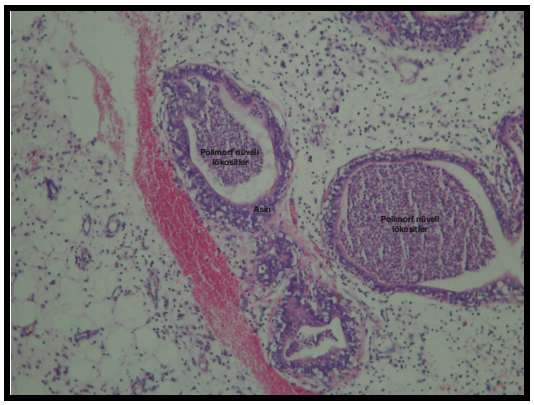
72 saatlıq qrupda LPS inyeksiyasından sonra əldə edilmiş prostat vəzi toxumalarının patoloji müayinələrində bəzi yerlərdə axacaq və asinusların mənfəzini dolduran, polimorf nüvəli leykositlərlə zəngin kəskin iltihabın mövcudluğu nəzərə çarpırdı. Bu nəticələr prostat vəzi toxumasında kəskin iltihabın baş verdiyini göstərir (Şək. 3).



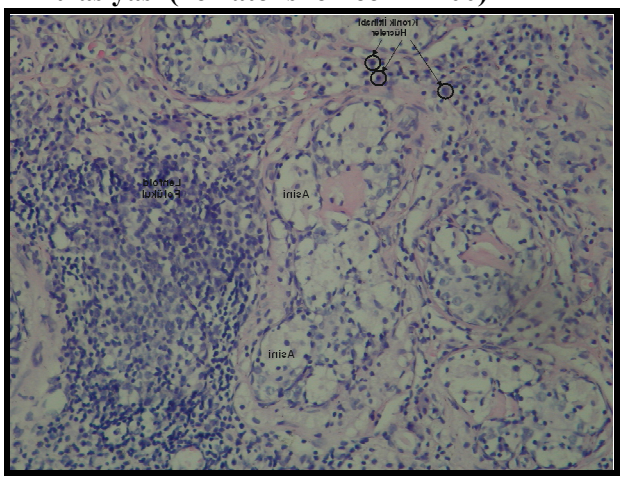
Şək. 1. Normal prostat toxuması (hematoksilen-eozinx100)



Şək. 2. Prostat asinilərin də və stromada seyrək iltihabi hüceyrə infiltrasiyası və ödem (hematoksilen-eozinx200



Şək. 3. Asini ve duktuslarının lümenlərini dolduran sıx polimorf nüvəli leykositləri də ehtiva edən, kəskin iltihabi hüceyrə infiltrasiyası (hematoksilen-eozinx100)



Şək. 4. Prostat asinilerinin etrafında lenfoid plazma hüceyrələri ehtiva edən lenfoid foliküller əmələ gətirən xronik iltihap (hematoksilen-eozinx100)

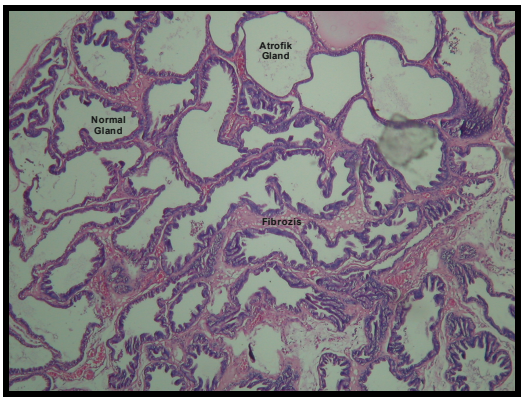
4 həftəlik LPS+intrauretral *E.coli* qrupu tədqiqatlarının patohistoloji müayinə nəticələri

4 həftəlik qrupda LPS + *E.coli* inyeksiyasından sonra prostat vəzi toxumalarından götürülmüş materialın müayinəsində stromada bəzi yerlərdə limfoid follikul əmələ gətirən, plazma hüceyrəsi və limfositlərlə zəngin xroniki iltihab müşahidə edilmişdir (Şək. 4).

72 saatlıq LPS + intrauretral *E.coli* + melatonin qrupu tədqiqatlarının patohistoloji müayinə nəticələri

72 saatlıq qrupda LPS+ *E.coli* + melotonin inyeksiyasından sonra alınmış prostat vəzi toxumalarının patoloji müayinəsi zamanı stromada ödem, yüngül fibroz müşahidə edilmişdir. Axacaq, asinus və stromada iltihabi hüceyrə infiltrasiyası izlənməmişdir (şək. 5).

NƏTİCƏ. Nəticə olaraq, bakterial LPS-in yeridilməsi siçanlarda prostat vəzi toxumasında adrenergik, neyrogen və xolinergik yığılma reaksiyalarına əhəimyyətli dərəcədə azaldır. Toxumada yığılma reaksiyalarındakı bu cür azalmanın əsas səbəbi oksidləşdirici fəallığın həddən artıq yüksəlməsi və toxumada iltihabla əlaqədar patologiya ola bilər. Melatonin, oksidativ zədələnmə ilə əlaqədar yığılmada baş verən bu cür pozulmanı əhəmiyyətli səviyyədə korreksiya edir. iNOS-u inhibisiya etmə və antioksidant təsirləri sayəsində melatoninin prostat vəzidə iltihab nəticəsində yığılma pozğunluğunu və patoloji prosesi korrektə edə bilməsi, bu tip patologiyalarda antioksidant maddələrin göstəriş ola biləcəyini ifadə edir.



Şək. 5. Yer yer atrofik, yer yer normal asinilər ehtiva edən prostat toxumasında iltihabi hüceyrə infiltrasiyası yoxdur. Stromada fibroz (hematoksilen-eozinx100)

ƏDƏBİYYAT

1. Mehik A., Hellstrom P., Lukkarinen O. et al Epidemiology of prostatitis in Finnish men: A population- based cross sectional study // BJU, 2000, v.86, p.443-8.
2. Nickel J.C., Downey J., Hunter D., Clark J. Prevalance of prostatitis like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index // J Urol., 2001, v.165, p.842-5.
3. Stamey T. Urinary tract infections in males. In: Stamey T, Ed. Pathogenesis and treatment of urinary tract infections. Baltimore: Williams and Wilkins; 1980, p.342-429.
4. Nickel J.C. The Prostatitis Manual: A Practical Guide to Management of Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Bladon Medical Publishing 2002.
5. Alexander M., John P. Mulhall. Prostatit hastalarında cinsel işlev bozukluğu // Curr Opin Urol., 2005, v.15, p.404-9.
6. Murphy A.B., Macejko A., Taylor A., Nadler R.B. Chronic prostatitis: management strategies. // Drugs, 2009, v.69, p.71-84.
7. Collins M.M., Stafford R.S., O'leary M.P. How common is prostatitis? A national survey of physician visits // J Urol., 1998, v.159, p.1224-28.
8. Westesson K.E., Shoskes D.A. Chronic prostatitis/Chronic pelvic pain syndrome and pelvic floor spasm: Can we diagnose and treat? //Cur Urol Rep., 2010, v.11, p.261-4.
9. Moon T.D. Questionnaire survey of urologists and primary care physicians diagnostic and treatment practices for prostatitis // Urology, 1997, v.50, p.543-7
10. Nickel J.C., Nigro M., Valiquette L. Diagnosis and treatment of prostatitis in Canada // Urology, 1998, v.52, p.797-802.
11. Wenninger K., Heiman J.R., Rothman I. Sickness impact of chronic nonbacterial prostatitis and its collates // J Urol., 1996, v.155, p.965-8.
12. Meares E.M. Prostatitis and related disorders. In: Campbell's Urology, 5. eds. P. C. Walsh, R. F. Gittes, A. D. Perlmutter and T. A. Stamey. W. B. Saunders: Philadelphia 1986, p.382-6.
13. Fowler J.E.Jr. Prostatitis. / Adult and Pediatric Urology, Vol. 2. J. Y. Gillenwater, J. T. Grayhack, S.S. Howards, and J. W. Duckett. eds. Mosby: Philadelphia, 199, p.402-7.
14. Quintar A. Acute inflammation promotes early cellular stimulation of the epithelial and stromal compartment of the rat prostate // The Prostate, 2010, v.70, p.1153-65.

15. Rees D.D. Role of nitric oxide in the vascular dysfunction of septic shock // Biochem Soc Trans., 1995, v.23, p.1025-29.
16. Paya D., Maupoil V., Schoot C., Rochette L., Stoclet J.C. Temporal relationships between levels of circulating No derivatives, vascular No production and hyporeactivity to noradrenaline induced by endotoxin in rats // Cardiovas Res., 1995, v.30, p.952-9.
17. Cuzzocrea S., Zingarelli B., O'Connor M., Salzman A.l., Szabo C. Effect of L-buthionine-(S.R)-sulphoximine, an inhibitör of y-glutamylcysteine synthetase, peroxynitrite and endotoxic shock-induced vascular failure // Br J Pharmacol., 1998, v.123, p.525-37.
18. Dong S.K., Eun J.L., Kang S.C. et al Preventive effects of oligomerized polyphenol on estradiol-induced prostatitis in rats // Yonsei Med J, 2009, v.50, p.391-8.
19. Meares E.M. Prostatitis // Med. Clin. North Am., 1991, v.75, p.405.
20. Szabo C., Wu C.C., Mitchell J.A. et al Platelet-activating factor contributes to the induction of nitric oxide synthase by bacterial lipopolisaccharide // Circ Res., 1993, v.73, p.991-9.
21. Mitchell J.A., Kohlhaas K.L., Sorrentino R. et al Induction by endotoxin of nitric oxide synthase in the rat mesentery: lack of effect of on action of vasoconstrictors // Br J Pharmacol., 1993, v.109, p.265-70.
22. Ruetten H., Southan G.J., Abate A. Thiemermann C. Attenuation of endotoxin-induced multiple organ dysfunction by 1-amino-2-hydroxy-guanidine, a potent inhibitor of inducible nitric oxide synthase. //Br J Pharmacol., 1996, v.118, p.261-70.
23. Stein P.C., Pham H., Ito T., Parsons C.L. Bladder injury model induced in rats by exposure to protamine sulfate followed by bacterial endotoxin // J Urol., 1996, v.155, p.1133-38.
24. Cannon T.R., Mann G.E., Baydoun A.R. Mechanisms of acute vasodilator response to bacterial lipopolisaccharide in the rat coronary microcirculation // Br J Pharmacol., 1998, v.123, p.637-44.
25. Tepperman B.L., Chang Q., Soper B.D. Protein kinase c mediates lipopolysaccharide and phorbol-induced nitric-oxide synthase activity and cellular injury in the rat colon // JPET, 2000, v.295, p.1249-57.
26. Kleschyow A.L., Muller B., Schott C., Stoclet J.C. Role of adventitial nitric oxide in vascular hyporeactivity induced by lipopolysaccharide in rat aorta // Br J Pharmacol., 1998, v.124, p.623-26
27. Sewerynek E., Melchiorri D., Chien L., Reıtter R.J. Melatonin reduces both basal and bacterial lipopolysaccharide-induced lipid peroxidation in vitro // Free Rad Biol & Med., 1995, v.19, p.903-9.

Резюме

Механизм сокращения и расслабления предстательной железы у крыс и оценка влияния мелотонина на простатит, вызванный бактериальным липолисахаридом и E.Coli.

Б.О. Гусейнов

В данном исследовании, мы вызвали простатит путем внутрибрюшного введения бактериального липолисахарида в организм крыс для фармакологической оценки изменения мышечного тонуса на тканях простаты у крыс, сопровождающегося воспалением, и исследования влияния мелатонина, который является сильным антиоксидантом, на изменения, вызванные данным воспалением.

Данный эксперимент был поставлен на самцах крыс Вистара (весом 200-300 гр). Крысы были разделены на две основные группы: контрольная группа и группа крыс, в организм которых был введен бактериальный липолисахарид (LPS) (10 мг/кг). Группа крыс, которым был введен LPS, была, в свою очередь, разделена на 5 подгрупп; (I) группа для исследований эффекта LPS в течение 24 часов, (II) группа для исследования эффекта LPS в сочетании с E-coli, введенной внутриуретально, в течение 72 часов; (III) группа для исследования эффекта применения LPS+ E-coli, введенной внутриуретально + аминогуанидин, в течение 72 часов, (IV) группа для исследования эффекта применения LPS+ E-coli, введенной внутриуретально + мелатонин, в течение 72 часов, (V) Четырехнедельная группа исследования хронического эффекта LPS+E.coli, вводимого внутриуретально. По истечении 24 часов, 72 часов и 4 недель после введения LPS, крысы были убиты под наркозом, с применением изофлорана, а их простатические ткани были извлечены. Часть простаты каждой крысы была отделена для патологического обследования, в то время как другая часть была помещена в инкубатор органов под давлением в 1 г при температуре 37^{o}C, с содержанием раствор Кребса, и была окислена смесью 95 % O_2:5 % CO_2 (pH:7.4). Изменения мышечного тонуса в данном препарате были занесены в компьютерную систему сбора данных. Реакция на нейрогенные сокращения наблюдалась путем применения электрической стимуляции тканей, в то время как реакция на адренергические сокращения была отслежена посредством введения фенилефрина, который является агонистом альфа-1 адренергических рецепторов, а реакция на холинергические сокращения были отслежены путем введения карбокола, являющегося холинергическим агонистом. Сравнительный анализ групп был оценен статистически посредством метода Стьюдента.

Реакция на нейрогенные, адренергические и холинергические спазмы была намного ниже в группах с применением бактериального LPS или LPS + E-coli, вводимой внутриуретально.

Понижение было наиболее значительным в 72-часовой группе. В то же время, показатель 24-часовой и четырехнедельной групп был практически одинаков. Патологическое обследование также подтвердило, что в 24-часовой и 72-часовой группах развился острый простатит. В то же время, инфекция превратилась в хроническую

в четырехнедельной группе. Мелатонин и аминогуанидин, ингибитор INOS, которые применялись в 72-часовых группах, частично препятствовали ослаблению сократительных реакций.

Введение бактериального LPS в простату крыс приводит к значительному снижению реакции на адрегергические, нейрогенные и холинергические сокращения. Ослабление реакций могло быть вызвано повышенной окислительной деятельностью и патологией, связанной с воспалением тканей. Мелатонин значительно улучшает сокращения, в зависимости от степени окисления. Способность мелатонина улучшать сокращения, в зависимости от воспаления простаты и патологий, с его эффектом ингибитора INOS и антиокисления, указывает на необходимость применения антиоксидантов в таких случаях.

Summary

The mechanism of spasm and relaxation in the rat prostate and the effect of melatonin on the prostatitis created with Bacteria Lipopolysaccharide and Escericha Coli on this mechanism

B.O.Huseynov

In this study, we created a prostatitis with intraperitoneal bacterial lipopolysaccharide (LPS) injection in the rats and we aimed to assess the tonus changes on the prostatic tissues of rats with inflammation through pharmacologic methods and to investigate the effect of melatonin which is a strong antioxidant on the changes depending on this inflammation.

Male Wistar rats (200-300 g) were used in the experiments. The rats were categorized into two main groups as the control group and the group to which bacterial lipopolysaccharide (LPS) (10 mg/kg) was applied. The group to which LPS was applied were distinguished into 5 sub-groups; (I) 24-hour LPS study group, (II) 72-hour LPS + intraurethral E. coli study group, (III) 72-hour LPS + intraurethral E. coli + aminoguanidin study group, (IV) 72-hour LPS + intraurethral E. coli + melatonin study group, (V) 4-week chronic LPS + intraurethral E. coli study group. 24 hours, 72 hours and 4 weeks after the LPS implementation, the rats were killed under the isofloran anesthesia and their prostatic tissues were taken out. One lobe of each rat's prostate was reserved for pathological examination, and the other lobe was isolated and placed into organ baths under 1 g tension which contained 37°C Krebs solution and was oxygenated with the mixture of 95 % O_2 - 5 % CO_2 (pH:7.4).

The tonus changes in the preparation were recorded into a computer through a data collection system. The responses to neurogenic spasms were watched by giving electrical domain simulation to the tissues, the responses to adrenergic spasms were watched by giving fenilefrin which is an alpha-1 adrenergic receptor agonist and the responses to the cholinergic spasms were watched by giving carbocol which is a cholinergic agonist. The comparison of the groups was assessed statistically by student *t* test.

The responses to the neurogenic, adrenergic and cholinergic spasms in the groups to which bacterial LPS or LPS + intraurethral LPS were implemented meaningfully decreased. This decrease was more significant in the 72-hour group. The decreases in the 24-hour and 4-week groups were close to each other and they were prominent mostly in smaller frequencies and lower doses. The pathological examinations also confirmed that an acute prostatitis case developed in the 24-hour and 72-hour groups. It was seen that the infection became chronicle in the 4-week groups. Melatonin and aminoguanidin, an INOS inhibitor, which were implemented to the 72-hour groups resisted the decrease in the responses of spasms partly.

Bacterial LPS implementation in the rat prostate tissues decreases the responses of adrenergic, neurogenic, and cholinergic spasms meaningfully. The main reason of this decrease in the responses of the spasms of the tissue might be the extreme increase of the oxidative activity and the pathology related with the inflammation in the tissue. Melatonin improves the contractility defect depending on the oxidative damage meaningfully. The ability of melatonin to improve the contractility defect depending on the prostate inflammation and the pathology with its INOS inhibitor and antioxidant effects shows that antioxidants might be indicate in this kind of pathological cases.

Daxil olub:09.11.2012

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

Л.В.Лятифова

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözlər: əməliyyatdansonrakı pankreatitlər, mədə xərçəngi, profilaktika, oktreotid-depo, oktreotid, 5-ftorurasil, dalarqin.

Ключевые слова: послеоперационные панкреатиты, рак желудка, профилактика, октреотид- депо, октреотид, 5-фторурасил, даларгин

Key words: postoperative pancreatitis, stomach cancer, prophylaxis, oktreotide-depot, oktreotide, 5-ftorurasil, dalargin

Частота острого послеоперационного панкреатита (ОПП) после операций на органах верхнего отдела брюшной полости колеблется в широких пределах - от 1,9 до 20,1% [7,15,2,13,14]. Число больных с данной патологией неуклонно растет особенно после

вмешательств на желудке, выполняемых по поводу рака. По данным некоторых авторов частота ОПП у этой категории больных в среднем составляет 4-30% [4,1,3,17,21,22]. В настоящее время является общепризнанным, что расширенные и расширенно-комбинированные операции при раке желудка с лимфодиссекцией не меньше, чем в объеме D2, являются непременным условием радикальности, заметно повышающим 5–летнюю выживаемость [21,5,18]. В связи с большим объемом и травматичностью оперативного вмешательства при расширенных лимфаденэктомиях, из-за риска развития ОПП возникает необходимость в проведении его профилактики и других с ним связанных осложнений (свищ, абсцесс, несостоятельность швов анастомоза). Однако в настоящее не существует четких рекомендаций по методике проведения профилактики панкреатита. Причем в качестве специфической профилактики предлагается использовать различные лекарственные препараты без учета патогенетических факторов, способствующих развитию неблагоприятных изменений в поджелудочной железе в том или конкретном случае [19]. На этом фоне возрастает масштаб финансовых затрат на медицинскую помощь и профилактику осложнений. Одновременно возникает необходимость объективной оценки эффективности использования медицинских ресурсов в условиях их ограниченной доступности и\или высокой стоимости.

Экономические затраты на профилактику ОПП не всегда оправдывают возлагаемые на нее надежды. В связи с этим вопрос о профилактике ОПП до настоящего времени остается открытым [6, 19, 20].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести клинико-экономический анализ «стоимость-эффективность» разных методов медикаментозной профилактики (в том числе октреотида-депо) ОПП и на этой основе разработать оптимальную схему.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами изучены результаты радикального хирургического лечения 407 больных раком желудка, оперированных в факультетской хирургической клинике №1 ММА имени И.М.Сеченова в период с 2004 по 2010 годы.

Диагноз ОПП у оперированных больных устанавливали на основании клинико-лабораторных данных и результатов инструментальных исследований.

Все больные в зависимости от схемы профилактики были распределены нами на три группы:

-1-я группа – с целью профилактики ОПП использовали октреотид производства ЗАО «Фарм-синтез» по схеме: 200 мкг до операции, по 100 мкг 3 раза в день после операции в течение 6 дней.

-2-я группа – профилактику ОПП проводили октреотидом-депо(«Фарм-синтез»). Октреотид-депо 10 мг вводили за 7 дней до операции. Октреотид-депо- это длительно действующий аналог соматостатина, длительность эффекта составляет 28 суток, максимальная концентрация достигается на 7-24 сутки после однократного введения.

-3-я группа – применяли 5-фторурацил (5-ФУ) с даларгином и контрикалом по схеме: 5-форурацил – 500мг интраоперационно, по 500мг в течение 3-х дней после операции; даларгин – 5,0мл интраоперационно и по 5,0мл в течение 6 дней; контрикал вводили по 50 000 АтрЕ внутривенно в течение 6 дней.

