İCMALLAR - ОБЗОРЫ

БИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

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

Становление кишечного микробиоценоза и развитие местной иммунной системы - тесно взаимосвязанные процессы, поскольку мембранная флора постоянно взаимодействует с эпителием и Т-лимфоцитами Пейеровых бляшек. Связанная с рецепторами эпителия мембранная флора выполняет важнейшие защитные функции: обеспечивает колонизационную резистентность, стимулирует выработку муцина, секреторного Ig A, дифференцировку Т- и В-лимфоцитов.

Новорожденный ребенок не имеет ни сформировавшегося биоценоза, ни развитой барьерной системы, в том числе иммунологической защиты. Первое заселение желудочно-кишечного тракта происходит в процессе родов, однако есть данные о наличии небольшого количества микробов в кишечнике уже в последние недели гестации [2]. Родовые пути беременной женщины в последние недели перед родами несколько изменяют свой микробиологический пейзаж, в котором начинают преобладать свойственные кишечнику – лактобациллы, бифидобактерии, молочнокислые стрептококки и т.д. [1]. Эти микробы проникают туда из кишечника матери и становятся той самой первой микробиологической основой, которая определяет формирование стартового кишечного биоценоза новорожденного. Одни и те же бактерии выделяются из родовых путей матери, ротовой полости новорожденного в первые часы жизни и стула на 3-4-й день жизни [12]. Спектр штаммов бифидобактерий в первые дни жизни ребенка соответствует взрослым - B.adolescentis и B.breve [9]. Дети, рожденные путем кесарева сечения, лишенные естественного микробиологического заряда в родах и в дальнейшем становление кишечной флоры длится долго [6]. Эти данные подчеркивают важность состояния здоровья матери, биоценоза ее кишечника и родовых путей, открывая возможности для профилактики дисбиоза у ребенка путем приема матерью пробиотических препаратов в последние недели перед родами. В целом, биоценоз новорожденных характеризуется широким спектром высеваемой из кала флоры, при этом могут доминировать аэробы, практически всегда присутствуют условно-патогенные бактерии, т.е. любой ребенок в первые недели жизни проходит период транзиторного дисбиоза [2].

В дальнейшем становление биоценоза во многом определяется характером питания: у детей, находящихся на грудном вскармливании, уже через несколько недель в микробном пейзаже доминируют бифидобактерии, на искусственном- длительно сохраняется смешанный характер флоры, она более разнообразна, чаще наблюдается присутствие аэробных и анаэробных условных патогенных микроорганизмов [4]. Спектр бифидобактерий также отличается: при грудном вскармливании у детей доминируют B.bifidum, при искусственном- B.longum, B.breve, B.infantis. [9]. Причина указанных различий зависит от свойств материнского молока. Известно, что молоко является незаменимым пищевым продуктом и одновременно служит источником поступления более 100 биологически активных веществ, среди которых неспецифические факторы защиты (лактоферрин, лизоцим, пропердин, интерферон и т.д.), иммуноглобулины, макрофаги, активные лимфоциты. С молоком матери ребенок ежедневно получает более 1000мг секреторного IgA-необходимого компонента для формирования кишечного барьера [11].

Доминирующее развитие бифидофлоры объясняется присутствием в женском молоке галактоолигосахаридов. Лактоза, являющаяся основным углеводом женского молока, представляет собой дисахарид, в состав которого входит галактоза. Галактоза и лактоза оказывая бифидогенное воздействие, способствуют формированию нормального биоценоза грудного ребенка [5].

В более старшем возрасте характер кишечной микрофлоры несколько меняется: немного

снижается количество бифидобактерий, увеличивается количество лактобацилл, бактероидов и других представителей анаэробной флоры [8]. Меняется и спектр штаммов бифидобактерий: начинает преобладать B.adolescentis и B.longum. [9]. При устойчивом функционировании взаимодействия оси «микрофлора-эпителий-иммунная система слизистой оболочки кишечника» биоценоз имеет стабильный состав. Несмотря на это, стресс, хронические инфекции, заболевания пищеварительной системы, недостаточность иммунитета, повторные курсы антибиотиков являются наиболее частыми причинами развития дисбиоза. (7) Как в грудном, так и в старшем возрасте для поддержания нормального биоценоза важно поступление веществ, которые, являясь пищей для нормальной флоры, способствуют ее росту. Существует два основных пути коррекции кишечного биоценоза: применение пробиотиков, содержащих живые микроорганизмы свойственных кишечнику штаммов и пребиотиков, способствующих их росту.

При выборе пробиотического препарата необходимо решение следующих вопросов: выживаемость бактерий при производстве и хранении препарата; разрушительное действие желудочного сока на незащищенную флору; конкуренция с бактериями хозяина, уже заселяющими толстую кишку; учет возрастных особенностей состава кишечной микрофлоры ребенка.

Назначение пробиотиков – это конкуренция с другими бактериями за эпителиальные рецепторы и пищевые субстанции в кишечнике, синтез антимикробных субстанций, ацидификация химуса, стимуляция выработки муцина и регенерации эпителия, иммуномодулирующее действие [3]. Иммуномодулирующее действие состоит в стимуляции синтеза секреторного IgA, усилении фагоцитарных функций и воздействии на дифференцировку Т-хелперов. Иммуномодулирующий эффект пробиотиков в настоящее время активно изучается и открывает широкие перспективы для их пользования в различных клинических ситуациях [7].

Основные показания для назначения пробиотиков у детей: острые кишечные инфекции, особенно вирусные и вызванные условно-патогенной флорой; хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся ферментативной недостаточностью и дисбиозом кишечника; хронические персистирующие инфекции; пищевая аллергия; антибиотикоассоциированная диарея. Препарат должен подбираться в соответствии с возрастом больного и характером патологии. За последние годы наблюдаются частые назначения всем новорожденным пробиотиков: бифидумбактерина, лактобактерина и т.д. для профилактики дисбиоза кишечника. На фоне несформированного кишечного барьера и неполноценной иммунной защиты новорожденного применение чужеродных бактерий (представителей облигатной флоры) может усиливать воспаление кишечника, поддерживать диарею, способствовать сенсибилизации, вызывать внекишечные проявления.

Для формирования биоценоза в раннем возрасте, профилактики дисбиоза кишечника и усиления эффекта пробиотиков целесообразно использовать пребиотики [6,7,11]. Пребиотики - это неперевариимые вещества, которые не всасываются в тонкой кишке и являются питательным субстратом для облигатной кишечной флоры. К пребиотикам относятся: моносахариды и спирты (галактоза, глюкоза, ксилит, сорбит, раффиноза, манноза и т.д.); олигосахариды (галакто- и фруктоолигосахариды, N-ацетилглюкозамин); полисахариды и пищевые волокна (инулин, декстрин, пектин, камедь, целюлоза). Галактоза и галактоолигосахариды являются основными пребиотиками грудного молока, фруктоолигосахариды и пектин входят в состав фруктов и овощей, инулин содержится в цикории, корнях одуванчика, артишока топинамбура, пищевыми волокнами богаты крупы, мука грубого помола, бобовые, овощи и фрукты. Недостаточное поступление пребиотиков может способствовать формированию целого ряда заболеваний: синдрома раздраженного кишечника, желчнокаменной болезни, атеросклероза, сахарного диабета и др. Дети 1-го года жизни, находящиеся на искусственном вскармливании, нуждаются в дополнительном введении пребиотиков для формирования нормального кишечного биоценоза. С этой целью могут быть использованы адаптированные молочные смеси, содержащие галакто- и фруктоолигосахариды, или лактулоза [2,3,7].

Таким образом, при коррекции дисбиоза кишечника у детей рекомендуется включать сочетание пре- и пробиотической терапии. Приоритет в профилактике дисбиоза отдается

пребиотикам, а лечение проводится с доказанной клинической эффективностью в сочетании с пробиотиками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочков И.А., Семина А.А., Кайтмазов А.К. и др. Микробная колонизация и сукцессия в толстой кишке у новорожденных детей при совместном с матерью пребывании в родильном доме. //Антибиотики и химиотерапия, 1991, Т.36, № 12, с. 12-8
2. Запруднов А.М., Мазанкова Л.Н. Микробная флора кишечника и пробиотики (методическое пособие).- М., 2001, 32с.
3. Каширская Н.Ю. Значение пробиотиков и пребиотиков в регуляции кишечной микрофлоры.- М., 2002, 24с.
4. Коровина Н.А., Вихирева З.Н. Профилактика и коррекция нарушений микробиоценоза кишечника у детей раннего возраста. - М.,1995, 32с.
5. Коршунов В.М., Поташник Л.В., Ефимов Б.А. и др. Качественный состав нормальной микрофлоры кишечника у лиц различных возрастных групп. // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунобиологии, 2001, № 2, с.57-61.
6. Куваева И.Б., Ладодо К.С. Микробиологические и иммунные нарушения у детей: диетическая коррекция.- М., 1991, 286с.
7. Михайлов И.Б., Корниенко Е.А. Применение про- и пребиотиков при дисбиозе кишечника у детей (методическое пособие для врачей-педиатров).- СПб., 2004, 23с.
8. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание / Пробиотики и функциональное питание. Т.3.- М.: Грантъ, 1998, 288с.
9. Bezirdoglu E. The intestinal microflora during the first weeks of life. // An. , 1997, № 3, p.173-177
10. Duclureau R. Implantation and development of the Gut Flora in the Newborn. // Animal Ann. Res. Vet., 1983, v.14, № 4, p. 354-359.
11. Orrhage K., Nord C.E. Faktors controlling the bacterial colonization of the intestine in breast-fed infants. // Acta Paediatr., 1999, 430, p.47-57.
12. Zetterstrom R., Bennet R., Nord K.E. et al. Early infant feeding and microekology of the gut. //Acta Paediatr. Jpn., 1994, v.36, p. 562-571.
13. Walker H. Role of nutrients and bacterial colonization in the development of intestinal defense. //J Ped. Gastroent. Nutr., 2000, v.30, p.2-7

SUMMARY

INTESTINES BIOCENOZ BY CHILDREN OF THE EARLY AGE AND ITS CORRECTION.

Z.M Kulieva

Forming and structure of children intestines biocenozis is presented in article and described the significance of the pre- and probiotics in correction of the intestines biocenozis.

Daxil olub: 24.10.2008

AĞIR YOD DEFİSİTİ OLAN BÖLGƏLƏRDƏ (ENDEMİK OCAQLARDA) YOD, YOD PREPARATLARI İLƏ PROFİLAKTİKA VƏ BAŞQA MÜALİCƏ TƏDBİRLƏRİ

F.K. Əliyeva, R.İ.Hüseynova

Elmi-tədqiqat mamalıq və ginekologiya institutu, Bakı; Şəki doğum evi, Şəki

Yod çatışmamazlığının ləğvinə dair işlər, qətnamələr, görülən tədbirlər endemik urun, xüsusilə ağır endemiyaların təhlükəliliyindən xəbər verir. ÜST əhali arasında endemiyanın varlığını dəqiqləşdirmək üçün kliniki-laboratoriya sistemi hazırlanmışdır [7,21].

Endemik ocaq sayılan bölgələrdə əhali kütləvi surətdə endemik urla xəstələnirsə, immun statusunda pozğunluq olan xəstələrə çox rast gəlinirsə, kretinizmlə ömürlük xəstə uşaq dünyaya gəlirsə, qadınlarda reproduktiv funksiyalar pozulursa, yarımçıq doğuş yaxud ölü uşaq doğumu artırsa, demək yod defisitinə təbii-ictimai bəla kimi baxmaq olar.

Aparılmış elmi-tədqiqat işləri nəticəsində məlum olmuşdur ki, hamilələrdə zobun rastgəlmə tezliyi yodla profilaktikaya qədər 90% olmuşsa, profilaktik tədbirlərdən sonra bu göstərici 36,7%-ə bərabər olmuşdur [5,6,15]. Endemik urun öyrənilməsi yarım əsirlik tarixə malik olsada, bu problem hələ də həll olunmamış qalır [1,8,9].

Mülayim ağırlıqda yod defisiti olan bölgələrdə yaşayan hamilələrdə, ilkin vaxtlarda kali yodidlə aparılmış profilaktik tədbirlərə baxmayaraq, perinatal dövrlər (prenatal, intranatal, neonatal) bəzi ağırlaşmalarla müşayiət olunmuşdur [4,10,14].

Hamiləlik bu dövr üçün xarakterik olan faktorların təsiri ilə müşayiət olunur ki, bunlar ümumilikdə hamilə qadının qalxanabənzər vəzinə stimulyasiyaedici təsir göstərirlər. Belə spesifik faktorlardan xorionik qonodotropin (XQ), estrogenləri, tireoksinbirləşdirən qlobulini (TBQ) göstərmək olar. Eyni zamanda yodun böyrək klirensi güclənir, ananın tiroid hormonlarının metabolizmi fetoplasentar kompleksin funksional aktivliyi hesabına artmış olur [9].

İnsan orqanizmi üçün çox vacib olan vitaminlər və minerallar içərisində yodun olmasının xüsusi yeri var. Həm döl, həm də südəmər uşaq üçün ananın orqanizminə yodun və qidalı maddələrin normal daxil olması çox vacibdir. Yod çatışmamazlığı, xüsusilə ağır yod çatışmamazlığı ana və uşağın orqanizmi üçün çox təhlükəlidir. Bu onunla əlaqədardır ki, orqanizmdə yodun funksiyası olduqca böyükdür, yodun çatışmamazlığı ağır xəstəliklərin səbəbi ola bilər.

Hamiləliyin normal gedişi üçün, hamilə qadının orqanizminə mikroelementlər, vitaminlər və başqa qidalandırıcı maddələr kifayət qədər daxil olmalıdır. Yod elə vacib mikroelementlərdəndir ki, o olmadan dölün normal inkişafı mümkün deyil. Hətta inkişaf patologiyalarına malik olan döldə həcm və çəki uyğunsuzluğu olarsa doğuş prosesinin özü də ağırlaşır.

Məlum olduğu kimi bətndaxili inkişaf dövründə, inkişafın ilkin vaxtlarında yod çatışmamazlığı inkişafa olduqca mənfi təsir göstərir. Belə ki, inkişaf ləngiyərsə sonradan aparılan müalicə tədbirlərinə müsbət cavab alınmır, belə uşaqlar ömrü boyu əlil qalır. Hamilə qadınlar arasında yod defsitinin geniş yayılması, orta və ağır dərəcəli yod defisitli bölgələrin olması, hamiləlik xzamanı yod defisitinin diaqnostikasının çətinliyi, yodla profilaktika tədbirləri aparmağın vacibliyi məsələsini qarşıya qoyur. Hamiləlik zamanı yod defisitinə qarşı profilaktik tədbirlərin aparılması, ana və uşaq orqanizminin ən əhəmiyyətli vaxtında müdafiyəsidir və bir çox ağırlaşmaları qabaqlamış olur.

Ədəbiyyatda qeyd olunan məlumatlara əsaslanaraq qeyd etmək lazımdır ki, yod defisitinin kompensasiyası müxtəlif cür qidalar hesabına, demək olar ki, mümkün deyil. Çünki belə qida məhsullarında az miqdarda yod olur, o da müntəzəm yod təminatı üçün kifayət etmir. Ona görə də yod defisitini profilaktika etmək üçün yod tərkibli vitamin-mineral preparatlardan istifadə etmək daha məqsədəuyğundur və müasir tibbi praktikada başlıca yer tutur [5].

Məlumdur ki, döldə baş beyinin formalaşması hamiləliyin birinci trimestrində baş verir. Sinir sisteminin ilkin qoyuluşu hamiləliyin 3-4-cü həftələrinə təsadüf edir ki, bu zaman hamilə olduğunu qadının özü belə bilməyə bilər. Ona görədə yodla profilaktikaya hamiləliyin planlaşdırıldığı vaxtdan başlanılmalıdır və bütün hamiləlik müddətində davam etdirilməlidir [5].

Hazırda qadınlarda vitamin-mineral defisitini profilaktika etmək üçün müalicə praktikasında saysız-hesabsız dərman preparatları vardır. Bir çox müəlliflər hamiləlik zamanı yod defisitinin profilaktikası üçün tərkibində dozalaşmış yod olan preparatlardan istifadə etməyi daha məqsədəuyğun hesab edirlər, çünki belə olduqda orqanizmə daxil edilən yoda dəqiq nəzarət etmək mümkün olur [3,13].

Yadda saxlamaq lazımdır ki, yod preparatları ilə müalicədən qabaq qalxanabənzər vəzinin hormonal aktivliyinin normal vəziyyətdə olduğunu yəqinləşdirmək lazımdır. Hormonal aktivlik yüksək olduğu halda yod preparatlarının qəbul olunması əks göstərişdir. Bütün bunları nəzərə alaraqdan özbaşına yodla profilaktika və müalicə tədbirlərinin aparılması qəti məqsədəuyğun deyildir. Belə olduğu halda qalxanabənzər vəzinin müxtəlif pozğunluqlarına səbəb olmaq olar.

Qeyd etmək lazımdır ki, dölün orqanizmi ana orqanizminə nisbətən yoda daha həssasdır və inkişafda olan dölün yod defisitinə adaptasiyası imkanı məhduddur. Ona görədə davamlı yod çatmamazlığı dölün inkişafı üçün olduqca pis nəticələr verir (əqli, hərəki, fiziki və i.a.). Döldə, yeni doğulmuşlarda aşkar olunan pozğunluqların ağırlıq dərəcəsi hamiləlik zamanı ananın yaşadığı bölgənin yod defisitinin ağırlıq dərəcəsi ilə sıx əlaqədardır. Müxtəlif

cür ağırlaşmaların riski həm döldə, həm də anada artır. Yod çatışmamazlığı süd verən analarda südün əmələ gəlməsi prosesini ləngidir, hətta süd ifrazı kəsilir [9,17].

Müasir tədqiqatçıların gəldikləri nəticəyə görə qadınlarda yod defisitinin meydana gəlmə riski çox yüksəkdir. Maraqlı odur ki, ana orqanizmi dölün normal inkişafına şərait yaratmaq üçün xüsusi adaptasion sistem vasitəsilə qalxanabənzər vəzin hormonlarını bəzən kifayət səviyyəyə çatdırır. Belə ki, qadınların bir hissəsində hamilələk dövründə qalxanabənzər vəzin həcmi böyüyür. Lakin tiroid hormonların qanda səviyyəsi normada qalır. Döldə qalxanabənzər vəzin hormon əmələgətirmə funksiyası gec başladığına görə həyat üçün vacib sistemlərin (sinir sistemi və i.a.) formalaşmasında yaranan tələbat ananın qalxanabənzər vəzinin sintez etdiyi hormonlar hesabına təmin olunur [11,12]. Orqanizmin əsas yod təminatı içilən sudan və qida məhsullarındandır (balıq və başqa dəniz məhsulları). Ona görədə o regionlarda ki, suda və qidada yodun konsentrasiyası azdır, endemik ur daha çox rast gəlir. Yod çatışmamazlığının gizli olması hamilə qadın və döl üçün daha təhlükəlidir, xüsusilə döl üçün. Yod defisitini aydınlaşdırmaq üçün müəyyən üsullardan istifadə olunur. Məsələn, bunlardan biri hamilə qadının qanında tiroid hormonların təyin olunmasıdır. Çox sərişteli mütəxəssislər tiroid vəzinin böyüməsini gözlə müşahidə edə bilirlər (hətta ilkin böyümədə). Daha dəqiq müayinə metodu qalxanabənzər vəzin ultrasəs və digər müayinə metodlarıdır.

Yuxarıda qeyd olunduğu kimi ümumiyyətlə əhalinin lazımi miqdarda yodla təmin olunması qidanı yodlamaqla xarakterini dəyişmək, yaxud yodtutumlu preparatlardan istifadə etməklə mümkündür. Yod profilaktikası məlum olan bir neçə metodlarla aparılır: fərdi, qruplarla və kütləvi. Fərdi və kütləvi yod defisiti profilaktikası qida ilə aparılır [18,19,20]. Yodla zəngin qida məhsulları sırasında aşağıdakıları göstərmək olar: yodlaşdırılmış duz, yağ, su, yodla zənginləşdirilmiş başqa qida məhsulları (çörək, ət, süd məhsulları), yodla zəngin dəniz məhsulları (dəniz kələmi, balıq və i.a.). Hamilə və süd verən qadınların qidalanması üçün yodla zəngin südlü içkilər, sıyıqlar, xüsusi qidalar, uşaqlar üçün süd qarışıqları istifadə olunur [125]. Yod defisitinin profilaktikası üçün yod tutumlu preparatlardan: kalium yodid, vitamin-mineral komplekslərindən istifadəyə geniş yer verilir. Bu qrup preparatlar yaşa, tələbata uyğun yod defisiti dərəcəsinə görə təyin olunur. Dünya praktikasında yod defisitinin qrup şəklində profilaktiksında kalium-yodiddən istifadə olunur. Kalium yodid, qeyri üzvü yod preparatıdır, əsasən iki formada buraxılır: yodid-100 (1 həbdə 130,8 mkq K-yodid = 100 mkq yoda malikdir), yodid-200 (1 həbdə 261,6 mkq K-yodid = 200 mkq yoda malikdir).

ÜST-nin 1996-cı ildə verdiyi metodik göstərişə görə yoda sutkalıq tələbatın həddi belə təklif olunur (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Yaşa uyğun olaraq gündəlik yod tələbatı

Yaş	Yoda sutkalıq tələbat, mkq/sut.
1 yaşda	50
2-6 yaş	90
7-12 yaş	120
Yeniyetmələr və böyüklər	150
Hamilə, süd verən analar	230-260

Yod defisitinin optimal qaydada ödənilməsi tiroid hormonların normal sintezi üçün şərait yaradır. Yod defisitini ən geniş yayılmış əlaməti zobdur (qalxanabənzər vəzin böyüməsi). Yod defisitli regionlarda perinatal və uşaq ölümünün faizi artmış olur. Çox vaxt ur xəstəliyi (zob) bir çox müəlliflər tərəfindən 1983-ci ildən etibarən «yod defisitli xəstəliklər» adlanır. Onun mənfi təsiri ana bətnindən başlayıb cinsi yetişkənlik dövrünə kimi özünü göstərir [1,16].

Endemik ocaqlarda, torpaqda və suda yodun yoxlanılması özüdə diaqnostik metodlardandır, lakin bəzən orqanizmdəki yod mübadiləsini əks etdirmir. Çünki endemik ocaq sayılan regionlarda yaşayan insanların heç də hamısı endemik urla xəstələnmir.

ÜST-nin 1994-cü ildə verdiyi təklifə əsasən qalxanabənzər vəzinin ölçüsünün beynəlxalq klassifikasiyası daha sadə və əlverişlidir: 0 dərəcə – zob yoxdur; 1-ci dərəcə –

vəzin payları xəstənin I barmağının dırnaq falanqasından böyükdür, zob əllənir, görsənmir; 2-ci dərəcə – zob əllənir və görünür.

Beynəlxalq normativə görə US-müayinəsinə əsasən böyüklərdə (18 yaşdan yuxarı) əgər vəzin həcmi qadınlarda 18 ml-dən, kişilərdə 25 ml-dən çox olarsa zob diaqnozu qoymaq olar. Uşaqlarda bədən səthinin sahəsi (BSS) nisbətdə hesablama qalxanabənzər vəzin həcm normativini müəyyənləşdirmək üçün daha məqsədəuyğundur (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

Yodla normal təminat şəraitində uşaqlarda qalxanabənzər vəzin həcmi (ml)

Uşaqlar	Bədən səthinin sahəsi, m^2									
	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7
Oğlanlar	4,7	5,3	6,0	7,0	8,0	9,3	10,7	12,2	14,0	15,8
Qızlar	4,8	5.9	7,1	8,3	9,5	10,7	11,9	13,1	14,3	15,6

Nəzərə alsaq ki, qida ilə qəbul olunmuş yodun 90% sidiklə xaric olur, sidikdə yodu təyin etməklə yod qəbulunun adekvat yaxud əksinə olduğunu müəyyənləşdirməyə imkan verir. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, sidikdə yodun konsentrasiyası gündən-günə, hətta bir gün ərzində dəyişə bilir. Bü metod epidemioloci tədqiqatlar üçün yararlıdır [16]. Əgər sidikdə yodun ekskresiyası 100 mkq/l-dən çoxdursa yod defisiti yoxdur.

TTH-nin həddinin təyini neonatal hipotireozun aydınlaşdırılması üçün ən yaxşı göstəricidir. TTH-nin hədd göstəricisi yod defisitini müəyyən etmək üçün qanda 5 mEd/l-dir. Yod defisitli regionlarda yenidoğulmuşlarda TTH-nin səviyyəsi 5 mEd/l-dən çox olanlar 3 %-dən artıq olur. Yod çatmamazlığı tireositlərin proliferasiyasına və qanda tireoqlobinlərin səviyyəsinin artmapsına səbəb olur.

Yod defisitini profilaktika etmək üçün ən əlverişli metod kütləvi profilaktika məqsədilə duzun, çörəyin, suyun yodlanmasıdır (yodidlə, kalium yodidlə).

Əgər palpasiya ilə qalxanabənzər vəzin böyüməsi müəyyənləşirsə, yaxud onun həcminin böyüməsi ultrasəs müayinəsi ilə təsdiqlənirsə, autoimmun tireodit olması rədd olunursa, «endemik ur» diaqnozu qoyulur və sutkalıq dozası 200 mkq olmaqla 6 aydan az olmayaraq yod preparatı ilə müalicə təyin olunur. Vəzin həcmi bu müddətdə kiçilmiş yaxud normallaşmış olarsa yodla müalicəni profilaktik dozada (100-200 mkq) davam etdirmək lazımdır ki, residiv olmasın. Yuxarıda qeyd olunan müddət ərzində qalxanabənzər vəzin həcmi normallaşmazsa L-tiroksini təyin etmək lazım gəlir. L-tiroksinin adekvat dozası tireotrop hormonun səviyyəsinə uyğun seçilir və 100-150 mkq/sut. yodla müştərək qəbul olunur [15].