Клинико-экономическое исследование проводили методом анализа «затраты-эффективность» (CEA – cost-effectiveness analysis) [16]. С этой целью необходимо для каждой схемы лечения рассчитать соотношение «затраты-эффективность» по формуле:

$$CEA= (DC+IC)/Ef,$$

где CEA – соотношение «затраты-эффективность» (показывает затраты, приходящиеся на единицу эффективности), DC – прямые расходы; IC – непрямые расходы; Ef - эффективность лечения (относительная доля больных без ОПП из общего числа оперированных в данной группе).

Прямые затраты включают все расходы в системе здравоохранения, а именно: расходы на содержание пациента в лечебном учреждении; стоимость профессиональных услуг; стоимость медикаментов; стоимость дополнительного обследования (лабораторного и инструментального); стоимость медицинских манипуляций (хирургических операций и др.). Непрямые затраты связаны с потерей временной или постоянной трудоспособности пациентов

Для сравнения показателей CEA двух вариантов профилактики производят расчет «приращения эффективности затрат»: результат деления разницы между издержками двух альтернативных вариантов профилактики на разницу их эффективности (где индексы 1

и 2 маркируют показатели соответственно первого и второго метода профилактики):

$$\frac{(DC1+IC1)-(DC2+IC2)}{Ef1-Ef2} \text{ или } \frac{DC1-DC2}{Ef1-Ef2} \text{ при } IC1=IC2$$

Показатели стоимости госпитализации (лечение в общем отделении и отделении реанимации и интенсивной терапии) были рассчитаны исходя из российских медико-экономических стандартов (МЭС) (информационное письмо №10407-ТГ от 31 декабря 2008 год министерствы здравоохранения и социального развития) и проведенного нами анализа прейскуранта факультетской хирургической клинике №1Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. Общую стоимость медикаментозной профилактики определяли, учитывая средние от оптовых цен предложений фирм-дистрибьюторов каждого препарата в рублях в городе Москве в 2009 году [10].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Сравнительная стоимость препаратов, используемых для профилактики панкреатита на одного больного, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная стоимость препаратов, использованных для профилактики панкреатита (на одного больного)

Препарат	Режим введение	Стоимость курса лечения (в рублях)
Октреотид	200мкг до операции, по 100мкг 3 раза в день после операции в течение 6 дней. Всего: 20 ампул.	5.970
Дополнительные расходы на введение		300
Итого		6270
Октреотид-депо	10мг г за 7 дней до операции. Всего 1 ампула.	24.726
5-ФУ	500мг интраоперационно, по 500мг в течение 3-х дней после операции; Всего: 8 флаконов	608
Даларгин	5,0мл интраоперационно, по 5,0мл в течение 6 дней Всего: 35 ампул.	857, 5
Контрикал	По 50 000 АтрЕ в течение 5 дней	722
Дополнительные расходы на введение		990
		Всего: 3177,5

Примичание: Достоверных различий между 1 и 2 группой нет (p>0.05)

Таблица 2

Частота развития ОПП в зависимости от способа профилактики

Названия препарата	Число пациентов	Частота развития ОПП	p
Октреотид	216	28(12.9%)	-
Октреотид-депо	22	2(9.1%)	-
5-ФУ+ даларгин+контрикал	169	33(19,5%)	<0.05

Таблица 3

Частота летальных исходов в анализируемых группах больных

Группы	Летальность		p
	Общая	при ОПП	
1 группа	4\216 (1,9%)	1\28 (3.6%)	<0.05
2 группа	0\22 (0,0%)	0\2 (0.0%)	>0.05

3 группа	7\169 (4.1 %)	3\33 (9.1%)	<0.05
Всего	11\407 (2,7%)	4\63 (6.4%)	<0.05

По частоту ОПП (табл.2) лучшие результаты достигнуты во второй группе, хотя достоверных различий с последствиями назначения простого октреотида не было. Самые плохие результаты – в третьей группе, у пациентов которой ОПП возникал почти в два раза чаще ($p<0.05$).

Летальных исходов во второй группе больных не отмечали, в первой группе умерло 4 (1,9%) человека, в третьей группе –7 больных (4.1%). Всего умерло 11 пациентов (табл.3). Общая летальность составила 2.7%. Таким образом, общая смертность ниже (2,7%), но при развитии ОПП смертность увеличивается до 6,4%.

Складывается впечатление о том, что периоперационное назначение препаратов соматостатина (пролонгированных и непролонгированных), а также продолжение назначения этих медикаментозных средств после операции, по-видимому, позволяет снизить частоту развития ОПП и связанных с ним летальных исходов. Поскольку смерть больного от панкреатита – это чаще всего смерть от тотального или субтотального некроза, для подтверждения предположения о влиянии профилактических средств и на факт развития ОПП, и на его тяжесть - необходим дифференцированный анализ особенностей течения этого осложнения в разных группах больных.

Таблица 4

Распределение больных с ОПП в зависимости от тяжести клинического течения

Форма ОПП	Число больных в группах наблюдения; Абс. (%)			Всего больных N=407
	I Группа (n=216)	II Группа(n=22)	III Группа (n=169)	
Легкая	16(7,4)	2 (9,09)	16(9,5)	34 (8,4)
Средней тяжести	8 (3,7)	-	9 (5,3)	17(4,2)
Тяжелая	4 (1,8)	-	8 (4,7)	12(2,9)
Итого	28(13,0)	2(9,09)	33(19,5)	63(15,5)

В ходе исследования было отмечено, что характер течения ОПП зависит от варианта схемы его профилактики. В проведенном исследовании больные с установленным диагнозом ОПП в зависимости от тяжести состояния были сгруппированы следующим образом (классификация Зеноноса А.Н., 1983 г. [92] (табл. 4).

С легкой формой ОПП (без явной клинической симптоматики) было у 16 человека (7,4%) первой группы, у 2 (9,09%) и у 16 больных (9,5%) соответственно второй и третей группы; средне-тяжелое течение (с местными и системными проявлениями, выраженность которых не достигала критического уровня) отмечали у 17 (7,4%) человек: 8 (3,7%) человек из первой и 9 (5,3%) из третьей группы больных. Тяжелая форма панкреатита (субтотальный и тотальный панкреонекроз с критическим снижением функций жизненно важных органов с развитием вторичных и смертельно опасных осложнений) была выявлена у 12 (2,9%) (4/1,8% и 8/4,7% соответственно в первой и третьей группах) больных, все они были оперированы повторно.

В соответствии с классификацией Савельева В.С. и соавт. (2004г) [9], все случаи развития ОПП были разделены на такие формы, как отечная (или интерстициальная) и инфицированный панкреонекроз. Частота встречаемости указанных форм в группах наблюдения приводится в таблице 5.

Таблица 5

Частота развития панкреатита в раннем послеоперационном периоде

Тип острого послеоперационного панкреатита	I группа (n=216) число (%)	II группа(n=22) число (%)	III группа(n=169) число (%)	Всего (n=407) число (%)
Интерстициальная форма	24(11,1)	2(9,09)	25 (14,8)	51(12,5)
Панкреонекроз	4(1,9)	-	8(4,7)	12(3)
Итого	28 (13)	2(9,09)	33(19,5)	63 (15,5)

Таблица 6

Продолжительность госпитализации

Группы	койко-день	койко-день	Койко-день	средний	p

	до операции	после операции	в отделении реанимации	койко-день	
1 группа (n = 216)	8,2±2,1	17,3±3,1	4,1±2,3	25,1±5.2	<0,05
2 группа (n = 22)	7,3±1,2	15,2±2,1	3,2±1,2	22,3±4,2	<0,05
3 группа (n = 169)	8,2±2,1	27,3±3,2	8,3±3,1	35,2±6,3	>0,05

Двое больных из третьей группы и один из первой были оперированы повторно в связи с клиникой перитонита на фоне ОПП. В первой группе погибло 4 пациентов, в третьей - 7, во второй группе летальных исходов не было. Летальный исход у одного больного из первой группы и у трех больных из третьей группы был обусловлен переходом отечной формы ОПП в некротическую и прогрессированием гнойно-некротических изменений в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке, брюшной полости, тяжелой интоксикацией и полиорганной недостаточностью. Во второй группе больных профилактика и послеоперационная терапия острого послеоперационного панкреатита были эффективны у всех 22 (100%) человек. Развития гнойно-некротических осложнений во второй группе не наблюдали, летальных исходов не было.

Рассчитывая продолжительность госпитализации больных в период до и после операции, получили следующие результаты (табл.6). Средняя длительность пребывания в стационаре в первой группе составила 25,1 $\pm$ 5,2 к/д, во второй 22,3 $\pm$ 4,2 к/д, в третьей 35,2 $\pm$ 6,3 к/д.

Мы считаем, что увеличение сроков пребывания больных третьей группы в стационаре связано с более высокой частотой развития послеоперационных осложнений, а следовательно и с пролонгированным сроком их терапии. Применение препаратов группы соматостатина (первая и вторая группа больных) благоприятно отражается на течении послеоперационного периода, что подтверждается меньшим количеством случаев ОПП.

Однако назначение препаратов соматостатина полностью не предупреждает развитие ОПП. На фоне применения Октреотида и Октреотид – депо реже возникают тяжелые формы ОПП, что опосредованно отражается на снижении показателей летальности почти в два раза. Пролонгированная форма соматостатина (Октреотид-Депо), по-видимому, имеет определенные преимущества перед простой (короткодействующей) формой Октреотида в связи с более выраженным превентивным эффектом.

Наиболее полезным видом клинических исследований исходов лечения является анализ «эффективности и затрат» (CEA), который основывается на исследованиях, проводимых с учетом, как расходов, так и результатов метода лечения. Это позволяет выделить в конкретном случае те виды профилактики, которые, вероятно, могут быть дороже, но являются более востребованными благодаря более высокой клинической эффективности.

Сами значимыми критериями эффективности медицинских вмешательств при проведении комплексного клинико-экономического анализа считают не прямые клинические эффекты (устранение симптомов и синдромов заболевания), а опосредованные (снижение частоты осложнений, летальности, инвалидности, повышение выживаемости, продолжительности жизни и т. п.). Если затраты на лечение оказались близкими, но частота осложнений разнится, то результаты лечения по критерию эффективности будут, безусловно, разными.

С другой стороны, один из альтернативных вариантов может оказаться более дорогостоящим и, в то же время, более эффективным (в наших наблюдениях это 2 группа больных). Это означает, что эффективность затрат не всегда обязательно совпадает с экономией затрат. [11].

В начале нашего исследования с целью профилактики ОПП использовали более доступный и более дешевый набор лекарственных препаратов (3 группа больных), в последующем всё чаще применяли тот или иной вариант (короткодействующий или пролонгированный) значительно более дорогого соматостатина (1 и 2 группы пациентов). Правомочен ли такой выбор? Окупают ли себя такие затраты?

В результате клинико-экономического анализа может оказаться, что одна медицинская технология эффективнее другой, но при этом более затратная. Чем ниже

значение коэффициента CEA, тем лучше экономические показатели.

Таблица 7

Продолжительность госпитализации больных с раком желудка

Дни послеоперационного периода	1 группа		2 группа		3 группа	
	без ОПП	с ОПП	без ОПП	с ОПП	Без ОПП	с ОПП
Всего к/дней	29,3	48,25	21,9	28,2	30,25	42,25
к/дни в ОРИТ	5,19	7,75	2,34	4,42	5,99	9,75

Примечание: ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии

Таблица 8

Средняя стоимость стационарного лечения 100 больных в зависимости от способа профилактики ОПП

Группы больных	Расходы на лечение 100 больных (руб.)
1 группа	6 457 047,3
2 группа	5 791 708,35
3 группа	6 915 045,54

Таблица 9

Анализ экономической эффективности затрат на профилактику ОПП в трех группах больных

Группы пациентов	CEA
1 группа	72 218
2 группа	63 645
3 группа	85 901

Расчет прямых затрат проводили с учетом стоимости профилактического курса, принимая во внимание кроме того частоту ОПП, а также средний койко-день в общем отделении и отделении реанимации у больных с ОПП и без него (табл. 7)., рассчитывая таким образом затраты на лечение в каждой из трех групп больных (табл.8).

Таким образом, несмотря на то, что стоимость однократного введения препарата октреотида-депо (вторая группа больных) значительно превышает стоимость профилактического курса в конкурентных группах, общая стоимость лечения в них (и прежде всего в третьей) оказалась существенно выше. Этот факт объясняется значительным повышением длительности пребывания больных 1 и 3 групп на койке, в том числе - в связи с развитием послеоперационных осложнений среди которых доминировал ОПП. Результаты расчета показателя «затраты – эффективность» представлены в таблице 9.

Коэффициент CEA имеет минимальное значение при расчете эффективности затрат во второй группе, что свидетельствует об очевидных экономических преимуществах этого способа профилактики по сравнению с конкурентными. Приращение эффективности затрат, полученное при сопоставлении различных схем профилактики между собой отражено в табл.10.

Таблица 10

Анализ «приращения эффективности затрат» при использовании разных схем профилактики

Сравниваемые схемы	Приращение эффективности затрат
CEA 1- CEA 2	2143,3
CEA 3- CEA 2	2119,6
CEA 3 – CEA 1	2105,1

Анализ данных таблицы 10 позволяет сделать вывод о том, что применение пролонгированного соматостатина практически равнозначно экономичнее как соматостатина короткого действия, так и комбинированной схемы профилактики. В то

же время короткоживущий соматостатин в схожих пределах имеет преимущества перед комбинацией лекарственных средств в третьей группе больных.

Таким образом, несмотря на самую высокую стоимость препарата, вводимого пациентам второй группы, за счет уменьшения частоты развития послеоперационных осложнений прямо или косвенно связанных с ОПП наблюдалось сокращение средней длительности пребывания больных на койке как в общем отделении, так и в отделении реанимации. Это нашло свое отражение и на уменьшении затрат на стационарное лечение – потери на лечение были частично сокращены.

Следовательно, лечебное учреждение экономит значительные средства при лечении 100 больных раком желудка при использовании дорогостоящих средств профилактики ОПП. Максимальное значение предотвращенных финансовых затрат приходится на вторую группу больных (им назначали октреотид-депо), по сравнению с многокомпонентной, но более дешевой терапией (в третьей группе больных).

Клинико-экономический анализ с использованием расчета показателя «затраты-эффективность» убеждает в том, что экономический эффект применения октреотида-депо самый высокий, поскольку высокая стоимость средств профилактики окупается сокращением затрат на лечение или так и несостоявшегося, или более легко протекающего ОПП.

Мы убедились в том, что ориентация исключительно на стоимость конкретного лекарственного средства не может служить надежным экономическим показателем, поскольку расходы на медикаменты составляют меньшую часть прямых расходов на лечение. Наше клинико-экономическое исследование демонстрирует приоритет более дорогих методов профилактики, так как при этом установлены значительно меньшие затраты на единицу эффективности.

ВЫВОДЫ. 1. Ни один из использованных нами методов профилактики не позволил предупредить развитие ОПП у всех больных раком желудка. Применение октреотида-депо сопряжено с минимальным значением расчетного показателя «затраты-эффективность» (CEA), что свидетельствует о высоком экономическом эффекте его использования, поскольку высокая стоимость профилактики окупается сокращением времени пребывания в стационаре и, соответственно, затрат на лечение менее часто развивающихся и более легко протекающих форм ОПП. 2.Профилактика ОПП должна проводиться препаратом Октреотид (в дозе 200 мкг за 30 минут до операции и после операции в течение 6 дней в дозе по 100 мкг 3 раза в сутки) или препаратом пролонгированного соматостатина Октреотид – депо однократно в дозе 10 мг за 7 дней до операции. При выявлении совокупности значимых факторов риска предпочтительно введение октреотида-депо.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арзыкулов Ж.А., Ижанов Е.Б., Койшибаев А.К. Анализ осложнений и летальности после расширенных операций по поводу рака желудка. - Актюбинская государственная медицинская академия, Республика Казахстан / Высокие технологии в онкологии. Материалы V Всерос съезда онкологов. Казань, 2000, Т.2, с.94-95.

2. Бобров О.Е. Острый послеоперационный панкреатит. Киев, 2000, 172 с.

3. Винниченко А.В., Уваров И.Б. Ранний послеоперационный период после расширенной лимфаденэктомии по поводу рака желудка //Высокие технологии в онкологии. Материалы v Всероссийского съезда онкологов. Казань, 2000, Т.2, с.109-111.

4. Воздвиженский М.О., Савёлов В.Н., Бабаев А.П. Осложнения операций по поводу рака желудка с применением расширенной лимфодиссекции //Российский онкологический жур.,2000, №4,с.7-10.

5. Давыдов М.И., Абдихакимов А.Н., Марчук В.А. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения //Практическая онкология, 200, 3(7), с.18-24.

6. Иванов Ю.В. Опыт применения октреотида в лечении острого панкреатита // Фарматека,2005,№4/5.

7. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреотология. СПб.: Деан, 2000, 480 с.

8. Люосев С.В., Феденко В.В. Применения октреотида для профилактики панкреатита при РХПГ / Опыт клинического применения октреотида: Сб. статей №2. ЗАО «Фарм-Синтез», 2003, с.12-13.

9. Маев И.В., Кучеряевый Ю.А. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство. М., 2009, 736с.

10. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 53022.3-2008. Требования к качеству клинических лабораторных исследований. Ч.3: правила оценки клинической информативности лабораторныхтестов.М.:Стандартинформ,2009,18 с.

11. Полунина Н.В., Нестеренко Е.И., Васильев А.Ю., Панасенко С.Л., Воронин С.Н. Законодательные и экономические основы организации платных медицинских услуг в ведомственных лечебно-профилактических

учреждениях // Российский медицинский журнал. 2004, №3, с.3-6.
12. Полушин Ю.С., Суховецкий А.В., Сурков М.В. и др. Острый послеоперационный панкреатит. СПб, 2003, с.160.
13. Сафаров А.Н. Отсрый послеоперационный панкреатит после операций на желудке по поводу рака и язвенной болезни: Автореф. дис… канд. мед. наук. М., 2006, 24 с.
14. Степанюк И.В. Профилактика и диагностика острого послеоперационного панкреатита: Автореф. Дис... канд.мед.наук. М.,2009, 34с.
15. Татауров А.В. Профилактика развития тяжелого острого послеоперационного панкреатита //Анналы хирургии,2006, №6, с.22-27.
16. Ткачев А.В. Применение клинико-экономического анализа в гастроэнтерологии. // РЖГГК, 2004, №4, с 71-78.
17. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов В.А. и др. Хирургия рака желудка. М.,2004, 317с.
18. Чиссов В.И., Вашакмаадзе Л.А., Бутенко А.В. и др. Перитонеальная диссеминация при раке желудка // Российский онкологический журнал, 2001, №3, с.9-12.
19. Шабанов В.В. Сравнительная оценка эффективности профилактики острого послеоперационного панкреатита // Анналы хирургии, 2007, №5, с. 50-53.
20. Шабанов В.В. Острый послеоперационный панкреатит: профилактика и некоторые аспекты патогенеза (клинико- экспериментальное исследование): Автореф. дис…. д-ра мед.наук. М., 2007, 40 с.
21. Daniele M., Corrado M., Alessandro N., Giovanni C., Alfonso D. Complications after extend (d2) and superextend (D3) lymphadenectomy for gastric cancer: Analysis of potential risk factors. (Unit of Surgical Oncology, University of Siena. Siena, Italy) // Annals of Surgical Oncology, 2006, №14(1), c.25-33.
22. Ichikawa D., Kurioka H., Yamaguchi T., Koike H. et al. Postoperative complications following for gastric cancer during the last decade. (Depertament of digestive Surgery, Kyoto Prefektural University of Medicine. Japan.) // Hepatogastroenterology, 2004, v.51(56), p.613-617.

Xülasə

Mədə xərçənginə görə radikal əməliyyatlardan sonra kəskin pankreatitin profilaktikasıı

L.V.Lətifova

Mədə xərçənginə görə radikal əməliyyatdan sonra 407 xəstədə kəskin pankreatitin profilaktirfsında oktreotiddən, oktreotid-depodan, 5-ftorurasil+kontrikal+dalarqindən istifadənin kliniki-iqtisadi effektivliliyi müqayisə olundu. Oktreotid-depo ilə profilaktikanın dəyəri oktreotidə və 5-ftorurasil+kontrikal+dalarqinə nisbətən 3-4 dəfə yüksəkdir. Ancaq oktreotid-depodan istifadə bu agırlaşmanın inkişaf tezliyini daha ucuz vasitələrlə: oktreotid və 5-ftorurasil+kontrikal+dalarqinlə müqayisədə 1,5 və 2 dəfə azaltdı. "CEA – cost-effectiveness analysis" göstəricilərinin hesablanması ilə aparılan kliniki-iqtisadi analiz gostərdi ki, oktreotid-depodan istifadə ən yüksək iqtisagi effektivliyə malikdir.

Summary

Prophylaxis of acute pancreatitis after radical surgery for gastric cancer

L.V.Latifova

The clinical-cost-effectiveness of use of octreotide, octreotide-depot, 5-fluorouracil+contrical+dalargine in prophylaxis of acute pancreatitis was compared in 407 patients after the operation for gastric cancer. The value of the prophylaxis with octreotide-depot is 3-4 times higher than octreotide and 5-fluorouracil+contrical+dalargine. However use of octreotide-depot reduced the development frequency of this complication with cheaper means 1.5-2 times in comparison with octreotide and 5-fluorouracil+contrical+dalargine. The clinical-cost-effectiveness analysis conducted by calculating the indicator "CEA – cost-effectiveness analysis" showed that use of octreotide-depot has the highest cost-effectiveness.

Daxil olub:15.10.2012

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА У РАБОТНИКОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

К.К.Кафаров

Госпиталь МВД, г.Баку

Açar sözlər: dişlərin zədələnməsi, parodont, zədələnmənin intensivliyi, zədələnmələrin yayılma dərəcəsi
Ключевые слова: поражения зубов, пародонт, интенсивность поражений, распространенность поражений
Key words: tooth decay, periodontal disease, the intensity of the lesions, the prevalence of lesions

Медицинское обеспечение отдельных социальных групп населения, в том числе работников МВД, осуществляется на основе принципа преимущественного обслуживания. Эти группы могут получить медицинские услуги как по месту жительства в государственных лечебно – профилактических учреждениях, так и по месту работы (служба) в ведомственных медицинских подразделениях. Имеется сведения, подтверждающие, что реальные возможности получения медицинских услуг, образ жизни и поведенческие факторы этих социальных групп оказывает положительное воздействие

на состояние здоровья [1,3,6]. Работники МВД по характеру служебной деятельности живут во всех административных регионах, где не одинакова физическая доступность к ведомственным и территориальным подразделениям системы здравоохранения. Это побудило нас изучить стоматологический статус работников МВД, установить особенности распространения среди них поражений зубов и пародонта для планирования мер по повышении эффективности стоматологического их обслуживания в ведомственной системы здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В соответствии с задачей исследования единицей наблюдения был работник МВД. Направленным отбором была отобрана по 200 человек в возрастах 20 – 29; 30 – 39; 40 – 49; 50 – 59; 60 лет и старше. Стоматологическое обследование пациентов проводилось стандартными методами, рекомендованный ВОЗ для эпидемиологических исследований [2]. По итогам наблюдения были рассчитаны общие стоматологические индексы, показатель здоровье твёрдых тканей зуба (THİ), уровень стоматологической помощи для каждой возрастной группы [4,5,8]. Статистическая обработка проводилась методами анализа качественных и количественных признаков[7].

Полученные результаты и их обсуждение. Полученные данные о показателях распространенности и интенсивности кариеса и некариозных поражений зубов, а также индекса здоровья зубной ткани и уровня стоматологической помощи приведены в таблице 1. Из этих данных, очевидно, что уровень распространенности кариеса зубов среди обследованного контингента высок и не отмечается от такового на популяционном уровне. Некароизное поражения зубов выявляется относительно ранее.

Таблица 1

Распространенность и интенсивность кариеса и некариозных поражений зубов у работников МВД разных возрастов

Показатели	Возраст, годы				
	20 - 29	30 -39	40 - 49	50 - 59	60 и старше
Распространённость кариеса (%)	85,0±2,53	88,5±2,26	96,5±1,29	100±1,96	100,0±1,96
Интенсивность кариеса (на одного пациента КПУ$_{(з)}$	5,38±0,13	8,12±0,14	13,54±0,13	15,76±0,15	19,86±0,16
К$_{(з)}$	1,46±0,11	2,36±0,12	2,16±0,11	2,12±0,09	0,50±0,09
К$_{(п)}$	2,28±0,12	2,70±0,13	2,74±0,14	1,52±0,09	-
П$_{(з)}$	3,71±0,16	4,38±0,14	7,44±0,16	5,86±0,15	7,60±0,18
У$_{(з)}$	0,21±0,03	1,06±0,09	3,64±0,12	7,12±0,14	11,76±0,16
У$_{(в)}$	-	0,65±0,04	1,38±0,11	4,01±0,09	6,01±0,12
Распространённость(%) флюороза зубов	3,0±1,21	1,5±0,86	1,0±0,70	-	-
пятнистости и гипоплазии эмали	13,5±2,42	7,5±1,86	3,5±1,29	-	-
патологической стираемости	4,5±1,47	3,0±1,21	1,5±0,86	-	-
Уровень стоматологической помощи, (%)	72,8±1,64	65,9±1,58	67,3±1,71	66,8±1,39	68,5±1,52
Индекс здоровья зубной ткани	27,85±0,72	25,74±0,98	22,22±1,02	18,57±1,21	14,94±1,34

Примечание:

К$_{(з)}$ – кариозные зубы

К$_{(п)}$ – кариозные поверхности

$П_{(з)}$ – запломбированные зубы
$У_{(з)}$ – удалённые зубы
$У_{(в)}$ – удалённые зубы, восстановленные протезами

Интенсивность кариеса зубов высока и с возрастом выражено увеличивается: КПУ составляет в возрасте 20 -29 лет 5,18± 0,13, а в возрасте 60 лет и старше – 19,86±0,16 зубов в расчёте на одного пациента. По сравнение с литературными данными, широко представленных для различных популяций в странах СНГ [4], интенсивность кариеса зубов у работников МВД не высока и близка к таковой для азербайджанской популяции. В структуре индекса КПУ существенно высокую долю занимает его П компонент (таблица 1). В возрасте 20 – 29 лет до 70% кариозных зубов являются запломбированными ($КПУ_{(3)}$– 5,38±0,13 и $П_{(3)}$– 3,71±0,16). Высокая доля П компонента структуре КПУ сохраняется во всех возрастах. Индекс $П_{(3)}$и его доля $КПУ_{(3)}$ составляют: 4,38±0,14 зубов или 53,9% поражённых зубов в возрасте 30 – 39 лет, соответственно 7,44±0,16 или 54,9% в возрасте 40 – 49 лет; 5,86±0,15 или 37,2% в возрасте 50 – 59% лет; 7,60±0,18 или 38,3% в возрасте 60 лет и старше. Уменьшение с возрастом удельного веса П компонента в составе индекса КПУ обусловлено тем, что с возрастом динамично увеличивается число удалённых зубов($У_{(3)}$ компонента).

61,3% всех удалённых зубов в возрасте 30 – 39 лет и 56,3% в возрасте 50 -59 лет.

Соотношение $П_{(3)}$ и $К_{(3)}$ компонентов с возрастом после 30 лет динамично растёт и составляет по выделенным возрастным группам: 1:2,5; 1:1,9; 1:3,4; 1:2,8; 1:15,2. Это свидетельствует о том, что работники МВД часто обращаются стоматологам для санации полости рта и запломбирования кариозных зубов. О стоматологической активности отмеченного контингента свидетельствуют также данные об удалённых зубов, которые в последующем были восстановлены протезами. Доля восстановленных протезами удалённых зубов составляла 61,3% всех удалённых зубов в возрасте 30 – 39 лет и 56,3% в возрасте 50 -59 лет.

Относительно высокая доля запломбированных зубов в структуре индекса КПУ, а также восстановленных протезами зубов в структуре компонента У свидетельствует о широкой доступности терапевтической стоматологической помощи работникам МВД. Это хорошо прослеживается уровнем критерия стоматологической помощи, рекомендованный ВОЗ для количественного выделения степени доступности стоматологических услуг (таблица 1). Величина показателя составляла 72,8± 1,64% в возрасте 20 – 29 лет и в последующих возрастах её изменения не было статистически достоверный. По классификации ВОЗ колебание этого показателя в пределах 50 – 74% интерпретируется как удовлетворительное состояния стоматологической помощи. Очевидно, что уровень отмеченного индекса у работников МВД (65,9± 1,58 – 72,8± 1,64%) близка к верхнему пределу(74%) критерия ВОЗ, что даёт основания оценить стоматологическую помощь как хорошей. Благодаря отмеченным, индекс здоровья зубной ткани (THI) также имеет относительно хорошую характеристику: 27,85± 0,72 в возрасте 20 – 29 лет и 14,94±1,34 в возрасте 60 лет и старше. В литературе отмечается, что индекс здоровья зубной ткани (THI) в Ингушетии составляет 16,52±0,47 в возрасте 35 – 44 лет и 3,57±0,52. Благополучия работников МВД по состоянию здоровья зубной ткани, очевидно, что свидетельствует об эффективности лечебной помощи, так как распространённость кариеса среди них высока и профилактика кариеса либо не проводится, либо не эффективна.

Показатели распространённости и интенсивности поражений пародонта у работников МВД в соответствии с коммунальным индексом ВОЗ (CPI) отражены в таблице 2. Признаки поражения тканей пародонта (кровоточивость, зубные камни и зубо-дёсновые карманы) были выявлены у 50±3,46 лиц в возрасте 20 – 29 лет, 69±3,27% в 30 – 39 лет, 72±3,70% - 40 – 49 лет, 86±2,45% - 50 – 59 лет и 100±1,96% в возрасте 60 лет и старше. Такая высокая распространённость пораженности тканей пародонта не является исключением, так как в литературе проводится более высокие уровни поражения пародонта(в Ингушетии в возрасте 35 – 44 лет распространённость поражения пародонта

составляла 92% при её интенсивности 3,390,14 секстантов).

С возрастом работников МВД динамично увеличивается число секстантов с признаками кровоточивости (1,54±0,12; 1,92±0,15; 1,95±0,17; 2,59±0,18 и 2,57±0,16), зубных камней (0,72±0,08; 0,78±0,11; 0,89±0,12; 1,05±0,11 и 1,16±0,12) и зубо – дёсневых карманов(0,14±0,04; 0,18±0,05; 0,22±0,06; и 0,35±0,06).

После 40 лет практически больше половины секстантов имеют признаки поражения. Таким, образом, уровень распространенности и интенсивности поражения пародонта у работников МВД высок и не отличается от полученной характеристики этого показателя.

Для выявления роли характера медико – санитарного обеспечения работающих в системе МВД изучаемая совокупность была распределена на три группы и проверили сравнения этих групп по показателям распространенности и интенсивности поражения зубов и пародонта. Для адекватности сравнения в каждую группу были включены лица в одинаковом возрасте, подобранные методом «копия - пара».

Таблица 2

Распространённость и интенсивность поражений пародонта у работников МВД разных возрастов

Возраст, годы	Среднее число секстантов				Доля лиц с поражениями парадонта,%
	здоровых	кровото-чивых	с зубными камнями	с зубно-дёсновыми карманами	
20 – 29	3,74±0,12	1,54±0,12	0,72±0,08	–	60±3,46
30 – 39	3,16±0,14	1,92±0,15	0,78±0,11	0,14±0,04	69±3,27
40 – 49	2,98±0,11	1,95±0,17	0,89±0,12	0,18±0,05	72±3,70
50 – 59	2,14±0,12	2,59±0,18	1,05±0,11	0,22±0,06	86±2,45
60 и старше	1,92±0,14	2,57±0,16	1,16±0,12	0,35±0,06	100±1,96

Первая группа (50 человек) состоялась из служащих в городе Баку, которые имеют широкие возможности получения стоматологическую помощь как в стоматологическом центре МВД, так и в городских современных клиниках. Вторая группа (50 человек) состоялась также из лиц имеющие доступ к ведомственным стоматологическим службам в Сумгаите, Ленкорани и Гяндже. Третья группа (50 человек) не имела доступ к стоматологической помощи непосредственно по месту работы. Частота распространённости кариеса зубов и поражений пародонта в этих группах соответственно составляла: 82±5,4 и 68±6,6% (I группа), 88±4,6 и 74±6,2% (II группа), и 96±2,8 и 82±5,4% (III группа). Различие показателей между I и III группой статистически достоверное. Индекс КПУ в этих группах друг от друга достоверно не отличался (соответственно 11,58±0,21; 12,0±20,24 и 12,16±0,26; P > 0,05) а количество поражённых секстантов была достоверна выше в II группе и III группе(соответственно: 3,12±0,13; 4,06±0,16 и 4,14±0,18). Более выраженное различие между сравниваемыми группами отмечались по следующим критериям:

- количество запломбированных зубов (П): 7,14±0,11; 6,0±0,12 и 5,98±0,14 или 61,7; 49,9 и 49,2%;
- количество удалённых зубов, не восстановленные протезами: 2,162,84 и 3,22%.

Интегральные критерии состояние зубов и уровня стоматологической помощи I, II и III группе составляли: 25,99±0,32 и 69,5±1,24%; 23,16±0,22 и 65,4±1,22% и 22,04±0,24 и 64,02±1,13% (P<0,05). Таким образом, в зависимости от уменьшений реальных возможностей доступа к ведомственной стоматологической помощи существенно ухудшается показатели состояния зубов и пародонта у работников МВД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блинов С.В. Поиск новых форм и методов управления лечебно – профилактическими учреждениями в ведомственной стоматологической службе // Проблемы социальной

гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2006, № 1, с.43 – 44

2. ВОЗ. Стоматологическое обследование. Основные методы. Женева, 1997, 76 с.

3. Джавадов Ф.Г. Организация и пути совершенствования системы медико – санитарного обеспечения нефтяников Азербайджана. Баку, 2006, 204 с.

4. Леус П.А. Коммунальная стоматология. Брест, 2000, 283 с.

5. Леус П.А. Использование пародонтального индекса ВОЗ в эпидемиологических исследованиях населения // Стоматология, 1986, №1,с.84 – 87

6. Сагина О.В. Состояние и пути улучшения стоматологической помощи сельскому населению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2006, № 4, с. 51- 52

7. Стентон Г. Медико – биологическая статистика М.1999, 459 с.

8. Marcenes W.S., Sheiham A. Composite indicators of dental health: functioning teeth (T - Health) // Community Dent Oral Epidemiol., 1993, №21(6). p.374 - 378

Xülasə

DIN əməkdaşlaında dişlərin və paradontun zədələnməsinin intensivliyinin və yayilmasının xüsusiyyətləri

K.Q.Qafarov

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının stomotoloji müayinələrə aid mearları ilə DİN əməkdaşlarının dişlərinin və parodontunun durumu qiymətləndirilmiş, alınmış nəticələr əsasında diş toxumasının sağlamlıq indeksi (THİ) və stomotoloji yardım əmsalı hesablanmışdır. Müəyyən olunmuşdur ki, populyasiya və müqayisədə bir sıra müsbət xüsusiyyətlər mövcuddur: stomotoloji yardımın səviyyəsi (əmsal 65,9 – 72,8%) yaxşıdır, diş toxumasının sağlamlıq durumu qənaətbəxşdir, kariyeslə zədələnmiş dişlərin plomblanma səviyyəsi və çəkilmiş dişlərin protezlə bərpası yüksəkdir. Bu göstəricilərin əməkdaşların yaşı ilə bağlı dəyişilməsi statistik dürüstdür. DİN əməkdaşlarının diş və parodont toxumasının sağlamlıq durumuna mənfi təsir edən əsas amillərdən biri kimi, onların iş yerlərinin yerləşdiyi yaşayış məntəqələrində, onlar üçün nəzərdə tututlmuş stomotoloji xidmət şəbəkələrinin olmaması qeyd olunur.

Summary

Employees of the interior ministry of the intensity and distribution of damage teeth and paradontun

K.G.Gafarov

The World Health Organization and the Ministry of Internal Affairs of the teeth and dental examinations mearları parodontunun status of the evaluation, based on the results of the health index in the dental tissue (Shea) and calculated the rate of dental care. It was determined that, compared to the population, and there are a number of positive features: the level of dental care (coefficient 65.9 - 72.8%), good, satisfactory state of health of the tooth tissue, kariyeslə restoration of damaged teeth protezlə teeth pulled plomblanma level and higher. Age-related changes in these indicators statistically reliable employees. Ministry of health of the teeth and tissue parodontical as one of the main factors that affect their jobs and the residential areas, they are not designed for networks tututlmus dental services.

Daxil olub:30.10.2012

ПРИИМЕНЕНИЕ НАФТАЛАНОВОЙ НЕФТИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

З.В. Аббасова, Х.Ф. Багирова

Азербайджанский медицинский университет;
Родильный дом №1 им.Г.Касимова, г.Баку

Açar sözlər: naftalan nefti, hormonal pozuntular, yumurtalıq çatışmazlığı, korreksiya

Ключевые слова: нафталановая нефть, гормональные нарушения, недостаточность яичников, коррекция

Key words: naftalan oil, hormonal disorders, ovarian failure, correction

Одним из основных направлений в гинекологии является решение важной медико-социальной проблемы по разработке немедикаментозных методов терапии для повышения функционального резерва практически здоровых лиц, особенно репродуктивного возраста [1,2].

Большую актуальность приобретает вопрос о профилактике и лечения у женщин нейроэндокринных нарушений, которые имеют тенденцию к росту, занимая II место по частоте и достигая к настоящему времени 56-72% в структуре гинекологической заболеваемости [3,4].

Нарушения менструальной функции занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости, в связи, с чем разработка рациональных методов терапии остается актуальной [5,6].

Причины дисфункции яичников разнообразны и возникают в результате различных эндогенных и экзогенных факторов,

приводящих к эндокринным нарушениям. Их следствием является, прежде всего, бесплодие в репродуктивном возрасте, а в перименопаузальном периоде возрастает риск онкологических (12-19%), сердечно-сосудистых нарушений (24-26%), нарушений обмена (18%) [7,8]. Указанные изменения могут быть следствием как нарушенного стероидогенеза в самих яичниках, так и результатом измененного базального уровня и/или ритма секреции гонадотропных гормонов гипофиза, главным образом циклической секреции ЛГ. В многочисленных исследованиях показано, что имеющийся при нарушении менструального цикла гормональный дисбаланс усугубляется при длительном течении заболевания [9,10,11,12]. Установлено, что, наряду с изменением овариальной функции, происходит истощение функциональных резервов ферментативных систем в корковом слое надпочечников, приводя к их гипофункции со снижением выработки глюкокортикоидов и андрогенов.

Лечебное действие нафталановой нефти связывают главным образом с полициклическими нафтеновыми углеводородами. Нафталановая нефть содержит эстрогеноподобные вещества, индуцирует образование в организме биологически активных веществ типа медиаторов и оказывает значительное раздражающее действие на кожные рецепторы. Нафталанская нефть оказывает болеутоляющее, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие, улучшают трофику и обмен веществ в организме, восстанавливают проводимость нервных волокон.

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования явилась оценка эффективности влияния терапии нафталановой нефти на эндокринный статус при гормональной недостаточности функции яичников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для решения поставленных задач проведены наблюдения у 120 пациенток с гормональной недостаточностью функции яичников в возрасте от 16 до 35 лет (в среднем 24,6+2,2 года).

Критериями включения пациенток в исследование явились: возраст от 16 до 35 лет, отсутствие заболеваний, приводящих к тяжёлому иммунодефицитному состоянию (заболевания крови, онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция), отсутствие венерических заболеваний и воспалительных, доброкачественных и злокачественных заболеваний женских половых органов, информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования были: беременность, выявление инфекционных агентов и вирусов, наличие предраковых заболеваний шейки матки.

Исследование было нерандомизированным, контролируемым проспективным испытанием

Сначала все обследованные получали стандартное противовоспалительное лечение – антибиотики, антисептики, общеукрепляющую терапию. Затем в соответствии с целью данной работы были сформированы две группы обследованных, сопоставимые по основным клиническим характеристикам. Контрольную группу составили 42 пациенток, у которых на втором этапе лечения использовались гормональные препараты. В основную группу вошли 78 пациенток, в комплексном лечении которых применялась терапия нафталановой нефтью, которые также были разделены на 2 подгруппы- основную(54) и группу сравнения (24).

В ходе проведённого исследования установлено, что нарушения менструального цикла чаще встречается у женщин в возрасте 16-28 лет.

Проведенные нами исследования выявили, что в основной группе роды имели в анамнезе всего 14(25,9%) пациенток, 24% больных страдали первичным бесплодием. Первая беременность закончилась искусственным абортом у 6 (11,1%) обследованных, самопроизвольный выкидыш-9,2%. Невынашивание беременности отмечено у 11(20,3%) пациенток.

Для обследованных больных была характерна высокая частота воспалительных заболеваний матки и её придатков (53,7%).

Ранее амбулаторное лечение проходили 46,25% больных, не лечились 53,8%. Во время предыдущих курсов лечения, как правило, назначалась антибактериальная терапия и гормонотерапия. Кроме того, у большинства больных имелся гипоменструальный синдром, протекающий по типу олигоменореи, при задержке менструации от 50 до 110 дней (в среднем 62±3 дня). Наряду с этим, у подавляющего большинства больных (34,6%) определялась вегетативная дисфункция, а у 20,5% обще-невротический синдром.

Таким образом, клиническая картина у обследованных больных характеризовалась большим полиморфизмом.

Все пациентки процедуры физиотерапии с нафталановой нефтью переносили хорошо, ни на процедуре, ни в период последействия ни у одной из них не отмечалось развития побочных эффектов или каких-либо неприятных ощущений.

Всем больным включенным в исследование, кроме общепринятых методов исследования (общего анализа крови и мочи, ЭКГ, обследования на инфекции, передаваемые половым путем), проводились специальные методы исследования. Изучены уровень гипофизарных гормонов (ЛГ, ФСГ, пролактин) и кортизола в фолликулярную фазу, в периовуляторный период и в середине лютеиновой фазы менструального цикла. Уровень 17 β-эстрадиола и прогестерона определены в фолликулярную фазу и в середине лютеиновой фазы тех же менструальных циклов. Исследования проводили на протяжении трех менструальных циклов – до проведения терапии, на фоне лечения и спустя один месяц после лечения. (1-3- месяца).