ƏDƏBİYYAT

1. Бурумкулова Ф.Ф., Герасимов Г.А. Эндемический зоб и беременность // Проблемы эндокринологии, 1998, Т.44, №2, с.27-32
2. Герасимов Г.А. Епидемиология, профилактика и лечение йод дефицитных заболеваний в Российской Федерации / Тироид Россия, сборник лекций.- М., 1997, с.39-40
3. Герасимов Г.А., Свириденко Н.Ю. Йоддефицитные заболевания. Диагностика, методы: профилактики и лечения // Тер. архив, 1997, №10, с.1-3
4. Гутелунст Р. Характеристика йоддефицитных состояний / Матер. межд.симпозиума.- Ташкент, 1991, ч.1, с.60-68
5. Дедов И.И., Герасимов Г.А., Свириденко Н.Ю. Йоддефицитные заболевания в Российской Федерации (эпидемиология, диагностика, профилактика). Метод. пособие.- М., 1999, с.3-15
6. Дедов И.И., Свириденко Н.Ю. Стратегия ликвидации йоддефицитных заболеваний в Российской Федерации // Проблемы эндокринологии, 2001, т.47, №6, с.1-10
7. Касаткина Э.П., Шилин Д.Е., Ибрагимова Г.И. Проб. эндокринологии, 1997, т.43, №4, с.2-6
8. Касаткина Э.П. Диффузный нетоксический зоб // Проб. эндокринологии, 2001, т.47, №4, с.3-6
9. Касаткина Э.П., Шилин Д.Е., Петров Л.М. Роль йодного обеспечения в неонатальной адаптации тиреоидной системы // Пробл. эндокринологии, 2001, т.47, №9, с.10-15
10. Киселева Т.П. Актуальные проблемы заболеваний щитовидной железы / Материалы 1-й Всерос. Науч.прак.конф. М., 2000, с.68-69
11. Краснопольский В.И., Петрухин В.А. / Всероссийская конференция с международным

участием «Клиническая морфология щитовидной железы.- Белгород, 2004, с.3-51
12. Краснопольский В.И. / Материалы IV Россейс. форума «Мать и дитя».-М., 2002, с.343-348
13. Мельниченко Г.А., Лесникова С.В. Особенности функционирования щитовидной железы во время беременности (клинич. лекция) / Актуальные вопросы гинекологии, 2000, т.1, №2, с.49-51
14. Петров И.Н. Особенности развития на первом году жизни детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом: Автореф. дис. … канд.мед. наук.- Ижевск, 1999, 21 с.
15. Прилепская В.Н., Лобова Г.А., Ларичева Г.А. Вторичная аменорея, обусловленная гипотирезом // Акуш. и гинекол., 1990, №4, с.35-38.
16. Сидорова И.С., Макаров И.О. Акушерские факторы гипоксических повреждений плода и тактика родоразрешения // Росс. вестник перинатологии и педиатрии, 1995, т.40, №2, с.25-31
17. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Рус. Мед. Журн., 2000, т.7, №187, с.866-869
18. Шехтман М.М., Бархатова Т.П. Артериальная гипертония у беременных.- Ташкент: Медицина, 1982, 210 с.
19. Шехтман М.М., Варламова Т.М., Бурдули Г.М. Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных. М.:Триада-Х, 2001, 128 с.
20. Шилин Д.Е. Профилактика дефицита йода у беременной, плода, новорожденного // Гинекология, 2000, т.2, №6, с.173-176
21. WHO. Indicators for Assesing Lodine defisien Disorders and Their Control Programmes / Report of a Cod WHO/ Unisef/ JS-sid Consultation, 1993

SUMMARY
ABOUT PROPHYLACTIC AND OTHER TREATMENT MEASURE WITH IODINE AND IODINE PREPARATIONS IN HARD IOD DEFICIT AREA
F.K.Aliyeva, R.I. Huseynova

The purpose of present review article was to evaluate literature dates about prophylactic and other treatment measure with iodine and iodine preparations in hard iodine deficit area
The author discuss about this problem. There were analised literature information about this problem. There were showed the Russian and other materials.

Daxil olub: 10.12.2008

ПОСТУПЛЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ЗМЕИНЫЙ ЯД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ СОДЕРЖАНИЯ В ПОЧВАХ

Г.А. Абиев
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Среди огромного числа биологически активных веществ природного происхождения особое внимание уделяется животным ядам. С помощью змеиных ядов достигнуты большие успехи в области молекулярной биологии и нейрофизиологии, созданы новые диагностические и лекарственные средства.

В последние годы проведены значительные количества исследований и наблюдений, проливающих свет на ареал, экологию, систематику, морфологические особенности ядовитых животных [2,11].

Клиницистами и экспериментаторами подробно изучена картина интоксикации, характеризующаяся чрезвычайно сложным многообразием симптомов, специфичных для каждого вида змей. Выявлено воздействие змеиного яда на различные функциональные системы организма. Изучено влияние яда на нервную и сердечно-сосудистую системы [10,13].

Яды различных видов змей отличаются по химическому составу, токсичности и фармакологическим свойствам. Яды змей имеют сложный химический состав, в котором присутствуют органические и неорганические компоненты.

Специфика действия змеиных ядов определяется особенностью входящих в их состав биологически активных веществ. В них содержатся протеины, липопротеины, пептоны, муцин и муциноподобные вещества, пуриновые основания, соли, различные микроэлементы, остатки эпителиальных клеток. Однако, основной составной частью змеиного яда, ответственной за большинство его токсических свойств, являются биологически активные компоненты белковой

природы, а также различные ферменты [1,6,7]. Водные растворы их нестойки и теряют токсичность через несколько суток.

Более стойкими к воздействию факторов внешней среды становятся яды после высушивания (над хлористым кальцием) или лиофилизации. По данным авторов, яд кобры при хранении более 20 лет на холоде в запаянной ампуле сохранил токсичность. Змеиные яды термостабильны и в кислой среде выдерживают нагревание до 120°С без потери активности. Разрушающе действуют на яды химические агенты: перманганат калия, хлороформ, этанол, метиловый синий. Змеиные яды инактивируются также под действием некоторых физических факторов: ультрафиолетового облучения, рентгеновских лучей. Кроме того, действие на змеиные яды химических агентов и некоторых физических факторов разрушающее [7,8,9].

Значительное влияние на токсичность и количество выделяемого яда оказывают различные биологические и экологические факторы и в том числе тяжелые металлы [5].

Поэтому охрана внешней среды от техногенных загрязнителей в настоящее время по значению стоит в одном ряду с такими проблемами как охрана почв. В отличие от воды и воздуха тяжелые металлы сохраняются в почве длительное время даже после того, как была устранена причина загрязнения. Для почв основными источниками стойкого загрязнения тяжелыми металлами являются отходы промышленности и осадки сточных вод крупных промышленных городов, а также компосты из бытового мусора, применяемые в качестве удобрений.

Тяжелые металлы поливалентны, хорошо сорбируются почвами, образуют плохо растворимые соединения с фосфатами и гидроокисями, что способствует их постепенному накоплению в почвах.

Наибольшее опасение вызывает существенное изменение почвы как среды, благоприятной для обитания полезной микрофлоры, а также фауны, включающей и дождевых червей. Накопление металлов повышает токсический потенциал почвы, поэтому следует знать уровни концентрации металлов-загрязнителей, чтобы избежать последствий [1].

Обычно комплексные соединения металлов непрочны и легко разрушаются в почве под действием различных факторов, среди которых значительное место занимают микробиологическая деятельность. Стабильность комплексных соединений металлов уменьшается в следующей последовательности: $Hg^{2+} > Cu^{2+} > Ni^{2+} > Pb^{2+} > Co^{2+} > Zn^{2+} > Cd^{2+} > Fe^{2+} > Mn^{2+} > Mg^{2+} > Ca^{2+}$.

Между почвенными мицеллами с поглощенными в обменном состоянии металлами и комплексными соединениями металлов с лигандами устанавливается определенное динамическое равновесие. Металлы переходящие в почвенный раствор, могут вступать в реакции с лигандами. Последние распадаясь, высвобождают металлы, которые поглощаются обменно из почвенного раствора минеральными и органическими коллоидами [3].

Для тяжелых металлов существенно химическое поглощение или преципитация – осаждение в виде труднорастворимых соединений.

Осаждение металлов в виде труднорастворимых соединений (карбонатов, фосфатов, гидроокисей и сульфидов) происходит, если в почве имеется достаточная концентрация металла в растворе и присутствуют анионы соответствующих кислот.

В почвах находятся различные по растворимости и подвижности формы металлов, входящие в состав почвенных минералов; обменные, находящиеся в динамическом равновесии с ионами данного металла в почвенном растворе; подвижные, растворимые формы, присутствующие в почвенном растворе. Между ними существует тесная связь и возможно взаимопревращение одних форм в другие.

Определенная часть наиболее подвижных форм металлов поступает в растения через корневые системы. Первый этап биологического поглощения металлов растениями – электростатическая адсорбция на поверхности корня, далее металлы проникают в ткани растений и вступают в различные био-химические реакции. Биологическое поглощение металлов заключается в уменьшении их подвижности в связи с переходом в живое органическое ве-щество как высших, так и низших форм организмов, населяющих почву [4].

Тяжелые металлы по биологической цепочке передаются живым организмам и в том числе змеям, обитающим в данной местности.

Так, в яде гремучих змей Grotalus durissus обнаружены ионы ряда металлов: Na, Ca, K, Mg, Zn, Fe, Cu, Co, Mn, которые активируют ряд ферментов яда или временно тормозят их действие [12].

Выявлено влияние экологических факторов на химический состав яда закавказской гюрзы Vipera lebetina obtusa. Методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии изучен элементарный состав яда гюрз, отловленных из различных районов Азербайджана, загрязненных техногенными выбросами промышленных предприятий. В яде гюрзы Vipera lebetina obtusa определены содержание тяжелых металлов: Cr, Pb, Cd, Ni и Zn [14,15,16].

Таким образом, установлено, что содержание тяжелых металлов в почвах этого региона значительно и многократно превышает предельно-допустимые концентрации, что в свою очередь влияет на элементарный состав, токсичность и фармакологическую активность яда гюрз, обитающих на данной загрязненной техногенными выбросами промышленных предприятий территории Азербайджана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Ю.В.. Тяжелые металлы в почвах и растениях.- Ленинград, 1987, 139с.
2. Ахунов А. Некоторые физико-химические и биологические свойства протеиназы яда среднеазиатской гюрзы // Узб. Биологич. журнал. 1974, №2, с. 75-76.
3. Бердыева А.Т. Патофизиологические аспекты токсикологического действия змеиных ядов, Ашхабад, Ылым, 1990, 163 с.
4. Гарыаш Г.А. Накопление тяжелых металлов в почвах и растениях вокруг металлургических предприятий: Автореф. Дис. …. канд.дис.- Новосибирск, 1985, 16 с.
5. Ильин В.Б., Степанова М.Д., Гармаш Г.А. Некоторые аспекты загрязнения среды: тяжелые металлы в системе почва-растение // Изв.СО АН СССР.Сер.биол., 1980, Вып.3., с. 89-94.
6. Маликов М. О химическом составе ядов змей. Экология и биология животных Узбекистана.- Ташкент, 1969, с. 3-5.
7. Орлов Б.Н., Гелашвили Д.Б., Ибрагимов А.К. Ядовитые животные и растения СССР, Высшая школа.- М., 1990, 271 с.
8. Павловский Е.Н., Пчелкина А.А., Талызин К.Ф., Талызин Ф.Ф. Длительность сохранения токсических свойств яда индийской кобры // Доклады АН СССР, 1963, т. 150, №2, с. 428-429.
9. Топчиева Ш.А., Абиев Г.А. Действие гамма облучения на спектральные характеристики яда гюрзы // Ж. Известия НАНА, Серия биологические науки, 2006, №5-6, с. 138-143.
10. Abiyev H.A, Topchiyeva Sh.A.. Influence to small dozes radiation on spectral characteristics and pharmacological properties of venom tranmscaucasian viper Vipera lebetina obtusa. Europen radiation research 2006, The 35 th Annual Meeting of the European Radiation Research Society and The 4 th Annual Meeting of the Ukrainian Society for Radiation Biology., Kiyev.- Ukraine, 2006, p.223
11. Bonilla C.A., Faith M.R., Minton S.A. L-Amino acid oxidase, phosphodiesterase, total protein and other properties of juvenile timber rattlesnake (C.h. horridus) venom at different stages of growth // J. Toxicon, 1973, v.11, No 3, p.301-303
12. Jia L., Shimokawa K., Bjarnason J.B., Fox J.M. Snake venom metalloproteinases: structure, function and relationship to the adams family of proteins // J. Toxicon, 1996, v. 34, No 12, p. 1269-1276.
13. Jimenes-Porras J.M. Biochemistry of snake venoms. Clin. Toxicol., 1970, v. 3, p. 389-431.
14. Topciyeva Sh.A. On the dinamics of the changes of commen protein in the organs and tissues of Experimental animals under the transcaucasian viper // 9th Panhellenic Pharmaceutical Congress.- Athens-Greece, 1998, p. 513-516.
15. Topciyeva Sh.A., Yolciev Y.Y., Aliyev V.A., Tagiev B.G., Jabbarov H.B., Tagiev O.B., Mamedov O.G. The influence of the environmental factors on chemical composition of Viperas venom // 7th International Interdisciplinary Conference on the Environment.- San Francisco/California, 2001, p. 25.
16. Sh.A.Topchiyeva, H.A.Abiyev. Ecological factor's and chemical structure of venom of Vipera lebetina obtusa // Ж. Экоэнергетика, 2004, №1, с. 21-23.
17. Topchiyeva Sh., Abiyev H.. Ecological geochemical aspects of variation of the elementary ingredients of the Vipera lebetina obtusa's venom // ICSAM-2007. International Conference on Structural Analisis of Advanced Materials. September.- Patras (Greece), 2007, p.190
18. Ward C.M., Vinogradov D.V., Andrews R.K.,Berndt M.C. Characterization of mocarhagin, a cobra venom metalloproteinase from naja mocambique, and related proteins from other elapidae venoms // J. Toxicon, 1996, v. 34, No 1, p.1203-1266.

SUMMARY

RECEIPTION OF HEAVY METALS IN SNAKE VENOM DEPENDING ON THEIR MAINTENANCE IN SOILS

H.A.Abiyev

In work comparative literary and experimental data are resulted on influence of ecological factors and including polluting metals on venoms of snakes. Heavy metals polyvalent, good sorbture soils, form badly soluble connections with phosphates and hydrooxidases, that promotes their gradual accumulation in soils. The last on a biological chain are transferred to the snakes living in given region.

In venom Vipera lebetina obtusa by a method atom-absorbtion spectrophotometry the maintenance of heavy metals: Cr, Pb, Cd, Ni and Zn are defined.

It is established that the maintenance of heavy metals in soils considerably exceeding maximum-permissible concentration influences elementary structure, toxicity and pharmacological activity of venom of snakes.

Daxil olub: 15.12.2008

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ СПЛЕНЭКТОМИИ

Э.А. Кулиев, Г.Ш.Гасымзаде, П.С.Мамедов

Центральный военный клинический госпиталь, г. Баку

В соответствии с имеющимися статистическими данными, частота послеоперационных осложнений после спленэктомии у больных с повреждением селезенки имеет достаточно высокие показатели, находясь в пределах от 23 % до 29 %. При этом летальность при неэффективном их лечении достигает 5 % [14].

Наиболее грозным послеоперационным осложнением является внутрибрюшное кровотечение, которое может быть связано как с недиагностированными повреждениями органов брюшной полости во время оперативного вмешательства, так и с неадекватностью гемостаза в ложе селезенки [5,14].

К осложнениям раннего послеоперационного периода также относятся абсцессы брюшной полости, плевролегочные осложнения, некроз стенки желудка, а также тромбоэмболические осложнения, которые в свою очередь связаны с повышением общего количества тромбоцитов крови после спленэктомии. Кроме того, нередко отмечаются осложнения общесистемного характера: нарушения функции сердечно-сосудистой системы, пневмонии, плевриты и т.п. [21].

Также необходимо отметить определенную степень вероятности и ятерогенных осложнений: повреждение хвоста поджелудочной железы, большой кривизны желудка, селезеночного угла ободочной кишки, левого купола диафрагмы, левой почки и надпочечника [15].

Cuvara I. и соавт. (2005), анализируя результаты 200 спленэктомий, в 22 клинических наблюдениях отметили наличие послеоперационных осложнений, непосредственно связанных с характером оперативного вмешательства, в 39 наблюдениях - нарушения водно-электролитного баланса, гемостаза и легочные осложнения, в 5 - повреждения поджелудочной железы и в 5 - нарушение функции печени [7].

Наиболее распространенными осложнениями после спленэктомий являются отграниченные скопления жидкости в левом поддиафрагмальном пространстве, которые отмечаются у 16 % пациентов [3]. При этом в большинстве наблюдений скопление жидкости в ложе селезенки обусловлено травматическим повреждением хвоста поджелудочной железы и возникающими регионарными расстройствами его кровообращения. Авторы отмечают, что при проведении УЗИ в зависимости от тяжести повреждений в ложе селезенки визуализируются различные по обжему скопления жидкости, которые в последующем могут привести к развитию поддиафрагмального абсцесса .

Некроз большой кривизны желудка, как правило, встречается после проведения спленэктомий у больных с гематологическими заболеваниями. Частота развития этого осложнения при травматическом повреждении селезенки достаточно низка и находится в пределах 1 % со средним показателем летальности в 52 % [18].

Тромбозы мезентеральной и портальной вен являтся также достаточно редкими осложнениями раннего послеоперационного периода у больных с травматическим повреждением селезенки. В соответствии с имеющимися статистическими данными частота его развития составляет от 6 % до 10 %, а само осложнение является одной из основных причин смертности среди больных, перенесших спленэктомию [19].

Наиболее часто выявляемым клиническим признаком внутрибрюшных осложнений по данным Khurrum B.M. и соавт. (2002) является температурная реакция организма. Так в проведенных ими исследованиях, гипертермия в раннем послеоперационном периоде наблюдалась в 97 % клинических наблюдениях. Боль при пальпации передней брюшной стенки исследователи наблюдали у 80 % больных и только лишь в 1 случае (2, 5 %) отмечалось напряжение мышц передней брюшной стенки.

Транзиторный лейкоцитоз и тромбоцитоз в первые сутки после выполнения оперативного вмешательства по имеющимся литературным данным рассматриваются в качестве закономерных физиологических особенностей послеоперационного периода после спленэктомии. И только лишь уровень лейкоцитоза более $15x10^9$/л на 5-ые сутки после спленэктомии или же соотношение тромбоцитов и лейкоцитов свыше 20 являются достоверными признаками развития гнойно-септического осложнения [24].

Также встречаются отдельные суждения, что только уровень лейкоцитов свыше $20><10^9$/л на 10-ые сутки после операции является достоверным признаком осложненного послеоперационного периода [17].

В большинстве клинических наблюдений отсутствие специфических и патогномоничных симптомов послеоперационных осложнений, невозможность их своевременного распознавания в доклинической стадии развития обуславливает необходимость применения дополнительных инструментальных методов исследования .

Среди инструментальных методов исследования, несомненно, велика роль рентгенографии в диагностике осложнений системного характера, таких как плевриты, пневмонии [21].

Применение обзорной рентгенографии для диагностики скоплений жидкости в ложе селезенки в сочетании с лабораторными методами исследования позволило Krestin G.P. и соавт. (1984) поставить правильный диагноз у 50 % больных с верифицированным диагнозом [9]. Для выявления некроза стенки желудка после спленэктомии McClenathan J.H. и соавт. (1991) успешно применяли контрастную рентгенографию желудка [11].

В имеющихся многочисленных работах подчеркивается, что хотя рентгенография и является эффективным методом диагностики послеоперационных осложнений после выполнения спленэктомии, последняя в значительной степени по своей информативности уступает УЗИ и КТ [22].

УЗИ органов брюшной полости является «золотым стандартом» в диагностике послеоперационных осложнений у больных с травмой селезенки. При этом УЗИ может применяться не только для динамической оценки визуализированных отграниченных скоплений жидкости в подди-афрагмальном пространстве, но и в качестве контроля при проведении ма-лоинвазивных лечебных дренирующих манипуляций [8].

В имеющейся научной литературе присутствует однозначная точка зрения, что применение других инструментальных методов исследования является целесообразным только лишь в случаях неинформативности УЗИ [13].

В диагностике тромбозов мезентеральных и портальной вен УЗИ является наиболее незаменимым, в особенности в клинических наблюдениях бессимптомного клинического их течения [20]. Следует отметить, что в диагностике данных осложнений УЗИ с применением доп-плеровских методик картирования ни в чем не уступает КТ [2].Диагностические ошибки при проведении ультразвуковой визуалиг зации скоплений жидкости в левом поддиафрагмальном пространстве, как правило, обусловлены неправильной интерпретацией

имеющейся ультразвуковой картины, когда за скопление жидкости ошибочно принимается фрагмент петли тонкой кишки. Для исключения ложных заключений рекомендуется полипозиционное сканирование больного в различных положениях [10].

Манипуляции под контролем УЗИ являются эффективным и безопасным методом дренирования скоплений жидкости в ложе селезенки[16]. Уже в 1981 году Gerzof P. и соавт. сообщили об успешном проведении 86%манипуляций.Эти данные также подтверждаются сообщениями и других исследователей, которые отмечают эффективное их проведение у 60 - 80 % больных [23].

Обобщая свой опыт лечения больных со скоплением жидкости в ложе селезенки McNicholas M.M. и соавт. (1994) приходят к выводу, что для безопасного дренирования ложа селезенки необходимо применять только внеплевральные пункционные доступы, при использовании которых отмечается минимальное количество осложнений [12].

В имеющихся научных публикациях также присутствует и мнение, что проведение дренирующих манипуляций под контролем УЗИ сопровождается высокой частотой манипуляционных осложнений [8].

По мнению Solzano A. и соавт. (2005) РКТ является методом выбора для диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений после спленэктомии. При этом РКТ позволяет не только диагностировать ограниченные скопления жидкости в ложе селезенки, но и позволяет под ее контролем выполнять лечебные манипуляции, направленные на их санацию [18].

Кроме того, РКТ с высокой достоверностью позволяет диагностировать и другие внутрибрюшные осложнения после выполнения спленэктомии: панкреатит, тромбоз портальных и мезентеральных сосудов, острую спаечную кишечную непроходимость и т.п. [4].

Результаты проведения сравнительной эффективности различных лучевых методов исследования позволили Paslawski M. и соавт. (2004) прийти к заключению, что хотя УЗИ и рентгенография на сегодняшний день являются наиболее доступными методами диагностики внутрибрюшных послеоперационных осложнений, РКТ, несомненно, имеет более высокую диагностическую эффективность. Крохме того, как утверждают авторы, компьютерная томография позволяет не только успешно диагностировать внутрибрюшные скопления жидкости, но и с высокой точностью определять их размеры, структуру, а также и взаимоотношение их с другими органами и тканями [4].

Также необходимо отметить и тот факт, что диагностическая возможность РКТ практически не меняется в зависимости от сроков ее проведения после выполнения спленэктомии [1].

Определяя диагностическую значимость эндоскопических методов исследования в диагностике послеоперационных осложнений после выполнения спленэктомии, Kimura T. И соавт. (2005) утверждают, что ЛС позволяет с высокой диагностической точностью проводить оценку состояния органов брюшной полости, а также проводить раннюю диагностику осложнений до развития клинических симптомов их проявления. Авторы рекомендуют ее применение в тех наблюдениях, когда имеется необходимость уточнения диагноза больших скоплений в ложе селезенки после проведения других методов исследования, таких как УЗИ или РКТ. При этом лапароскопия имеет неоспоримые преимущества не только в прямой визуализации имеющихся скопления, но и в проведении малоинвазивных лечебных манипуляций [6].Таким образом, на основании выполненного анализа научных публикаций можно сделать заключение, что клинико-лабораторное обследование остается основой диагностики. Однако эти методы исследования лишены достаточной достоверности и информативности в диагностике повреждений селезенки.

Отсутствие специфических и патогномоничных симптомов послеоперационных осложнений, невозможность распознавания осложнений в доклинической стадии их развития делает клиническую диагностику сложной и возникает необходимость применения множества других методов, каждый из которых имеет свои положительные и отрицательные стороны.

В диагностике послеоперационных осложнений «золотым стандартом» является РКТ, обладающая высокой разрешающей способностью в определении формы и

распространенности патологического процесса в брюшной полости. Однако, проведение РКТ всем пациентам с травмой селезенки является экономически нецелесообразным, что диктует более широкое практическое применение такого менее затратного и высокоинформативного метода исследования как УЗИ.

Также в имеющейся научной литературе лишь в единичных работах рассматриваются вопросы роли допплеровского исследования в диагностике повреждения селезенки. При этом существующие научные публикации достаточно противоречивы и не позволяют определить рациональный алгоритм их применения у больных с повреждением селезенки.

Возможности использования УЗИ в изучении эхосемиотики «зоны спленэктомии» у больных с травматическим повреждением селезенки также еще недостаточно изучены. Существующие методики не всегда показывают наличие гнойно-септических осложнений.