Все полученные данные подвергались статистическому анализу с помощью стандартных пакетов.Статистическую обработку проводили с помощью t-критерия Стьюдента точного f-критерия Фишера с учетом неоднородности в исследуемых группах с помощью критерия Манна Уитни. Данные представлены в виде M±m. Результаты оценивались с уровнем значимости $p< 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ. В группе пациенток с дисгормональными нарушениями отмечалось снижение уровней ФСГ и ЛГ на протяжении менструального цикла по сравнению с контрольной группой.

На фоне терапии в основной группе, отмечалось некоторое снижение концентрации ФСГ и ЛГ. Указанное снижение уровней гонадотропных гормонов имело место, как в фолликулярную фазу, так и в периовуляторный период и в середине секреторной фазы менструального цикла. В группе сравнения подобных изменений выявлено не было. В следующем после проведения терапии цикле измененные параметры восстанавливались до исходных значений и существенно не отличались от нормативных параметров. Несмотря на недостоверное снижение уровня гонадотропных гормонов на фоне проведения терапии, характер физиологической цикличности выработки гонадотропинов сохранялся как на фоне проводимой терапии, так и после ее окончания.

Улучшение функционального состояния центральных эндокринных структур находилось в соответствии с изменением функционального состояния периферических эндокринных структур (яичников), что выражалось в улучшении эстрадиол-прогестероновых соотношений за счет снижения до нормальных значений повышенного уровня эстрадиола в 1-ю фазу и достоверного снижения в рамках физиологической нормы во 2-ю фазу менструального цикла, на фоне достоверных изменений уровня прогестерона в рамках физиологической нормы, как в 1-ю, так и во 2-ю фазы менструального цикла.

Вышеуказанные изменения гормонального фона, свидетельствующие об улучшении как базального, так и циклического процессов в системе гипофиз-яичники, сопровождались у 31% больных восстановлением полноценного двухфазного менструального цикла с продолжительностью межменструального периода 36±3,2 дня после 3-месячного курса лечения.

Таким образом, сравнительная совокупная оценка регресса клинической симптоматики и динамики показателей всех специальных методов исследования, позволила определить высокую терапевтическую эффективность физиотерапию с применением нафталановой нефтью.

ЛИТЕРАТУРА

1.Абакарова П.Р., Межевитинова Е.А., ПрилепскаяВ.Н. Возможности микродозированного препарата Линдинет в терапии первичной дисменореи // РМЖ. 2005, №13, с.1119–1122 Межевитинова Е.А.,

2.Прилепская В.Н. Дисменорея: эффективность применения диклофенака калия // Гинекология, 2000, №2, с.23–29

3.Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М.: МИА, 2000

4.Rumi D.O., Martinez Alcala F.O., Velasco J.A., Cortes R.J. Double-blind study to evaluate efficacy and safety of meloxicam 7.5 mg and 15 mg versus mefenamic acid 1500 mg in the treatment of primary dysmenorrhea // Acta Obstet Gynecol Scand., 2004, v.83, p.667–673

5.Уварова Е.В. Нестероидные противовоспалительные препараты в комплексе лечебных и профилактических воздействий у больных с первичной и вторичной дисменореей // РМЖ, 2005, №13, с.1146–1150

6.Гарольд Р. Берман, Бартон В. Колдуэл. Репродуктивная эндокринология / Под ред С.С.К. Йена, Р.Б. Джаффе. М.,1998, с.212–39

7.БениришкеК.Репродуктивная эндокринология. М.,1998, с.531–60

8.Bianchi M., Panerai A.E. Effects of lornoxicam, piroxicam, and meloxicam in a model of thermal hindpaw hyperalgesia induced by formalin injection in rat tail // Pharmacol Res., 2002,v.45, p.101–5

9.Marjoribanks J., Proctor M.L., Farquhar C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea // Cochrane Database Syst Rev., 2003, v.4, CD001751

10Pinardi G., Sierralta F., Miranda H.F. Atropine reverses the antinociception of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the tail-flick test of mice // Pharmacol Biochem Behav., 2003, v.74, p. 603–8

11.Aguirre-Banuelos P., Granados-Soto V. Evidence for the participation of the nitric oxide-cyclic GMP pathway in the antinociceptive action of meloxicam in the formalin test // Eur J Pharmacol., 2000, v.21, p.1: 9–13

12.Safieh-Garabedian B., Dardenne M. et al The role of cytokines and prostaglandin-E(2) in thymulin induced hyperalgesia // Neuropharmacology, 2000, v.39, p.1653–61

Xülasə

Yumurtaliqlarin çatişmazliği olan xəstələrdə hormonal pozuntularin korreksiyasi üçün naftalan neftinin tətbiqi

Z.V.Abbasova, H.F.Bağırova

Hazırki tədqiqat işinin məqsədi yumurtalıqların çatışmzalığı zamanı hormonal çatışmazlığı olan xəstələrdə naftalan neftinin endokrin statusa təsiri qiymətləndirilmişdir. Qarşıya qoyulan məsələlərin həlli üçün yumurtalıq funksiyası çatışmazlığı 120 xəstə müşahidə altında olmuşdur. Onlar 16-35 yaş arasında (orta yaş həddi 24,6+2,2) olmuşlar. Beləliklə, bütün xüsusi müayinə metodikalarının klinik simptomatik və dinamik göstəricilərinin toplu müqayisəli təhlilindən məlum olmuşdur ki, naftalan neftinin fizioterapiya metodu kimi istifadəsi yüksək terapevtik effektə mailkdir.

Summary

Application for correction of oil naftalan hormonal disorders in patients

Z.V. Abbasova, H.F. Bagirova

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of treatment effect naphthalan oil on endocrine status in ovarian hormone deficiency. For the tasks carried out observations in 120 patients with ovarian hormone deficiency at the age of 16 and 35 years (mean, 24.6 2.2 years). Thus, a comparative assessment of the total regression of clinical symptoms and dynamics of all special methods, allowed us to determine the effectiveness of high therapeutic physiotherapy using Naphthalan oil.

Daxil olub:15.10.2012

DOĞUŞ YOLLARININ YUMŞAQ TOXUMALARININ MAMALIQ TRAVMATIMININ YAXIN VƏ UZAQ AĞIRLAŞMALARI

İ.T.Qasımzadə

A.M.Topçubaşov ad. Elmi Cərahiyyə Mərkəzi

Açar sözlər: doğuş travması, doğuş yollarının yumşaq toxumasının travması, cərrahi korreksiya

Ключевые слова: родовые травмы, травма мягких тканей родовых путей, хирургическая коррекция

Keywords: birth injuries, soft tissue trauma of the birth canal, surgical correction

Aparılan tədqiqatlar nəticəsində doğuşların klinik gedişatı, zahılıq dövrünün ağırlaşmalar və sonra bir müddət inkişaf edən kiçik çanaq orqanlarının patologiyaları arasında sıx əlaqənin olduğu aşkar olunmuşdur [3,10]. Müəyyən olunmuşdur ki, təbii yolla başa çatan doğuşlar daxili cinsiyyət orqanlarının sallanması və düşməsi üçün 4-11 dəfə, sidik ifrazatı pozuntuları üçün 2,7 dəfə riski artırır [1,9]. Doğuş zamanı yumşaq toxumaların travması və düzgün aparılmayan korreksiyası fizioloji ifrazat aktlarının pozulması ilə yanaşı Aralıq travmaları sidiyi, nəcisi saxlaya bilməmək kimi ağır fəsadlara, eləcə də cinsi kontakt zamanı aralıq nahiyəsində davamlı ağrı sindromlarına gətirib çıxara bilər [12].

Mamalıq travmatizminə xarici cinsiyyət üzvlərinin, aralığın, uşaqlıq yolları, uşaqlıq boynu, sidik yollarının zədələnməsi aiddir. Bu hallar adətən patoloji gedişatlı doğuşlar zamanı və ya vaxtında mamalıq yardımı göstərilmədikdə baş verir [7,11,12].

Daha çox rast gəlinən mamalıq travması doğuş yollarının yumşaq toxumalarının zədələnməsidir. Buraya həmçinin uşaqlıq boynun cırılmaları da aiddir. . Uşaqlıq boynu cırıqları özbaşına və ya zor tətbiqi nəticəsində baş verə bilər. Özbaşına cırıqlar uşaqlıq boynun rigidliyi, onun həddindən artıq dartılması, onun uzun dar çanağın təzyiqi altında olması nəticəsində baş verir. Zor tətbiqi nəticəsində baş verən doğuşlar zamanı həkim müdaxiləsi ilə baş verir. Uşaqlıq boynun cırıqları qanaxmalar və doğuşdan sonrakı infeksiyalar baxımından təhlükəlidir [4,5].

Bir sıra müəlliflərin fikrincə uşaqlıq boynu cırılmaları daha çox birinci doğuşlarda baş verir və 17-26% təşkil edir. Пənc ilkin doğanlara nisbətən 30 yaşdan böyük ilkin doğanlarda uşaqlıq boynu cırılmalarına 2 dəfə çox rast gəlinir. Ədəbiyyat göstəricilərinə görə 30% qadında

uşaqlıq boynunda tikişlər sağaldıqdan sonra ikincili daralma baş verir. İkincili daralma və onun nəticəsi kimi dartılmaya məruz qalan uşaqlıq boyunlarında deformasiyalar və ektropion yaranır. Bu zaman servikal kanalda selikli tıxac olmadığı üçün uşaqlıq səthinin infeksiyalaşma riski yüksəlir. Öz növbəsində servikal kanalın divarları və uşaqlıq səthində iltihabi proseslər epiteldə çoxsaylı patologiyalarf, o cümlədən atipik dəyişikliklərə səbəb ola bilər. Bu zaman əsas məqam doğuşdan sonra uşaqlıq boynun anatomik- funksional vəziyyətini bərpa etməkdir. Bununla yanaşı yaxın və uzaq patoloji nəticələri aradan qaldırmaq, cinsiyyət üzvləri infeksiyalaşmasının profilaktiksını aparmaq, qadının reproduktiv funksiyaların bərpasına yönəlmiş tədbirləri aparmaq mümkündür. Son onilliklər mamalıq travmaları nəticəsində gənc qadınlarda uşaqlıq boynu fon və xərçəng xəstəliyinin artması tendensiyası tədqiqatlar nəticəsində öz təsdiqini tapmışdır. Aparılan tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, patoloji dəyişikliklərə məruz qalmış epitel (leykoplakiya, müxtəlif dərəcəli displaziyalar, uşaqlıq boynunun preinvaziv xərçəngi) 3 dəfə artıq mamalıq travmaları və ektropion fonunda baş verir.

TƏDQIQATIN MƏQSƏDI. Doğuş yollarının yumşaq toxumalarının zədələnməsindən sonra aparılan korreksiyanın mamalıq travmatiminin yaxın və uzaq nəticələrinin öyrənilməsindən ibarətdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tərəfimizdən doğuşdan sonra 124 qadın müayinə olunmuşdur. Doğuşdansonrakı müddət 2-3 il təşkil etmişdir. Qadınlarda doğuş yollarının travmaları (aralığın cırılması, kəsilməsi, uşaqlıq boynu cırılmaları) müəyyən olunmuşdur.

Birinci qrupa 89 qadın daxil edilmişdir ki, onlarda doğuş zamanı aralığın cırılması və kəsilməsi baş vermişdir. Doğuşlar 2-3 il əvvəl olmuşdur. Ikinci qrupa daxil olan 35 qadında əsasən uşaqlıq boynu cırılmaları qeydə alınmışdır. Onlardan 29—da doğuşlar 1 il əvvəl, 2 nəfərdə 2 il, 4 – də 3 il əvvəl doğuş baş vermişdir.

Uşaqlıq boynu patalogiyası olan bütün qadınlar mamalıq güzgüsü ilə baxışdan keçmişlər. Onlara kolposkopiya, uşaqlıq boynu biopsiyası, morfoloji müayinələr, kiçik çanaq orqanlarının US və doppler müayinəsi aparılmışdır.

NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Doğuş yolları yumşaq toxumalarının travmatizminin uzaq nəticələri cədvəl 1- də əks olunmuşdur.

Cədvəl 1

Doğuş yolları yumşaq toxumalarının travmatizminin uzaq nəticələri

Aşkar olunmuş patologiyalar	Xəstələrin sayı (n=124)	
	Müt. r.	%
Uşaqlıq yolunun ön divarının sallanması	15	26,66±2,90
Uşaqlıq yolunun hər iki divarının sallanması	21	43,21±3,42
Uşaqlıq botnun çapıq deformasiyası	9	23,7 ±3,00
Uşaqlıq boynunun elonaqsiyası	7	12,62±2,27
Gərginlik zamanı sidiyi saxlaya bilməmək	11	22,56±1,45
Aralığın köhnə cırılmaları	23	59,34±2,9
Uşaqlıq boynunun çapıq deformasiyası	15	30,4±1,34
Cinsi kontaktı zamanı ağrl və diskomfort	8	8,56 ±1,98
Cinsi hissiyyatın aşağı düşməsi	6	7,23±2,34

Cədvəl 2

Mamalıq travmatizminin korreksiyası məqsədilə aparılan cərrahi əməliyyatlar

Əməliyyatlar	Xəstələrin sayı	
	Müt.r.	%
Uşaqlıq boynunu çapığının korreksiyası	28	43,4±2,90
"Mançester" əməliyyatı	36	59,62±2,27
Uşaqlıq boynu çapığının bərpası	32	44,56±1,45
Levatoroptoplastika perineotomiya	19	30,4±1,34
Uretranın bərkidilməsi	9	9,74±2,34

Cədvəldən göründüyü kimi 23 (59,34±2,9%) qadında aralığın köhnə cırılmaları qeydə alınmış və onlar kəmiyyıt baxımından üstünlük təşkil etmişlər. 21 (43,21±3,42%) qadında aralın yarımşıq sallanması qeydə alınmışdır. Uşaqlıq yolu divarının sallanması (15(26,66±2,90%)), gərginlik zamanı sidiyi saxlaya bilməmək (11(22,56±1,45%)), uşaqlıq boynunun çapıq deformasiyası (15(30,4±1,34%)) kimi göstəricilər də üstünlük təşkil etmişdir.

Birinci qrup xəstələrdə rekonstruktiv- plastik əməliyyatlar aparılmışdır (cədvəl 2).

124 xəstəyə ön kolporrafiya, uşaqliğin uşaqliq yolu ekstripasiyasi, uşaqliğin ekstripasiyasi, "mançester" əməliyyati, uşaqlığın diatermokonizasiya, uşaqliq boynun amputasiyasi, levatoroptoplastika, uretranin bərkidilməsi aparılmışdır. Bunlardan daha çox uşaqlığın uşaqliq yolu ekstripiasyası (29(33,8±3,42%)), uşqliq boynu amputasiyası (21(42,34±2,9%)), levatoroptoplastika (19(30,4±1,34 %)), ön kolporrafiya (17(16,4±2,90%)) daha çox tətbiq edilmişdir.

Ikinci qrup xəstələrdə aşağıdakı patologiyalar aşkar olunmuşdur: 19(40,3±3,4%) uşaqliq boynu ektopiyası, 5 (13,00±2,9%)-travmatik ektropion, 11(78,0±1,45%)- leykoplakiya.

Uşaqliq boynun patoloji sahələrindən götürülmüş biopsiyaların histoloji müayinələri zamanı onun ektopiyası 68,7% halda vəzili formada, 31,5% halda papillyar formada aşkar olunmuşdur. Travmatik ektropion histoloji olaraq bütün müayinə olunanlarda təsdiq olunmuşdur. Onlardan 41,25% xəstədə xronik iltihabi proseslər aşkar olunmuşdur: uşaqliq boynu leykoplakiyası çoxsaylı hamar epitelin qalınlaşması, akantoz, buynuzvarı və dənəvarı təbəqə şəkilndə özünü göstərmişdir.

Doğuş yollarının yumşaq toxumalarının mamalıq travmaları doğuşdan sonra müxtəlif mərhələlərdə baş verir. "Yaxın" nəticələr doğuşdan 1 il sonra qeydə alınır. "Uzaq" nəticələr isə doğuşdan 15-20 ildən sonra meydana özünü göstərir. Qadınların əksəriyyətində (70,58%) doğuşdansonrakı travmatizm birinci, 39,6% qadında isə ikinci doğuşdan sonra meydana gəlir. Mamalıq travmatizminin uzaq nəticələri son dərəcə müxtəlif ola bilər. Onlar ginekoloji, uroloji, proktoloji, seksual pozuntular şəklində özünü göstərə bilər. "Erkən" nəticələr isə uşaqliq boynu xəstəlikləri şəklində aşkar olunur.

"Gec" nəticələr daha çox çanaq dibi əzələlərinin çatışmazlığı nəticəsində baş verir. Bu zaman uşaqliq yolu divarlarının sallanması, uşaqlığın natamam və ya tam sallanmaı, uşqliq boynunu elonqasiyası, sidik saxlaması pozuntuları kimi patologiyaların nəticəsidir. Mamalıq travmatizminin bərpasında fəsadlar aşkar olunan bütün cərrahi korreksiya tədbirlərinin aparılması zəruridir.

Doğuş yollarının yumşaq toxumalarının doğuş zamanı zədələnmələrə səbəb olan faktorlardan biri də qadın cinsiyyət orqanlarının infeksiyasıdır.

Beləliklə, mamalıq travmatizmi problemi hazırda yeni cərrahi korreksiya metodlarının axtarılması məsələsini qarşıya aktual məsələ kimi qoyur.

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq doğuş travmatizmi müasir mamalığın ən aktual problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır. Təbabətdə baş verən elmi- praktik inkişaf və nailiyyətlərə baxmayaraq mamalıq travmatizminin cərrahi korreksiyası və profilaktikası istiqamətində aparılan işlərin davamlı olması məqsədəuyğun hesab olunmalıdır.

ƏDƏBIYYAT

1. Беженарь В.Ф., Богатырева Е.В. Методы хирургического лечения ректоцеле у женщин при опущении и выпадении внутренних половых органов // Журн. акушерства и женских болезней, 2009, вып. 2, с. 16–21.
2. Краснопольский В.И., Попов А.А., Буянова С.Н. Синтетические материалы в хирургии тазового дна // Акушерство и гинекология, 2003, № 6, с.36–38
3. Краснопольский В.И. и др. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и профилактика опущения купола влагалища после гистерэктомии // Рос. вестн. акушера-гинеколога, 2006, № 4, с. 66–71
4. Национальное руководство по акушерству. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 1196с.
5. Радзинский В.Е. Перинеология. М., 2006, 336 с.
6. Руководство к практическим занятиям по акушерству / Под редакцией Радзинского В.Е. М.: МИА, 2004, 574с.
7. Чернуха В.Г. Нормальный и патологический послеродовый период. М. «ГЭОТАР-МЕДИА», 2006, 272 с.
8. Drewe J., Kearney R. et al Obstetric factors associated with levator and muscle injury after vaginal birth //Obstet. Gynecol., 2006, v.107, p. 144-149.
9. Johanson R. Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth // Obstet. Gynecol., 2006, v.107, p. 144–149.
10. HSB Swiss Study 2005 to 2007. Published Human Study Report, January 2007,
11. Moolgaoker A.S.A., Ahamed S.O.S., Payne A.R Comparison of Different Methods of Instrumental Delivery Based on Electronic Measurements of Compression and Traction // Obstet. Gynecol., 1979, v. 54, N 3, p. 299–309.
12. Schaub A.T., Holzgreve W. Obstetric Gel Shortens Second Stage of Labor and Prevents Perineal Trauma in Nulliparous Women: a randomized controlled trial on labor facilitation // Journal of Perineal Medicine., 2008, v.36, p. 129–135

Резюме

Ближние и отдаленные результаты акушерского травматизма мягких тканей родовых путей

И.Т.Гасым-заде

Целью исследования явилось изучение результатов хирургических коррекций повреждений мягких тканей родовых путей при

родовых травматизмах. В исследование вошли 124 женщин с родовыми травмами в после родов в течении 2-3 года.

Summary

Near and long-term results of obstetric injuries of soft tissues of the birth canal

I.T.Gasym-zadeh

The aim of the study was to investigate the results of surgical correction of soft tissue injuries of the birth canal during birth injuries. The study included 124 women with a birth injury after birth in 2-3 years.

Daxil olub:30.10.2012

РАСПРОСТРАНЕНИЕ E COLI O 157:H7 В СТОЧНЫХ ВОДАХ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ИХ ИНДИКАЦИИ

Г.А.Гулиева, И.Дж.Сулейманова, Берна Кошар

Республиканская Санитарно- Карантинная Инспекция, г.Баку;

«Сахлиялы» ООО, г.Баку;

Компания «BIOMEIUX», г.Стамбул

Açar sözlər: E coli O 157:H7, deteksiya, çirkab sular, VIDAS ECPT cihazı

Ключевые слова: E coli O 157:H7, детекция, сточные воды, прибор VIDAS ECPT

Key words: E coli O 157:H7, detection, waste water, the device VIDAS ECPT

Вода относится к числу наиболее важных природных ресурсов планеты, не имеющих замены. От ее наличия и качества зависит состояние здоровья людей, уровень их санитарно- эпидемиологического благополучия, степень комфортности и, как следствие социальная стабильность общества [1].

В последнее время среди водных инфекций отмечается рост заболеваний, вызываемых условно- патогенными микроорганизмами как раннее известными, так и новыми. Патогенные и условно- патогенные серотипы кишечной палочки вызывают дизентериеподобные и холероподобные заболевания, детские колиэнтериты [2].

Приводится многочисленные данные и новых кишечных заболеваниях, связанных с водным фактором передачи и вызванных бактериями рода Campylobacter, Aeromonas, Yersinia [3].

Вероятность присутствия возбудителей инфекционных заболеваний устанавливается путем общего обследования источника методами санитарной микробиологии. Санитарная микробиология располагает двумя методами, с помощью которых можно определить санитрано- эпидемиологическое состояние водной среды- прямое обнаружение патогенных микроорганизмов и косвенная индикация возможного их присутствия.

Следует отметить, актуальность детекции Escherichia coli O157:H7, обусловленная имеющим место групповыми вспышками геморрагического колита. Вышеотмеченные вспышки зафиксированы в Японии, США, Канаде, Соединенном Королевстве и Бельгии [4,5].

В связи с отмеченным нами были продолжены определение наличия возбудителя с использованием нового теста Up E coli O 157 (including H7) на приборе VIDAS ECPT Тест позволяет специфическое определение штаммов E. coli O157, включая H7, благодаря новейшей технологии использования рекомбинантного белка хвостовых фибрилл бактериофага.

Представляет интерес недавно проведенные исследования относительно патогенности E. coli. Было выявлено, что штаммы E. coli O 157 не имеющие антигена H7, могут быть патогенными поскольку у них имеются гены вирулентности контролирующие синтез H7 [6,7,8].

Особо следует подчеркнуть тяжелый клинический синдром при данном

заболевании, обусловленный вышеотмеченным возбудителем: E coli O157H7 вызывает геморрагический колит, характеризующийся острыми абдоминальными болями и кровавым поносом. Характерен гемолитико- уремический синдром.

Наиболее чувствительны к инфекции дети и пожилые люди [9].

Исследование проведено с использованием теста UP- E coli на приборе Vidas ECPT, основанного на методе ферментного флуоресцентного анализа (ФС- ФА) и предназначенного для исследования на автоматических анализаторах Vidas для микробиологического контроля (10).

Тест UP- E coli O157 (including H7) (ECPT) был валидирован и сертифицирован организацией AOAC Research İnstitute для определения E. coli O157 в различных пищевых продуктах и имеет статус метода, прошедшего испытания в промышленном масштабе (Performance Tested Method) [10].

Учитывая новизну применяемого теста следует остановиться на принципе работы с тестом UP- E coli.

Следует отметить, что используемый в качестве пипетируюшего устройства наконечник (SPR), одновременно служит носителем твердой фазы. Рекомбинантный белок хвостовых фибрилл фага для захвата клеток E coliO157, включая H7 нанесен на внутреннюю стенку наконечника. Реактивы для анализа- в лунках стрипа. Реакционная смесь, циркулирующая в наконечнике, переносится из лунки в лунку. Часть бульона, т.е.инкубированного в бульоне обогащения образца, вносится в стрип.

Таким образом, происходит прикрепление присутствующих в бульоне клеток E. coli O157, включая H7 к рекомбинантному фаговому белку, нанесенному на стенку наконечника.

Несвязанные компоненты удаляются на этапе отмывки. Затем, к реакционной смеси добавляется коньюгат (щелочная фосфатаза) и происходит его связывание с клетками E coli O157, включая H7, фиксированными на стенке наконечника при помощи фагового белка [10].

Несвязанные компоненты удаляются при отмывке. Все этапы анализа выполняются прибором автоматически.

На этапе определения осуществляется циркуляция реакционной смеси в лунке, содержащей субстрат (4-метил-умбелиферилфосфат).

Фермент конъюгата катализирует гидролиз этого субстрата до флуоресцирующего продукта (4-метил-умбелиферилфосфат), флуоресценция которого измеряется при λ 450 нм.

Прибор автоматически анализирует полученные значения, сравнивает их со стандартными значениями (порогами) в памяти прибора и выдает результат (положительный, отрицательный) [10].

В работе руководствовались «Протоколом для образцов ирригационной воды» [10].

Подтверждение положительных результатов, полученных при использовании протоколов, одобренных ADAC RI.

Все положительные результаты полученные в тесте подтверждались. Подтверждающий тест проводили с не инактивированным (нагреванием) бульоном обогащения, хранившимся при температуре 2-8^0 C. Производили высев в агар chromID^{TM} O157:H7 с цефиксимом и теллуритом. Инкубировали при температуре 37^0 C 18-24 часа. Все полученные результаты идентифицировали от 1 до 5 типичных колоний методами, описанными в стандартах ISO (включая получение чистой культуры).

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилось изучение распространение E coli O 157:H7 в сточных водах в зависимости от сезонности и современные методы детекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проведенные нам исследования по определению спектра бактериальной флоры в сточных водах весной 2012 года выявили определенный пейзаж бактерий в соответствии с детектированными продуктами метаболизма.

В осенне- зимний сезон 2012 года нами был применен тест UP- E coli (включая H7) фагового захвата на автоматическом анализаторе Vidas предназначенный для качественного определения потенциально энтерогемморрагических штаммов Escherichia coli O157.

Забор проб сточных вод проводили в осеннее- зимний периоды 4 раза в месяц в течении сентября, октября, ноября и декабря 2012 года и января, февраля 2013 года.

Пункты забора проб были избраны после биологической очистки сточных вод и после хлорирования.

Результаты исследования 24-х проб выявили детекцию E. coli как после биологической очистки, так и после хлорирования сточных вод.

Причем позитивный ответ превышал норму в 59,7 раз: 2,39 при норме 0,04 в сентябре месяце; в октябре- в 25,7 раз; 1,03 при норме 0,04, т.е. значимо меньше. И в 18,7 раз- в ноябре месяце: 0,75 при норме 0,04, что вполне соответствует логике степени циркуляции микроорганизмов в зависимости от сезона года.

При детекции патогенных микроорганизмов, в частности E. coli к 9-ти мл 1% пептонно- солевой воды добавляли 1 мл сточной воды + 0,1 (100 мкл) Supplement – для обогащения среды детектируемых микроорганизмов с последующим термостатированием в течение 24- ч часов при 37^0 C.

Затем в стрип вводили 100 мкл испытуемой жидкости. Следует отметить, что учитывая особую загрязненность сточных вод хозяственно- бытовыми отходами мы провели некоторую модификацию, заменив количество вводимой испытуемой жидкости в стрип до 100 мкл при 500 мкл –для питьевой воды.

Детекцию проводили на Vidas UP.

После окончания анализа прибор автоматически анализирует результат. Учет и интерпретация результатов даны ниже в таблице.

Таблица

Пороговые значение и интерпретация

Результат теста	Интерпретация
< 0,04	Отрицательный
≥0,04	Положительный

Результат теста со значением меньше порогового свидетельствуют о том, что образец не содержит клеток E coli O 157 или содержит клетки coli O 157 в концентрации ниже порога определения.

Результат теста со значением больше порогового или равным пороговому свидетельствуют о том, что в образце содержатся клетки E coli O 157.

Таким образом данная тест система по детектированию E coli O 157: H7 имеет преимущества в экспресности.

ЛИТЕРАТУРА

1.Нарыков В.И., Лизунов Ю.В., Бокарев М.А. Гигиена водоснабжение. СПб: Спец.Лит,2011,120 с.

2.Kaper J.M., Nataro J.P., Mobley H.L. Pathogenetik Escherichia coli // Natura Reviews Microbiology, 2004, N2, p.123-140

3.Гулиева Г.А., Гусейнова Н.К. Циркуляция штаммов Y ent. Серотипов O3 и O9 у населения Азербайджана и их индикация в сточных водах с очистных станций Апшеронского полуострова // 2012, №1, с.131-135

4.Hockin J., Lior H. Hemorrhagic colitis and haemolitic uremic syndrome oused by Escherichia coli O157: H7 in Canada // Can Dis. Weekly Rep- Health Welfare Can., 1987, vol.13, p.203-204

5.Pudden D., Tuttle N., Korn D. et al Hemorrhagic colitis in nursering home //Ontario- Can Dis. Weekly Rep., 1985, vol.11, p.169-170

6.Fields P.I., Blom K., Hugues H. et al Molecular characterization of the gene encoding H antigen in Escherichia coli and development of a PCR-restrioction fragment length polymorphism test for identification of Escherichia coli O157: H7 and O157:NM-J // Clinical microbial., 1987, vol.35, N5, p.1066-1070

7.Chahed A., Ghapir Y., Doube G. et al Survey of the contamination of foodstuffs of animal origin by Shiga toxin producing Escherichia coli serotype O157:H7 in Belgium from 1999 to 2003 // Euro surveillance, 2005, vol. 10, N3, p.33-36

8.Al-Saign H., Zweiifel C., Blanco J et al Fecal shedding of Escherichia coli O157, Salmonella and Campylobacter in Swiss cattle at slaughter // Journal of food protection, 2004, vol.6, N4, p.679-684

9.Knight P. HemorrhagicE coli: the changer increase // ASM- news, 1993, vol.59, p.247-250

10.Vidas Up E coli O157 (including Y 7 (ECPT) (AOAC Research Institute Performance Tested Method) (сертификат №060903)

Xülasə

E coli O 157:H7-in çirkab sularda yayılması və onların indikasiya metodlarının təkimilləşdirilməsi

G.A.Quliyeva, İ.C.Süieymanova, Berna Koşar

Hazırki tədqiqat işinin məqsədi ilin mövsümündən asılı olarq E coli O 157:H7- in çirkab sularda yayılmasının və onun müasir indikasiya metodlarının öyrənilməsidir. 2012- ci il payız- qış mövsümündə tərəfimizdən Escherichia coli O157 coli enterohemorragik ştammlarının keyfiyyətli təyin olunması üçün nəzərdə tutulan Vidas avtomatik analizatorunda UP- E testindən istifadə olunumuşdur. Beləliklə, E coli O 157:H7- in deteksiyası üzrə bu test sistem ekspressilik baxımından üstünlüklərə malikdir.

Summary

Dissemination of E coli O 157: H7 in wastewater and improvement of their indication

G.A.Gulieva, I.Dzh.Suleymanova, Bern Koshar

The aim of our study was to investigate the spread of E coli O 157:H7 in wastewater, depending on the season and advanced detection methods.In the autumn-winter season 2012 we applied the test UP-E coli (including H7) phage capture on Vidas automated analyzer intended for the qualitative detection of potentially enterogemmorragicheskih strains of Escherichia coli O157. Thus, this test system for the detection of E coli O 157:H7 has advantages in expresnosity.

Daxil olub:15.10.2012

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ЭМБОЛИИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ ЗА 10 ЛЕТ ПО Г.БАКУ.

С.К.Багирова, Н.М.Шамсадинская

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözlər: ana ölümü, dölyanı maye emboliyası, amniotik emboliya

Ключевые слова: материнская смертность, эмболия околоплодных вод, амниотическая эмболия

Keywords: maternal mortality, amniotic fluid embolism, amniotic fluid embolism

Эмболия околоплодными водами (ЭОВ) является наиболее непредсказуемой и почти непредотвратимой причиной материнской смертности (МС). Это редкое, но опасное осложнение беременности.

Амниотическая эмболия – катастрофический синдром, связанный с беременностью и родами, который внезапно появляется с тяжелой одышкой, гипоксемией, гемодинамического коллапса, коагулопатией и судорог.

По данным разных авторов частота этого осложнения составляет от 1 случая на 8000 до 1 на 80000 родов. Настоящая частота ЭОВ неизвестна, из-за нижеперечисленных причин:

- частота непрозрачной отчетности о случаях материнской смртности
- сложности в постановке диагноза даже посмерно;
- полиморфности клинической картины;
- неизвестного количества нефатальных субклинических случаев;
- невозможности подтверждения ЭОВ у выживших пациенток.

Материнская смертность от амниотической эмболии приближается к 80-86%. Более 80% случаев сопровождается остановкой сердца, 50% пациенток гибнут в течение первого часа с момента клинической манифестации. У 50% женщин, выживавших после кардиопульмонального шока, в течение 4 часов развивается коагулопатия. У большинства женщин выживших после коагулопатических нарушений развивается неврологическая симптоматика разных степеней тяжести. В доступной не существует данных о риске эмболии во время последующих беременностей. Выживание новорожденных составляет около 70%.

В структуре МС разных стран эта патология занимает от 1,2 до 16,5%.[1,2,3,4,5]. В Украине частота ЭОВ составляет от 8 до 12 случаев за год [2]. Но неприятным является тот факт, что выводы экспертной комиссии, именно касательно случаев амниотической эмболии, являются спорными и неоднозначными. В этом есть и вина врачей, так как случаи ЭОВ сопровождается непонятными обстоятельствами, а иногда при помощи амниотической эмболии врачи пытаются замаскировать свои ошибки, промашки, или даже халатность. Этот факт наводит на мысль, что диагноз ЭОВ, в связи с критически сложным обоснованием, используется с целью прикрытия ошибочной акушерской тактики при критических состояниях (например, кровотечениях).

Доказано, что во время физиологических родов амниотическая жидкость в материнский кровоток не поступает. Попадание околоплодных вод в материнский кровоток может произойти при разрыве плодных оболочек, стремительных родах, родах через естественные родовые пути или кесаревом сечении. Среди факторов, обращающих особенное внимание, выделяют хаотическую стимуляцию родовой деятельности окситоцином и простагландинами. Это может привести к чрезмерно сильным схваткам с увеличением внутриматочного давления и способствовать возникновению амниотической эмболии. Необходимо отметить возрастание в течение последних лет так называемых «программировнных», или индуцированных родов, частота которых достигает в некоторых акушерских стационарах от 17% до 25%. Такая тенденция агрессивного введения родов не отвечает рекомендациям ВОЗ. Кроме того, в анализируемых историях родов достаточно часто встречаются ошибки в отношении использования простагландинов E_2 и F_{2a}.

ЦЕЛЬЮ данного исследования явилось установление удельного веса умерших женщин от амниотической эмболии, место их в структуре материнской смертности и на основании полученных данных разработка рекомендаций для ведения беременности и родов у женщин с эмболией амниотической жидкости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами проведен ретроспективный анализ динамики летальности матерей от амниотической эмболии за 10 лет в родовспомогательных учреждениях г.Баку (1996-2005).

Результаты исследования и обсуждения

Ретроспективный анализ первичной медицинской документации выявил, что в 1996-2005 гг.умерли во время беременности родов и в послеродовом периоде 149 женщин. Из них от амниотической эмболии умерли 4 женщины, что составило 2,6% от общего числа погибших в анализируемый период. Данный показатель существенно меньше, по сравнению с источниками литературы в 5 – 6 раза [1,2,4,5].

По паритету беременности умершие распределились следующим образом: первобеременными были одна женщина (25%), четвертая беременность и более имела место у трех (75%). Первые роды были у 1пациентки (25%), третьи и более роды были – у 3 (75%). Из умерших первородящие были 2 (50%) повторнородящие – 2(50%).

По возрасту и социальному положению женщины распределялись следующим образом: 23-27 лет – 2(50,0%), 32-43 года – 2 (50,0%). Домохозяйки – 2 (50,0%), служащие – 2 (50,0%). Более половины женщин 3 (75%) во время беременности состояли на учете в женской консультации, но посещали нерегулярно. Лишь одна женщина не состояла на учете.

Анализ диспансерного наблюдения за беременными показал, что в условиях женской консультации беременные не были обследованы в полном объеме. У каждой второй женщины настоящая беременность протекала на фоне гипохромной анемии. Все женщины состояли в браке.

Анализ клинического материала показал, что амниотическая эмболия в структуре материнской смертности по г.Баку занимает 8-ое место (2,6%). Следует отметить, что уровень амниотической эмболии в первом пятилетии (1996-2000) и в последнем (2001-2005) было одинаковым (2,7%)

Из 4-х умерших женщин у трех беременность завершилась родами: своевременными- у 1(25%), преждевременными - у 1(25%), запоздалыми - у 1(25%). У одной первобеременной женщины беременность закончилась поздним выкидышем в сроке 27-28 недель. Роды через естественные родовые пути состоялись у 3(75%) .

Больше половины умерших женщин были родоразрешены через естественные родовые пути. Лапаротомия после родов с последующей ампутацией матки с придатками была произведена по поводу атонического кровотечения, ДВС синдрома и геморрагического шока, возникших в результате амниотической эмболии.

Анализ первичного материала показал, что две женщины умерли в первые минуты, после естественного родоразрешения и позднего выкидыша. Как было указано одна женщина умерла дородоразрешения, через 45 минут после излития амниотической жидкости, одна женщина умерла через 2 часа 20 минут после произведенной лапаротомии по поводу атонического кровотечения, ДВС синдрома и геморрагического шока в результате амниотической эмболии после естественного родоразрешения .

Типичные признаки ЭОВ, включающие гипотензию, удушье, судороги, кашель, цианоз, фетальную брадикардию, отек легких, остановку сердца наблюдались у всех умерших женщин.

Результаты анализа показали, что , экстрагенитальная патология в анамнезе была у 3(75%) женщин, при этом у двух (25%) отмечено несколько соматических заболеваний (хронический тонзиллит, ангина, анемия). В структуре экстрагенитальной патологии преобладала гипохромная анемия (75%).

Факторами риска возникновения амниотической эмболии явились: стимуляция родовой деятельности окситоцином – 1(25%), оперативное вмешательство (ручное отделение последа, ручное обследование полости матки) – 2 (50%), запоздалое вскрытие плодного пузыря – 1(25%).

Приводим пример из практики.

Беременная Г.А., (№ ист.р 2110) - 23 г.доставлена в клинику 1.09.1997 г. в 9 часов 45 минут с каретой скорой помощи в сопровождении родственников.

Из анамнеза выяснили, что данная беременность первая. Женскую консультацию не посещала. Клинический диагноз: Беременность 27-28 недель. Самопроизвольный поздний выкидыш. Запоздалое вскрытие плодного пузыря.

В машине скорой помощи, в связи с интенсивной родовой деятельностью было произведено вскрытие плодного пузыря, после чего – состояние больной резко ухудшилось: появлялись боли за грудиной, одышка, чувство страха, цианоз лица, падение давления. Появилось подозрение на ЭОВ. Срочно вызваны реаниматолог и анестезиолог. Проводится адекватные реанимационные мероприятия, в течение 30 минут, но без эффекта. Смерть была непредотвратимой.

Приведенный нами вышеуказанный пример еще раз свидетельствует о позднем поступлении беременной в стационар.

Следует отметить, что для определения качества оказания медицинской помощи и установления причин смерти умерших позволяет аутопсия. За исследуемый период из четырех умерших женщин ни у одной аутопсия не была произведена. Это связано с тем, что родственники категорически отказывались от аутопсии.

Таким образом, результаты первичного медицинского анализа за 10 свидетельствуют, о том, что ЭОВ в структуре материнской смертности по г.Баку занимают 8-ое место. Уровень материнской смертности (МС) от амниотической эмболии последних пяти лет (2001-2005) и предыдущим пятилетием (1996-2000) был одинаковым. Более половины умерших женщин состояли на учете женской консультации.

Проведенный анализ показал, что 50% женщин умерли в первые минуты, после естественного родоразрешения и позднего выкидыша. Одна женщина умерла до родоразрешения. Другая, спустя через 2 часа 20 минут после лапаротомии.

Смерть женщин наступила в результате острой сердечно-легочной недостаточности и острой анемии. Половины умерших женщин страдали одним или несколким экстрагенитальными заболеваниями (хронический тонзиллит, анемия). В структуре соматических заболеваний гипохромная анемия занимала первое место.

Факторами риска возникновения амниотической эмболии явились запоздалое вскрытие плодного пузыря, стимуляция родовой деятельности окситоцином, оперативное вмешательство (полостные щипцы, ручное обследование полости матки). При ведении беременных и родов были допущены ошибки со стороны ведущих врачей, а также врачей женской консультации.

Итак, эмболия околоплодными водами является грозным осложнением повседневной практике акушеров и анестезиологов. Своевременное выявление факторов риска эмболии, ликвидация физиологических механизмов, способствующих нарушению сократительной активности матки. Врач должен оценивать сократительную активность матки перед проведением ее стимуляции. Поэтому каждое такое вмешательство должно проводиться строго по показаниям.

С целью профилактики эмболия околоплодными водами следует избегать необоснованные назначения окситоцина и простагландинов. Готовность и оснащение родовспогательных учреждений для проведения реанимации и интенсивной терапии является доступной основой для сохранения жизни больных с амниотической эмболей.