Для практической хирургии актуальным явилось бы углубление вопросов оценки информативности ультразвукового исследования и уточнение скрининговых возможностей метода в определении динамики патологического процесса, постановке показаний к применению малоинвазивных манипуляций и формирования единой концепции применения ультразвукового исследования у больных с повреждением селезенки и послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Antevil J.L., Egan J.C., Woodbury R.O. et al. Abdominal computed tomography for postoperative abscess: is it useful during the first week//J.Gastrointest. Surg., 2006, v. 10, N 6, p. 901-905.
2. Bachmann C, Gorg C The value of B-mode and colour Dopplersonography in the diagnosis of focal splenic lesions//Ultraschall Med.,2004,v. 25, N6. p. 444-447.
3. Balthazar E.J., Megibow A., Rothberg M., Lefleur R.S.C Tevaluationof pancreatic injury following splenectomy // Gastrointestinal Radiol., 1985, v. 10, N. 2, p. 139-144.
4. Chau W.K.,Chan S.C.Sonographic diagnosis of a small fistulous communication between a subphrenic abscess and a perforated duo denalulcer //J .Clin Ultrasound., 2000, v. 28, N 3, p. 153-156
5. Encke A.,Seufert R.M. Complications following splenectomy//Langenbecks Arch. Chir., 1986, v. 9, N 369, p. 251-257.
6. Ohhara M. Effective laparoscopic drainage forintra-abdominala bscessno tamenable to percutaneous approach: reportoft wocases//Dis.ColonRec tum., 2005, v. 48, N 2, p. 397-399.
7. Juvara I., Dragomirescu C, Priscu A. Complications of splenectomy // Rev.Chir. Oncol. Radiol., 1975, v. 24, N 4, p. 241-248.
8. Kang M., Saxena A.K., Gulati M., Suri S. Ultrasound-guide dpercut an eouscatheter drainage of splenic abscess // Pediatr. Radiol., 2004, v.34, N3, p. 271-273.
9. Krestin GP, Beyer D, Steinbrich W. Radiologic diagnosis of intraabdominal abscesses by stepwise use of imagin gprocedure // Rontgenblatter., 1984, v. 37, N 8, p. 295-304.
10. Levins T. Focused abdominal sonogram for trauma to identify blood within the abdomen // J. Emerg. Nurs., 2003, v. 29, N 1, p. 8.
11. Mc Clenathan J.H. Gastricper for a tionasa complication of splenectomy: report of five cases and review of the literature//Can.J.Surg.,1991,v.34, N2, p. 175-178.
12. Meshikhes A.W, Mubarek M.A, Abu-Alrahi A.I., Al-Saif O.H. The pat-tern of indications and complications of splenectomy in Eastern Saudi Arabia // Saudi Med. J., 2004, v. 25, N12, p. 1892-1895.
13. Moir C, Robins R.E. Role of ultrasonography, gallium scanning and computed tomography in the diagnosis of intraabdominal abscess // Am. J.Surg., 1982, v. 143, N 5, p. 582-585
14. O'Donnell J., McGreal., Daly P., et al. Management of patients undergoing splenectomy in an Irish teaching hospital: impact of guidelines // Ir. J.
15. .Petrovic M., Popovic M., Knezevic S., Matic S. et al. Intraoperative and postoperative complications of splenec. // Acta Chir. Iug., 2002, v. 49, N3, p. 81-84.
16. Richardson M.C., Hollman A.S., Davis C.F. Comparison of computed to mography and ultrasonographic imaging in the assessment of blunt abdo minal trauma in children // Br. J. Surg., 1997, v. 84, N 8, p. 1144-1146.
17. Rutherford E.J., Morris J.A., van Aalst J. et al. The white blood cell response to splenectomy and bacteraemia // Injury. 1994, v. 2, N 5, p.289-292.
18. Salzano A., Rossi E., De Rosa A., Carbone M. The role of computed tomo graphy in assessing subphrenic abscesses after posttraumatic splenectomy // Radiol. Med. (Torino), 1999, v. 98, N 3, p. 173-177
19. Silberstein E., Smolikov A., Levi I. Portal and superior mesenteric veinthrombosis after splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura // Harefuah, 1999, v. 136, N 5, p. 364-366.
20. Stamou K.M., Toutouzas K.G., Kekis P.B., Nakos S. Prospective study of the incidence and risk

factors of postsplenectomy thrombosis of the portal,mesenteric, and splenic veins // Arch. Surg., 2006, v. 141, N 7, p..663-669.

21. Stella M., Serventi A., Friedman D. Right portal vein thrombosis aftersplenectomy for trauma // J. Gastrointest. Surg., 2005, v.9, N5, p.646-647

22. Tomita H., Osada S., Miya K. et al. Delayed recurrence of postoperative intra-abdominal abscess: an unusual case and review of the literature // Surg. Infect. (Larchmt). 2006, v. 7, N. 6, p. 551-554.

23. Van Sonnenberg E., Mueller P.R., Ferrucci J.T. Percutaneous drainage of 250 abdominal abscesses and fluid collections // Radiology, 1984, v.151, p. 337-341

24. Weng J., Brown C.V., Rhee P. et al. White blood cell and platelet counts can be used to differentiate between infection and the normal response after

Daxil olub: 15.11.2008

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АНГИОНЕВРОЛОГИИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Д.Махмудова
Национальная ассоциация по борьбе с инсультом, г, Баку

Во все периоды становления медицинской науки в Азербайджане, изучение неврологических заболеваний было и остается приоритетным направлением для здравоохранения республики. С созданием медицинского факультета при Бакинском Университете (1920 г.) связано начало деятельности психоневрологической кафедры, возглавляемой Николаем Сергеевичем Давиденковым – ученым с мировым именем. Одна из неоценимых заслуг этого необыкновенного человека - выбор основного направления развития неврологической науки: изучение краевой патологии Азербайджана. Первые научные изыскания были посвящены нейроинфекциям, развитию курортологии, диагностике и лечению новообразований, нейроморфологии. Первым национальным кадром, возглавившим кафедру нервных болезней (отделившуюся с 1930 г.) в течение 3 лет стал проф. М.М. Меликов (до1949 г.). Следующие 13 лет (1949-1962 гг.) научного руководства проф. А.В. Фейзуллаевым характеризуют как период создания плеяды неврологической школы Азербайджана [4]..Именно в это время начаты клинические исследования, посвященные заболеваниям сосудистой системы головного мозга такими учеными как З.М.Салаева, Н. З. Молла-заде, В. В. Аргентов, Т.К.Кадырова ,А .Б. Муталимова и др. Под руководством профессора С.Ахундова, в последующем, успешно проводятся подробные исследования структуры сосудистых заболеваний по материалам клиники нервных болезней. Выявлена закономерность развития острых сосудистых заболеваний головного мозга [3] с максимальным показателем летальности от инсульта весной, что связывали с сезоном бакинских ветров [6]. Причем, смертность от первичных инсультов наблюдалась в 3 раза выше, чем от повторных [6]. Впервые были изучены больные с сосудистой патологией мозга и сердца [5], проведен сепаративный анализ по тромботическому инсульту [46] и эмболии мозговых сосудов [40], разработаны дифференциально-диагностические особенности течения [38] и клинических вариантов ишемического инсульта [39]. В этот же период активно изучались электрическая активность мозга [48], тонус мозговых сосудов [39,50], судорожный синдром [4], особенности кровоснабжения разных отделов мозга [10], экспериментально-психологические исследования [12], взаимосвязь с метеофакторами [40], роль наследственности [45], вопросы дифференцированного лечения [44], а также первые нейроморфологические исследования экстрацеребральных сосудов при ишемическом инсульте [43]. Несмотря на то, что Virchow (1847 г.) «вызвал к жизни» термин «атеросклероз» и различал тромбоз как следствие атеросклероза, и эмболию («вызванную тромбами из сердца»), источник эмболии из экстракраниальных артерий едва обсуждался до 1960 г. Академик Д.М.Абдуллаев представил подробный анализ распространенности атеросклероза в различных географических зонах Азербайджана . Эти исследования показали, что у мужчин заболевание начиналось на 10 лет раньше, чем у женщин, что связано с характером питания, изменением интимы сосудов, нервно-психическим перенапряжением. В этом процессе выявлены определяющая роль курения, климатических условий (в северных регионах чаще), алкоголя, типа конституции, степени умственной и физической нагрузки [2]. В качестве индикато-ра атеросклероза

изучались больные, перенесшие инфаркт миокарда и, уровень холестерина крови. Это послужило толчком для дальнейших исследований сочетанных нарушений церебрального, коронарного [31,42], периферического [19,22] кровообращения.

В этот же период появляется интерес к биохимическим, электрофизиологичес-ким [41], обменным [7,20], ферментативным [23,24] нарушениям и к гемокоагуляции [25,33] при различных формах цереброваскулярной патологии. Эти научные материалы были доложены на Всесоюзных научно-практических конференциях, выездных научных сессиях и на 6-ом сжезде всесоюзного общества невропатологов и психиатров.

В 1982 году на 1 сжезде невропатологов и психиатров Азербайджана были представлены первые клинико-эпидемиологические характеристики церебро-васкулярной патологии по стране [32], выявившие явное преобладание ишемического инсульта (1117 случаев из 1987 больных). Тогда же были предложены скрининговые профилактические мероприятия [34]. Дальнейшее развитие ангионеврологии характеризуется подробным описанием разных форм цереброваскулярных заболеваний: НПНМК (начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга – 14,26), ПНМК (преходящие нарушения мозгового кровообращения - 18),инсульта [11].

Еще в 1952 году Miller Fisher показал корреляцию атеросклеротических поражений бифуркации сонной артерии с контралатеральной гемиплегией и приступами монокулярной слепоты ипсилатерального глаза [28].Несмотря на то, что церебральная ангиография способом прямой пункции сонной артерии была введена Моницем в 1927 году (Moniz, 1927,1940), получение изображения бифуркации сонной артерии стало обычным после введения катеризационной ангиографии (Seldinger,1953), а позднее – с помощью ультразвуковых методов изображения (Warlow C.P. et al.,1998). Успешное накопление знаний и создание нескольких поколений ультразвуковых сканеров позволило не только определить степень стеноза [27], но и определить морфологию, стадии развития атеросклеротической бляшки (Barnett, Warlow,1993), а также разработать показания к проведению каротидной эндартерэктомии при «асимптомном» течении (Tegeler,1994). В этот же период проводились многочисленные клинические исследования в различных клинических группах: преходящие нарушения мозгового кровообращения [13,17,47], начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга [14], дисциркуляторная энцефалопатия [15,16,30,49].

Профессор Б. Х. Абасов провел подробный обзор современных методов лечения «окклюзионных поражений сонных артерий», подчеркнул необходимос:1) разработки мер профилактики;2) раннего выявления церебро-васкулярных заболеваний; 3) раннего оперативного вмешательства; 4)разработки четких показаний к операции; 5)правильного выбора тактики и вида оперативного вмешательства

Это по мнению авторов «увеличит процент восстановления трудоспособности больных с церебро-васкулярной патологией и ставит перед ангионеврологами важные задачи» [1].

В 2003 году опубликованы научно-методические рекомендации для практических врачей с подробным описанием ангиологического обследования, показаний для назначения ультразвуковой диагностики магистральных артерий головы и возможности нейрохирургичекого лечения этого контингента больных [29]. Последние 20 лет широко проводятся разработки физических факторов лечения церебро-васкулярных заболеваний в НИИ Реабилитации [9,35,36].

По инициативе проф.Я.М. Юнусова функционировали 2 специализированных нейрососудистых отделения и неврологические бригады скорой помощи в Баку по советскому стереотипу.

Публикации по использованию мирового опыта организации оказания первой медицинской и специализированной помощи больным с инсультом появились с 2005 года [37]. Согласно отчету ВОЗ «Система здравоохранения: время перемен» (ВОЗ -2005), в Азербайджане (2002) основными причинами преждевременной смерти (в возрасте до 65 лет) являются, в порядке убывания, сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, инсульт и другие; 105 на 100 000 населения). Эти результаты определяют необходимость тщательной научной разработки инфраструктуры инсульта в Азербайджане. Первые систематизированные исследования выявили неравномерность распространения

церебро-васкулярных заболеваний, что связано как с разнообразием климато-географических характеристик, так и с социально-этническими особенностями по регионам республики.

В рамках программы национального мониторинга здоровья населения, разрабатываемой министерством здравоохранения республики, ИММА подготовила и проводит регистр инсульта в соответствии со стандартом Европейского института Инсульта. Это позволит создать медицинскую и социальную структуру оказания помощи, основанную на европейском опыте: качественная специализированная помощь как в остром периоде, так и в период реконвалесценции, а также первичная и вторичная профилактика инсульта во всех регионах.

ЛИТЕРАТУРА

1.Абасов Б.., Гаджиев Дж.Н. Окклюзионные поражения сонных артерий // Аз. мед. журн., 1984, №6, с. 67-71.

2.Абдуллаев Д.М. Распространение и особенности патогенеза АС в климато-географических условиях Аз-на // Аз. мед. журн., 1970, № 4, с. 49-54.

3.Аргентов В.В. К анализу острых сосудистых заболеваний г/м / Тезисы докладов научно-практ. конфер. кл. больн. №3.- Баку, 1967, с. 25-26.

4.Ахундов С. Г.и др. История развития неврологии в Азерб. / Материалы 1 конфер. невропатологов закавказских Республик, Баку, 1967, с. 5-13

б) Ахундов С.Г.и др. Смертность при сосудистых заболеваниях г/м по материалам кл. б.№1 / Материалы 1 конфер. невропатологов закавказских Республик- Баку, 1967, с. 170-172

5.Ахундов С.Г., Муталимова А. Б. Динамические сосудистые нарушения г/м (полушария)» в кн.: / Материалы 4 сжезда невропат., псих. УССР.- Киев, 1967, том 1, с. 39-40.

6. Ахундов С.Г., Муталимова А.Б. Судорожный с-м при опухолях и сосудистых заболеваниях г/м / Матер. 1 конф. невропатологов закавказских Республик, посвящ. 50-летию ВОР.- Баку, 1967, с. 318-321.

7. Балакишиева Ф. К клинике нарушений венозного кровообращения и патоморфологии первичного аппарата вен г/м и некот. венозных нарушений при ИИ:: Автореф. Дис… к.м.н.- Баку, 1973

8.Балакишиева Ф. К., Мусаев А. / В.Достижения мед. науки и практ. здравоохран. Азерб-на,-Баку, 2001, том 2, с.460-462.

9. Балакишиева Ф.К., Касумова С.Д. Магнитолазерная терапия и нелондотерапия в комплексном лечении б-х с постинсультными парезами / Достижения мед. науки и практ. здравоохран. Азерб-на.- Баку, 2001, том 2, с.450-453

10. Бальцер И.Г. К клинике нарушения кровообращения в области задне-бокового отдела продолговатого мозга / Тезисы докладов научно-практ. конфер. кл. больн. №3.- Баку, 1967, с. 110.

11. Горбулёв Ю.Л., Гезалова Ф. Я. И др. Влияние метеофакторов на возникновение и характер мозговых инсультов в г. Баку // Аз. мед. журн., 1986, № 7, с. 22-24.

12.Гусман Ю.С. О методах экспериментально-психологического исследования при церебр. атероскл. /Матер. 17 научн. сжезда молодых учёных.- Баку, 1969, с. 58-60

13.Зейналов Р.К., Ибрагимова З.А. Реоэнцефалографич. и ЭМГ показатели у б-х с ПНМК // Всесоюзн. научн.-практ. конф.: «Предупрежд., лечение и прогноз начальных и преходящих НМК».- Баку, 1975, с. 130-131.

14.Зейналов Р.К. и др. Роль курортно-климатических факторов худат-яламинского взморья в лечении б-х с НПНКМ // Вопросы курортологии, 1985, № 2, с.21-23.

15. Зейналов Р.Г., Мусаев А.В. Комплексное лечение б-х с ДЭ, применение физических факторов // Аз. псих. журн., 1999, №1, с. 90-97

16.Исазаде Э.Г. Эффективность профилактических мероприятий б-х пожилого и старческого возраста с Атеросклер. Энцефалопатией // Аз. мед. журн., 1996, № 11, с. 138-141.

17.Кадырова Т.К., Мурсакулова А.Н. Прекорешк. сосудистые нарушения стволового отдела // Материалы 4 сжезда невропат. и псих. УССР.- Киев, 1967, с. 1.

18.Кадырова Т. К.и др. Эхоэнцефалографические и нейроофтальмологические исследования при церебральной гипертензии сосудистого генеза в детском возрасте» // Аз. медицина, 1988, № 12, с.3-5

19.Касимова Ф.С. Характеристика мозг. и периф. кровообр-я до и после лечения у раб-х, занятых в произв-ве хлористого аммиака / Вопросы гигиены труда, тематический сборник.- Сумгаит, 1977, вып. 11, с. 60-64.

20.Кулиев А.Х., Кямиль Э.М., Гзелишвили М.С. Динамика 4-ного состояния с/с сист. и показат. Липидного обмена у б-х с ПНМК под влиянием лечения на курорте Мардакянт // Всесоюзн. научн.-практ. конф.: «Предупрежд., лечение и прогноз начальных и преходящих НМК.- Баку, 1975, с. 15-16

21.Курдюмова Т.Ю. Особенности генеологии б-х ИИ, проживающих в условиях Азербайджана / Материалы 1 сжезда невропат. и псих. Аз-на.- Баку, 1982, с.256-259.

22.Мамедов К.Д. Состояние периферического кровообращения при различных цереброваскулярных нарушениях / Учёные записки.- Баку, 1974, том 37, с. 107-110.

23.Мамедов К.Д., Рзаев Н.А. Суммарная активность липазы при ИБ г/м в возрастном аспекте //Аз. мед. журн., 1977, № 11, с. 24-26.

24.Мамедов К.Д., Рзаев Н.А. Изоферменты лактатдегидрагеназы в сыв-ке крови у б-х с цереброваскулярными нарушениями // Клиническая мед-на, 1979, №9, с.54-57.

25.Мамедов К.Д. ОНМК.- Баку, 1987, с. 152.

26.Махмудова Д.Б. К клинико-офтальмологической характеристике ранних форм недостаточности кровоснабжения мозга // Аз. мед. журн., 1985, № 4, с.68

27. Махмудова Д.Б. // Журн.невропат и псих им.Корсакова, 1990, №1, с.9-12

28.Махмудова Д.Б. Современная концепция атероскл. и некоторые вопросы патогенетической терапии // Аз. мед. журн., 1993, № 3-4, с. 78-85..

29.Махмудова Д.Б. Ранние клинические и ультразвуковые критерии стенозирующих поражений магистральных артерий головы.Выбор лечения.- Баку, 2003, 16с.

30.Махмудова Д.Б. Dissirkulyator ensefalopatid zamanı demensiyanın formallaşması // Аз. псих.жур, 1999, №1, с. 98-101.

31.Молла-заде Н.З., Муталимова А.Б. и др. О сочетанном цер. и корон. сосуд. с-ме при ИБ мозга и сердца // Аз.мед. журн., 1977, № 11, с.9-12

32.Молла-заде Н.З. и др. Клинико-эпидемиологические характеристики цер.-васк. патол. в низменных и горных р-нах Азербайджана / Материалы 1 сжезда невропат. и псих. Аз-на.- Баку, 1982, с. 193-195.

33.Молла-заде Н.З., Муталимова А.Б., Курдюнова Т.Ю. Возрастные особенности гемокоагуляции при ишемическом инсульте // Аз. мед. журн., 1984, № 10, с.24-26.

34.Молла-заде Н.З. и др. Azərbaycanda serebrovaskulyar patologiya haqqında // Аз. мед. журн., 1985, № 11, с. 48-51

35.Мусаев А.В., Балакишиева Ф.К. Применение интерференциальных токов в реабилитационном лечении б-х с постинсультными гемипарезамиь / Достижения мед. науки и практ. здравоохран. Азерб-на». Сборн. Научн. труд.- Баку-2000, 2 том, с.77-79

36.Мусаев А.В., Касумов С.Д. Динамика реологических параметров крови и фибриногена у б-х с постинсультными гемипарезами под влиянием комплексного лечения / Достижения мед. науки и практ. здравоохран. Азерб-на.- Баку, 2002, 1 том, с. 218-222.

37.Мусаев А.В., Махмудова Д.Б. Сравнительный анализ организации медицинской помощи б-ых инсультом // Аз. псих. журн., 2005, № 10, с. 109-117.

38.Муталимова А.Б. О синдроме гемибализма в клинике ИИ / Вопросы психоневрологии.- Баку, 1966, с. 153-156.

39.Муталимова АБ. Состояния сосудистого тонуса у б-х ИИ,сопровожд. церебр. Гипоксией / Материалы 1 конференции невропатологов закавказских республик.- Баку, 1967, с. 70-72

б) Муталимова АБ. Дифференц-диагност. особенности апоплектиформ. клин. варианта ИИ / Материалы 1 конференции невропатологов закавказских республик.- Баку, 1967, с. 72-74

40.Муталимова А.Б. Влияние влажности на частоту эмболии мозговых сосудов / Материалы 7-й научн. конфер., посвящ. вопр. гигиены труда и охр. здоров. раб. нефтян. и нефтехим. промышл.- Сумгаит, 1968, с. 60-61

41.Салаева З.М., Юнусов Я.М. Клинико-биохимические и электрофизиологические характеристики НМК / 6 Всесоюзн. сжезд невропатологов и психиатров, сосудистые заболевания н/с.- М., 1975, 2 том, с. 116-118

42.Салаева З.М. ЭЭГ характ-ка сочетанных нарушений мозг. и коронар. Кровообр // Ж. невр. и псих., 1976, № 1, с.52-56.

43.Салаева З.М., Байрамова Ф.М. Изменения нервно-рецепторного аппарата экстрацеребральных сосудов при и Мозга в пожилом возрасте / Материалы 5 всесоюзного сжезда невропат. и псих.- М., 1969, том 2, с. 486-488.

44.Салаева З.М., Фейзуллаев Э.А. К терапии ишемического инсульта г/м / Материалы 4 сжезда невропат. и псих. УССР.- Киев,1967, с. 164.

45.Салаева З.М. и др. К роли наследственного фактора в возникновении мозговых сосудистых расстройств / Матер. научн-практ конф., посвящ. 20-летию г. Сумгаита.- Сумгаит, 1969, с. 50..

46.Салаева З.М. Клинический анализ материала по тромболическому инсульту / Материалы 1 конференции невропатологов закавказских республик.- Баку, 1967, с. 85-87.

b) Салаева З.М К анализу острых сосудистых заболеваний г/м / Материалы 1 конференции невропатологов закавказских республик.- Баку, 1967, с. 25-26

47.Салаева З.М., Гасанов Ш.М. и др. Клинико-биохим. показатели у б-х с ПНМК по данным Бакинской «Зоны здоровья» / Всесоюзн. научн.-практ. конф.: «Предупрежд., лечение и прогноз

начальных и преходящих НМК».- Баку, 1975, с.139-141.

48.Юнусов Я.М. Изменение электрической активности г/м при расстройствах мозгового кровообращения / Учёные записки.- Баку, 1966. том 19, с.79-89..

49.Юнусов Я.М. и др. Корреляция ЭЭГ, отоневрологических и клин. с-мов при ДЭ в ВБС 4 б-х с шейн/остеох / Материалы 1 сжезда невропат. и псих. Аз-на.- Баку, 1982, с. 222-224.

50.Яруллин Х.Х., Иманова С.С. Реоэнцефалографическое исследование вазомоторных асимметрий при НМК // Аз. мед. журн., 1966, № 3, с. 24

SUMMARY

THE HISTORY OF DEVELOPMENT NEUROLOGY IN AZERBAIJAN

D. Mahmudova

This article is about history of development neurology in Azerbaijan. There were analised many materials of Azrrbaijan and other about this matter.

Daxil olub: 10.12.2008

QARACİYƏR REZEKSİYALARINDAN SONRA ORQANIN REGENERATİV XÜSUSİYYƏTLƏRİ

B.A. Ağayev, E.A. İskəndərov, A.Ə.Müzəffərzadə

M.A. Topçubaşov ad. elmi cərrahiyyə mərkəzi, Bakı

Qaraciyərin yüksək regenerasiya qabiliyyəti haqda ilkin məlumatlara hələ qədim Yunan mifologiyalarında rast gəlmək olar. Əfsanəyə görə, nəhəng ölçülü qartal hər gün qayaya zəncirlənmiş od allahı Prometeyin qaraciyərini yeyib, parçalayıb uçub gedirmiş. Ertəsi gün, qartalın gəlişinə qədər Prometeyin qaraciyəri yenidən tam bərpa olurmuş. Langenbuch (1888) tərəfindən ilk dəfə qaraciyər rezeksiyası və Starzl (1963) tərəfindən ilk qaraciyər transplantasiyası icra olunduqdan sonra isə işemiyaya məruz qalmış qaraciyərin regenerasiya etmə qabiliyyətinin öyrənilməsinin yeni erası başladı.

Qaraciyər öz ölçülərini tənzimləmək kimi unikal xüsusiyyətə malikdir. Qaraciyər toxumasının azalması və ya hepatositlərin ölümü ilə müşahidə olunan patoloci hallarda proliferativ proseslər işə düşür və sonda qaraciyərin normal funksiya etməsinə imkan verən orqan arxitektonikası bərpa olur. Çox maraqlıdır ki, qaraciyər öz ölçülərinin həm az, həm də çox olmasına da reaksiya verir. Kiçik ölçülü qaraciyəri böyük resipientə (məs. Babuin meymun qaraciyəri insana) və böyük ölçülü donordan kiçik resipientə (məs. at qaraciyəri kiçik heyvanlara) qaraciyərin transplantasiyası zamanı, qaraciyər toxuması köçürüldüyü orqanın həcminə özünü uyğunlaşdıraraq ölcülərini dəyişir [13,14].

Qaraciyərin həcmi normada hər kg insan bədəninə 25±1.2 ml nisbətdə uygundur. Resipientə köçürülmüş izafi miqdarda qaraciyər toxuması hepatositlərin apoptoz prosesinin sürətlənməsi hesabına kiçilməyə başlayır. Heterotopik qaraciyər transplantasiyasından sonra «doğma» qaraciyər toxuması öz funksiyalarını bərpa etməyə başladıqdan sonra, köçürülmüş hissə tədricən atrofiyaya uğramağa başlayır [3].