Первоочередные меры заключаются в проведении сердечно- легочной реанимации, исскуственной вентиляции легких. Целесообразно в/в введение допамина и кортикостероидов, также проводится борьба с ацидозом и коррекция коагулопатической системы крови. После стабилизации состоянии матери, необходимо родоразрешение, которое предпочтительно проводить через естественные родовые пути. При маточном кровотечении производят экстирпацию матки.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Акушерство под редакцией академика РАМН Савельевой Г.М. М. «Медицина». -2000, -С.630-631.
2. Каминский В.В., Жук С.И., Медведь В.И. // Материнская смертность и место эмболий в ее структуре / Материалы IV МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧИНИЙ ФОРУМА, Жinорий Лікар, 2009, №2, с.4
3. Материнская смертность в 2005 г. по оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2007
4. Акушерство от десяти учителей под редакцией Стюарта Кэмпбэлла и Кристофа Лиза. / Пер. с английского под редакцией академика РАМН В.Н.Серова. М.:Медицинское информационное агенство, 2004, с.41, 291-293.
5. The World Health Report. Mfre every mother and every child count. Geneva: World Health Orqanization, 2005, P62.

Xülasə

Bakı şəhərində son 10 ildə dölüyanı maye emboliyası nəticəsində ana ölümü

S.K.Bağırova, N.M.Şəmsədinskaya

Hazırki tədqiqat işinin məqsədi amniotik emboliya nəticəsində ölən qadınların kəmiyqət göstəricisinin, onların analıq ölümü strukturunda yerinin təyin edilməsindən və bunların əsasında amniotik emboliya olan qadınların hamiləliyin gedişatı və doğuşun aparılması ilə bağlı tövsiyələrin hazırlanmasından ibarətdir. Tərəfimizdən son 10 il ərzində Bakı şəhərində amniotik emboliya nəticəsində ana ölümünün dimanikasının öyrənilməsindən ibarətdir. Dölyanı maye

emboliyasının profilaktikası məqsədilə lazımsız olaraq oksitosin və prostoqlandinlərin istifadəsindən uzaq olmaq lazımdır. Doğuş evləri amniotik emboliyalı anaların həyatının qorunmasına yönəlmiş reanimasiya və intensiv terpiya tədbirlərinin hazırlanmasına hazır olmalıdır.

Summary

Maternal mortality in amniotic fluid embolism over 10 years in baku.

S.K.Bagirova, N.M.Shamsadinskaya

The aim of this study was to establish the proportion of women who have died from the amniotic embolism, place them in the causes of maternal mortality and on the basis of the data to develop recommendations for the management of pregnancy and childbirth in women with amniotic fluid embolism. We conducted a retrospective analysis of the dynamics of maternal mortality from amniotic embolism in 10 years in maternity institutions Baku (1996-2005). In order to prevent amniotic fluid embolism should avoid unwarranted use of oxytocin and prostaglandins. Preparedness and equipment rodovspogatelnyh institutions to conduct intensive care unit is available as a basis for the preservation of life of patients with amniotic embolism.

Daxil olub:21.11.2012

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОСОНОГРАФИИ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ПЕЧЕНИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

Э.А. Искендеров

Научный Центр Хирургии имени М.А.Топчибашева, г.Баку

Açar sözlər: lazer dopler, reperfuziya, mikrosirkulyasiya, işemik hazırlıq

Ключевые слова: лазер допплер, реперфузия, микроциркуляция, ишемическая подготовка

Key words: **L**aser Doppler, Liver, Reperfusion, Microcirculation, Ischemic Preconditioning

Вторая половина XX столетия ознаменовалась появлением лазеров – источников света с новыми свойствами, такими, как: монохроматичность, когерентность, поляризованность и направленность. Лазеры начали применять практически во всех отраслях человеческой деятельности и в наши дни широко используются в качестве измерительных приборов. С их помощью наблюдают за искусственными спутниками Земли. Успешно используются лазеры в радиолокации, при этом значительно повышается точность определения скорости движущегося объекта и его местонахождение. Лазеры применяют для измерения скорости вращения земли и при стыковки космических кораблей. Они незаменимы в вычислительной технике. Но лазер приобрел не только технические профессии. Его чудодейственные лучи вернули здоровье тысячам людей. В настоящее время в большинстве стран мира наблюдается интенсивное внедрение лазерного излучения в биологических исследованиях и в практической медицине [3,4,5,6].

Уникальные свойства лазерного луча, такие как идентифицировать движущиеся элементы, определить скорость вращения и потока, открыли широкие возможности его применения в диагностике различных патологий связанных с нарушениями кровоснабжения и расстройствами микроциркуляции. В настоящее время полную картину степени кровоснабжения и микроциркульяции (МЦ) можно получить с помощью лазерной допплеросонографии (ЛДС), основанной на зондировании тканей лазерным излучением и последующей регистрацией излучения, отраженного от подвижных и неподвижных компонентов ткани. Преимущества ЛДС в изучении МЦ связаны с ее неинвазивностью, возможностью длительного мониторинга, отсутствием противопоказаний [2,7].

Самым интересным органом для исследования МЦ методом ЛДС является печень, которая имеет двойную систему притока крови. Для профилактики массивных кровотечений при обширных резекциях печени применяется пережатие гепатодуоденальной связки. Во многих случаях после операции возникает и в скором времени прогрессируется печеночная недостаточность, которая сопровождается микроциркуляторными нарушениями. Наиболее серьезные патологические изменения в печени,

возникают после восстановления кровотока и поэтому их обобщенно называют реперфузионное повреждение. Многочисленные исследования определили микроциркульяторные расстройства печени важным звеном в патогенетической цепи развития реперфузионного синдрома. Диагностика и профилактика реперфузионного повреждения после резекций печени на фоне цирроза остается актуальной проблемой в гепатобилиарной хирургии [1,8,9,10].

ЦЕЛЬ исследования: выявить возможности лазерной допплеросонографии для идентификации микроциркуляторных нарушений в печени после обширной резекции на фоне цирроза и оценка эффективности ишемической подготовки (ИП) печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследования проводилось на белых крысах Wistar, весом 250-300 грам, в экспериментальной лаборатории Университетской клиники города Бонн, Федеративной Республики Германии. Для анестезии применяли введение кетамин-ксилазиновой смеси внутримышечно, в дозе ketamine 90 mg/kg и xylazine 10 mg/kg. Дальнейшие манипуляции проводились под ингаляционной анестезией изофлуран-оксигеновой смесью (2.5% - isoflurane, oxygen - 0.5 L/min). Брюшная полость открывалась срединным разрезом, после чего измеряли микроциркуляцию печени способом лазерной допплерографии.

Печеночную микроциркуляцию изучали с помощью аппарата Laser Doppler (Created by O2C: LEA Medizintechnik GmbH). Аппарат снабжен датчиком, излучающим лазерные лучи и имеющим возможность воспроизвести изменения отражения лучей в цифровом формате в виде графиков на дисплее. На рисунках отображены общий вид аппарата и положение датчика на поверхности печени крысы.



Рис. 1. Laser Doppler аппарат.

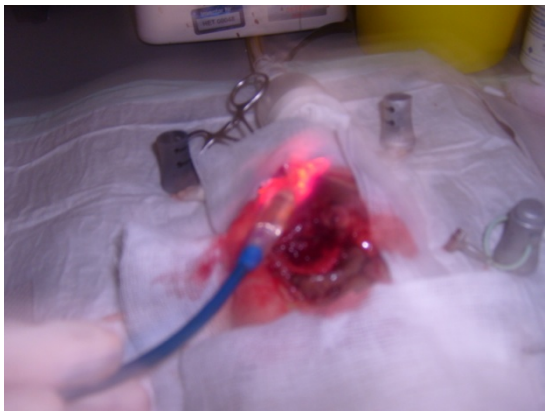


Рис. 2. Наложение датчика.

Аппарат имеет возможность на уровне – 4мм (surface) и на глубине 8 мм (deep) от поверхности печени вычислять нижеперечисленные параметры микроциркуляции: печеночный кровоток (Hepatic Flow), относительное количество гемоглобина (rHb - relative hemoglobin amount), скорость кровотока (blood flow velocity) и кислородная насыщенность тканей (Oxygen supply of tissue - SO_2). Измерение микроциркуляции проводится на поверхности большой левой и на поверхности двух правых: медиальной и латеральной долях.

Датчик, излучающий лазер бережно держали над исследуемой долей печени так, чтобы оно не прикасалась к поверхности печени, во имя избежание давления, которое может спровоцировать изменения в локальном кровотоке. Между датчиком и печенью оставалось тонкое пространство и в течение минуты проводилось измерение в разных частях долей, не принимали в учет цифровые данные, полученные в начале и в конце измерения, которые резко отклонялись во время привода и отведения лазерного датчика.

Таблица 1

Технические данные аппарата O2C и параметры лазерного излучения

Физиологический эффект	Эмиссионный лазер / Белый свет
Классификация	Лазерный аппарат - 3Б класс, зашита - 1 класс
Источник света	Лазерный диод / Галогеновая лампа
Длина волны	Низко интенсивный лазер

Способ	Непрерывная волна
Сила	< 30 mW
Резолюция	1 nm

Модель билиарного цирроза создавалась следуюшим образом: общий желчный проток (ОЖП) выделялся в толще гепатодуоденальной связки, перевязывался и пересекался между двумя лигатурами, отрезок протока длиной в 2см извлекался для предотвращения реканализации. Брюшную полость закрывали двухрядным швом, держали в лабораторных условиях 4 недели, после чего производилась релапаротомия, измерение микроциркуляции и интенсивность портального кровотока. После мобилизации большая левая доля печени резецировалась. Крыс подразделили на 3 группы: В первой контрольной группе (n=30) производилась резекция печени: перед операцией накладывали сосудистый клип на магистральные сосуды у ворот печени. Во II (n=30) и III группах (n=30) резекция печени осуществлялась на фоне билиарного цирроза. В III группе до операции применялась ишемическая подготовка путем периодических наложений и снятий клипа на магистральные сосуды у ворот печени по схеме 10 минут ишемии + 5 минут реперфузия + 15 минут ишемия + 5 минут реперфузия. Статическая обработка данных производилась с помощью параметрических (Стюдент) и непараметричеких (Манна-Уитни) методов. При $p<0,05$ разница между группами считалась достоверной.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**.** Через 1 час после резекции в контрольной группе отмечалось повышение объема как поверхностного, так и глубокого печеночного кровотока (ПК) по сравнению с исходным, в то время как снизилась насыщенность тканей кислородом на исследованных уровнях. Исследования, проводившиеся через 3 часа после резекции, отмечали некоторые сдвиги в параметрах микроциркуляции. Среди показателей в поверхностных слоях печени наблюдалось понижение печеночного кровотока. Скорость кровотока была практически идентична с исходными данными. Низкая сатурация на поверхности печени - 69,38% привлекла внимание. В глубоких тканях повысился печеночной кровоток (533,66±17,04 мл/перф.ед - 559,35±22,38 мл/перф.ед; $p<0,05$), а сатурация была всего на 10,6% ниже исходного. Через 24 часа после резекции печеночный кровоток на поверхности печени был ниже от исходного приблизительно на 20%, в то время как в глубоких слоях параметр кровотока достиг нормальных цифр (585,7±19,66 мл/перф.ед). Сатурация на поверхности была 74,6%, в глубоких тканях 89,3%. Скорость кровотока и количество относительного гемоглобина восстановили исходные позиции.

У крыс, на которых была создана модель билиарного цирроза, микроциркуляторные изменения отразились депрессией на всех цифровых показателях доплерографических параметров. Печеночный кровоток на поверхностном слое снизился почти на половину, а глубокий параметр на 31,56% по сравнению с цифрами до моделирования. Сатурация тканей была между 32,2 и 34,1%. Исследования через 1 час после резекции во второй группе показали, что гемодинамические нарушения на фоне билиарного цирроза в фазе реперфузии носят более грубый характер. Печеночный кровоток снизился на поверхности до 86,6±16 мл/перф.ед., а в глубоких слоях до 285,6±32мл/перф.ед. ($p<0,05$). Скорость кровотока уменьшилась на 22%, почти не изменилось количество относительного гемоглобина. Сатурация снизилась до 14,05% в поверхностных слоях и до 19,37% в глубоких тканях. Через 24 часа после резекции наблюдалось слабое улучшение печеночной микроциркуляции. Показатели печеночного кровотока смогли удержать свои позиции, показатель в глубоких слоях повысился на 5,52%, что все ещё было на 35,3% ниже показателей объема кровотока до моделирования. Показатели кровотока свидетельствуют о грубых нарушениях печеночной микроциркуляции, связанных с реперфузионным повреждением. Низкое количество относительного гемоглобина и пониженная сатурация дают яркую картину гипоксического состояния гепатоцитов.

Применение ишемической подготовки в III группе до оперативного вмешательства способствовала появлению обнадеживающих результатов уже через час после резекции. К I часу после резекции добились повышения печеночного кровотока в глубоких тканях до 364±9,71 мл/перф.ед, тогда как в группе без

подготовки этот параметр был 285,6±32мл/перф.ед.

Таблица 2

Портальный кровоток и печеночная микроциркуляция через 3 часа после резекции

Параметры	Контрольная группа	Группа модели билиарного цирроза	Группа ишемической подготовки
SO_2 (S)	69,38±1,2	13,22±2,1	38,3±2,1
rHb (S)	83,2±8,6	41,39±1,8	100,8±3,4
Flow (S)	196,89±18,4	101,8±12,9	153±7,96
Velocity (S)	25,79±1,4	17,98±1,4	19,5±1,43
SO_2 (D)	80,91±1,5	17,2±2,2	46,2±1,26
rHb (D)	106,28±11,8	76,11±3,4	101±3,37
Flow (D)	559,4±23,7	341,7±26,9	389±3,51
Velocity (D)	66,69±1,8	44,60±3,4	50,9±1,38

На измерениях через 3 часа после резекции (таб.2) отмечалось улучшение параметров микроциркуляции. Увеличился объем печеночного кровотока на поверхности органа до 153±7,96 мл/перф.ед., поднялось относительное количество гемоглобина, в глубоких тканях достигшей уровня 101±9,52. Также наблюдали значительное нарастание скорости кровотока. По сравнение с группой без ишемической подготовки, сатурация тканей была высокая, по сравнению с контрольной группой значительных сдвигов не наблюдали. Благодаря регрессии признаков воспаления и беспрепятственному оттоку крови, повысились показатели скорости кровообращения. Повысился общий объем печеночного кровотока, улучшились микроциркуляция и перфузия тканей. Изменения показателей в сторону нормализации была более ярко выражена через сутки после операции. Благодаря удачному применению ишемической подготовки через сутки после операции сатурации на поверхности печени повысилась до 46,2%, а в глубоких тканях до 60%. В III группе, относительное количество гемоглобина - rHb возросло до высоких цифр даже по сравнению с контрольной группой. Известно что, rHb показывает наполнение микрососудов, что связано с плотностью скопления капилляров и наполнением венозных ветвей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Реперфузионное повреждение приобретают более опасный характер на фоне цирроза. Результаты исследования кровотока выявило повышение при указанной подготовке скорости и общего объема печеночного кровотока, насыщенность тканей кислородом в основной группе. Лазерная допплеросонография является эффективным методом диагностики микроциркуляторных изменений после резекций печени. Наши данные позволяет с уверенностью сказать, что используя стандартные измерения с помощью Лазер Доплеросонографии можно достоверно вычислит изменение в печеночной гемодинамики вследствие реперфузионного повреждения, а также в динамике наблюдать за процессом восстановления и адекватно оценить эффективность предварительной ишемической подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байрамов Н. Ю. Осложнения резекции печени // Анналы хирургической гепатологии, 2000, т.5, № 1, с.14-18
2. Брискин Б.С., Букатко В.Н. Использование лазерной допплеровской флоуметрии для оценки эффективности лечения острого панкреатита // Хирургия, 2003, №11, с.20-25
3. Буйлин В.А., Москвин С.В. Низкоинтенсивные лазеры в терапии различных заболеваний. М.: НПЛЦ «Техника»,2004, 174 с.
4. Гейниц А.В., Мамедов А.А., Мамедов М.М. Применение переменного магнито-инфракрасного лазерного излучения в профилактике и в комплексном лечении печеночной недостаточности при механической желтухе // Анналы хирургии, 2004, №4, с.45-48
5. Ляндрес И.Г. Лазерные технологии в хирургии. Минск, 2001, 143 с.
6. Мамедов А.А., Мамедов М.М. Магнито-лазерная терапия в хирургии гепатобилиарной зоны: реальность и преспективы (обзор литературы) // Здоровье, №5, 2005, с.26-31
7. Приезжев А.В., Тучин В. В., Шубочкин Л. П. Лазерная диагностика в биологии и медицине.М.: Наука, 1989, с. 240
8. Фёдоров В.Д., Вишневский В.А., Назаренко Н.А. и др. Основные осложнения обширных резекций печени и пути их предупреждения // Бюллетень сибирской медицины, 2007, № 3,с.16-21
9. Sudhamshu KC, Shoiichi Matsutani, Hitoshi Maruyama et al Doppler study of hepatic vein in cirrhotic patients: Correlation with liver dysfunction and hepatic hemodynamics // World J Gastroenterol., 2006, v.12(36), p.5853-5858

10. Chen Yong-liang, LI Wen-gang, Huang Zhi-qiang et al Effects of portal venous arterialization on acute occlusion of hepatic artery in rats // Chin Med J., 2008, v.121(14), p.1302-1306

Xülasə

Reperfuziya zədələnmələrinin profilaktika və müalicəsi üçün qaraciyərin əvvəlcədən işemik hazırlığının effektivliyi qiymətləndirildikdə lazer dopplersonoqrafiyasının informativliyi

E.A.İsgəndərov

Qaraciyərin rezeksiyasından sonra serroz fonunda reperfuziya zədələnməsinin diaqnostika və müalicəsi hepatolobiliar cərrahiyyənin aktual problem olaraq qalmaqdadır. Tədqiqatlar siçovullar üzərində aparılmışdır. Onlar 3 qrupa bölünmüşlər. Nəzarət qrupunda qaraciyərin rezeksiyası aparılmışdır. II qrupda öd axarlarını bağlayaraq biliar sirroz modeli yaradılmışdır. III qrupda rezeksiyaya qədər 10 dəq.İ+5dəq.Rep.+15dəq.İ+5dəq.Rep. sxemi üzrə işemik hazırlıq aparılmışdır. Burada İ- işemiya, Rep-reperfuziyya müddəti deməkdir. Lazer dopplersonoqrafiyası metodu ilə rezeksiyadan 1, 3 və 24 saat sonra qaraciyər mikrosirkulysiyası ölçülmüşdür. Qan axınının qeyd olunan hazırlıq zamanı müayinəsinin nəticələrinə əsasən hazırlığın sürəti və ümumi qaraciyər qan axını həcmi yüksəldiyi aşkar olunmuşdur. Rezeksiyadan sonra müxtəlif saatlarda portal qan axının intensivliyi hazırlıq aparılmayan qruplara nisbətən yüksək olmuşdur. Rezeksiyadan sonra mikrosirkulyator dəyişikliklərin ölçülməsində lazer dopplersonoqrafiyası metodu daha effektivdir.

Summary

The informative value of Laser Doppler sonography at an estimation of efficiency of liver ischemic preconditioning for prophylactic and treatment of reperfusion injury

E.A.Iskenderov

The main aim of this study was to determine the value of Laser Doppler in checking efficiency of ischemic preconditioning (IPC) on rat liver cirrhosis**.** Cirrhosis was induced in Wistar rats by occlusion of the hepatic duct. The animals were divided into 3 groups: control group (liver resection only), cirrhotic control group (liver resection in cirrhotic rats), and IPC group (cirrhotic rats with ischemia, previously submitted to IPC). The parameters of liver microcirculation and portal flow intensity, changes in morphologic structure were observed after 1, 3, 24 hour of resection. Ischemi-reperfusion injury induces led to disturbances in normal rats after liver resection. Microcirculatory changes in cirrhotic liver significantly deeper. Ischemic preconditioning protects the liver from hepatic injury induced by the ischemia/ reperfusion process. In IPC group the recovery process of liver microcirculation parameters were better than in group without preconditioning. Our results show that the microcirculatory changes of the liver can be precisely investigated by Laser Doppler.

Daxil olub:15.10.2012

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН

Т.А.Шамсадинская

Центр Ангиологии и Микрохирургии, г.Баку

Açar sözlər: venaların xronik xəstəlikləri, patofiziologiya, açağı ətraflar

Ключевые слова: хронические заболевания вен, патофизиология, нижние конечности

Key words: chronic venous disease, pathophysiology, and the lower limbs

Понимание патофизиологии является основой для эффективного лечения. Концепция венозной гипертензии, ответственной за развитие хронической венозной недостаточности не отражает масштаб изменений как на клеточном так и на молекулярном уровне, ведущих за собой патологическую направленность гемодинамических процессов в венозной системе. Венозная гипертензия влечет за собой несостоятельность клапанного аппарата, изменения комплекса интимы-медия сосудов и недостаточную работу икроножной мышечной помпы, в виду отсутствия физической активности [1,2]. Кроме того, повреждения в мягких тканях и кожных покровах нарастают с увеличением градиента давления. В норме у пациентов с хроническим заболеванием вен с давлением до 30 мм рт ст, венозные язвы не обнаруживаются [3,4].

На примере, пациентки Шириновой Мясяти Ширинбала (38 лет), можно рассмотреть изменения в бассейне большой подкожной вены. Больная, обратилась с жалобам на тупые боли в области внутренней части бедра, на быструю утомляемость, отеки во второй половине дня. При сборе анамнеза и тщательном исследовании крови, никаких серьезных изменений обнаружено не было. При исследовании в дуплекс режиме, В-режиме, затем допплерографии с цветовым картированием потока были обнаружены следующие изменения:

1.В месте впадения большой подкожной вены в глубокую вену бедра, обнаружено аневриматическое расширение.

2.Клапанная недостаточность IIb степени

3.Рефлюкс сафено-феморальный 2 степени

4.Дилатация составила 5 сантиметров в диаметре, на протяжении 45 сантиметров.

Необратимые изменения, развивающиеся в тяжелых и поздних стадиях пораженных конечностей приводят к инвалидизации 20-25% пациентов. Если раньше заболевание относили к проблемам лиц старшей возрастной группы от 50 до 70 лет, то последние исследования указывают на то, что тяжелые изменения возникают в средней возрастной категории. Хроническое заболевание вен нуждается в постоянном мониторинге и адекватном лечение, которое зачастую длится всю жизнь. Помимо трофических измениний ,болевых симпотомов и тяжести в ногах, заболевание ограничевает и сильно ухудшает качество жизни, зачастую приводя к инвалидизации.жалобы пациентов могут варировать от незначительных ощущений и тяжести в ногах до сильных болевых симптомов с наличием трофических изменений включая язвы. Сформировавшееся мнение о проведении оперативного вмешательства после безрезультатного терапевтического лечения и длительное ожидание эффекта от него, мешает действенному лечению.Эта контапродуктивная и наиболее частая точка зрения непозволяет достаточно улучшить состояние обратившегося , приводит к потере времени и усугубления стадии заболевания.

Основным моментом наряду с терапевтическим лечением является и тщательное обследование. На основе данных этих двух этапов, можно решить о проведение инвазивных процедур и оперативных вмешательств.Ряд малых вмешательств такие как: кроссэктомия малой подкожной вены и операции по методу «Шеде» приводят к хорошим результатам, а характеризуются минимальным количеством осложнений.Следующей эффективной операцией является модификация вмешательства по «Линтону», целью которой является устранение рефлюкса перфорантных вен путем их лигирования и фиксированием места выхода из фасции.

Необходимость в своевременном обращении, тщательном исследовании и последующем выборе тактики хирургического лечения очевидна.

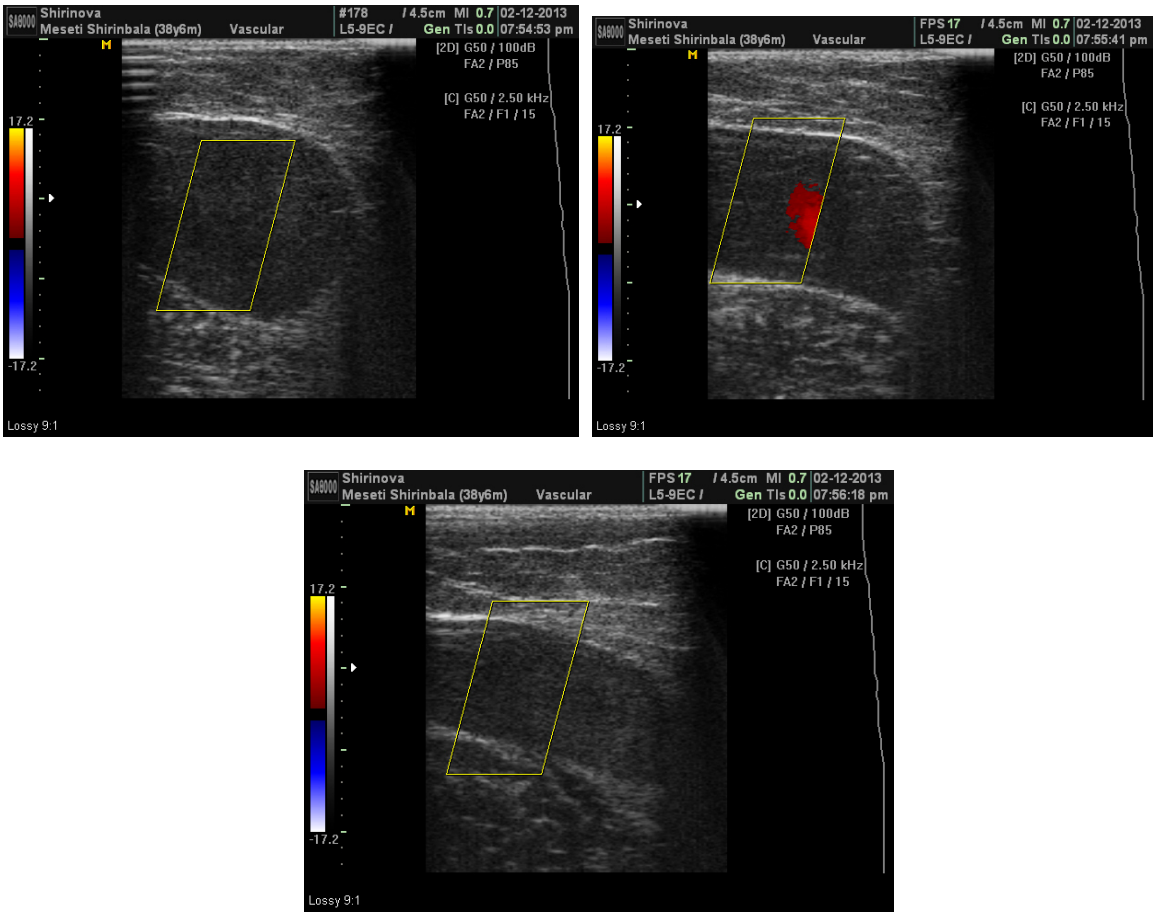


Рис. Допплер и дуплекс исследования варикса

ЛИТЕРАТУРА

1. Nicolaides A.N., Allegra C., Bergan J., Bradbury A. et. al. Management of chronic venous disorders of

lower limbs, quidelines according to scientific evidence // Int. Angiol. 2008, v.27 (1) , p.1-59.

2. Kearon G., Kalin SR., Angelli G., Goldhaber S2., et.al Antitrombotic therapy for venous thromboembolic disease: ACCP evidence-based clinical practice quidelines (8 th ed) // Chest, 2008, v.133 (6), p.454S-545S.

3. Золотухин И.А. Итоги научно-практической конференции с международным участием криохирургии варикозной болезни // Флеболимфология, 2002, №16, с. 13-19.

4. Кошкин В.М., Каралкин А.В., Насташева А.Р. Особенности периферической гемодинамики у больных вен нижних конечностей, осложненной трофическими язвами // Ангиология и сосудистая хирургия, 2008, №2. С.79-83

Xülasə

Venaların xronik xəstəliyinin patofiziologiyası

T.A.Şəmsədinskaya

Patofiziologiya anlayışı effektiv müalicənin əsasını təşkil edir. Xronik venoz çatışmazlığına səbəb olan venoz hipertenziyası konsepsiyası həm hüceyrə, həm də molekulyar səviyyədə baş verən dəyişikliklərin miqyasını əks etdirmir. Venoz çatışmamazlığı fiziki aktivliyin çatışmazlığı nəticəsində klapan aparatının zəifləməsinə, damarların media intim komplekslərı dəyişikliklərinə və baldır əzələ pompasının fəaliyyət çatışmazlığına gətirib çıxarır.

Summary

Pathophysiology chronic venous disorders

T.A.Shamsadinskaya

Understanding the pathophysiology is the basis for effective treatment. The concept of venous hypertension, responsible for the development of chronic venous insufficiency does not reflect the scale of the changes at the cellular and molecular level. Venous hypertension leads to a failure of the valve apparatus, changes in intima-media complex vessels and insufficient work the calf muscle pump, due to the lack of physical activity.

Daxil olub:15.10.2012

HAMILƏLIYIN FIZIOLOJI GEDIŞATINDA PARODONTITLƏRIN KLINIKI-MORFOLOJI XÜSUSIYYƏTLƏRI

T.Y. Əliyev, H.K.Muradov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: hamiləlik, parodontit

Ключевые слова: беременность, пародонтит

Keywords: pregnancy, periodontitis

Müasir stomatologiyada parodont xəstəliklərin öyrənilməsi aktual problem olaraq galır, bu da yüksək tezliklə gingivitin, parodontitin və parodontozun yayılması ılə əlaqədərdir. Ümümdünyə Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə yer kürəsi əhəlisinin yarısında parodont xəstəliyi təyin edilir [3,5,7].

Hamillik müddətində parodont xəstəliyinə aid coxsaylı elmi tədgigatlara baxmayaraq,dərc olunan nəticələr bir birinə ziddir [1,2,4]. Parodontitin səbəblərindən biri də hamiləlik müddətində ciftdə sintez olunan coxsaylı hormonların səviyyəsinin dəyişməsidir. Aparılan tədgigatlara qörə parodonta olan dəyişiklər (62,4%) ilk dəfə hamiləlik zamanı təyin edilir , 37,6%-da isə parodontun xroniki iltihabi prosesin kəskinləşməsi aşkar olunur [1,6]. Qeyd etmək lazımdır ki, hamiləliyin fəsadlı gedişatında parodontitin rastgəlmə tezliyi yüksəkdir. Belə ki, edilmişdir ki hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərində parodontitin tezliyi 52,5% olmuşdur.Lakin fizioloji hamiləliydə bu göstərici 34,3% təyin edilmişdir [4,5,8].

Qeyd olunan problemin aktuallığini nəzərə alaraq, hazırki tədqiqatın məqsədi: hamiləliyin fizioloji gedişatında parodontun kliniki-morfoloji xüsusiyyətlərin öyrənilməsi olmuşdur.

Məqsədə uyğun olaraq, 50 fizioloji hamiləliyi olan qadının ağız boşluğunun müayinəsı aparılmış və parodontun müxtəlif xəstəliklərinin tezliyi təyin edilmişdir. Tədqiqatda parodontun xəstəliklərində AKRA təsnifatından (1983) istifadə olunmuş və kataral, hipertrofik gingivit və şişəbənzər növü (parodontoma) əlamətləri aşkar edilmişdir.

Kliniki müayinə ilə yanaşı parodont toxumasının sitoloji və sito-histokimyəvi tədgigatı da aparılmışdır.

Микроскопик тядгигатда ağız боşluğундан götürülən yaxmalar Романовски-Гимза цсулу иля, азур 2 - еозинля, щематоксилин-еозинля, Ван-Эизон цсулу иля пикрофуксинля, Щожкисс-Мак-Мануса эюря PAS-реаксийа иля, тионин вя алсиан-абысы иля, Фут цсулу иля эцмцш-нитратла рянэлянмишдир.

Пародонтда эедян енержи вя лазыми субстратларла тяъщизи просесляри ися ситокимйяви олараг аденозинтрифосфатаза (АТФ-аза), turş fosfataza (TF-aza) вя гяляви фосфатаза (ГФ-аза) ферментляринин фяаллыьынын юйрянилмяси йолу иля гиймятляндирилмишдир. Гейд едиляр цсуллар щистокимйа вя ситокимйайа аид хцсуси рящбярликлярдя эениш шярщ олунмуш, онларын ижра техникасы эюстярилмишдир.

Буна эюря дя онларын йериня йетирилмя хцсусиййятляринин ятрафлы тясвирини лазым билмирик. Микрофотографийа ишляри исə бцтцн материаллар цчцн стандарт режимдя апарылмышдыр.

Морфоложи мцайинялярin уцксяк дяряжядя информативлийи, яксяр щалларда, техники ижрасынын садялийи, ян мцхтялиф функсионал гурулушларын вя биополимерлярин ашкарламасы кими хассяляри бу мцайинялярдян эениш истифадя етмяйя имкан верир.

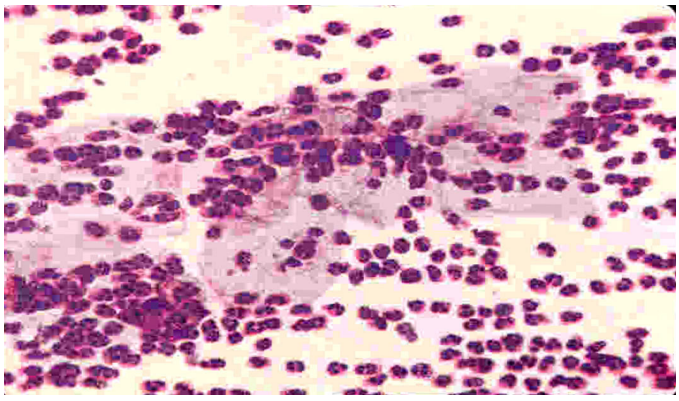
Beləliklə, dейилянляря ясасланараг, щамилялийин физиоложи эедишаты заманы тядгигат континэенти хястяляринин пародонт nahiyyələrindən diş ətindən йахма-изляр эютцрмякля просесин сито-щистоложи, щямчинин сито- вя щистокимйяви эюстяриъиляриниюйрянмишик.

Aparılan tədgigat əsasında 50 hamiləliyin fizioloji gedişatı olan qadınlarda, əksəriyyət olaraq diş ətrafi yümşaq toxumaların-diş ətinin iltihabı aşkar edilmişdir. Onlardan kataral qinqivit 19-də (38%), hipertrofik qinqivit -8-də(16%), şişəbənzər gingivit (parodontoma)isə 2(4%) hamilədə aşkar olunmuşdur.

Alınan nəticələrə görə hamilələrin 42% -də (21) parodontitin kliniki-morfoloji dəyişikləri təyin edilmir.

Kataral qinqivitin (n=19) kliniki əlamətlərindən odem, diş ətinin hiperemiyası, müayinə zamanı qanlı ifrazat, diş əti məməciklərinin hamarlaşması qeyd olunur və bu яламятляр мцшащидя едилян хястялярдя ситоложи вя ситокимйяви олараг, пародонтун селикли гишасынын епителиал гатында габарыг фагоситар щцъейря реаксийасы ашкарланыр: ситопопулйасийанын чох щиссясини микрофаглар, моноситар вя щистиоситар макрофаглар тяшкил едир. Аз дифференсиасийалы елементлярин сайы йохлама эюстяриъиляриниэейли кечир, лимфоид-плазмаситар щцъейряляр ися жцзи мигдардадыр (Шяк.1).

Тяк-тяк, бязян диффуз-сяпялянмиш шякилдя осмотик-бцзцшмцш вя йа парчаланан еритроситляр, айры-айры микрофлора елементляри эюрцнцр. Яксяр хястялярдя чох инжя фибрин саплары, бязян фибриноз ярп айырд едилир. Фагоситляринт удма фяаллыьы чох йцксякдир ки, (76,0±3,8%), бу да пародонтун селикли гишасы зонасында актив санасийайа дялалят едир. Щямин щцжейрялярдя енеръи тящжизаты, няглиййат вя мцдафиянин ясас ферментляри АТФ-аза, ГФ-аза, ТФ-аза потенсиалы чох йцксякдир.



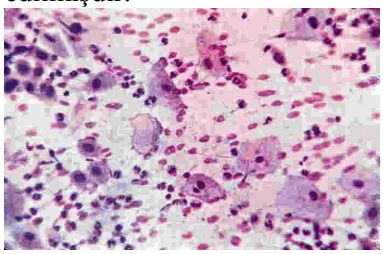
Шякил 1. Пародонт сятщинин ситоложи мянзяряси. Катарал эинэивит. Тяк-тяк сяпялянмиш щистиоситляр, сегментнцвяли фагоситляр; йцксяк фагоситоз фяаллыьы. Аз сайлы еритроситляр, микрофлора. Йохлама групу. 29 йашлы хястя. Бойаг: щематоксилин-еозин; Бюйцтмя: об.40, ок. 7

Мікроскопик олараг реэенератор просеслярин морфолоъи зямини олан фибробластик тябиятли щцжейряляр вя онларла сых ялагяли фибрилляр ашкар едилир. Пародонтун сятщи исə гатында юдем вя гансызмалар гейдя алыныр. Епителиал лайда щцжейрялярин вакуол дистрофийасы, одеми иля йанашы строманын гейри бярабяр фрагментасийасы, дамарларын долуганлылыьы вя эенишлянмяси ашкар едилир.

Sitoloji вя sitокимйяви мцайиняляр эюстярир ки, пародонт сащясинин мяркязи тохума детрит иля тутулмушдур, кянарлары ися саьлам тохумалардан дягиг сечилян демаркасион лейкоситар лювщя иля айрылмышдыр,hansıların ki тяркибиндя дяняли лейкоситляр (илк нювбядя - нейтрофилляр) сайжа кяскин дяряжядя цстцнлцк тяшкил едир.

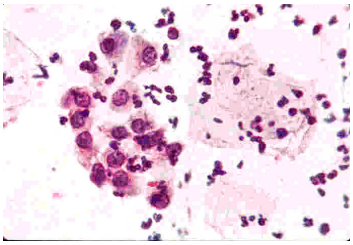
Гейд етмяк лазымдыр ки, щамилялийин физиоложи эедишаты заманы фибринoэенезин, зяиф дя олса, мцяййян яламятляри ашкар едилир. Ара маддянин аморф щиссясиндя гликозаминогликанларын щистокимйяви мигдары кифайят гядяр йцксяк сявиййядя галыр. Катарал гингивит зонасынын диби вя кянарларынын щцжейряляринин енержи тящжизаты (глікоэен, АТФ-аза, ГФ-аза, ТФ-аза) да кафи дяряжядядир.

Щipertrofik gingivitin kliniki əlamatlərini təhlil edərkən hamilələrdə müayinə zamanı diş ətinin məməciklərinin böyüməsi, hipertrofiyası, hiperemiyası, diş ətinin məməciklərinin proliferasiyası fonunda granulyasiyalar təyin edilmişdir.



Шяк.2. Пародонт сятщинин ситоложи мянзяряси. Щипертрофик эинэивит. Фибриллоэенез; тяк-тяк щистиоситляр; фяал фагоситоз. Йохлама групу. 20 йашлы hamilə. Бойаг: щематоксилин-еозин; Бцйцтмя: об. 90, ок. 10.

Hamilələrin əksəriyyətində sitoloъi və sitokimйяви олараг фяал фагоситоз просесляри артыг кафи дяряъядя интенсив эедян реэенерасийа иля мцштярякляшмишдир. Щцжейряви елементляр ичярисиндя фагоситляр цстцнлцк тяшкил ется дя, цмуми популйасийанын артыг 1/3 щиссясини бирляшдириъи тохуманын пластик характерли щцжейряляри тяшкил едир. Щяр ики груп щцъейряляринин фермент потенсиалы кифайят гядяр йцксякдир. Бу, хцсусиля дя сярбяст вя тохума макрофагларына аиддир. Катарал эинэивитлярля мцгайисядя онлардан фяргли олараг, лимфоид-плазматик елементлярин мигдары ъцзидир. Микроскопик олараг эениш шябякяли фибрилйар шябякянин формалашдыьы ашкар едилир (Шяк. 2).



Шяк. 3. – Пародонт сятщинин ситоложи мянзяряси. Parodontoma. Фибриллоэенез вя фяал фагоситоз. Йохлама групу. 32 йашлы хястя. Бойаг: щематоксилин-еозин; Бцйцтмя: об. 90, ок. 10

Пародонт toxumalarının щистоложи вя щистокимйяви мянзяряси, цмумиликдя, сабит эюстяриъилярля характеризя олунур. Мямяъикляр диффуз шякилдя щипертрофиуаляшмишдир. Сых лейкоситар инфилтрасийа ашкар едилир, епителиал лювщядя акантоз, паракератоз гейдя алыныр. Базал щцъейрялярдя чохсайлы митотик фяаллыг нязяря чарпыр. Илтищаби лювщянин тяркибиндя щям фагоситляр, щям дя фибробластик тябиятли щцъейряляр тапылыр. Фагоситлярин удма фяаллыьы чох йцксякдир, онларын яксяриййяти илтищаб зонасынын фагоситоз йолу иля детрит кцтлясиндян тямизлянмясиня ъялб олунмушдур. Бязи сащялярдя инжя гранулйасион тохума гейдя алыныр. Селикли гишанын хцсуси лювщясиндя фибриллоэенез ашкар едилир. Лифлярин дистрофийа яламятляри сятщидир; тяк-тяк микрозоналарда капилйар типли дамарларын de novo йаранмасы мцшащидя олунур. Ара маддядя дамар диварлары, лифляр, щцъейрялярля сых баьлы олан ШИФ-мцсбят полимерлярин мигдары хейли артмышдыр; ейниля бу ъцр гликоэенин дя мигдары йцксялмишдир. Бир нечя мцшащидядя мяркязя доьру истигамятлянмиш илк епител ъийяляри (епителляшмя) нязяря чарпыр.

Parodont xəstəliyin şişəbənzər növü (parodontoma) kliniki əlamətlərinə görə diş arası məməciklərin tünt gırmızı ara-sıra rast gələn, üstü nahamar paycıglar kimim özünü biruzə verir. Bu paycıqlar əksər halda epulidlərə bənzəyir.