Qaraciyərin regenerasiya xüsusiyyətləri haqqında olan mülahizələri araşdırmazdan öncə orqanın arxitektonikası və ultrastrukturası haqda məlumatlara ehtiyac duyulur. Qaraciyərin morfofunksional vahidi asinus hesab olunur. Asinuslarda qapı venası və qaraciyər arteriyasının kiçik şaxələri birləşərək qaraciyər sinusoidlərini əmələ gətirirlər. Sinusoidlərdə qan hepatositlərlə kontakta girib mübadilə proseslərində iştirak etdikdən sonra mərkəzi venalar tərəfindən qaraciyərdən qovulur. Hepatositlər, sinusoidlərin hər iki tərəfində bir cərgədə düzülərək qan-hepatosit mübadilə səthini maksimum artırırlar. Hepatositlər qapı venasından mərkəzi venaya doğru 3 zonada paylanmışlar. I zona qapı venası ilə təmasdadır, II zona aralıq, III zona isə mərkəzi vena ilə yaxın yerləşmişdir. Sinusoidlər intraselulyar pəncərələrə malik qaraciyər üçün spesifik endotelial hüceyrələr ilə haşiyələnmişdir. Endotelial hüceyrələr və hepatositlər arasında olan boşluq Disse aralığı adlanır. Perisinusoidal sahədə qaraciyər üçün spesifik makrofaqlar – Kupfer hüceyrələri, «Böy faktoru» ifraz edən və miofibroblastik aktivliyə malik – Ito hüceyrələri, fibroblastlar və neyronlar yerləşirlər [3,12].

İllər uzunu hesab olunurdu ki, qaraciyərin bütün hüceyrə komponentləri regenerasiya prosesində aktiv iştirak edirlər. Lakin son zamanlar qaraciyərdə yalnız onlara məxsus regenerasiya etmə qabiliyyəti olan kök hüceyrələrin olması və bütün yetişmiş hepatositlərin bu hüceyrələrdən törəyə bilməsi haqda yeni fikirlər meydana çıxmışdır. Mütəxəssislərin əksəriyyəti isə qaraciyərin regenerasiya prosesində hepatositlərin, Kupfer, Ito, sinusoidal endotelial hüceyrələrin, biliar traktın epitel hüceyrələrinin hamısının rolu olduğunu, bu komponentlər ilə ekstraselülar matriks arasında olan birləşmələrin və əlaqələrin mühüm əhəmiyyət daşıdığını qeyd edirlər [9,14].

Qaraciyər rezeksiyasından sonra orqanın qalan hissəsi regenerasion-proliferativ xüsusiyyətləri hesabına öz əvvəlki ölcülərini qaytarmağa calışır. Hepatositlərin proliferativ aktivliyinin səviyyəsi müəyyən dərəcədə rezeksiyanın həcmindən asılıdır. Qaraciyərin 60-70%-nin rezeksiyasından sonra qalmış toxumanı təşkil edən hüceyrələrin mitotik aktivliyin artması hesabına kompensator regeneresiya prosesi fəaliyyətə başlayır və müəyyən müddətdən sonra orqan öz ölçülərinə yaxınlaşır. Orqanın 80%-nin rezeksiyasından sonra mitoz prosesinə qoşulmada desinxronizasiya qeyd olunur. 90% rezeksiya olmuş qaraciyərin qalmış toxuması DNT sintez etməyə və mitotik bölünməyə qabil ola bilmir. Təəcüblü olsa da, 40% hissəsi rezeksiya olunmuş qaraciyərdə az miqdar DNT sintez olunur ki, bu da regenerasiya qabiliyyətinin aşağı düşməsi ilə nəticələnir. Tədqiqatçılar bu hadisəni xaric edilmiş hissənin kütləsinin azlığı nəticəsində, orqanizmdə kifayət qədər xəbərdaredici siqnallar yarada bilməməsi ilə əlaqələndirirlər [10,12].

Qaraciyərin regenerativ aktivliyinin dəyərləndirilməsinin müasir aspektlərini nəzərdən keçirərkən elektron mikroskopik, izotop və histokimyəvi kriterilərdən istifadə olunması mütləqdir.

Eipel C. və həmm. [2] tərəfindən rezeksiyadan sonra regenerativ aktivliyin dərəcəsini orqanın funksional aktivliyinin bərpa olma sürətinə əsasən təyin etmək məqsədilə kliniki tədqiqat aparmışlar. Qanda bilirubin, ümumi zülal, transaminazalar və şəkər, protrombin vaxtı və tromboplastinin miqdarı əməliyyatdan sonrakı dövrdə 3-cü,5-ci sutkalar və 2 həftə sonra öyrənilmişdir. Qaraciyər payının rezeksiyasından sonra qanda bilirubin, transaminazalar və şəkərin miqdarı yüksəlmiş, protrombin zamanı uzanmışdır və 4-5 sutkalar normaya düşmüşdür. Seqmentektomiyadan sonra bilirubin və protrombin vaxtı dəyişməmişdir ki, bu da göstərilən parametrlərin qaraciyərin regenerasiyasının dəyərləndirilməsində əhəmiyyəti olduğunu göstərir. Digər göstəricilər lobektomiyaya anoloci nisbətdə mülayim şəkildə dəyişmişdir. Uşaqlarda regenerativ aktivlik rezeksiyanın həcmindən asılı olmayaraq böyüklərə nisbətən daha yüksək olmuşdur. Əməliyyatdan 90 gün sonra qaraciyərin həcmi və ölçüləri əməliyyatdan əvvəlki hüdudlara uyğun olmuşdur.

Massiv hemoragiyaların qarşısını almaq, yaxud ablastika məqsədilə iri həcmli cərrahi əməliyyatlar zamanı rezeksiya olunan payın və ya tam qaraciyərin vaskulyarizasiyasını müvəqqəti olaraq kəsmək lazım gəlir. Qaraciyər rezeksiyasından sonra hepatositlərin regenerasiyasını əngəlləyən daha bir faktor, əməliyyatdan sonra bəzi hallarda yaranan işemik-reperfuzion sindrom hesab olunur. Son zamanlar müxtəlif xarici ölkə alimləri tərəfindən işemik-reperfuzion sindromun profilaktikası və müalicəsi məqsədilə çoxsaylı tədqiqatlar aparılmasına baxmayaraq problem öz həllini tapmamışdır [11,15].

Ito K. və həmm. [6] tərəfindən qaraciyər rezeksiyasından sonra işemik-reperfuzion sindrom inkişaf etmiş hallarda əvəzolunmaz aminturşu hesab olunan qlisinin effektivliyni aydınlaşdırmaq məqsədilə siçanlar üzərində tədqiqat aparmışlar. Məlum olmuşdur ki, qlisin qanda TNF – alfa kimi iltihab mediatorunun və qaraciyər toxumasında mRNT – nin ekspresiyasını azaltmaq yolu hepatektomiyadan sonra orqanın regenerasiyası qabiliyyətinə və funksional fəallığının erkən bərpa olmasına müsbət təsir göstərir. Müəlliflər tərəfindən qlisinin klinikada qaraciyər rezeksiyasına məruz qalmış xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə istifadəsinin uğurlu olacağı haqda məsləhət verilmişdir.

Hiranuma S. və həmm. [5] tərəfindən qaraciyər rezeksiyasından sonra sərbəst radikalların miqdarının artması ilə müşahidə olunan işemik-reperfuzion sindrom zamanı yeni sintez olunmuş, sərbəst radikalların təmizləyicisi hesab edilən Edaravon preparatanın effektivliyni eksperimental şəraitdə öyrənmişlər. Edaravonun təsiri nəticəsində qanda neytrofil

infiltrasiyasının indeksi hesab olunan mieloperoksidazanın aktivliyi aşağı düşür, interleykin-6 kimi iltihab sitokinlərinin miqdarı azalmışdır. Bu qrupda həyat göstəricisi artmış, orqanın funksional fəallığının bərpa sürəti yüksəlmişdir.

Türkiyənin Manisa Universitetinin alimləri [8] belə qərara gəlmişlər ki, hətta 15 dəqiqəlik işemiya belə qaraciyər rezeksiyasından sonra qalmış toxumada zədələnmə ilə nəticələnir, qaraciyərin regenerasiyası ləngiyir və letallıq yüksəlir. Eksperimental tədqiqat nəticəsində trimetazidin preparatının əməliyyatdan öncə tətbiqinin bu ağırlaşmaların qarşısının alınmasında effektiv olduğu sübuta yetirilmişdir. Müəlliflər qan dövranını tam kəsilməsi planlaşdırılan iri həcmli qaraciyər rezeksiyaları zamanı əməliyyatdan əvvəlki dövrdə trimetazidin preparatının postoperasion dövrün daha rahat keçməsi üçün məsləhət görürlər.

Ankara Gazi Universitetinin əməkdaşları tərəfindən [1] qaraciyər rezeksiyasından sonra hepatositlərin proliferativ fəallığını artırmaq məqsədilə eksperimental şəraitdə əməliyyatdan öncə qısa müddətli işemiya və reperfuziya (10dəq./15dəq) yaratmaqla tədqiqat işi aparılmışdır. Məlum olmuşdur ki, əməliyyatdan əvvəl işemik-reperfuzion hazırlıq aparılmış siçanlar qrupunda mitotik indeks, proliferasiya edən hüceyrələrdə nuklear antigen və qaraciyər toxumasının çəkisi nəzarət qrupuna nisbətən daha yüksək olmuşdur.

İşemik hazırlığın orqanlara göstərdiyi müsbət təsiri daha dolğun başa düşmək üçün, suda yaşayan məməlilərin oksigen defisitini kompensə məqsədilə malik olduqları təbii uyğunlaşdırma mexanizmləri haqda informasiya yararlı olardı. Suda yaşayan məməlilər dərinliyə baş vuran zamanı ürək-damar sistemi tərəfindən fəaliyyətə başlayan adaptasiya mexanizmlərindən biri də, əksər skelet əzələlərində və daxili orqanlarda qan damarlarının yığılmasından (bəzən qan dövranının tam dayanması ilə nəticələnən) ibarətdir. Bu hal faktiki olaraq daxili orqanların işemiyasını göstərir. Başvurmadan sonra havaya çıxan anda, yəni posthipoksik reoksigenasiya zamanı periferik arteriyalar yenidən genişlənir, daxili üzvlərdə qan dövranı bərpa olur ki, bu da işemiyaya uğramış toxumaların reperfuziyası deməkdir. Beləliklə, suda yaşayan məməlilərin dərinliyə baş vuran zaman və yenidən su səthinə çıxdıqdan sonra daxili üzvlərdə baş vermiş proseslər kompleksini təbii işemik-reperfuzion sindrom modeli kimi dəyərləndirmək olar. Hipoksiya şəraitində işemiyanın müxtəlif təzahürləri aşkar olunsada, reoksigenasiya zamanı suda yaşayan məməlilərin orqan və toxumalarında zədələnmə əlamətləri qeydə alınmamışdır ki, bu da təbii müdafiə - adaptasiya mexanizmlərinin olmasını sübüta yetirir. Su məməlilərinin qanında oksidativ stressin göstəricisi olan katalazanın ölçülməsi göstərmişdir ki, dərinliyə müddətli baş vurma (təxminən 6,5 dəqiqə) və ardınca olan reoksigenasiya (10 dəqiqə) zamanı katalazanın miqdarında statistik dürüst dəyişiklik olmur. Ümumiyyətlə dərinliyə baş vuran məməlilərin orqanizmində olan antioksidant müdafiə faktorlarının xüsusiyyətləri eksperimental şəraitdə işemik-reperfuzion sindromun qarşısının alınmasında əhəmiyyətli ola bilər.

Karavias D. və həmm. [7] tərəfindən xolestatik qaraciyər üzərində aparılmış rezeksiyadan sonra orqanın regenerativ aktivliyinin öyrənmək məqsədilə 4 qrupdan ibarət 90 siçan üzərində elmi-tədqiqat aparmışlar. I qrup- n=10 nəzarət (əməliyyat olunmamış); II qrup- n=10 yalancı əməliyyat (yalnız laparatomiya); III qrup- n=30 qaraciyər arteriyası və qapı venası bağlanmış; IV qrup- n=40 xoledoxu bağlanmış və kəsilmiş siçanlar. III qrupdan olan siçanlar tam devaskulyarizasiyadan 15 dəq. (IIIa), 30 dəq. (IIIb) və 60 dəq. (IIIc) sonra yarılmışlar. Xoledox bağlandıqdan 10 gün sonra IV qrupdan olan 10 siçan öldürülmüş, qalan 30-u isə total qaraciyər devaskulyarizasiyası icra olunduqdan 15dəq. (IVa), 30 dəq. (IVb) və 60 dəq. (IVc) sonra təşrih olunmuşlar. Qaraciyərin biopsiyası və hematoksilin-eozin boyama üsulu histoloji müayinə, sitokeratin AE1, HEPPAR (hepatosit parafin antigen) və Ki67 antigenlərinin təyini məqsədilə immunohistokimyəvi müayinə aparılmışdır. IVa qrupundan olan qaraciyər kəsiklərində genişlənmiş öd axarları, IIIa qrupunda sentrilobulyar hepatositlərdə ödem və nekroz, hepatokanalikulyar xolestaz və zəif mononuklear/qarışıq tipli iltihab aşkar olunmuşdur. IVb, IVc, IVd qruplarında isə genişlənmiş öd axarları ilə birlikdə işemiyaya xas dəyişikliklər, IVc (xoldoxun bağlanması+30 dəq. işemiya) və IVd (xoldoxun bağlanması+60 dəq. işemiya) böyük diametrli öd axarlarının nekrozu müşahidə edilmişdir. IVc və IVd qruplarında nekroza uğramış qaraciyər parenximasının ümumi həcmi IVb və III qrup ilə müqayisədə statistik dürüst şəkildə çox olmuşdur. İşemiyaya məruz 60 qaraciyər

biopsiyasında hepatositlərin regenerasiyasının 2-ci zonadan başlayaraq 1-ci zonaya qədər yayılmış və tək-tək 3-cü zonaya da keçmişdir. İmmunohistokimyəvi üsulu AE1 və HEPPAR genləri pozitiv olan hüceyrələr aşkarlanmışdır. Proliferasiya tezliyi (% Ki67 + hüceyrə sayı) IIIa qrupunda IIIb, IIIc, IVb, IVc və IVd qrupları ilə müqayisədə yüksək olmuşdur. Tədqiqatlar göstərmişdir ki, işemiya xolestaz inkişaf etmiş normal toxuma ilə müqayisədə daha çox hepatosit ölümü törədərək, daha zərərli təsir göstərir. Qaraciyərin regenerasiyası başlıca olaraq hepatoselülyar və duktal epitel mənşəli nekroza uğramamış hüceyrələr vasitəsilə həyata keçir. Hepatositlərin proliferasiya tezliyi işemiya və xolestazın birlikdə olduğu qaraciyərdə aşağı olur.

Beləliklə, qaraciyərin öz kütləsini tənzimləyən mürəkkəb regenerativ mexanizmlərin öyrənilməsi, bu proseslərə təsir edərək onları idarə etməyi bacarmaq, əməliyyatdan sonrakı dövrdə, xüsusən də iri həcmli qaraciyər rezeksiyalarından sonra cərrahi müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırmaq və xəstələrin həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsi baxımından çox əhəmiyyətlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Bedirli A., Kerem M., Pasaoglu H. et al. Effects of ischemic preconditioning on regenerative capacity of hepatocyte in the ischemically damaged rat livers //J Surg Res., 2005, v.125(1), p.42-8.
2. Eipel C., Glanemann M., Nuessler A. et al. Ischemic preconditioning impairs liver regeneration in extended reduced-size livers // Ann.Surg. 2005, 241, v.(3). P. 477-84
3. Fausto N. Liver regeneration // J. Hepatol., 2000, N32, p.19-31
4. Grompe M. The role of bone marrow stem cells in liver regeneration // Semin. Liver Dis., 2003, N 23, p.363-372
5. Hiranuma S., Ito K., Noda Y. et al. Amelioration of hepatic ischemia/reperfusion injury in the remnant liver after partial hepatectomy in rats // J. Gastroen. Hepatol., 2007, v.22(12), p. 2167-72.
6. Ito K., Ozasa H., Noda Y. et al. Effect of non-essential amino acid glycine administration on the liver regeneration of partially hepatectomized rats with hepatic ischemia/reperfusion injury / Clin Nutr. 2008 Aug 7.
7. Karavias D, Tsamandas AC, Tepetes K. et al. The effect of ischemia on the regeneration of the cholestatic liver. An experimental study / Hepatogastroenterology. 2002 Mar-Apr;49(44):456-60.
8. Kaya Y., Coskun T., Aral E. et al. The effect of trimetazidine on liver regeneration after partial hepatectomy under hepatic blood inflow occlusion // Hepatogastroenterology. 2003, v.50(51), p.651-655
9. Kim T.H., Mars W.M., Stolz D.B. et al. Extracellular matrix remodeling at the early stages of liver regeneration in the rat // Hepatology, 1997, N26, p.896-904
10. Mochida S. et al. The mechanisms of hepatic sinusoidal endothelial cell regeneration: a possible communication system associated with vascular endothelial growth in liver cells // J.Gastroenterol. Hepatol., 1998, N13, Suppl:S1-5, S1-S5
11. Schleimer K., Stippel DL., Kasper HU. et al. Portal Vein Arterialization Increases Hepatocellular Apoptosis and Inhibits Liver Regeneration // J.Surg Res. 2008 , v. 29.
12. Strain A.J., Crosby H.A., Nijjar S. et al. Human liver-derived stem cells // Semin. Liver Dis., 2003, N 23, p.373-384
13. Taniguchi E., Sakisaka S., Matsuo K. et al. Expression and role of vascular endothelial growth factor in liver regeneration after partial hepatectomy in rats // J.Histochem.Cytochem., 2001, N49, p.121-130
14. Wack K.E. et al. Sinusoidal ultrastructure evaluated during the revascularization of regenerating rat liver / Hepatology, 2001, N33, p.363-378
15. Yoshidome H, Miyazaki M, Shimizu H. et al. Obstructive jaundice impairs hepatic sinusoidal endothelial cell function and renders liver susceptible to hepatic ischemia/reperfusion / J Hepatol., 2000, Jul; v.33(1), p.59-67

SUMMARY

THE REGENERATIVE PROPERTIES OF LIVER AFTER LIVER RESECTIONS

B,A. Agayev, E.A. Iskenderov, A.E. muzzeferzade

Unlike other vital organs, the liver typically regenerates after injury. Indeed, the very factors that cause liver injury initiate a reparative process in the residual liver that includes the induction of cytoprotective mechanisms, deletion of mortally wounded cells, repair of less damaged survivors, liver cell proliferation to replace the cells that died, the deposition of new matrix, and tissue remodeling to restore normal hepatic mass and architecture. During liver regeneration, the liver normally continues to perform vital, liver-specific functions. Unfortunately, the hepatic regenerative response sometimes

becomes disrupted--either failing to occur or occurring in a disordered, or incomplete fashion. Abnormal regeneration contributes to the pathogenesis of fulminate liver failure, cirrhosis, and primary liver cancers. Research in the field of regenerative biology has identified several events that are required for liver regeneration. These include injury-induced changes in the hepatic microenvironment, the ability of surviving liver cells and/or their progenitors to proliferate, and a temporary suspension of homeostatic mechanisms that normally couple cell proliferation to programmed cell death. The signals that mediate these complex biologic responses are being detailed. A better understanding of the extra- and intracellular signals that prompt the injured liver to regenerate should suggest treatments to promote liver regeneration in patients with otherwise fatal liver diseases.

Daxil olub: 10.11.2008

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Г.Ш. Гараев, С.В. Гулиева, Т.А. Эйвазов
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Активация перекисного окисления липидов играет существенную роль в развитии многих заболеваний.

Перекисное окисление липидов (ПОЛ)- процесс универсальный, протекающий в мембранах и играющий существенную роль в патогенезе ряда патологических процессов при различных заболеваниях. Это многостадийный цепной процесс окисления кислородом липидных субстратов, в основном полиненасыщенных жирных кислот, включающий стадии взаимодействия липидов со свободно радикальными соединениями и образования свободных радикалов липидной природы. Усиление процессов перекисного окисления имеет существенное значение в этиологии и патогенезе многих заболеваний и развитии последствий различных экстремальных воздействий.

Перекисное окисление может включить стадии неферментативного аутокисления и ферментативные реакции. Обе стадии приводят к образованию свободных радикалов.

В клетках существуют специальные системы обезвреживания токсичных кислородных радикалов, в частности ферментные: супероксиддисмутаза, катализирующая превращение супероксида в перекись водорода, каталаза и пероксидазы, катализирующие реакции, в которых перекись водорода восстанавливается до воды.

Продукты перекисного окисления (перекиси липидов) используются в организме для синтеза биологически активных веществ - простогландинов, тромбоксанов, стероидных гормонов и т.д. [2]

Интенсивность перекисного окисления непосредственно связана с процессами обновления состава фосфолипидов биологических мембран, изменения относительного содержания липидов и белков и как следствие с изменением структуры биологических мембран и их функционирования. В норме процессы образования и расходования продуктов перекисного окисления хорошо сбалансированы, что определяет их относительно низкое содержание в клетках.

Факторы, нарушающие структуру липидов в биологической мембране, ускоряют, а факторы, поддерживающие структурированность липидов (например холестерин), тормозят перекисное окисление. Регуляторами системы перекисного окисления являются ферменты, участвующие в образовании (напр., некоторые оксидазы) или гибели (супероксиддисмутаза) активных форм кислорода и свободных радикалов, а также в разложении перекисей без образования свободных радикалов (каталаза, пероксидазы). Активность этих ферментов зависит от структурированности липидного бислоя биологической мембраны. На всех стадиях перекисного окисления существующие обмен фосфолипидов биологических мембран и влияющие на скорость окисления путем изменения липидного состава мембран. Важное значение в регуляции перекисного окисления имеют многочисленные низкомолекулярные соединения, выполняющие функции инициаторов, катализаторов, ингибиторов, синергистов этого процесса. Одним из важнейших стабилизаторов биологических мембран является

природный антиоксидант (ингибитор перекисного окисления) витамин Е [7].

Другими природными антиоксидантами являются гормоны тироксин и кортикостероиды, витамин К, глютатион.

При развитии патологического процесса баланс образования и расходования перекисей и других продуктов перекисного окисления может нарушаться. Метаболиты перекисного окисления накапливаются в тканях и биологических жидкостях, что приводит к серьезным нарушениям в биологических мембранах. Активация перекисного окисления приводит к изменению структуры липопротеинов сыворотки крови, нарушает разнообразные процессы клеточного метаболизма практически на всех уровнях.

Токсичными для организма являются не только образующиеся в результате перекисного окисления перекиси, но и продукты более глубокого окисления липидов альдегиды, кетоны, кислоты. Карбонильные продукты перекисного окисления ингибируют ряд ферментов, подавляют синтез ДНК, модифицируют агрегацию тромбоцитов. Возникающие в процессе окисления реактивные свободные радикалы вызывают повреждение структуры нуклеиновых кислот, прежде всего ДНК.

Активация перекисного окисления является общим ключевым фактором, опосредующим повреждение мембранных структур органов и тканей при многих заболеваниях. Активация перекисного окисления и ее роль отмечены при многих заболеваниях печени, артритах, атеросклерозе, ряде инфекций, вызываемых паразитами (напр., малярии), заболеваниях легких, злокачественных опухолях, травмах, ожогах и др. [2,7].

В связи важной ролью перекисного окисления в патогенезе различных заболеваний определение продуктов этого процесса (главным образом коньюгированных диенов, малонового диальдегида) имеет огромное диагностическое и прогностическое значение.

Как известно, при инсулиновой недостаточности свободные радикалы перекисного окисления липидов (ПОЛ) увеличиваются и у больных сахарным диабетом (СД) происходит повышение токсических веществ крови (ТВ) [8]. При таких условиях длительная гипергликемия способствует недостаточности витамина Е. Антиокислители, входящие в состав жирных тканей перехватывают и нейтрализуют радикалы, возникающие при окислении жиров. Происходит стабилизация процесса окисления. Этот механизм используется в организме для управления скоростью клеточных делений. Таким образом, у больных инсулинозависимым сахарным диабетом (ИЗСД) при гипергликемии свободные радикалы задерживают деление клеток. Однако, чем выше в ткани количество антиокислителей, тем быстрее совершаются в ней митозы [9,10].

Многочисленные литературные данные свидетельствуют о том, что процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантная система (АОС) играют также важную роль у больных желчно-каменной болезнью. Эта патология является результатом оксидантного стресса при снижении функции защитной антиоксидантной системы [3,4,6].

У больных желчно-каменной болезнью отмечается достоверное увеличение содержания дисульфидов в эритроцитах крови при некотором снижении и тиолов. Это приводит к значительному уменьшению отношений тиоловых соединений к дисульфидным. При исследованиях основных липидных фракций в эритроцитах больных желчно-каменной болезнью выявлено уменьшение содержания фосфолипидов и триглицеридов, а также снижение отношения фосфолипиды / холестерин [1]. Это свидетельствует о том, что в условиях активации ПОЛ происходит ускоренное использование жирных кислот и развитие атеросклероза.

Известно, что при поражениях пародонта и слизистой полости рта происходит нарушение белкового, углеводного, липидного и следовательно, энергетического обмена в тканях.

Установлены метаболические нарушения функционирования ЦТК, выражающиеся в значительном снижении активности ферментов, несбалансированном соотношении субстратов окисления, что приводило к развитию ацидоза и тканевой гипоксии в организме. Наибольшие изменения наблюдаются в начальной стадии заболеваний. При развивающейся стадии ткани значительно обедневают субстратом, что еще более усугубляет гипоксическое состояние. Во всех тканях усиливается работа компенсаторных механизмов т.о., происходит значительное снижение активности узловых ферментов ЦТК, НАДФ- зависимых изоцитрат и

малатдегидрогеназ, уменьшение содержания АТФ, снижается уровень НАД-зависимых изоцитратдегидрогеназ (ИЦДГ) в обратной реакции, в результате чего лимитируется скорость обратимых реакций гликолиза и липогенеза. Снижается уровень НАД-МДГ в прямой и обратной реакции. В остром течении поражений наблюдается большое накопление оксалацетата и пирувата в десне, что очень неблагоприятно для ткани. Регуляция метаболических процессов в клетке осуществляется соотношением окисленных и восстановленных субстратов окисления. При хроническом пародонтите преобладают восстановленные субстраты (малат, изоцитрат) над окисленным (оксалоацетат, кетаглутаратом, пируватом), которые способствуют активации ферментных систем глюконеогенеза. Острое течение заболевания характеризуется обратной картиной [6]. В то время как в слизистой в результате нарушения липидного обмена, пероксидации липидов происходит перестройка мембран митохондрий. Наблюдается изменение интенсивности анаэробного гликолиза, снижение активности гесокиназы-ключевого фермента этой энергетической системы.

Наблюдается интенсификация Г-6-ФДГ (который лимитирует пентозофосфатный путь обмена углеводов), расцениваемая как явление компенсаторного порядка в условиях имеющего место энергетического голодания. Кроме того, увеличение активности Г-6-ФДГ, поставляющей НАДФН для восстановления окисленного глютатиона, расценивается и как защитная реакция, необходимая для инактивации гидроперекисей ненасыщенных жирных кислот. Поражение слизистой оболочки характеризуется накоплением ПОЛ при значительном уменьшении активности глутатион – редуктазы, в крови – увеличивается активность гидролаз, имеющих лизосомальное происхождение.

В слизистой выявляются усиление протеолиза, увеличение малонового диальдегида, уровень глютатион – редуктазы. Увеличение накопления ПОЛ неизбежно приводит к нарушению проницаемости мембран клетки и органелл. Свидетельством увеличения проницаемости мембран лизисом следует увеличение в крови больных уровня гидролитических ферментов, имеющих лизосомальное происхождение, т.е. усиливается активность РНК-азы, фосфатазы и катепсинов.

В слизистой обнаруживается снижение накопления МДА на фоне высокодостоверного увеличения активности глютатион-редуктаз и количество токоферола. В начальные периоды формирования ультраструктурного повреждения слизистой оболочки решающую роль играет активация липопероксидации. Последующее подавление ПОЛ в слизистой обусловлено изменением концентрации активаторов ПОЛ, истощением субстрата, изменением степени насыщенности и уменьшением количества липидов.

Высокая активность распада гидроперекисей вследствие эффективного ингибирующего действия системы антирадикальной защиты сопровождается их низкой концентрацией, даже если ПОЛ идет с большой скоростью.

Исследования показали, что происходит снижение содержания основных липидных фракций (фосфолипидов), что приводит к изменению структуры и конформации мембран ее органел. Следовательно, нарушается правильная ориентация ферментных ансамблей, т-е. условия оптимального протекания биохимических реакций.

Нарушение обмена белков и липидов (в клеточных мембранах) составляют биохимическую сущность разнообразных трофических процессов. В тканях пародонта при поражениях наблюдается деструкция глюкозааминогликанов (мукополисахаридов), уменьшаются включения аминокислот.

На стабилизацию липидных компонентов мембран большое влияние оказывают процессы ПОЛ; их нарушение приводит к изменениям метоболизма, дистрофическим нарушениям в тканях и изменениям белкого обмена [3].

Представленный литературный экскурс показывает, что при любой патологии и любом неблагоприятном (стрессовом) воздействии на организм активируются процессы свободно радикального окисления, что приводит к накоплению токсических веществ, которые относят к эндотоксинам. В норме окислительные процессы в клетке протекают по свободно радикальному механизму с низкой скоростью, так как существуют специальные механизмы защиты: преобразование активных форм кислорода и продуктов перекисного окисления под действием антиоксидантов и ферментов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веревкина И.В., Точилкин А.И., Попова Н.А. Колориметрический метод определения SH-групп и SS-связей в белках при помощи 5.5- дитиобис (2-нитробензойной) кислоты. // Современные методы биохимии – М.: Медицина, 1977, с.223-231
2. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах.- М., 1972
3. Владимиров Ю.А. Роль нарушения липидного слоя мембран в развитии патологических процессов // Пот. физ. и экспер. тер., 1989, №4, с.7-17
4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. – М., 1990, с.39
5. Дубинина Е.Е. Антиоксидантная система плазмы крови (литературный обзор) //Укр. Биол. Журнал, 1990, Т.64, №2, с.3-15
6. Макаренко Е.В., Козловский И.В. Антиоксидантная система эритроцитов при хронических заболеваниях печени // Тер. Архив, 1989, №9, с.115-117
7. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс, профилактика.- М., 1981
8. Никифиров С.Н., Сазонова С.В., Князова Я.Г. и др. Перекисное окисление липидов и состояние системы антиоксидантной защиты больных инсулинозависимым сахарным диабетом. //Журнал Пробл. Эндокр., 1997, т. 43, № 5, с.16-19
9. Новыцкий В.В., Кравец Е.Б., Колосова М.В., и др. Липидный спектр мембран эритроцитов при сахарном диабете у детей // Пробл. Эндокр., 2006, т.52, № 4, с.3-6
10. Фейзуллаев М.М. Повышение перекисного окисления липидов является ингибитором в регуляции скорости роста клеток крови у больных инсулинозависимым сахарным диабетом //Azərb. tibb jurnalı, № 3, 2007, с.41-43

SUMMARY

THE PRECISE OXIDE OF LIPID DURING DIFFERENT PATHOLOGY CONDITIONS/

G.Sh. Guliyev, S.V.Guliyeva, T.A. Eyvazov

The activation of precise oxide of lipid take great part in increase of many diseases. The precise oxide of lipid- the universal process, doing in membrane taking part in some pathology process during some diseases. This many stage chain process precise by oxide the lipids with free radical complexes and creation of free radical of lipid nature. There can be non fermentative auto oxide and fermentative reaction.

Daxil olub: 21.12.2008

ТРАНСФУЗИОННЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗ - ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ

М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева, И.М.Ахундова

Национальный центр онкологии, Республиканский центр по борьбе со СПИД, НИИ легочных заболеваний, г.Баку

Характеризуя современную эпидемиологическую ситуацию в мире в отношение вирусных инфекций, можно с уверенностью говорить о том, что сегодня усилия мирового здравоохранения сосредоточенны на борьбе лишь с несколькими из них, среди которых одно из ведущих мест принадлежит, так называемым, "трансфузионным вирусным инфекциям" (ТВИ) [10].

Только важнейшие из них, по широте распространения и значения в патологии человека, представляют весьма серьезную проблему для человечества в целом. Таковыми являются инфекции, вызванные вирусами гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС), а также инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Эти инфекции характеризуются рядом общих эпидемиологических и патогенетических особенностей, которые, с одной стороны, послужили основанием для их объединения в особую группу инфекций, а с другой стороны, существенно отличают их от многих других инфекций и, в том числе, вирусных [1].

Медицинское и социальное значение трансфузионных вирусных гепатитов на современном этапе развития общества трудно переоценить - будучи непредвиденным

последствием развития научно-технологического прогресса в медицине, сегодня они отличаются глобальным распространением, а обусловленные ими острые и, особенно, хронические заболевания и их отдаленные последствия, регистрируемые на всех континентах, занимают исключительно важное место во всей патологии человека [9].

В частности, согласно только официальным данным ВОЗ, к концу 2007 г в мире проживало не менее 400 млн лиц, инфицированных ВГВ и около 300 млн человек, инфицированных ВГС. Это означает, что возбудителями трансфузионных вирусных гепатитов инфицировано не менее 10% всего населения мира.

Весьма существенным является то, что ВГВ и, особенно, ВГС обладают способностью длительно и, зачастую бессимптомно, персистировать в организме и вызывать хронические, протекающие на протяжение многих лет, формы патологических процессов, медико-социальная значимость которых намного провосходит острые формы клинически манифестного течения соответствующих заболеваний.

Между тем, именно хронические формы этих инфекций - хронический гепатит В (ХГВ) и хронический гепатит С (ХГС), со временем закономерно приводят к такому тяжелому осложнению, как цирроз печени (ЦП), а в ряде случаев и к возникновению первичного гепатоцеллюлярного рака печени (ГРП).

ХГВ и ХГС и их названные выше осложнения и отдаленные последствия, а не острые ГВ и ГС, сегодня являются ведущей причиной хронических заболеваний печени и потому представляют наиболее важную часть проблемы ТВГ и клинической медицины, в целом. Только по данным ВОЗ в мире ежегодно умирает от ГВ и его последствий (ЦП и ГРП) до 2 млн, а от тех же последствий ГС - до 10 млн человек.

По прогнозам экспертов ВОЗ, при сохранении существующих ныне темпов распространения ВГС, в последующие 20 лет можно ожидать увеличения числа больных ЦП - на 60%, а числа больных ГРП почти на 50% - в итоге показатель смертности от болезней печени может возрасти в 2 раза.

Число же лиц, инфицированных ВИЧ и ныне живущих в мире превышает 30 млн человек, а от СПИД в мире уже погибло около 30 млн человек. При этом, весьма существенно, что темпы распространения ВИЧ-инфекции по миру лишь за последние 3 года обнаружили стабилизацию, хотя по расчетам экспертов, говорить об эффективной контроле за ней пока не приходиться [4]. Оценивая данный аспект ВИЧинфекции, не следует упускать из виду, что вызываемое ею заболевание всегда заканчивается гибелью больных.

Только этих данных достаточно, чтобы понять почему сегодня значимость борьбы с ТВИ рассматривается в числе одной из важнейших проблем, стоящих перед всем мировым здравоохранением.

Отличаясь глобальным распространением, эти инфекции наиболее часто поражают лиц из несколько одних и тех же и сходных по составу групп населения, называемых "группами с высоким риском инфицирования" возбудителями ТВИ. Именно в пределах таких групп формируются устойчиво функционирующие "коллективные" источники ТВИ, играющие исключительно важную роль в поддержании эпидемических процессов, обусловленных ТВИ.

Среди последних особое место отводиться некоторым категориям больных другими длительно текущими заболеваниями, которые, именно в силу наличия у них упомянутых заболеваний, подвергаются более высокому риску инфицирования возбудителями ТВИ и, в том числе, из -за необходимости многократной госпитализации в медицинские учреждения и/или длительно пребывания в них.

Очевидно, что одной из наиболее многочисленных, а потому и эпидемиологически важных, категорий таких больных должны быть признаны больные туберкулезом (ТБК) - ныне глобально распространенным заболеванием.

ТБК, сам по себе, представляет не менее важную проблему для медицинской науки и общественного здравоохранения - высказанные в начале второй половины XX в многими авторитетными учеными и, даже, экспертами ВОЗ (1960), прогнозы о возможности уже в обозримом будущем полного искоренения ТБК, как повсеместно распространенного заболевания, в глобальном масштабе, оказались ошибочными.

После многолетнего периода снижения и стабилизации показателей заболеваемости ТБК и смертности от него начался повсеместный рост этих показателей - уже весной 1993 г ВОЗ объявила о том, что заболеваемость ТБК вновь резко возросла и вышла из под контроля во многих регионах мира, приобретя характер пандемии.

Несмотря на значительные усилия национальных служб здравоохранения в десятках стран мира и ряда международных организаций и реализацию, на протяжение почти 15 лет, новой стратегии борьбы с этим заболеванием, оно остается глобально распространенным, а борьба с ним считается одной из приоритетных задач мирового здравоохранения.

Согласно имеющимся данным, число больных ТБК в мире превосходит 100 млн человек, причем, их количество ежегодно увеличивается в среднем на 2%, а инфицированными микобактериями ТБК (МБТ) является около трети населения планеты, из 10% которых не менее 5%, будучи подвернуты воздействию провоцирующих факторов внешней среды, имею высокие шансы заболеть ТБК в предстоящие 10 лет [7].

К настоящему моменту накоплен большой материал, с определенностью свидетельствующий о том, что инфекции, вызванные ВГВ, ВГС и ВИЧ широко распространены среди больных ТБК, а специфические маркеры инфицирования этими вирусами у больных ТБК выявляются чаще, чем у здорового населения соответствующих регионов. Именно поэтому сегодня больные ТБК признаются принадлежащими к категории лиц, более подверженных инфицированию ВГВ, ВГС и ВИЧ.

Исключительная важность проблемы сочетания ТВИ и ТБК предопределяется несколькими объективными обстоятельствами, каждое из которых составляет соответствующий аспект этой проблемы. Вместе с тем, важнейшими аспектами указанных смешанных инфекций являются эпидемиологический и клинический.

Первым является эпидемиологический аспект, который состоит в том, что во многих странах мира отмечается неуклонное повышение частоты случаев сочетанного инфицирования взрослых и детей возбудителями как ТВИ, так и ТБК, регистрируемых не только в туберкулезных стационарах, но и вне их [2, 3, 11, 12, 13].

Данный аспект наиболее демонстративен в отношение ВИЧ-инфекции. Так, если в развитых странах общее число больных СПИД'ом среди страдающих туберкулезом не превышает 10%, то в развивающихся странах, особенно в Африке, где проживает более двух третей всего ВИЧ-инфицированного населения мира и до 90% всех ВИЧ-положительных детей и где, туберкулез остается первостепенной по медико-социальной важности проблемой здравоохранения. И, поскольку, ежегодный риск инфицирования МБТ в этих странах достигает 2,5%, нетрудно подсчитать, что ко времени заражения ВИЧ около половины всех взрослых уже были инфицированы МБТ [7].

С другой стороны, ВИЧ-инфекция относится к наиболее важным из факторов риска развития ТБК. Если опасность заболевания последним на протяжении всей жизни "ВИЧ-негативных" лиц колеблется от 5 до 10%, то среди ВИЧ-позитивных пациентов ежегодный риск развития ТБК составляет 80%.

Таким образом, только приведенные выше данные не оставляют сомнений, что между ТБК и ВИЧ-инфекцией существует четко прослеживаемая взаимосвязь, что выразилось в появлении в литературе высказывания о том, что ТБК у ВИЧ-инфицированных лиц представляет собой своеобразную "эпидемию в эпидемии" [7].

Изложенное объясняет причины того, что тесная взаимосвязь ТБК и ВИЧ-инфекции интенсивно в научных кругах, а ее всесторннее изучение, особенно в развивающихся странах, поддерживается рядом научно-социальных программ, финансируемых рядом международных организаций, включая ООН [14].

Эпидемиологический аспект широкого распространения ВГВ- и ВГС-инфекций среди больных ТБК менее известен широкой медицинской общественности, хотя по своему реальному значению он едва ли уступает аналогичному аспекту ВИЧ-инфекции [1, 5, 6, 8].

Согласно имеющимся в литеатуре данным, частота выявления специфических маркеров ВГВ, а в последние годы, и особенно ВГС, у больных ТБК в несколько раз превышают таковые у здоровых жителей, проживающих в тех же регионах, что и больные ТБК.

В то же время, если многие особенности распространгения ВГВинфекции среди контингента больных ТБК уже исследованы, то данные, отражающие аналогичные особенности, сравнительно недавно идентифицированной ВГС-инфекции среди больных ТБК все еще остаются не полными, будучи основаны на результатах, главным образом, обследования небольших по численности групп больных ТБК. Кроме того, весьма ограниченными остаются данные об особенностях распространения среди больных ТБК смешанных инфекциях, вызванных ВГВ и вирусом гепатита D, а также ВГВ и ВГС.

Между тем, необходимость повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий, проводимых во фтизиатрических стационарах и среди больных ТБК требует дальнейшего расширения информации об эпидемиологических особенностях ТВИ среди этих больных и углубления знаний в этой области. Это обстоятельство указывает на то, что дальнейшее изучение этого аспекта ТВИ и сегодня сохраняет свою актуальность.

Второй, клинический аспект проблемы смешанных инфекций, вызванных возбудителями ТВИ и МБТ, не менее важен и включает, как минимум, три весьма существенных вопроса.

Во-первых, развитие ТБК и, особенно его хронических форм закономерно сопровождается прогрессирующей иммунодепрессией, а в иммунопатологические процессы играют важную роль в патогенезе ВГВ - и ВГС-инфекций. У ВИЧ-инфицированных лиц иммунологическая недостаточность является патогенетической основой всех выявляемых у них клинико-лабораторных признаков патологии.

Это позволяет полагать, что в случае сочетания ТБК с этими инфекциями, отмечаемые у больных иммунологические нарушения могут быть более глубокими и более выраженными. Понятно, что такие нарушения могут приводить к обретению ТБК более быстрого развития и, соответственно, к развитию его более агрессивных форм.

Во-вторых, известно, что в значительной части случаев ВГВ- и ВГС-инфекций у больных ТБК сопровождаются клинически манифестными или субклинически протекающими дисфункциями печени, на фоне которых в организме развивается комплекс биохимических сдвигов, влекущих за собой нарушения и иммунологического гомеостаза. Это позволяет полагать, что поражение печени способно неблагоприятно отражаться на функционировании системы иммунитета и, в частности, неспецифической резистенетности и, тем самым, негативно влиять на течение ТБК.

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

Принимая во внимание изложенные выше обстоятельства, не трудно заключить, что больные ТБК, инфицированные ВГВ, ВГС и/или ВИЧ должны быть признаны особым контингентом и в клиническом отношение.

Последнее обстоятельство ставит на повестку необходимость дальнейшего исследования ряда вопросов, касающихся характера влияния, с одной стороны, ТБК на течение и клинические проявления ВГВ-, ВГС- и ВИЧ-инфекций, а с другой стороны, влияние обусловленных ТВИ заболеваний на течение ТБК.

В заключение отметим, что значение проблемы одновременного инфицирования людей возбудителями ТВИ и МБТ демионстрируется и тем, что за последнее время она все чаще становиться объектом научного интереса со стороны не только вирусологов, но и фтизиатров.

Итак, изложенное выше не оставляет сомнений в том, что имеющиеся сегодня данные о смешанных инфекциях, вызванных возбудителями ТВИ и МБТ представляются не полными. Поэтому дальнейшее изучение любого из названных выше аспектов проблемы высокой частоты сочетанного инфицирования пациентов этими возбудителями должно рассматриваться как актуальная научная задача, решение которой позволит расширить теоретическую основу для дальнейшего совершенствования подходов к лечению упомянутых контингентов больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадашева А.Э. Клиническое значение иммунокомпрометации лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С // Биомедицина, 2008, N.4, с.32-33;
2. Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Серологические маркеры инфицирования вирусами гепатитов В и С у больных туберкулезом легких // Мир вирусных гепатитов, 2005, N.4, с.14-15;
3. Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Сравнительная вирусологическая и эпидемиологическая характеристика гепатотропных инфекций в медицинских контингентах с высоким риском инфицирования // Экоэнергетика, 2006, N.1, с.51-53;
4. Кадырова А.А., Дадашева А.Э., Мамедов М.К. Четверть века в борьбе с ВИЧ-инфекцией // Современные достижения азербайджанской медицины, 2006, N.2, с.3-11;
5. Кадырова А.А., Дадашева А.Э., Мамедов М.К. Клинические аспекты смешанных инфекций, вызванных вирусами иммунодефицита человека и вирусами гепатитов В и С // Здор, 2008, N.3, с.74-78.
6. Лобзин Ю.В. Огарков П.И., Жданов К.В. Вирусные гепатиты у больных острым и хроническим туберкулезом // Мир вирусных гепатитов, 2002, N.2, с.14;
7. Лукас С., Нельсон М. Патогенез туберкулеза у больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.- В кн.: Туберкулез. Патогенез, защита, контроль / Под ред. Б.Блума.- М.: Медицина, 2002, с.543-555;
8. Мамедбеков Э.Н., Рзаева Н.Р. О проблеме вирусных гепатитов у больных туберкулезом // Современые достижения азербайджанской медицины, 2007, N.1, с.6-11;
9. Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Глобальное распространение трансфузионных вирусных гепатитов как непредвиденное последствие технологического прогресса в медицине // Биомедицина, 2008, N.2, с.3-8;
10. Мамедов М.К., Кадырова А.А., Таги-заде Р.К., Дадашева А.Э. Трансфузионные вирусные инфекции - проблема современной медицины // Современные достижения азербайджанской медицины, 2006, N.1, с.5-10;
11. Михайлов М.И., Дадашева А.Э. Трансфузионные вирусные гепатиты у больных туберкулезом: клинико-эпидемиологическое значение и особенности распространения // Биомедицина, 2005, N.1, с.3-8;
12. Нечаев В.В., Михайлов М.И., Сологуб Т.В. и др. Туберкулез и заболевания печени: вчера, сегодня, завтра // Мир вирусных гепатитов. 2005, N.7-8, с.20-21;
13. Рзаева Н.Р., Мамедов М.К., Мамедбеков Э.Н., Дадашева А.Э. Инфекции, вызванные вирусами гепатитов В и С у больных туберкулезом легких: особеннности распространения и значение // Мир вирусных гепатитов, 2008, N.5, с.13-15;
14. Харрис Э., Махер Д., Грэхем С. ТВ/ВИЧ. Клиническое руководство. (ВОЗ - 2006 г).- М.: Мир, 2006, 223 с.;

SUMMARY

TRANSFUSION VIRAL INFECTIONS AND TUBERCULOSIS

M.Mamedov, A.Dadasheva, I.Akhundova

In the paper the authors presented general information characterising main aspects of mixt infection caused with hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency virus in patients with tuberculosis and demonstrated important significance of such infection from point of view either virologists or phthysiaters.

Daxil olub: 11.12.2008

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОРКОВОГО СЛОЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Ф.И. Искендеров
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

В структуре общей онкологической патологии злокачественные опухоли коркового слоя надочечников составлят 0,02-0,06% [4,9].

Клиническая картина опухолей коркового слоя надпочечников разнообразна и, в основном, зависит от гормональной особенности опухоли [8].

Около половины новообразований коры надпочечников являются горомонально активными. Как известно, гормоно-продуцирующие опухоли коры надпочечников могут проявляться различными эндокринными синдромами в зависимости от типа продуцируемого стероида. Вирилизация связана с избыточной выработкой андрогенов, синдром Иценко-Кушинга – с чрезмерной секрецией глюкокортикоидов; возможно также и сочетание этих двух синдромов в виде кортикоандростеромы. Альдостерон-продуцирующие опухоли могут вызвать гипертонию с гипокалиемическим алкалозом. Самым редким вариантом является феминизирующая опухоль коры надпочечников, обусловленная массивной продукцией эстрогенов [1,3].

К настоящему времени известны около 10 различных классификаций гормонально-активных опухолей надпочечников. В нашей стране принята классификация гормонально-активных опухолей надпочечников, предложенная О.В. Николаевым. Он делит эти опухоли на следующие виды: кортикостеромы, андростеромы, кортико-андростеромы, альдостеромы и кортикоэстромы [5,8].

Наибольшую группу составляют опухоли, секретирующие в основном глюкокортикоиды и исходящие из клеток пучковой зоны коркового слоя надпочечников, кортикостеромы. На их долю приходится 35% общего числа опухолей надпочечников [7,12]. Клиника их характеризуется симптомокомплексом синдрома Иценко-Кушинга [8,10,13].

Андростеромы, опухоли исходящей из клеток сетчатой зоны коркового слоя надпочечника, клинически проявляются вирильным синдромом без выраженных обменных нарушений. По данным С.И.Рыбакова, андростеромы, по частоте занимают третье место среди гормонально-активных опухолей коркового слоя надпочечников. Часто болеют женщины. К числу симптомов относятся гирсутизм, нарушения менструального цикла, гипертрофия мускулатуры и клитора, изменения архитектоники тела по мужскому типу, снижение тембра голоса, атрофия молочных желез и др. [5,8,11,13].

Кортикоандростеромы – опухоли исходящие из клеток пучковой и сетчатой зоны коркового слоя надпочечников, продуцируют глюкокортикоиды и андрогены. По частоте занимают второе место среди гормонально-активных опухолей коркового слоя надпочечников (8). Кортикостеромы, характеризуются симптоматикой синдрома Иценко-Кушинга в сочетании с признаками вирилизации, выраженными в различной степени [4,7,8,13].

Альдостеромы, опухоли из клеток пучковой зоны, секретирующие избыточное количество минералкортикоидов, в частности, альдостерона, являются сравнительно редкими, гормонально-активными опухолями коры надпочечников [6,10,12]. Клиническая картина этих опухолей, описанная под названием синдрома Конна, характеризуется артериальной гипертензией, нейромышечными расстройствами и нарушениями почечных функций [5,8,11].

Кортикоэстеромы являются одними из редких опухолей. Клиника характеризуется гинекомастией, снижением потенции и либидо, женоподобной внешностью . Эти опухоли наблюдаются, главным образом, у лиц мужского пола, в возрасте 30-35 лет [5,12].

Наличие такой, казалось бы четкой, клинической симптоматики каждого вида опухолей надпочечников не должно было создавать затруднений для диагностики, тем не менее ошибки в диагностике этих видов новообразований достигают 30-80% (1, 2, 3). В результате диагностических ошибок значительная часть больных поступает в терминальной стадии заболевания с отдаленными метастазами.

В числе одной из причин запоздалой диагностики новообразований надпочечников следует назвать недостаточное знакомство большинства врачей практического здравоохранения с этими формами патологии, отсутствие обобщающих работ типа монографий, обзоров, методических рекомендаций, посвященных вопросам диагностики и лечения злокачественных опухолей надпочечников [4,8,12].

ЦЕЛЬЮ настоящей работы явилось изучение клиники и систематизация опыта диагностики и лечения больных с гормонально-активными злокачественными опухолями коркового слоя надпочечников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Под нашим наблюдением находились 40 больных с гормонально-активными злокачественными опухолями надпочечников.

Распределение больных в зависимости от основных гормонально-клинических характеристик опухолей коры надпочечников в соответствии с классификацией О.В.Николаева представлено в таблице 1.

Таблица 1

Клинические формы гормонально-активных злокачественных опухолей коркового слоя надпочечников с учетом пола, возраста и стороны поражения

Клинические формы	Кол-во больных		пол		Сторона поражения		Возраст в годах				
	абс	%	жен	муж	Левая	Пр-авая	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59
1.Кортикостерома	16	40	12	4	10	6	-	3	7	5	1
2.Андростерома	8	20	8	-	4	4	-	1	3	4	-
3.Кортикоандростерома	7	17,5	6	1	5	2	1	1	2	1	2
4.Кортикоэстерома	5	12,5	-	5	5	-	-	1	2	1	1
5.Альдостерома	4	10	2	2	2	2	1	1	2	-	-
6.Всего абс. %	40	100	28 70	12 30	26 65	14 35	2 5	7 17,5	16 40	11 27,5	4 10

В структуре заболевания наибольшую группу составили кортикостеромы – 16 (40%) больных. Андростеромы нами наблюдались у 8 (20%) пациентов. Кортикоандростеромы встречались у 7 (17,5%) наблюдений. У 5 (12,5%) больных имелись кортикоэстеромы. Альдостеромы выявлены у 4 (10%) заболевших.