Parodontomanın ситоложи вя ситокимйяви мянзяряси ейни група малик диэяр вариант эинэивитлярдян кюклц сурятдя фярглянир. Беля ки, епителиал пластда репарасийасыны тямин едян фибробластик, адвентисиал вя аз дифференсиасийалы щцъейряляр мигдаръа цстцнлцк тяшкил етдийи щалда, фагоситлярин сайы вя фяаллыьы хейли дяряжядя азалмышдыр. Пародонтун епителиал гаты кяскин дистрофик дяйишиклидир, stромада дамарларын долуганлыьы, тромбозу, каверноз формада эенишлянмяси мцяййян едилир.

Щцъейряви елементлярин енержи тящъизаты (гликоэен, АТФ-аза), няглиййат, мцдафия габилиййятинин эюстяриъиляри (ГФ-аза, ТФ-аза) ися адекват сявиййядя галыр. Эюрцш сащясиндя кцлли мигдарда коллаэен-ретикулйар тябиятли елементляр тапылыр ки, бу да йохлама групунун диэяр типляри цчцн характер дейилдир.

Материалларын щистоложи вя щистокимйяви тядгиги заманы бу вя йа диэяр дяряжядя дамарланмыш, инжя фибрилйар шябякяли, йцксяк интенсивликли (+++) фибриллоэенезя малик, аз дифференсиасийалы, адвентисиал, фибробластик щцъейрялярля зянэин гранулйасион тохума ашкар едилир. Сонунжунун тяркибиндя аморф маддянин ясас компонентляри олан гликозаминогликанларын ади щистокимйяви хассяляри вя мигдары йцксякдир. Тохуманын ян мцхтялиф зоналарында микродамарларын de novo формалашмасы просеси нязяря чарпыр. Бир сыра хястялярдя епителляшмя щяр ики - мяркязя вя мяркяздян периферийайа доьру истигамятдядир, диэяр хястялярдя ися бу просесин майасы мцяййян едилир. Щамилялийин физиоложи эедишаты заманы пародонтун репарасийасынын сявиййяси кафи дяряжядядир.

Беляликля, hamiləliyin fizioloji gedişatı zamanı baş verən morfoloji dəyişiklər морфо-щистокимйяви жящятдян дяриг сечилян бир нечя принсипиал яламятлярля характеризя олунурлар. Илк нювбядя, просесин алтератив-деструктив мярщялясинин мцддяти минимум эюстярижялярля харктеризя олунур, диэяр тяряфдян, репарасийанын бцтцн ясас просеслярини (детритляшмя, фагоситоз, дамарланма, фиброзлашма вя епителляшмя) тя'мин едян щцъейряви вя гейри-щцъейряви гурулушларын функсионал фяаллыьы вя енержи-метаболик тящжизаты оптималыьы иля фярглянир.

ƏDƏBIYYAT

1.Губаревская В.Л. О состоянии тканей десны у беременных// Стоматол., 1975, №1, с.19-22.

2. Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А. Заболевания пародонта. М.:Медицина,1999, 328с.

3.Сапронова Е.А., Служаев И.Ф., Рыжавский Б.Я. Морфометрические и цитохимические особенности эпителия слизистойоболочки десны у женщин в разные фазы менструального цикла // Стоматология, 2004, №3, с.12-14.

4.Талыбова Т. И.Особенности течения ,принципы лечения и профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин,страдающих анемией. Автореф. дис.. ... к.м.н. Баку, 1998, 19с.

5.Becerik S. , Özçaka O., Nalbantsoy A. et al Effects of Menstrual Cycle on Periodontal Health and Gingival Crevicular Fluid Markers // J. Periodontology, 2010? v.81, N5, p.673-681.

6. Boggess K.A. Maternal oral health in pregnancy // J.Amer.College Obstet. Gynec., 2008, v.111, N4, p.976-986.

7.Straka M. Paradontitis a predcsne porody nizkohmotnych deti // Progrezdent, 2002, N5, s.22-25

8.Vogt M., Sallum A.W., Cecatti J.G., Morais S.S. Periodontal disease and some-adverse perinatal outcomes in a cohort of low risk pregnant women // Reprod.Healh, 2010, v.29, p.7-29

Резюме

Клинико-морфологические особенности парадонтитов при физиологическом течении беременности

Т.Я. Алиев, Х.К.Мурадов

Целью данного исследования явилось изучение клинических, цитологических и цитохимических особенностей заболеваний пародонта при физиологическом течении беременности. Обследовано 50 беременных с физиологическим течением беременности. Установлено у 19 (38%) беременных наличие клинико- морфологических прояв-лений катарального гингивита, у 8(16%)-гипертрофического гингивита, у 2(4%)-наличие пародонтомы. Цитологические и цитохимические проявления заболеваний пародонта характеризуются некоторой функциональной активизацией клеточных, неклеточных структур, а также оптимизацией энергетических и метаболических процессов.

Suammary

Klinical and morphological particular of deaseses of parodont during fiiological pregnancy

T.Y. Aliyev, X.K.Muradov

To define clinical and morphology changes of parodont from women with fiziology pregnancy_To investigate 50 women with fiziology pregnancy. Were use clinical, cytology, cytochemicar and el methods of investigation._Were define 38% pregnant women had kataral gingivitis,16% -hypertrofic gingivitis and 4% had parodontoma. Were obtaine functional activization of cellular and extracellular structures from women with deaseses of parodont.

Daxil olub:15.10.2012

XRONIKA- ХРОНИКА



ZƏHRA XANIM SALAYEVA
R.K.Şirəliyeva
Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Azərbaycan nevrologiya məktəbinin ilk kadrlarından biri olmuş Zəhra Məmməd qızı Salayeva 1922-ci il mart ayının 15-də Bakı şəhərində anadan olmuşdur. Tibb elminə böyük həvəs göstərən Zəhra xanım 1939-cu ildə Azərbaycan Tibb İnstitutunun müalicə-profilaktika fakültəsinə daxil olur və 1943-cü ildə oranı fərqlənmə diplomu ilə bitirir. Həmin ildən institutun Sinir xəstəlikləri kafedrasında ordinator vəzifəsinə təyin edilir və bir qədər sonra kafedranın assistenti vəzifəsinə qədər yüksəlir.1953-cü ildə Zəhra xanım Azərbaycan Tibb İnstitutunda "Azərbaycanda neyromalyariya" mövzusunda dissertasiyanı müvəffəqiyyətlə müdafiə edərək tibb elmləri namizədi alimlik

dərəcəsi alır.

1964- cü ildə Tiflisdə Gürcüstan Dövlət Tibb İnstitutunun ixtisaslaşdırılmış Şurasında "Hemorragik ensefalitin klinikası və patomorfologiyası" mövzusunda dissertasiya işini müvəffəqiyyətlı müdafiə edib, tibb elmləri doktoru alimlik dərəcəsini almışdır.

1967-ci ildə Zəhra xanım sinir xəstəlikləri üzrə professor, N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun Sinir xəstəlikləri kafedrasının müdiri vəzifəsinə seçilir və bu vəzifədə 1989-cu ilə qədər fəaliyyət göstərir.Professor Zəhra xanım Salayeva 160-a qədər elmi əsərin, 3 monoqrafiyanın, Azərbaycanda nevropatologiya və neyrogenetika üzrə 4 dərsliyin və bir neçə metodik tövsiyənin müəllifidir.

Zəhra xanım Azərbaycanda neyroinfeksiyanın öyrənilməsi sahəsində Sinir xəstəlikləri kafedrasının ənənələrini davam etdirərək baş beynin iltihabı xəstəliklərinin daha tez-tez rast gəlinən formalarını özündə əks etdirən "Ensefalitlər" adlı iş və "Xoreya haqqında nə bilmək lazımdır?" adlı kitab-ça nəşr etdirmişdir.

Baş beynin damar patologiyasının təbabətində mühüm bir problem olduğunu nəzərə alan Zəhraxanım bu sahədə də bir sıra işlər görmüşdür ki, onlardan biri də "Beyin damarlarının xəstəlikləri və profilaktikası" adlı əsəridir. Professor Salayeva dəfələrlə ümumittifaq nevropatoloqlar və psixiatrlar elmi cəmiyyətinin rəyasət heyətinin üzvü seçilmişdir. O, "Böyük Tibbi Sovet Ensiklopediyasının" redaktorlarından biri, "Nevropatologiya və psixiatriya" jurnalının, "Azərbaycan Tibb Jurnalının", "Azərbaycan Sovet Ensiklopediyası-nın" redaksiya heyətlərinin, Azərbaycan Elmlər Akademiyasının terminoloji şöbəsinin üzvü, Respublikanın Tibbi Genetika Cəmiyyətinin sədri olmuşdur.

Professor Z.M.Salayeva VII çağırış (1966-1970) keçmiş SSRİ Ali sovetinin deputatı olmuşdur.

Zəhra xanım Qafqaz regionunda ilk dəfə təşkil olunan İnsultla Milli Mübarizə Assosiasiyanın yaradıcısıdır.Zəhra xanım Salayeva Azərbaycanda və müxtəlif xarici ölkələrdə keçirilən Beynəlxalq konqreslərin, qurultayların iştirakçısı olmuş, əmək fəaliyyətinə görə "Fədakar əməyə görə" medalı, "Səhiyyə əlaçısı" nişanı və Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyinin Fəxri fərmanları ilə təltif olunmuşdur. 1981-ci ildə professor Salayeva Azərbaycan Respublikasının Əməkdar elm xadimi adına layiq görülmüşdür. Azərbaycanın görkəmli nevropatoloqu, tibb elmləri doktoru, professor Zəhra Məmməd qızı Salayeva 2005-ci il noyabr ayının 28-də vəfat etmişdir.

XATİRƏLƏR

Hər bir ziyalı insandan, elm fədaisindən söhbət düşdükdə xatirələrdə canlanan ilk sima vətənpərvər insanın siması olur. Zəhra xanım da belələrindən idi. Onu inamla vətənpərvər, xalqını sevən, ona böyük həvəslə xidmət göstərən bir insan kimi qiymətləndirmək olar. Zəhra xanım təkcə böyük alim deyil, həm də həssas bir pedaqoq olmuşdur. O hər bir tələbəsinə böyük diqqətlə yanaşırdı. Onlara həkimliyin çətin, lakin şərəfli və məsuliyyətli bir peşə olduğunu aşılayırdır. Zəhra xanım tələbələrin təkcə kliniki biliklərə deyil, həm də nəzəri biliklərə yiyələnməsinə, onların elmi tədqiqatlar aparmasına, müstəqil elmi polemikalarda iştirak etməsinə də diqqətlə yanaşırdı.

Yüksək mədəniyyətə, tükənməz enerjiyə malik olan böyük alim praktik fəaliyyətdə də özünü istedadlı bir həkim kimi göstərmişdir. Öz işini dərindən bilən, daim öz praktik bilik və bacarıqları üzərində səylə çalışan Zəhra xanım xəstələr tərəfindən xüsusi hörmət və ehtiramla qarşılanırdı. Zəhra xanım həkimlik şərəfnə sədaqətli olaraq öz xəstələrinə təkcə həkim deyil, bir ana, dost kimi münasibət göstərirdi. Onların qayğılarına ürəkyanğısı ilə yanaşar, şikayətlərini diqqətlə dinləyərdi. Hər bir xəstənin xəstəlik tarixçəsi ilə yaxından tanış olar, xəstəliyin düzgün və səmərəli müalicəsi istiqamətində səylə çalışardı. Şübhəsiz ki, Zəhra xanım bu davranışı ilə gənc nəsillərə bir örnək, bir həkimlik və vətəndaşlıq məktəbi olmuşdur.

Bu gün Zəhra xanımın elmi irsi bir çox tədqiqatlara çığır açır. Onun apardığı tədqiqat işlərinə dəfələrlə müraciət olunur, onun bizə miras qoyduğu çap nəşrləri həm tələbələr, həm də alimlik dərəcəsi almaq üçün fəaliyyət göstərən tədqiqatçılar tərəfindən dəfələrlə vəraqlənir.

Məlum olduğu kimi tibbin nevologiya sahəsi son dərəcə mürəkkəb, çətin və məsuliyyətli bir sahədir. Nevroloq ixtisasına yiyələnən hər bir həkim öz ixtisası ilə bağlı məsuliyyəti daha dərindən dərk etməlidir. Bu cəhətdən Zəhra xanımın həyat və yaradıcılığı fkirimcə, böyük bir məktəb ola bilər.

Hazırda nevrologiya sahəsində çalışan, bu sahədə tədqiqatlar aparan, ixtisas alan hər kəs Zəhra xanımın xatirəsini daim əziz tutur. Təkcə ölkəmizdə deyil, onun sərhədlərindən kənarda da yaxşı tanınan Zəhra xanım kimi bir alimimizin olduğu ilə qürur duyuruq.

MÜNDƏRICAT

İcmallar- обзоры

Yardımçı reproduktiv texnologiya ilə assosiasiya olunmuş perinatal risklər
N.A.Sədiyeva.....3
Yarımçıq doğulmuş və ekstremal az çəkili uşaqları qidalandırma xüsusiyyətləri və qida rasionun tərkibi
S.A.Əliyeva.....6
Диагностика и лечение трубно-перитонеального бесплодия
Н.Н.Ахундова.....11
Аутоиммунные заболевания и апоптоз
Ф.Х.Саидова, Л.М.Ахмедова.....19
Dərin yarımçıq doğulmuş və az çəkili uşaqlara qulluğun əsas prinsipləri
S.R.Qulamova.....23
Актуальность проблемы диабетических микроангиопатий
С.М. Алиева.....27
Uşaqlarda metabolik sindromun klinik, metabolik aspektləri
S.Q.Xanməmmədova, İ.İ.İsayev.....31
Burun udlaq badamciğının (adenoid) hipertrofiyası zamanı cərrahi müalicənin həllinə müasir baxış
N.M. Hüseynov, M.D. Quliyev.....34

Orijinal məqalələr-Оригинальные статьи

Study of the campylobacter jejuni's gene involved in bacterial cell morphology determination
S.M.Rubinchik, A.V.Karlyshev……..…38
ДИН щцгуг-мцщафизя органларынын щяйат кейфиййятинин юйрянилмяси
И.С.Бабаханов.....41
Uşaqlarda ürəyin kiçik anomaliyaları
İ.İ.İsayev, S.Q.Xanməmmədova, A.İ.Mustafayeva.....45
Düyünlü periarteriitin klinik və immunoloji xüsusiyətləri
G.M. Nəsrullayeva, N.H.Sultanova, D.K. Axundova, R.M. Mircavadli.....48
Применение лекарственных препаратов на основе ингибиторов вирусных ферментов, как возможность совершенствования этиотропной терапии больных вирусным гепатитом С
Н.М.Нагиева, М.К.Мамедов.....52
Reanimasiyadan sonrakı bərpa dövründə limfada bəzi fermentlərin aktivliyinin və qaraciyərin histo-kimyəvi göstəricilərinin öyrənilməsi
G.H.Ibrahimova, A.C.Əliyeva.....54
Xroniki duodenal keçməməzliyin diaqnostikasında təkmilləşdirilmiş manometriyanin tətbiqi
A.M.Yusubov.....57
Hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərinin profilaktikası və erkən diaqnostikasının immunoloji aspektləri
M.K. Həsənova, V.O. Hüseynzadə, X.M. Təhmazi, A.F. Əmirova, K.A. Heydərova.....60
Qax rayon əhalisi üzrə sidik daşlarının mineral tərkibləri və onların yaş qrupları arasında təhlili
R.T.Hüseynzadə.....64
Колоректальные анастомозы при лечении ранних форм рака прямой кишки
З.А.Меджидов.....71
Bağırsaq disbiozunun kompleks müalicəsində simbiotiklərin tətbiqi
V.N. Cavadzadə, M.M.Muxtarov.....75
Qulaq, burun, boğaz xəstəlikləri ilə əlaqədar əhalinin ambulator-poliklinika müəssisələrində otorinolarinqoloqa müraciətlərin səviyyəsi
H.M.Rüstəmova.....79
Современные аспекты патогенеза бронхиальной астмы у детей
Н.А.Гаджиева.....83
Salpingit zamanı lazer terapiyasının tətbiqi
U.G.Rustamli.....87
Xlorid (HCl) turşusu buxari ilə xroniki zəhərlənmə zamanı qanda lipid peroksidləşməsinin vəziyyəti
R.C.Kərimova, G.Y.Hacıyeva.....90
Факторы риска заражения гепатитом в среди населения Азербайджана
Г.З.Алиева.....93
Diferensə olunmayan birləşdirici toxuma displaziyası sindromu olan uşaqlarda ürək ritminin variabelliyinin dövrü parametrləri
İ.İ.İsayev,G.Ə.Muradova, M.M.Fətəliyeva A.İ. Mustafayeva.....96

Postnatal ontogenezin müxtəlif yaş dövrlərində sidik kisəsi vəziləri və limfoid törəmələrinin mikrotopoqrafik xüsusiyyətləri
G.A. Hüseynova.....100
Ürəyin mikroanomaliyaları olan uşaqlarda miokardın və kardiohemodinamikanın xüsusiyyətləri
Z.K.Rəhmanov, B.M.Xəlilova, E.V.Qədimova, G.A.Qafarlı.....106
Ovulasyon ındüksıyonunda kullanılan klomıfen sıtrat ve gonadotropınlerın uterusun epıtel, endometrıyum ve tüm organın duvar kalınlığına olan etkısının araştırılması ve ıstatıstıksel olarak karşılaştırılması
M.M.Baghirzade.....109
Заболеваемость и смертность раком пищевода в южном регионе Азербайджанской Республики
А.Р.Абдурагимов.....115
Факторы, влияющие на распространенность аллергического ринита у детей в различных странах мира
Г.Г.Кабулов.....117
Влияние семейно-брачного статуса и частоты репродуктивной обращаемости женщин на эффективность планирования семьи
М.А. Гамзаев.....121
Müxtəlif yaş qruplarında olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə qanda iltihabi mediatorların bazal səviyyəsi
R.M. Mahmudov, V.Ş. Məmmədov, E.R. Əliyev 126
Спленектомийадан сонра аьырлашмаларын профилактика yolları
S.S.Manafov,G.Ş.Qasımzadə, P.S.Məmmədov.....128
Qadınlarda çanaq dibinin sallanmasının kliniki əlamətləri, korreksiya metodları
S.S.İmanova.....133
Biyanın əsasinda sedativ təsirli müalicəvi kompozisiyalarının işlənməsi
M.N. Vəliyeva, M.H.Ağayeva 136

Лимфогенные методы детоксикации в лечении эндогенной интоксикации при распространённом перитоните
Н.Дж. Гаджиев.....140
Talasemiyalı xəstələrdə posttransfuzion B və C virusu hepatiti
L.A. Orucova, R.K. Tağızadə, R.Ş. Rüstəmov.....145
Subtropik rayon əhalisi arasında diş sırası defektlərinin topoqrafiyası və diş protezləməsinə ehtiyacı
Ə.Ə.Bağırov.....148
Современные подходы к эндодонтическому лечению
Т.Н.Манак.....151
Влияние режимов физических нагрузок на организм нетренированных и подготовленных юношей занимающихся атлетизмом
А.А. Чернозуб.....156
Istehsalat faktorlarının əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivliyinə təsiri
Я.В. Оружов, А.М. Сяфяров, Ф.Й.Мяммядов.....162
Нерешенные вопросы лечения пронационных переломов области голеностопного сустава.
Р.А. Наджафов, А.Г. Овденко, А.Н. Богданов.....165
Siçanlarda bakterial lipopolisakkarit və Esçeriya coli ilə əmələ gətirilən prostatit üzərində melatoninin təsiri
B.O.Hüseynov.....169
Профилактика острого панкреатита после радикальных операций по поводу рака желудка
Л.В.Лятифова.....176
Особенности распространённости и интенсивности поражения зубов и пародонта у работников министерства внутренних дел
К.К.Кафаров.....183
Приименение нафталановой нефти для коррекции гормональных нарушений у больных с недостаточностью функции яичников
З.В. Аббасова, Х.Ф. Багирова.....187
Doğuş yollarının yumşaq toxumalarının mamalıq travmatiminin yaxın və uzaq ağırlaşmaları
İ.T.Qasımzadə.....190
Распространение E coli O 157:H7 в сточных водах и совершенствование методов их индикации
Г.А.Гулиева, И.Дж.Сулейманова, Берна Кошар.....193
Материнская смертность при эмболии околоплодными водами за 10 лет по г.Баку.
С.К.Багирова, Н.М.Шамсадинская.....195
Информативность лазерной допплеросонографии при оценке эффективности предварительной ишемической подготовки печени для профилактики и лечения реперфузионного повреждения
Э.А. Искендеров.....199
Патофизиология хронических заболеваний вен
Т.А.Шамсадинская.....203
Hamiləliyin fizioloji gedişatında parodontitlərin kliniki-morfoloji xüsusiyyətləri
T.Y. Əliyev, H.K.Muradov.....205

Xronika- Хроника

Zəhra xanım Salayeva
R.K.Şirəliyeva.....209

Çapa imzalanıb: 26.03.2013
Sayı:250, Həcmi 20,5 çap vərəqi
Formatı 60X841/8, əla növ kağız
AzTU- nun mətbəəsi, H.Cavid pr.25