Женщин было 28 (70%), а мужчин 12 (30%) больных. Гормонально-активные злокачественные опухоли встречались в возрасте от 16 до 60 лет. Диаметры наблюдаемых опухолей колебались от 3 до 23 см. При этом опухоли диаметром до 10 см наблюдались у 18, до 15 см – у 9, до 20 см – у 4 и больше 20 см у 3 больных.

Злокачественные гормонально-активные опухоли коркового слоя надпочечников чаще встречались в левом надпочечнике – у 26 (65%) пациентов.

При морфологическом исследовании гистологических препаратов у всех больных выявлен рак коры надпочечников.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ. Все больные кортикостеромой до поступления в клинику длительное время (от 3 до 18 месяцев) обследовались и лечились у терапевтов и эндокринологов. Как показали наши исследования, наиболее часто ранним проявлением заболевания было изменение во внешнем виде больных, которое наблюдались у 9 (55,8%) больных. К числу ранних симптомов относится стойкое повышение артериального

давления, которое наблюдалось у 4 (24,8%) больных. У 18,6% больных ранним признаком злокачественной кортикостеромы оказались изменения половой функции.

Клиническая картина этой болезни в период разгара заболевания отличается многосторонностью. Особенно характерным является своеобразное отложение рыхлого жира на туловище и лице при остающихся худыми конечностях. Изменение цвета кожи с полосами растяжения (стрии) и повышение артериального давления являются наиболее специфичными для этого периода болезни.

С правильным диагнозом злокачественной андростеромой_ направлены в клинику 3 (37,%%) из 8 больных. Другие больные направлены с другими диагнозами (опухоль печени -2, забрюшинная опухоль -2 и опухоль яичников – одна больная). У 3 (37,5%) из 8 больных правильный диагноз был установлен в срок до 6 месяцев, а у 5 (62,5%) пациентов до 12 месяцев от начала заболевания.

Злокачественная андростерома клинически проявляется вирильным синдромом. Нарушение менструального цикла и гирсутизм были первыми симптомами заболевания у 6 (75%) из 8 больных. Рост волос на лице наблюдался у 4 (50%) усиленное оволосение туловища и конечностей отмечались у 2 (25%) больных.

С злокачественной кортикоандростеромой, когда имеются обменные нарушения и симптомы вирилизации, больные впервые обратились к врачу через 2-3 месяца от возникновения первых признаков заболевания. Среди ранних симптомов заболевания наиболее частыми признаками были: изменение внешности, прибавка в весе у 6 (85,7%), нарушения менструального цикла у 5 (71,4%), гирсутизм у 4 (57,1%) и повышение артериального давления у 4 (57,1%) больных. Рост бороды и усов наблюдались у 4 (66,6%) из 6 женщин.

Все больные злокачественной альдостеромой длительно лечились по поводу гипертонической болезни или хронического пиелонефрита.

Клинически у всех больных наблюдалась артериальная гипертензия, которая колебалась от 140/90 до 200/110 мм рт.ст. и практически не снижалась под действием гипотензивных препаратов. Мышечная слабость наблюдалась у 2 (50%) больных. Все больные жаловались на быструю утомляемость и снижение работоспособности.

Анализируя характер начала заболевания, злокачественной кортикоэстеромы, феминизирующей опухоли мы выделили два варианта ранних проявлений. Один из них наблюдался у 3 (60%) из 5 больных, характеризовался увеличением грудных желез – гинекомастией. Она во всех случаях была двусторонней, с быстрым прогрессированием и стабилизацией по достижению определенных размеров.

При втором варианте – у 2 (40%) из 5 больных – в начале заболевания наблюдалось снижение потенции и либидо.

Таблица 2

Суточная экспрессия 17-КС с мочой у больных с различными гормонально-активными злокачественными опухолями коркового слоя надпочечников

Патология	Кол-во больных	Мужчины	Женщины
Кортикостерома	16	239,7±45,6	278,5±31,7
Андростерома	7	402,0±127,3	505,4±142,3
Кортикоандростерома	7	341,5±105,3	309,1±172,6
Кортикоэстерома	5	292,6±63,6	285,4±51,3
Альдостерома	4	222,4±101,3	233,5±176,7

У 10 (25%) из 40 больных с гормонально-активными злокачественными опухолями коркового слоя надпочечников при поступлении в клинику выявлены отдаленные метастазы. При анализе метастазирования опухолей в отдаленные органы было выявлено наиболее частое поражение легких, печени, костей и другого надпочечника. У половины больных имелось сочетанное метастатическое поражение органов.

Современная диагностика различных опухолей надпочечников включает в себя два этапа: первый – изучение гормонального статуса больного, вторым этапом – является топическая диагностика опухолей.

В таблице № 2 представлены данные по определению суммарных 17-КС в суточной моче больных с различными гормонально-активными злокачественными опухолями коркового слоя надпочечников.

Традиционные для клинической эндокринологии методы диагностики – гормональные тесты и пробы – не всегда устанавливают точную локализацию и природу опухолей.

В целях топической диагностики новообразований надпочечников выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространств, а также селективную артериографию (АГ).

УЗИ – картина гормонально-активных и гормонально-неактивных опухолей коркового слоя надпочечников практически не отличается.

С помощью УЗИ обследовали 27 больных, у 24 (88,8%) четко идентифицирована опухоль, еще у 2 (8,3%) больных обнаружены отдаленные метастазы опухолей.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) проведена у 15 больных. Опухолевые образования до 4 см в диаметре выявлены у 5 (33,3%), до 10 см у 7 (46,6%) и больше 10 см в диаметре у 3 (20%) больных. При этом было установлено, что однозначный правильный топический диагноз установлен у 13 (86,6%) из 15 больных.

Ангиографию произвели 15 больным с подозрением на злокачественную гормонально-активную опухоль коркового слоя надпочечников. Из них у 5 имелась кортикостерома, у 3 кортикоандростерома, у 2 андростерома, у 3 кортикоэстрома и у 2 альдостерома. На основании данных ангиографии правильный топический диагноз был установлен у 14 (93,3%) из 15 обследованных больных.

Тактика лечения больных со злокачественными гормонально-активными опухолями коркового слоя надпочечников заключается в медикаментозной коррекции проявлений заболевания и хирургическом удалении опухолей.

Проведение предоперационной подготовки способствовало нормализации выявленных функциональных изменений, нарушений гомеостаза и является составной частью профилактики осложнений послеоперационного периода.

Установление диагноза опухоли надпочечников является показанием для хирургического лечения. Противопоказнием к оперативному лечению являются: тяжелые сопутствующие заболевания, при которых противопоказано любое оперативное вмешательство и опухоли с множественными отдаленными метастазами.

За последние годы постоянно увеличивается число больных, перенесших хирургическое лечение. Из 40 больных злокачественными гормонально-активными опухолями надпочечников, оперативные вмешательства выполнены у 28 человек. Операбельность и резектабельность составила 70%. При всех 28 операциях мы использовали лапаротомию верхнее-срединным доступом. При гормонально-активных опухолях коркового слоя надпочечников эпинефрэктомия производилась в 19 (67,8%), а комбинированная операция выполнена в 9 (32,2%) случаях. У 5 больных, помимо удаления опухоли, произведена нефрэктомия, у 2 спленэктомия и нефрэктомия и у 2 спленэктомия. В ходе операции и в раннем послеоперационном периоде у 4 больных отмечалась значительная кровопотеря, предпринята массивная гемотрансфузия. Послеоперационная летальность составила 2,5%.

Таким образом, гормонально-активные злокачественные опухоли коркового слоя являются редко встречаюшимся заболеванием, разнообразность симптоматики обусловливает трудности ранней диагностики, для чего необходимо комплексное обследование. Основным видом лечения является хирургический метод.

ЛИТЕРАТУРА

1.Авдеева Т.В., Казеев К.Н. Возможности инвазивных методов исследований в топической диагностике гормонально-активных опухолей надпочечников. Хирургия надпочечников / Материалы I Всеросс. Симпозиума.- СПб., 1992, с.3-4

2. Ветщев П.С., Ипполитов Л.И. Возможности компьютерной томографии в диагностике новообразований надпочечников // Хирургия, 2002, №6, с.9-14

3. Дедов И.И., Абусуев С.А. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы.- М., 1999

4. Дедов И.И. Болезни органов эндокринной системы.- М., 2000

5. Искендеров Ф.И. Злокачественные опухоли надпочечников (кли-ника, диагностика и лечение): Дисс…. док.мед.наук.- М., 1995

6. Искендеров Ф.И. О диагностике злокачественных опухолей надпочечников // Sağlamlıq, 2007, № 2, səh.93-98

7. Искендеров Ф.И. Об особенностях злокачественных опухолей надпочечников // Sağlamlıq, 2007, № 6, səh.51-58

8. Рыбаков С.И. Комисаренко И.В. Гормонально-активные опухоли коркового вещества надпочечников. Хирургия надпочечников // Матер. I Всеросс.симпозиума.- СПб., 1992, с.60-63

9. Хирургия органов эндокринной системы. Под редакцией проф.М.Ф.Зарифчацкого и проф.Богатырева. Пермь-Москва, 2002.

10. Цуканов Ю.Т., Корниенко И.Ф. Хирургическое лечение заболеваний надпочечников // 8-ой Российский симпозиум по хирургической эндокринологии.- М., 1999, с.339-341

11. Guidi M. Andreani M. Ajase of Jushing Syndrome due to an adrenal jarjinoma // G.Jir.1992, v.13, p.27-28.

12. Rotmund M. Endojrin Jhirurge.- Berlin: Springer-Verlog, 2000

13.Sheaves R., Goldin J., Eur. J. Endojrinol.- 1996, p.308-313.

SUMMARY

THE HORMONAL-ACTIVE MALIGNANT TUMORS OF SKIN SUBSTANCE OF SUPRARENAL GLAND (CLINICS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT)

F.I. Isgandarov

We observed 40 patients with 28 women (70%) and 12 men (30%) between the ages of 16 and 70. We discovered corticosteroma in 16 (40%) patients, androsteroma in 8 (20%) patients, cortico-androsteroma in 7(17, 5%) patients, corticoesteroma in 5 (12, 5%) patients and aldosteroma in 4 (10%) patients. The diameter of the tumors was between 3 and 23 sm. The malignant tumors were mostly noticed in left suprarenal gland of 26 (65%) patients. There was defined the cancer of skin substance of suprarenal gland in all patients from the histological point of view. There were revealed the metastases of malignant tumor in 10 (25%) out of 40 patients. The hormonal test and experiments can't make the localization and nature of the tumor exact. There was used ultrasound examination (USE), computerized X-ray tomography (CXT) and arteriographic methods (AG) for the purpose of topical diagnostics of hormonal-active tumors of suprarenal gland. The surgical intervention was applied in 28 out of 40 patients. The respectability was 70 %. The epinephrectomic operation was made in 19 (67, 8 %) patients but the combined epinephrectomy was made in 9 (32, 2%) patients. The death rate after the operation was 2, 5%.

Thus, the hormonal-active malignant tumors of the skin substance of suprarenal gland are the type of illness which is found seldom. The difference of symptoms makes early diagnosing difficult. So, there should be made complex examinations. The main treatment of it can be carried out by surgical way.

Daxil olub: 15.09.2008

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОГОУЗЛОВОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА

Ф.Х.Саидова

Национальный центр хирургии им. М.А.Топчибашева, г.Баку

За последние годы структура заболеваний щитовидной железы(ЩЖ) претерпела существенные изменения: увеличилась частота узловых и смешанных форм зоба [15,17]. Наличие целого ряда невыясненных вопросов, касающихся причин неудовлетворительных результатов лечения многоузлового эутиреоидного зоба (МУЭЗ), некоторых аспектов патогенеза этой патологии, отсутствие унифицированных подходов к выбору методов лечения, хирургической тактики, профилактики осложнений послужили основанием для проведения настоящих исследований.

ЦЕЛЬ – изучить клинико-морфологические, иммунологические и генетические характеристики многоузлового эутиреоидного зоба, факторы, влияющие на результаты оперативного лечения, и на этом основании разработать адекватные схемы хирургической

тактики и профилактики послеоперационных рецидива и гипотиреоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для изучения морфологической структуры МУЭЗ были проанализированы истории болезни 233 больных, оперированных с данным диагнозом в хирургическом отделе Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П.Комиссаренко за период с 1991 г по 2001 год включительно. Общепринятой морфологической классификации многоузлового зоба не существует, поэтому мы использовали морфологические характеристики, описанные LiVolsi V.A.[18], Rosai J.[19] и Богдановой Т.И.[1].

Возраст больных колебался от 22 до 83 лет. Из 233 пациентов МУЭЗ наблюдался у 209 (89,7%) женщин и 24 (10,3%) мужчин. Чаще всего МУЭЗ выявляется у женщин в возрасте от 41 до 70 лет – 166 (71,2%) пациентов. Соотношение мужчин и женщин составило 1: 9. В подавляющем большинстве случаев (64,4%) наблюдался многоузловой зоб (МУЗ). Среди 150 случаев МУЗ в 99 - наблюдался преимущественно макрофолликулярный коллоидный зоб, в 51- преимущественно микрофолликулярный аденоматозный. Отдаленные результаты хирургического лечения МУЭЗ были изучены у 150 больных с гистологически подтвержденным диагнозом «многоузловой зоб». В работе использована классификация операций на ЩЖ, предложенная сотрудниками хирургического отдела Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П.Комиссаренко [5]. Из 233 пациентов у 85 лиц было исследовано состояние иммунной системы и определены уровни АТТГ и АТПО. Для оценки состояния иммунной системы были исследованы фенотипические характеристики Т-клеток и их субпопуляций (CD3+, CD4+, CD8+), В-клеток (CD19+), субпопуляций естественных киллерных клеток (CD56+); проведено количественное определение иммуноглобулинов А, М, G методом радиальной иммунодиффузии; определен уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови Полученные результаты сравнивались с аналогичными показателями контрольной группы – 30 практически здоровых лиц (доноров), близких по возрастной характеристике к обследованному контингенту больных.

Количественное определение ТТГ в сыворотке крови, аутоантител к тиреоглобулину в плазме или сыворотке крови человека без предварительного разведения образцов, антител к тиреопероксидазе в сыворотке крови человека проводили радиоиммунологическим методом с помощью наборов IMMUNOTECH TSH IRMA, Anti-h-Tg IRMA, IMMUNOTECH Anti-TPO.

Для выяснения роли наследственности в патогенезе МУЭЗ был использован метод анализа клинико-генеалогических данных. Генеалогическая информация собиралась путем опроса пробанда и, по возможности, обследованием членов его семьи для выявления поражений ЩЖ. Генетико-статистический анализ проводился в 118 семьях из вышеуказанной группы, с повторными случаями заболевания у родственников первой степени (родители, сибсы, дети) пробандов. В 64 (54%) семьях обнаружены повторные случаи поражения ЩЖ. В отдельную группу выделены случаи первичного (83 семьи) и рецидивирующего МУЭЗ (35 семей). В последующем из обеих групп была сформирована выборка из 25 семей с явлениями гипотиреоза.

Полученные цифровые данные подверглись статистической обработке методом медицинской статистики с учетом современных требований. Вычислены средние значения полученных выборок (M), стандартные ошибки (m). Для оценки разницы между вариационными рядами использовали параметрический t-критерий Стьюдента и непараметрический U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни [4]. Для определения взаимосвязей между вариационными рядами рассчитывали коэффициенты корреляции(r), в отдельных случаях вычисляли χ^2-критерий согласия Пирсона [2]. Вычисления проводили с помощью электронных таблиц Excell и полученные результаты сведены в таблицы и диаграммы. Для прогнозирования отдаленных результатов, были построены прогностические таблицы для вероятностной оценки рецидива и гипотиреоза по формуле Байеса [3] по комплексу независимых признаков:

$$P(A_k / x_i^j) = \frac{P(A_k) \cdot \prod_{i=1}^{n} P(x_i^j / A_k)}{\sum_k \left(P(A_k) \cdot \prod_{i=1}^{n} P(x_i^j / A_k) \right)}$$

$P(A_k)$ – априорная вероятность каждого результата в группе;

$P(x_i^j/A_k)$ – условная вероятность признаков при каждом результате A_k;

$P\ (A_k/x_i^j)$ – апостериорная вероятность каждого результата при наличии комплекса независимых признаков;

k – количество исходов;

n – количество признаков;

j – градации каждого признака.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В хирургическом отделе Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П.Комиссаренко за период с 1991 по 2001 год были оперированы 66 лиц, у которых на фоне многоузлового зоба была выявлена карцинома ЩЖ. Доля сочетания многоузлового зоба и РЩЖ составила 9,7%. Из 66 случаев рака на фоне МУЗ в 61 (92,4%) была выявлена - папиллярная, 3 (4,5%) - фолликулярная, 2 (3,0%) – медуллярная. Папиллярная тиреоидная карцинома, которая, в свою очередь, часто имеет небольшие размеры, не распространяется за пределы капсулы ЩЖ (в 82% наблюдений), не склонна к метастазированию в регионарные лимфатические узлы и легкие, что свидетельствует об относительно благоприятном течении заболевания. (11)

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения МУЭЗ выявило, что

1) наименьшая частота рецидивирования (5,3%) наблюдается при многоузловом зобе в сочетании с хроническим тиреоидитом, наибольшая же – при многоузловом зобе (18,7%). Причем частота рецидивов при аденоматозном зобе составляет 25,5%, а при коллоидном – 15,2%.

2) наибольшая частота рецидивов МУЭЗ отмечается после выполнения резекции доли и гемитиреоидэктомии. При данных обжемах вмешательства даже проведение адекватной гормональной терапии не оказывает достаточного влияния на нее;

3) высокая частота рецидивов аденоматозного зоба, у данной категории больных требует выбора в качестве оптимального обжема операции предельно субтотальной резекции либо тиреоидэктомии;

4) учитывая сравнительно невысокую частоту рецидивирования коллоидного зоба, при данной морфологической форме возможно выполнение гемитиреоидэктомии в сочетании с резекцией контрлатеральной доли.

5) наименьшая частота рецидивов МУЭЗ наблюдается после выполнения резекции обеих долей либо гемитиреоидэктомии в сочетании с резекцией контрлатеральной доли и проведении адекватной гормональной терапии – 4,8% и 5,2%;

6) при коллоидном зобе проведение адекватной гормональной терапии приводит к самой низкой частоте рецидивирования - 2,6%. Проведение адекватной гормональной терапии при аденоматозном зобе менее эффективно в предупреждении рецидивов, чем при коллоидном [8,10,14].

Изучен тиреоидный статус у 150 больных в отдаленные сроки (1-11 лет) после оперативного вмешательства по поводу МУЭЗ. Из 28 рецидивов, наблюдавшихся у больных с многоузловым эутиреоидным зобом, в 11 случаях отмечался и сопутствующий ПОГ. С увеличением срока послеоперационного наблюдения частота гипотиреоза уменьшается, если в сроки 1-2 года после операции она составляет 90,3%, то спустя 6-10 лет – 67,7% ($p<0,05$). Основной причиной развития ПОГ является обжем оперативного вмешательства. После выполнения такого обжема вмешательства как «гемитиреоидэктомия и менее» она составляла 53,8%, а после «гемитиреоидэктомия и резекция контрлатеральной доли» - 87,2% ($p<0,05$). Была изучена зависимость ПОГ от морфологической формы МУЭЗ. (9) Если при коллоидном зобе гипотиреоз наблюдался в 56 (65,8%) случаях, то при аденоматозном – 30 (85,7%)($p<0,05$).

Изучение состояния иммунной системы у больных МУЭЗ в дооперационном периоде установило иммунные нарушения, свидетельствующие о клеточной депрессии и повышении

активности гуморального звена иммунитета [13]. Динамика изучаемых показателей после операции в сравнении с дооперационными выявила следующее:

- статистически достоверное понижение содержания клеток - CD3+, CD8+ и повышение иммунорегуляторного индекса ($p_1<0,05$; $p_1<0,001$; $p_1<0,05$ соответственно);
- статистически достоверное повышение уровней ЦИК, IgG и IgA ($p_1<0,05$; $p_1<0,05$; $p_1<0,05$ соответственно).

У 30,6% из 36 больных МУЭЗ в отдаленном п/о периоде были выявлены иммунные нарушения, идущие по типу аутоиммунных реакций. Они значительны у лиц с аденоматозной трансформацией ткани ЩЖ, ПОГ и рецидивом заболевания [12].

Для выявления изменений количественных взаимосвязей между показателями системного иммунитета полученные данные иммунограмм у групп больных с рецидивом и без, с послеоперационным гипотиреозом и эутиреозом были обработаны с помощью корреляционного анализа. В целом полученные данные позволили сделать вывод, что наличие иммунных реакций, идущих по типу аутоиммунных, приводит к повышенной вероятности наступления рецидивов. Согласно положениям доказательной медицины [16], выявленные корреляционные взаимосвязи являются сильным доказательством того, что иммунные нарушения являются одной из причин гипотиреоза у больных с МУЭЗ.

Генетико-статистический анализ ядерных семей пробандов первичной формой МУЭЗ согласуется с гипотезой мультифакториальной модели, в то время, как при рецидивирующих формах обнаружено соответствие аутосомно-диаллельной модели. Сопоставление генетических параметров первичного МУЭЗ и осложненного ПОГ указывает на отсутствие статистически значимых отличий, что указывает на равнозначное участие наследственности в детерминации как МУЭЗ, так и в осложнении результатов его хирургического лечения гипотиреозом. Оценка пенетрантности, рассчитанная прямым методом в монолокусной аутосомно-доминантной модели рецидива МУЭЗ составила для мужчин 57%, для женщин 79%. Иначе говоря, для развития заболевания у мужчин необходима большая доля генетической предрасположенности и как следствие этого риск заболевания для их потомства оказывается выше, чем для детей пробандов женского пола [6,7].

Таблица 1

Априорные вероятности рецидива и гипотиреоза

Отдаленные результаты	Число наблюдений		Вероятности	
	A_1	A_2	$P(A_1)$	$P(A_2)$
Рецидив	28	122	0,19	0,81
Гипотиреоз	115	35	0,77	0,23

Примечание: $P(A_k)$ вычисляется по следующей формуле:

Итак, проведенные исследования позволяют предполагать, что многоузловой эутиреоидный зоб может существовать многие годы без особой клинической картины и не представлять угрозу для здоровья больного. Операции на ЩЖ должны выполняться в специализированных учреждениях достаточно подготовленными хирургами для минимализации специфических осложнений. Возможность предупредить их крайне актуальна.

С целью изучения роли признаков, влияющих на развитие рецидива и ПОГ при хирургическом лечении МУЭЗ и возможностей их прогностической оценки, данные признаки рассмотрены по двум классам исхода – «рецидив есть – рецидива нет» и «гипотиреоз – эутиреоз». По имеющимся данным в результате наблюдений отдаленных результатов, были вычислены априорные вероятности рецидива и гипотиреоза, а так же условные вероятности всех признаков (x_i) при рецидиве и гипотиреозе (Таблица 1).

$$P(A_k) = \frac{A_k}{N},$$

где k=1, 2

A_1 – количество больных с рецидивом (гипотиреозом),

A_2 – количество больных без рецидива (эутиреозом),
N – общее число больных (N=150).
Оценка рецидива и гипотиреоза проводилась по вероятностной оценке нижеследующих признаков : морфологическая форма, обжем оперативного вмешательства, срок наблюдения, количество узлов, иммунные нарушения, генетическая предрасположенность.Таким образом, были найдены вероятности 6 признаков: x_1, x_2, x_3, x_4, x_5, x_6
В дальнейшем, учитывая данные, приведенные в вышеуказанных таблицах, по формуле Байеса можно вычислить вероятности исхода хирургического лечения в зависимости от признаков.

В связи с проведенным анализом, с целью улучшения отдаленных результатов хирургического лечения МУЭЗ считаем необходимым в дооперационном периоде:

1) обеспечить четкое установление морфологической формы и распространенности патологии (УЗИ, ТАПБ);
2) установить характер возможных иммунных нарушений;
3) провести анализ клинико-генеалогических данных пациента;
4) используя полученные данные произвести индивидуальный расчет условных вероятностей признаков рецидива и гипотиреоза и на этой основе определить обжем оперативного вмешательства.

Вышеизложенное может быть проведено в случае, когда в ЩЖ имеется небольшое количество узлов и сохранена здоровая ткань. Если же железа поражена множественными узлами, захватывающими практически всю ткань, то возможно выполнение лишь тиреоидэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1.Богданова Т.И., Козырицкий В.Г., Тронько Н.Д. Патология щитовидной железы у детей. Атлас.- К: Чернобыльинтеринформ, 2000, 160 с.

2. Гланц С. Медико-биологическая статистика (перевод с английского).- М.: Практика, 1999, 459с.

3. Гублер Е.В. Вычислительные методы распознавания патологических процессов.- Ленинград.: Медицина, 1970, 319с.

4.Зайцев В.М., Лимфлядский В.Г, Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика.- СПб.000: «ФОЛИАНТ», 2003, 432 с.

5.Комиссаренко И.В., Рыбаков С.И., Болгов М.Ю., Коваленко А.Е., Лысенко А.Г., Чернышев С.В. Классификация операций на щитовидной железе // Клінічна хірургія, 1998, №12, с. 31-34

6.Саидова Ф.Х. Анализ наследственной предрасположенности к полинодозному эутиреоидному зобу и осложнению его хирургического лечения- гипотиреозу// Cərrahiyyə, 2005, № 1. с. 106-111

7.Саидова Ф.Х .Анализ наследственной предположенности к развитию полинодозного эутиреоидного зоба //Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана, 2001, Т.2, с. 623-629.

8.Саидова Ф.Х. Отдаленные результаты лечения полинодозного эутиреоидного зоба // Журнал АМН Украины, 2003, №2, с.379-384.

9.Саидова Ф.Х. Послеоперационный гипотиреоз у больных с полинодозным эутиреоидным зобом // Клінічна хірургія. – 2003.- №7.- С.53-54

10.Саидова Ф.Х. Причины рецидивирования полинодозного эутиреоидного зоба // Клінічна хірургія, 2005, № 9, с.33-35

11.Саидова Ф.Х., Богданова Т.И. Многоузловой эутиреоидный зоб и карцинома щитовидной железы // Клінічна хірургія, 2003, №6, с.35-37.

12. Саидова Ф.Х., Замотаева Г.А. Состояние иммунной системы у лиц с полинодозным эутиреоидным зобом в отдаленные сроки после оперативного вмешательства //Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin muasir naliyyətləri, 2004,Т.2, с. 329-338.

13.Саидова Ф.Х., Замотаева Г.А. Состояние иммунореактивности у больных ПЭЗ и влияние ее на результаты хирургического лечения // Клінічна хірургія, 2007, № 10, с.35-37

14.Саидова Ф.Х., Найда Ю.Н., Явнюк А.В. Роль УЗИ щитовидной железы при лечении полинодозного эутиреоидного зоба // Azərbaycan tibb jurnalı, 2001, № 4, с.83-85

15.Тронько Н.Д., Чеботарев В.Ф. Основные направления современной иммуноэндокринологии // Пробл. Эндокринологии, 1990, Т.36, №4, с. 87-92.

16.Фадеев В.В., Абрамова Н.А. Генетические факторы в патогенезе йоддефицитного зоба // Пробл. Эндокринологии, 2004, Т.50, №1, с. 51-55.

17. Цыб А.Ф., Паршин В.С. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы .–М., 1997, 138с.

18.LiVolsy V.A. Surgical Pathology of Thyroid-Philadelphia.- Saunders, 1990, 422p.
19. Rosai J.. Thyroid glaund. Ackermans Surgical Pathology – 8 th Edition. Thyroid gland. - St. Louis: Mosby, 1996, v .1, N1, p. 493-588.

SUMMARY
THE TACTIC OF SURGERY TREATMENT OF EUTARIOIDE TUMOR
F.K.Saidova

The purpose is to study the clinical- morphology, immunology and genetic features of eutarioide tumor. Factors impressive to results of surgery treatment and elaborate the adequate scheme surgery tactic and prophylactic after operation recidivate and hypetariose.

Daxil olub: 15.12.2008

CONDİTİON OF PULMONARY CIRCULATION IN PATİENTS WİTH THE NEPHROLITHIASIS

A.A.Guseynova
Azerbaijan State institute of advanced medical studies named after A.Aliev, Baku.

The clinical-experimental functions of kidneys and lungs have proved the presence of clear intercommunications between these two lively-important organs. Similar pathologic processes in kidneys and lungs are connected with secretory function of these organs and the lung-kidney lesions are suggested to name as «sindrom of secretory organs» [1,4]. Functional dependence between kidneys and lungs become apparent at regulation of acid-alkali balance and nitrous exchange [2]. İt is known, that changes in lungs at patients with nephrolithiasis are revealed at the beginning of the disease already [3]. İn sprite of this, the condition of pulmonary circulation at nephrolithiasis, complicated by chronic pyelonephritis (CP) has been studied insufficiently.

The PURPOSE of reseach was the studing of pulmonary hemodynamics at this contingent of patients in order to choice the safe methods of treatment and early profylaxis of possible complications of external respiratory system.

MATERIAL AND RESEACH METHODS. The pulmonary circulation has been studied at 86 patients with nephrolithiasis, complicated by CP and in 36 patients nephrolithiasis without CP. 20 healthy persons were examined as control group. Parametres of pulmonary circulation were studied by a method of scintigraphy of lungs after introduction to patient the macroaggregate, marked $^{99M}T_c$. The received datum were processed by a method of variational statistics by T- criterion of Styudent with definition of reliability p with the help of MYKROSTAT package on computer İBM AT.

Average age of examined is 48.0 ± 3.66 years (from 24 to 63 year); men were 76 persons, women -46. Among patients with nephrolithiasis, complicated by CP men were 56 persons, women -30; without CP men- 20 persons; woman -16. Duration of disease in patients with nephrolithiasis and CP was average 6.8 ± 3.4 years (from 1 to 18 years); but in nephrolithiasis without CP – 5.6 ± 1.3 years (from 1 to 20 years). In patients with nephrolithiasis and CP stones in kidneys were revealed in 78 cases, but in uretes – in 8 cases. At the same time, at 25 cases stones were detected in left kidney, in 22 cases – in right and 31 cases – in both kidneys. Among patients without CP stones in left kidney were found at 15, in right kidney- in 10 and in both kidneys – in 11 patients.

Depending on presence or absence of arterial hypertension (AH), all patients were divided into 2 groups. AH was revealed in 62 patients nephrolithiasis with CP and in 16 patients without CP (50.8 % and 13.1 % accordingly).

The reseach of pulmonary hemodynamics was carried out at the beginning of disease before treatment and in 14-18 days after operation.

RESULTS OF RESEACH AND DISCUSSION**.** During analysis of pulmonary circulation we issued from parameter of lungs perfuzion gradient (PG), which reflects the pressure of pulmonary artery. Normally the PG is 0.8. İf index of PG is > 0.8, computer shows the information about pulmonary hypertension (PH). During scintigraphy of lungs in preoperativ period PH was revealed in

32 patients (26.2 %), but the latent signs of PH disturbances were detected in others 90 patients (73.8 %). At patients nephrolithiasis with CP the PH is observed in 33 cases (38.3 %); without CP –only in 12 (33.3 %) patients the hypertension of lesser circulation was detected. The datum about condition of pulmonary hemodynamics in patients with nephrolithiasis and CP and control group were presented on the table. As the table indicates, the circulation in left and right lung is decreased in patients with nephrolithiasis and CP both in comparison with healthy persons ($p_1 < 0.05$) and inpatients with nephrolithiasis without CP ($p_2 < 0.05$). At the same time, the signs of hypertension of lesser circulation were detected in patients nephrolithiasis with CP.

While researching the influence of AH on a condition of pulmonary hemodynamics, we mark, that PQ in both lungs in patients nephrolithiasis and CP with comcomitant AH is reliabilitivly higher than PQ in patients without AH.

To our opinion, the rise of vascular resistance, arising vascular lesions of pulmonary tissue and hypoxemiya in patients with nephrolithiasis and CP promote the development of PH and worsening of pulmonary blood flowin patients nephrolithiasis with CP, espesially in patients with concomitant AH. İt is known, that AH bring to considerable changes of miokard elasticity, which fall at hypertrofiya, fibrosis and sclerosis of miokard. Afore said, in one's turn, promote the development of disturbances of left ventricle diastolik function [6]. Undoubtedly, in this case, it should be expected the disfunction of respiratory system, too.

Table

Condition of pulmonary hemodynamics at patients with nephrolithiasis, complicated by CP

İndices of pulmonary hemodynamics	nephrolithiasis + CP n = 86; M ± m	nephrolithiasis n = 36; M ± m	Control group N=20; M ± m
Trf	50,2±1,2	54,3±1,1	55,8±2,1
trp	$0,63\pm0,01_{00}$	0,49±0,02	0,45±0,03
Tlf	40,5±2,1*	44,8±1,8	45,6±1,5
tlp	$0,78\pm0,03_{00}$	0,52±0,01	0,48±0,02

Trf - % of right lung blood flow; trp-perfuzion gradient of right lung.; Tlf - % of left lung blood flow; tlp –perfuzion gradient of left lung; *-$p<0.05$, reliability of difference between nephrolithiasis with CP and control group; $_{00}$- $p<0.01$, reliability of diffence between nephrolithiasis with CP and nephrolithiasis.

Thus, the received datum concur with results of other authors, which detected PH in patients with nefrogen hypertension [5].

CONCLUSION. 1. The signs of pulmonary hypertension in patients with nephrolithiasis and CP in comparison in patients with nephrolithiasis without CP and control group of healthy persons have been detected; 2. The changes of pulmonary circulation at patients with nephrolithiasis and CP with concomitant arterial hypertension were expressed in higher degree.

REFERENCES

1. Гольдно В.Ш., Каменецкий М.С., Кайзерман И.А. и др. Состояние гемодинамики и внешнего дыхания у больных диффузным гломерулонефритом. // Врачебное дело,1998, № 7, с.50-52
2. Fundamental and klinical physiology. Under red. of Kamkin A.G., Kamenski A.A. Moscow. Publishing Centre, 2004.
3. Joe F.L. Nephrolithiasis: Pathogenesis and Treatment. Chicago, Year book Medical Publishers, 1999, 536 p.
4. Frohlich E. Hemodynamics of the renal hypertension: mechanisms and management // New York, Crune Station, 1999, p. 601-608.
5. He C., Whelton P.K. Elevated systolic blood pressure and risk of cardiovascular and renal disease: Overview of evidence from observational epidemiologic studies and randomized controlled trials. // Am. Heart C., 1999, № 138, p. 211-219.
6. Lindsay M.M., Maxwell P., Dum F.J. Timp-1: a marker of left ventricular diastolic dysfunction and hypertension. // Hypertension, 2002, № 40, p. 136-141

РЕЗЮМЕ

СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ

БОЛЕЗНЬЮ
А.А.Гусейнова

Изучено состояние легочного кровообращения у больных с ПКБ и ХП в сравнении с больными ПКБ без ХП и контрольной группой здоровых лиц, а также влияние сопутствующей артериальной гипертензии на функциональное состояние малого круга кровообращения.

Легочная гемодинамика изучена с помощью радиоизотопной сцинтиграфии легких. Выявлено снижение легочного кровотока в правом и левом легком у больных с ПКБ и ХП в сравнении с ПКБ без ХП и здоровой группой. Сопутствующая АГ усугубила нарушения легочной гемодинамики у больных с ПКБ и ХП.

XÜLASƏ
AĞ JİYƏRLƏRİN QAN DÖVRANININ BÖYRƏKDAŞI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ VƏZİYYƏTİ
A.A.Hüseynova

Ağ jiyərlərin qan dövranının vəziyyəti XB və XB olmayan BDX xəstələrdə, sağlam şəxslərdən ibarət nəzarət qrupu ilə müqayisədə, eləjə də arterial hipertenziyanın (AH) qoşularaq kiçik qan dövranının funksional halına təsiri öyrənilmişdir. Ağ jiyərlərin hemodinamikası ağ jiyərlərin radioizotop sintiqrafiyasının köməkliyilə öyrənilmişdir. Ağ jiyərlərin qan jərəyanı BDXvə XB xəstələrin sağ və sol ağ jiyərlərində XB olmayan BDX və sağlam qrupla müqayisədə aşağı olmuşdur. AH qoşulması XB və BDX olan xəstələrdə ağ ciyərlərin hemodinamikasının pozulmasını dərinləşdirmişdir.

Daxil olub: 10.09.2008

DƏNİZ NEFTÇİLƏRİNDƏ PARODONT VƏ SELİKLİ QİŞANIN DOMİNATLIQ EDƏN NOZOFORMALARININ İNTEQRASİYA EDİLMİŞ MÜALİCƏ VƏ PROFİLAKTİKASI

V.M. Həsənov
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Stomatoloci xəstəliklər, əhali arasında yayılma miqyasına və onun əmək qabiliyyətinə mənfi təsir göstərməsinə görə mühüm tibbi-sosial problemə çevrilmişdir. Bu problemin həlli yollarından biri kimi istehsalat mühitinin stomatoloci statusa olan təsiri intensiv şəkildə tədqiq olunmaqdadır. Bu baxımdan ən əhəmiyyətli istehsalat sahələrindən biri də dəniz neft sənayesidir. Xalq təsərrüfatının bu vacib sahəsi sənaye infrastrukturunun böyük bir hissəsinin inkişaf etdirilməsinə təkan verir, sosial proqramların həyata keçirilməsi üçün zəruri hesab edilən vasitələri təmin edərək, əhalinin ümumi rifahını yaxşılaşdırır. Dəniz neft hasilatı heç də bütün ölkələrə xas olan sahə deyildir. Bu azsaylı ölkələr arasında lider mövqeyi bizim ölkəyə məxsusdur. Məhz buna görə də, neft işçilərinin əmək qabiliyyətinin mühafizəsinə bizim ölkəmizdə daha ciddi diqqət ayrılır [5].

Qeyri-adi dəniz mühitində yaşama tərzi, fiziki cəhətdən ağır, spesifik, ekstremal iş şəraiti, açıq havada fəaliyyət neftçilərin stomatoloci statusuna mənfi təsir göstərərək, onların arasında stomatoloci xəstəliklərin geniş yayılmasına səbəb olmuşdur. Bu sahənin işçilərinin yüksək stomatoloci rifahını təmin etmək üçün növbəti problemlərə yeni üsulla yanaşmaq tələb olunur: xəstəliklərin yayılmasına zəmin yaradan sosial-epidemioloci qanunauyğunluqların düzgün şəkildə qiymətləndirilməsi; xəstəliyin etioloci strukturunda gedən dəyişikliklərin dinamikası; xəstəliyin ağız boşluğunun funksiyalarına təsir göstərmə spektrinin müəyyən edilməsi; ağız boşluğu xəstəliklərinin əsas nozoformlarının konservativ müalicəsinin inteqrallaşması və eləcə də, ağız boşluğu funksiyalarının bərpa olunması sisteminin işlənib hazırlanması; xəstəliyin yayılması, risk amillərinin aşkar olunması və eləcə də, bu amillərin fəallığının azadılması məqsədi ilə effektiv profilaktika tədbirlərinin hazırlanması.

Xəstəliklərin müalicə və profilaktikasında aparılan təkmilləşmələrə baxmayaraq,

əhalinin stomatoloci rifahı nəinki yaxşılaşmır, hətta sabitəşmir və pisləşməkdə davam edir.(6) Apardığımız tədqiqatların nəticəsindən məlum olmuşdur ki, bu dəniz neftçilərinə də aiddir.

Tədqiqatın MƏQSƏDİ dəniz neft sənayesi işçilərinin parodont və selikli qişa xəstəliklərinin eyni zamanda müxtəlif nozoformlarının konservativ müalicəsinin və profilaktika tədbirlərinin inteqrasiyasının elmi əsaslarının işlənib hazırlanmasından ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Təsadüfi seçim yolu ilə iki neftçi qrupu seçilmişdir: administrativ və texniki-mühəndis heyətindən 226 nəfər (1-ci qrup) və fəhlə heyətindən 347 nəfər (2-ci qrup). Kontrol qrupunu 258 nəfər şəhər sakini təşkil etmişdir (3-cü qrup). Təqdim olunan konservativ müalicə taktikası ümumən parodont və selikli qişa xəstəliklərinin nozoformlarının dominantlıq etdiyi 353 neftçi arasında sınaqdan keçirilmişdir. Müalisə qismən «Neft daşları» şəhərciyinin tibbi-sanitar hissəsində, əsas hissəsi isə ATU-nun Stomatoloci klinikasında aparılmışdır. Profilaktika işinin əsasını təşkil edən sanitar-maarifləndirmə işi isə Pirallahı vertolyot meydançasında, «Neft Daşları»şəhərciyinə və oradan sahilə neftçiləri daşıyan gəmilərdə, şəhərciyin sanitar-tibbi hissəsində və həmçinin neftçilərin dənizdə yaşadığı yataqxanalarda aparılmışdır. Alınan parametrlər 6-8 ay sonra təkrar yoxlanılmışdır və Van-der-Vardenin mötəbər meyar göstəriciləri ilə təsdiq olunur. Alınmış bütün nəticələrin statistik işlənib hazırlanması orta riyazi ölçü metodu və Styudent metodunun köməyilə aparılmışdır [4].

Cədvəl 1

Ağız boşluğu mikroflorasının normallaşdıran vasitələr və orqanizmin qeyri-spesifik müdafiə funksiyalarını gücləndirən vasitələr ilə kompleksdə istifadə

Müalicənin xarakteri	Müalicə dərmanı	Təyin üsulu	Doza	Təyin sxemi	Müali Kursu
Antibakterial	“Metrogil Denta” Azitromitsin	Yerli, jelatin plyonkalar üzərində Peroral	Hazır gel 0,5 qr, sonra 0,25 qr	Gündə 2 dəfə I gün 0,5 qr, sonrakı 0,25 qr	5, 7 və ya 10 gün 6 gün
Antimikotik	Flukanazol	Yerli, jelatin plyonkalar üzərində	Hazır gel	Gündə 2 dəfə	5 və ya 7 gün
İmmun korreksiyası	Likopid	Peroral	1 mq-lıq həblər	Gündə 1 dəfə	10 gün
Agız boşluğu mikroflorasının normallaşdırılması	“Biotaks”	Ağız boşluğunun aerozol tozlanması	Qarışıq tərkibli pro və eubiotik kombinasiyası	Yeməkdən sonra gündə 3 dəfə 2 tozlanma	10 gün
Kapilyar qan dövranının korreksiyası	Manual massaj	Patoloji sahələrin əllə massajı	Orta ağırlıqlı sıxmaqla	Gündə 2 dəfə 1,5-2 dəq. müddətində	5 və ya 7 gün
Orqanizmin qeyri-spesifik müdafiə funksiyalarının korreksiyası	C vitamininə üstünlük	Peroral	Kompleks vitaminlər, vitamin C >150 mq	Gündə 1 dəfə	30 gün

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏLƏR. Son illər diş, parodont və selikli qişa xəstəliklərinin ikisinin və daha çoxunun eyni zamanda kombinasiya şəklində yayılma halları çoxalıb. Bununla əlaqədar dərhal bir neçə müalicəvi yanaşmaların istifadə edilməsi zərurəti doğur, bu da uzun sürəklidir, çox zəhmət tələb edəndir və arzu edilən effektivliyi vermir, bu da bütövlükdə stomatoloci xəstəliklərin konservativ müalicəsinin məhsuldarlığını azaldır (2,7,9). Tədqiqatlar zamanı müəyyən etdik ki, dəniz neftçilərinin parodont patologiyalarında dominantlıq edən nozoloci formalar gingivit, parodontit və selikli qişa xəstəliklərində isə aftoz və kandidoz stomatitlərdir. Bu xəstəliklərin müalicəsi üçün birləşdirilmiş taktika işlənib hazırlanmışdır. Onun yeniliyi ondan ibarətdir ki, ən müasir və yüksək aktivlikli yerli və sistem təsirli antibakterial vasitələr (antibakterial müalicə parodont və selikli qişa xəstəliklərinin

konservativ terapiyasında aparıcı tədbirdir), immun sistemi korreksiya edən vasitələr, ağız boşluğu mikroflorasının normallaşdıran vasitələr və orqanizmin qeyri-spesifik müdafiə funksiyalarını gücləndirən vasitələr ilə kompleksdə istifadə edilmişdir (Cədvəl 1).

«Metrogil-Denta» parodontun iltihabi xəstəliklərində yerli antibakterial vasitə kimi ən nüfuzlu preparat sayılır. Tərkibi yüksək aktivli metronidazol və xlorheksidindən ibarətdir. Gelin klassik formada tətbiqinin effekti aşağı olur, çünki gel ağız suyu ilə qarışaraq təsirini itirir. Biz onu celatin plyonkalar üzərinə çəkilmiş formada tətbiq etdik. Belə ki, celatin plyonka parodontun və selikli qişanın patoloci sahəsinə yapışdırılır, onların üzərində 5-7 saat saxlanılır və bununla da antibakterial təsirin müddəti uzadılır. Bu prosedura neftçilərə öyrədilmişdir və bir çox hallarda özləri yerinə yetirirdi. Kəskin gingivitdə və aftoz stomatitdə yerli müalicə 5 gün davam edirdi, onların xroniki formalarında 7 gün ərzində davam edir. Kəskin parodontitdə bu müalicə 7 gün ərzində davam edir, xroniki parodontitdə isə 10 gün davam etməlidir. Celatin plyonkalar ağız boşluğunda heç bir diskomfort yaratmırlar.

Parodontitin sistemli xarakteri, onun ağır xroniki generalizə edilmiş kliniki formaları müalicəyə çətin tabe olurlar. Bu zaman onların konservativ müalicəsində sistem təsirə malik olan antibakterial vasitələrin yeni nəsillərinin istifadə edilmə zərurəti meydana çıxır (3,8).

Bu mövqedən ən yaxşı xüsusiyyətləri azitromisin nümayiş etdirir. Buna görə də yuxarıda qeyd olunan parodontitin kliniki formasının müalicəsində neftçilərə «Metrogil Denta» və azitromisin kombinasiyasını təyin etdik.

Kandidoz stomatit neftçilər arasında yetərincə rast gəlinəndir, bu da müalicəvi məqsədlərlə antimikotik vasitələrin istifadə edilmə zərurətini şərtləndirir. Bu mənada ən yaxşı xüsusiyyətlərə flukanazol malikdir. Preparatın gelini celatin qatlarının köməyi ilə patoloci sahələrə yaxırıq. Patogen mikroorqanizmlərin assosasiyalarının fonunda göbələklərin etioloci dəyərinin artmasını nəzərə alaraq, bu jelatin təbəqələrinə «Metrogil Denta» gelini vururuq və onu flukanazol geli ilə qarışdırırıq.

Bir sıra tədqiqatlar sübut etdi ki, ağız boşluğunun yerli immun sisteminin korreksiya edilməsi yüksək müalicə effektinin alınmasında mühim rol oynayır. Bu məqsədlər üçün yetərincə immun korreqirasiya edən preparatlar təklif olunmuşdur. Biz immunokorreksiya preparatlarının nümayəndələri kimi likopidi götürdük. Likopidlə immunkorreksiyalı kompleks terapiyada parodontda iltihabi prosesin tam kupeləşməsi baş verir. Yerli rezistentliyinin göstəriciləri normallaşır və 6 ay ərzində qorunur. Likopidi biz neftçilərə 10 gün ərzində təyin etdik.

Ağız boşluğu orqanlarının fəaliyyəti və bir çox funksiyalar sədd-müdafiə funksiyasını yerinə yetirən normal mikroflora fonunda baş verir. Yalnız bir sıra səbəblər nəticəsində, normal mikroflora pozulur, patogen mikroorqanizmlərin aktivləşməsi baş verir və diş, parodont və selikli qişa xəstəliklərinin inkişafı üçün zəmin yaranır. Buna görə də ağız boşluğunun mikroflorasının normallaşması nəinki yekun müalicə effektinə nail olmasında mühim və zəruri elementdir, həm də profilaktik əhəmiyyətə malikdir. Son illər ağız boşluğunun mikroflorasının normallaşdırılmasına kömək edən preparatlar intensiv şəkildə işlənib hazırlanır. Biz, «Biotaks» aerozolunu istifadə etdik, onu neftçilərə 10 gün ərzində təyin etdik.

Kapilyar qan dövranının pozulması, bizim tədqiqatlarımızın göstərdiyi kimi həm stomatoloci xəstəliklərin inkişafına, həm də onun xronikləşməsinə və beləliklə də kliniki gedişin ağırlaşmasına əlverişli şərait yaradır. Lokal pozuntuların aradan qaldırılması üçün konkret preparatlar təklif olunmayıb. Lakin iltihabi sahələrin manual masac edilməsi toxumaların ödemlərini aradan qaldırır və yetərincə tez və effektiv olaraq qan dövranını bərpa edir. Bu manipulyasiya neftçilər arasında 5 gün ərzində, daha dərin pozuntularda isə 7 gün ərzində aparılır.

Qeyri-spesifik müdafiə funksiyalarının gücləndirmək xüsusiyyətlərinə bütün vitamin qrupları malikdirlər, xüsusən də C vitaminin rolu mühimdir. Biz tərkibində C vitaminin 150 mq çox təşkil etdiyi, «Trivi-Plyus» polivitamin kompleksini istifadə etdik. Neftçilərə preparatı 30 gün ərzində təyin etdik və bununla da orqanizmin qeyri-spesifik müdafiə funksiyasının güclənməsinə nail olduq. Bu da müalicənin yüksək effektifliyinə zəmin yaratdı.

Ümumiyyətlə, müalicələr xəstəliklərin kliniki mərhələlərini nəzərə almaqla aparılıb.

Müalicənin effektivliyinin yekun nəzarəti onun bitməsindən 8-14 gün sonra həyata keçirilib. Paradontun iltihabi xəstəlikləri və ağız boşluğunun selikli qişa xəstəliklərinin dominantlıq edən nozoformlarının mərhələlərini müalicə effektivliyi orta hesabla 92,8±2,2 %, xroniki formalarının effektivliyi orta hesabla 75,3±2,9% olmuşdur (x=17,37; P<0,01). Müalicənin nəticəsi xroniki formalarda (xüsusəndə parodontitdə) yüksək alındı.

Ümumiyyətlə, tətbiq etdiyimiz taktikanın əhəmiyyəti aşağıdakılarla izah edilir: birinci-taktika ən müasir, eyni zamanda nəinki ambulator şəraitdə stomatoloqun nəzarəti altında əlçatan və rahat olan, həm də müvafiq təlimatlandırmadan sonra pasiyentlərin özlərinin müstəqil şəkildə tətbiq edə biləcəkləri, müalicə metodunu istifadə etmişik; ikinci-taktika uzun sürəkli olmayan müalicə kursu (10 gündən artıq deyil) onu neftçilərin dəniz iş növbəsindən kənar tam sona yetirilməsinə imkan yaradır.

Cədvəl 2
Dəniz neftçiləri arasında stomatoloji xəstəliklərin yayılmasına təsir göstərən sosial-epidemioloji faktorların profilaktik tədbirləri

Risk faktorlarının azaldılmasının profilaktik tədbirləri	İzahat işinin müəyyən mərhələlərində profilaktik tədbirlərin mənimsənilmə səviyyəsi		
	İlkin %	2-3 ay sonra%	6-8 ay sonra %
Dişlərin mütəmadi təmizlənməsi – gündə 2 dəfə 1,5 dəq.	10,1 ± 1,3	43,8 ± 2,1	68,1 ± 1,9
Dişlərin təmizlənməsinin profilaktik əhəmiyyətini başa düşmək	15,5 ± 1,5	48,5 ± 2,1	72,8 ± 1,6
Profilaktik tibb haqqında biliklər	21,6 ± 1,7	39,4 ± 2,0	56,5 ± 2,1
Normal keyfiyyətli su ilə təchiz olunma	21,8 ± 1,7	42,2 ± 2,1	52,9 ± 2,1
Növbə zamanı ağız boşluğunun gigiyenası vasitələri ilə təchiz olunma	8,7 ± 1,2	42,9 ± 2,1	74,7 ± 1,8
Növbə otaqlarında normal gigiyenık şəraitin olması	11,3 ± 1,3	40,7 ± 2,0	55,1 ± 2,1
İş prosesinin fasiləsizliyinin aradan qaldırılması	24,1 ± 1,8	45,9 ± 2,1	56,7 ± 2,1
Ənənəvi tam qidalanma rasionu	48,5 ± 2,1	55,7 ± 2,1	76,4 ± 1,8
Qidadan bərk, böyük ölçülərin çıxarılması	45,4 ± 2,1	58,8 ± 2,1	77,8 ± 1,7
Ağız boşluğunun soyuq və küləyin təsirindən qorunulması	13,6 ± 1,4	32,3 ± 2,0	60,6 ± 2,0
Dişlərin təmizlənməsi mümkün olmadıqda, ağız boşluğunun 0,15% xlorgeksidin məhlulu ilə yaxalanması	6,3 ± 1,0	25,5 ± 1,8	42,2 ± 2,1
Diş fırçası ilə ağız boşluğunun zədələnməsinin qarşısının alınması	29,5 ± 1,9	41,4 ± 2,1	64,7 ± 2,0
Vaxtlı-vaxtında stomatoloci müraciət	47,5 ± 2,1	62,7 ± 2,0	75,9 ± 1,8

Stomatoloji xəstəliklərin azaldılması iki qrup kompleks tədbirlərin həyata keçirilməsi ilə mümkündür- xəstəliklərin vaxtlı-vaxtında aşkar olunması, yüksək effektli müalicə tədbirləri və əhali arasında xəstəliyin dövr etmə qanunauyğunluqlarını nəzərə alan profilaktika tədbirləri. Dəniz neftçiləri arasında aparılmış hərtərəfli sosial-epidemioloci tədqiqatlar bizə stomatoloci xəstəliklərin inkişafı üçün şərait yaradan amillərin 7 blokunu aşkarlamağa imkan verdi.

Aydındır ki, bu 7 blok amillərin aktivliyinin azaldılması stomatoloci xəstəliklərin məhdudlaşdırmalıdır. Məhz bu əsasla bizim tərəfimizdən profilaktik tədbirlər kompleksi işlənib hazırlanmış və neftçilər arasında həyata keçirilmişdir. Onun mənimsənilməsi iki dəfə yoxlanılıb- izah etmə işinin başlanmasından 2-3 ay və 6-8 ay sonra. Bu tədbirlərin neftçilər tərəfindən qəbul edilmə və realizə edilmə səviyyələri cədvəl 2-də əks olunub.

Qeyd edək ki, stomatoloci xəstəliklərin profilaktikasında ümumi qəbul edilmiş sanitar-maarifləndirmə işinin yüksək effektivliyi qısa müddətdə arzu edilən nəticəni vermir. Rifaha nail olduqdan sonra sağlamlığın gələcək vəziyyətinə dair narahatçılığın azalması çox insana xasdır və buna görə də sanitar-maarifləndirmə işinin təbliğ etdiyi yeniliklər getdikcə az realizə edilirlər, edilirsə də, hamıda zamanında baş vermir. Bunun üçün məqsədyönlü və davamlı iş aparmaq tələb olunur. Cədvəldən görünür ki, sanitar-maarifləndirmə işinin başlanmasından 2-3 ay sonra alınan bir sıra parametrlər başlanğıc qiymətlərdən xeyli yuxarıdır, 6-8 aydan sonra isə onlar yüksək səviyyəyə çatırlar, bu da Van-der-Varden meyarına əsasən təsdiq olunur ($x=9,14$ $p<0,01$)

İşləyib hazırladığımız profilaktika kompleksi asan əldə ediləndir, faydalıdır əlavə qüvvələrin və vasitələrin cəlb edilməsini tələb etmir.

Biz müalicə ilə bərabər radikal profilaktika tədbirlərini həyata keçirməklə neftçilər arasında stomatoloci xəstəliklərin sayının 2-15,42 dəfə azalmasına nail olduq.

Göründüyü kimi, parodont ağız boşluğunun selikli qişa xəstəliklərinin konservativ müalicəsi və onların profilaktikası üzrə təklif edilən inteqrasiya edilmiş tədbirlər sistemi nəinki arzu edilən müalicəvi-profilaktik effekt verir, həm də əlçatandır, faydalıdır və əlavə qüvvələrin və vasitələrin ayrılmasını tələb etmir. Təklif edilən sistemin reallaşdırılması, dənizdə növbəli stomatoloci xidmətin təşkili ilə yanaşı stomatoloci xəstələnmənin azalmasına xidmət edəcək, bu da nəticədə mühüm sosial-iqtisadi problemin-dəniz neftçilərinin sağlamlığının mühafizəsi və onların əmək qabiliyyətinin artırılması probleminin həllinə öz töhfəsini verəcək.

ƏDƏBİYYAT

1. Андронова Т.М., Пинегин Б.В. Ликопид (ГМПД)- современный отечественный высокоэффективный иммуномодулятор //Иммунол., 2005, №1, с.5-21

2. Аскерова С.Ш. Лечение хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести с применением иммуномодулятора полиоксидония: Автор. дис. …канд. мед. наук. М., 2005, 25с.

3. Власов Т.А., Гундарин В.Р. Современные антибактериальные средства системного действия и их эффективность при лечение заболеваний полости рта / Соврем. стом. тех.- Н.Новгород, 2007, с.31-34

4. Гланц С. Медико-биологическое статистика.- М., 1999, 459с.

5. Джавадов Ф.Г., Кулиев Р.А. Организация и управление системой охраны здоровья в нефтяной отросли Азербайджана / Азерб. нефт. хоз-во.- Баку, 2006, с.47-53

6. Ерастов Т.Р. Стоматологическая заболеваемость: комплексные меры по лечению, реабилитации и профлактике // Соц. мед., 2005, №1, с.83-87

7. Орехова Л.Ю., Прихорова О.В., Осипова М.В. Разработка рекомендаций по применению средств профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта на основе математического моделирования // Стоматология, 2006, №6, с.14-18

8. Albert S., Noubre M., Bliston A. Modern antibacterial agents of systemic action and their effectiveness in treatment of periodontal and tunica mucosa of mouth diseases //J. Oral. Rehab., 2006, vol.33, p.11-17

9. Lamster I.B. Current concepts and future trends for periodontal disease and periodontal therapy. Part I: etiology, risk factors, natural history and systemic implications //Dent. Today., 2001, No 20, p.50-55

SUMMARY

THE INTEPREATION OF TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF DOMINATE NOZOFORM OF PERIODONTIS AND MUCOSE MEMBRANE AMONG THE OIL WORKER

V.M.Hasanov

Have been made the research bases from integration during conservative treatment and prophylaxis measures, at the same time, agains different disease of periodontis, mucose membrane and nozoform. For this reasons oil worker divided into two group; 225 of administrate worker and enginelr- I group and 347 persons of ordinory oil worker (II group). Control group included 258

persons living at the city. The treatment procedures was performed among 353 of oil worker and prophylaxis was performed among the 573 of oil worker. At the treatment have been used new drugs, but on the prophylaxis-reduction of social-epidemiologic undesirable factors. As a resuets the quantity of dental disease become less for 2-15,42.

Daxil olub: 15.09.2008

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ СУПРЕССИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Г.И. Азизова, Г.Р. Вагабова, С.А.Багирова
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

В этиопатогенезе ХПН насчитывается значительное количество факторов, прямо или косвенно влияющих на развитие заболевания, – пол, наследственность, особенности питания, наличие хронических очагов инфекции, состояние реактивности организма. Наряду с иммунными факторами прогрессирования нефропатий широко обсуждается роль неиммунных механизмов, среди которых уделяют внимание нарушениям в обменных процессах, а также активации ПОЛ – критериям, характеризующим метаболическую функцию почек. Интерес к проблеме метаболизма липидов в нефрологии обусловлен доказанным участием почек в липидном обмене, увеличением доли атеросклероза среди причин инвалидизации и смерти больных почечной патологией, возможностью отрицательного воздействия на обмен липидов ряда препаратов (глюкокортикоиды, цитостатики, диуретики, нестероидные противовоспалительные препараты и др.), используемых в лечении этой категории больных [6].

В последние годы большое внимание также уделяют изучению дисбаланса в системе перекисное окисление липидов (ПОЛ) – антиоксидантная защита (АОЗ) как фактору хронизации патологического процесса. Актуальность изучения нарушений системы ПОЛ-АОЗ при ХПН определяется их связью с воспалением и деструкцией мембран, отрицательным воздействием продуктов пероксидации на почечные структуры (накопление в клубочках, инактивация ключевых ферментов гликолиза и др.), участием в иммунном конфликте, а также возможностью развития «второй болезни» (атеросклероз, холестатический цирроз печени и др.). Взаимосвязь почечной дисфункции, липидных нарушений и процессов пероксидации на ранних этапах развития ХПН остается неясной [1-3].

ЦЕЛЬЮ данного исследования является изучение взаимосвязи между интенсивностью ПОЛ, состоянием АОЗ и иммунологическими показателями, а также авидности антител.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Были проведены биохимические и иммунологические анализы у 97 больных ХПН. У 53 больных была начальная, у 44 больных терминальная стадия заболевания. Контрольную группу составили 20 практически здоровых человек. Больные ХПН находились на лечении в отделении нефрологии Центральной Больницы Нефтяников Нефтяной компании Азербайджана. Биохимические и иммунологические исследования проводились на кафедре биохимии Азербайджанского Медицинского Университета. Уровень креатинина и мочевины определяли с помощью набора реактивов «Lachema» (Чехия).

Процессы ПОЛ количественно исследовали спектрофотометрическим методом, определяли содержание в сыворотке крови диеновых конжюгатов – первичных продуктов ПОЛ и малонового диальдегида (МДА) – одного из вторичных продуктов.

Диеновые конжюгаты (ДК), образующиеся в результате миграции двойной связи в полиненасыщенных жирных кислотах, определяли по Гаврилову В.Б.. После экстракции в смеси гептан-изопропанол (2:1) и последующего наслаивания HCI (pH 2,0), диеновые конжюгаты выявляли в гептановой фазе при 233 нм. Коэффициент молярной экстинкции ДК составлял $2{,}2 \cdot 10^5$ $M^1 \cdot см^{-1}$. Количество диеновых конжюгатов выражали в $Д_{232}$/м сыворотки [4].

Принцип метода определения малонового диальдегида основан на образовании окрашенного триметинового комплекса с тиобарбитуровой кислотой при высокой температуре. Определение оптической плотности окрашенного комплекса после его экстракции n-бутанолом проводили при длине 532 нм в сравнении с контрольной пробой. Молярная экстинкция МДА $1{,}56 \cdot 10^5$ $М^{-1} \cdot см^{-1}$. Концентрация малонового диальдегида выражалась в нмоль/мл сыворотки [5].

О состоянии АОЗ судили по уровню в сыворотке крови больных супероксиддисмутазы (СОД) и

(ГП) и церулоплазмина (ЦП).

Содержание иммуноглобулинов (IgM, IgG, IgA) в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини [9].

Определения ЦИК проводили по величине оптической плотности, определения фагоцитарной активности нейтрофилов по способности поглощать дрожжевые клетки [7]. Авидитет и соотношение высоко- и низкоавидных нормальных антител в сыворотке крови определяли с помощью тест-системы для экспресс-диагностики доклинических и клинически выраженных форм иммунологической недостаточности [8].

Статистическую обработку данных проводили непараметрическим методом с помощью критерия Уилкоксона (Манна-Уитни).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. У больных ХПН установлено закономерное возрастание содержания МДА и ДК в сыворотке крови с максимальными значениями у больных терминальной группы до лечения (Таблица 1).

Таблица 1

Показатели ПОЛ у больных с ХПН по сравнению с контролем

Исследуемые показатели	Контроль-ная группа	Консервативная группа		Терминальная группа	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
МДА, мкмол/мл	2,85 ± 0,1	6,72 ± 0,13*	4,74 ± 0,19*	7,91, ± 0,26*	6,38 ± 0,19
ДК, $E_{233/мл}$	0,40 ±0,01	0,697 ± 0,02*	0,53 ±0,024	0,75 ± 0,08*	0,662 ± 0,17

Примечание: *p < 0,001; **p < 0,01; ***p < 0,005

Данные изменения имели место на фоне основных биохимических показателей – увеличение уровня креатинина и мочевины в сыворотке крови. Уровень восстановленного глутатиона (ГSH), наоборот, снижается в зависимости от степени тяжести заболевания. Так, уровень МДА у больных ХПН консервативной группы до лечения увеличивается в 2,6 раза, после лечения показатель снижается; в первой – консервативной группе снижается приблизительно в 2 раза, у больных терминальной группы применяемые методы лечения (в основном диализ) заметно снижают концентрацию МДА в сыворотке крови, однако, нормальные показатели не устанавливаются. Почти такая же динамика изменения наблюдается для диеновых конжюгатов (ДК). У больных консервативной группы наблюдается увеличение в 1,8 раза, в терминальной группе в 1,8 раза, в результате лечения показатели улучшаются (рис.1).

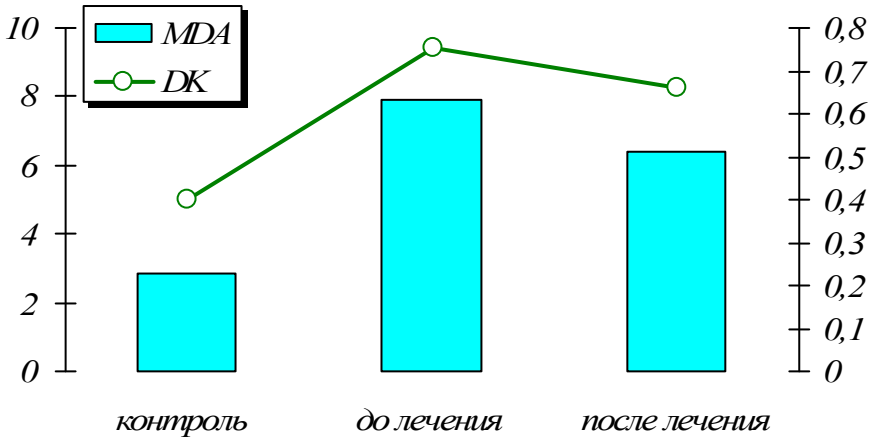


Рис.1. ПОЛ с терминальной группе (контроль 100%)

При исследовании состояния системы АОЗ в сыворотке крови больных в консервативной группе было выявлено активация СОД (табл. 2). Увеличение активности СОД, по-видимому, обжясняется компенсаторной реакцией организма на усиление ПОЛ (Рис.2).

Снижение интенсивности ПОЛ в результате лечения может обжясняться увеличением активности СОД. Ферменты разрушают супероксид-анион радикалы, являющиеся инициатором свободнорадикальных реакций в организме.

Таблица 2
Показатели системы АОЗ у больных ХПН по сравнению с контролем

Исследуемые показатели	Контроль-ная группа	Консервативная группа		Терминальная группа	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
СОД, МЕ/мг	0,94 ± 0,03	1,37 ± 0,03*	1,341 ± 0,02	0,63 ± 0,03*	0,784±0,21**
ГПО, мкмол/мин.	27,94 ± 5,66	190,92±3,33*	207,76±4,01	211,22±5,47*	203,48±5,46
GSH, мкмол/ мл	0,55 ± 0,02	0,396 ± 0,01	0,48 ± 0,02	0,405±0,021*	0,47±0,02***
Церулоплаз-мин, мг%	27,85 ± 0,45	15,49 ± 0,55	16,16 ± 0,57	15,18 ± 0,48*	16,85±0,83

Примечание: *p < 0,001; **p < 0,01; ***p < 0,005

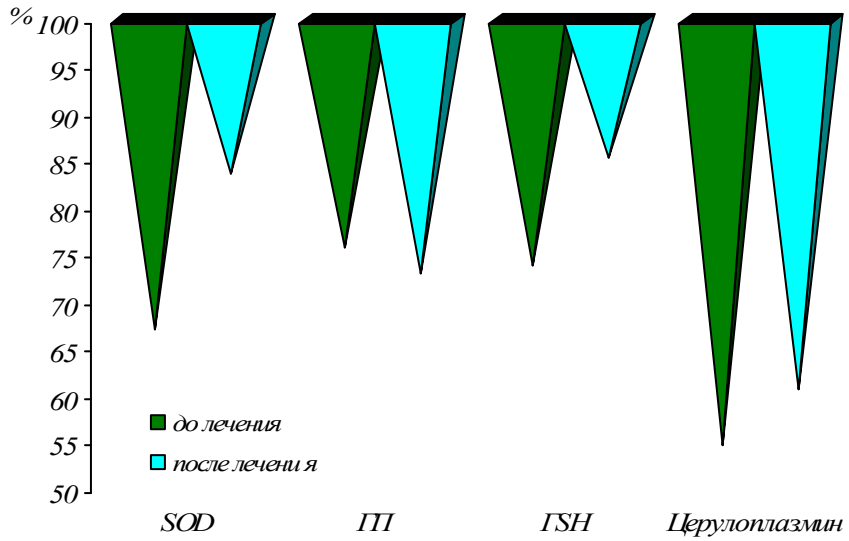


Рис. 2. АОЗ в терминальной группе (контроль 100%)

В данной работе впервые у больных ХПН определение активности глутатион-пероксидазы в сыворотки крови производилось с использованием пероксида водорода и 5,5′-дитиобис (2-нитробензойной кислоты. Селеновые глутатионзависимые пероксидазы (ГПО) представляют собой группу ферментов, катализирующих восстановление пероксида водорода (H_2O_2) и органических пероксидов с использованием в качестве донора электронов восстановленной формы глутатиона (GSH). В состав ферментов данной группы входит селено-цистеин, что делает их чувствительными к содержанию селена в тканях и в связи, с чем селеновые ГПО могут быть использованы для оценки и функционального селенового статуса организма. К настоящему времени известно, что селен является необходимым элементов для осуществления биосинтеза селензависимых ГПО. Дефицит данного микроэлемента вызывает снижение уровня определяемой глутатионпероксидазной активности во многих органах и тканях.

Количество антител не претерпевают существенных количественных изменений на фоне биохимических данных и показателей ПОЛ и АОЗ,

В последние годы появились данные о том, что у больных ХПН, как правило, отмечается гиперактивация В-системы иммунитета, которая выражается в увеличении в крови числа В-лимфоцитов, нарастании числа плазматических клеток и уровня секретируемых

антител (Ig M, G, E), повышении количества циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Некоторые авторы отмечают корреляционную связь между содержанием в крови ЦИК, системой комплемента и тяжестью течения заболевания. Полученные нами данные полностью соответствуют литературным, так как имеется положительная корреляционная связь между интенсивностью ПОЛ и количеством ЦИК (r= +0,56) (табл.3).

Известно, что ключевую роль в механизмах иммунологического распознавания чужеродных антигенов играют специфические антитела, G_{1-3} подклассов, которые в процессе иммунного ответа подключают каскад молекулярных и клеточно-опосредованных механизмов естественной защиты организма, ведущих к селективному уничтожению и элиминации чужеродных антигенов и патогенов. Однако между количеством специфических антител G класса и их протективной активностью не всегда отмечается линейная зависимость. Протективная активность сывороток определяется не только аффинностью и идиотипическим спектром антител, а в большей мере соотношением в них высоко- и низкоавидных специфических антител, при этом только высокоавидные антитела G класса поливалентно связываются с эпитопами антигена и ведут к реализации эффекторных функций антител, т.е. подключению в иммунный ответ молекулярных и клеточных механизмов естественной защиты организма.

Таблица 3

Некоторые иммунные показатели и авидность антител у больных ХПН по сравнению с контрольной группой

Исследуемые показатели	Контрольная группа	Консервативная группа n = 53		Терминальная группа n = 44	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
IgG, мг/мл	14,65 ± 0,28	15,04± 0,29	15,32 ± 0,33	14,48 ± 0,33	14,71 ± 0,36
IgM, мг/мл	2,19 ± 0,01	2,22 ± 0,026	2,28 ± 0,31	2,26 ± 0,03	2,15± 0,02**
IgA, мг/мл	1,76 ± 0,01	2,096 ± 0,041	2,1 ± 0,25	2,11 ± 0,04	2,03 ± 0,03
Фагоцитарная активность, %	91,15 ± 0,83	72,75 ± 1,17	72,97 ± 1,43	69,26 ± 1,38	74,59± 1,37**
ЦИК, ус. ед.	43,75 ± 0,51	67,78 ± 1,22	62,29 ± 2,16	68,91 ± 0,95	65,68± 2,27
Высокоавидные антитела, %	95 ± 2	23,8 ± 1,6**	23,8 ± 1,2**	19,4 ± 1,4**	24 ± 1,4**
Низкоавидные антитела, %	5 ± 1,2	76,2 ± 1,6**	75 ± 1,2**	80,6 ± 1,82**	76 ± 1,7**

Примечание: **p < 0,01; ***p < 0,005

В отличие от традиционного представления об авидности, как суммарной силе поливалентного взаимодействия антитела с эпитопами антигена, считается целесообразным в определение авидитета внести представление о структурно-функциональной организации антитела, которая формируется в процессе фолдинга антител в плазматических клетках и от которой зависит функциональная активность секретируемых антител независимо от их идиотипа. Таким образом, авидитет рассматривается как характеристика структурно-функциональной организации макромолекулы на уровне третичной и четвертичной структуры, которая предопределяет способность антитела не только к взаимодействию с эпитопами антигена, но и кооперации антигенсвязывающих доменов Fab области с эффекторными доменами Fc области во 2-ой фазе реакции антиген-антитело и реализации протективных функций антител через молекулярные и клеточные механизмы защиты организма.

Проведенные нами исследования показали, что характерными для больных ХПН являлись повышение в крови содержания низкоавидных антител G класса до 80% (при норме 0-20%) и снижение высокоавидных до 20-25% (при норме 80-100%).

Снижение авидности находится в прямой зависимости от тяжести заболевания. В консервативной группе авидность снижается до 76%, в терминальной группе это количество доходит до 81%.

Таким образом, иммунодефицитные состояния наблюдаемые при хронической по-

чечной недостаточности, возможно, обжясняется не количественными, а качественными изменениями в В-системе иммунных реакций организма. Эти данные косвенно доказывают наличие метаболической супрессии активности иммуноглобулинов в результате формирования неактивной конформации антител.

ВЫВОДЫ: 1.При ХПН наблюдаются закономерное повышение содержания МДА и ДК в сыворотке крови и снижение уровня GSH в зависимости от степени тяжести заболевания и глубины патологического процесса; 2. На консервативной и терминальной стадиях заболевания на фоне высокого уровня продуктов ПОЛ наблюдается дефицит АОЗ организма; 3.На фоне вышеизложенной динамики изменения состояния ПОЛ и АОЗ, происходит количественное увеличение ЦИК и низкоавидных антител, снижение фагоцитарной активности и количества высокоактивных антител.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азизова Г.И., Кулиева Ф.Э., Эфендиев А.М. Биохимические и иммунологические исследования крови больных хронической почечной недостаточностью // Биомедицина, №2, 2007, с. 19-22.
2. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах.- М.: Наука, 1972, с.72.
3. Куликова А.И., Тугушева Ф.А., Зубина И.М. Показатели перекисного окисления липидов и факторы системы антиоксидантной защиты кров больных с хроническим гломерулонефритом // Нефрология, 2001, № 3, с. 134.
4. Гаврилов В.Б., Гаврилова А.Р., Хмара И.Ф. Измерение диеновых конжюгатов в плазме крови по УФ-поглощению гептановых и изопропанольных экстрактов // Лаб.дело., 1988, № 2, с. 60-64.
5. Коробейников Э.Н., Модификация определения продуктов перекисного окисления липидов в реакции с тиобарбитуровой кислотой // Лаб.дело., 1986, № 12, с. 725-728.
6. Рудиченко Е.В., Антонюк М.В., Гвозденко Т.А. Нарушения обмена липидов и системы пероксидации у больных хроническим пиелонефритом // Клиническая медицина, 2006, № 5, с. 54-58
7. Маянский Д.Н. Комплексная оценка функции фагоцитов при воспалительных заболеваниях: Методические рекомендации. – Новосибирск, 1985, 50 с.
8. Способ и набор для экспресс-диагностики доклинических и клинически выраженных форм иммунологической недостаточности по Гевондян: Патент на изобретение № 2196333 РФ/ В.С.Гевондян, Н.М.Гевондян, М.В.Гевондян. - № 2000105362; Заявл. 6.03.2000; Опубл. 10.01.03., Бюл. № 1.
9. Manchini G., Nach D.R., Heremans J.F. Further studies on singe radial immunodiffusion. // Immunochem, 1970, v. 7, p. 261-264.

SUMMARY

METABOLIC SUPRESSION OF IMMUN DATES AT CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY

G.I. Azizova, G.R. Vagabova, S.A. Bagirova

Time course of lipid peroxidation and the state of antioxidant system of patients with chronic renal insufficiency were studied. Increases of conjugated dienes, malonic dialdehyde, lipid peroxidation degree were revealed. Alterations in superoxide dismutasa activity, observed in blood of patients depended the on the stage of the disease. Content of lipid peroxidation products was also dissimilar in first and second stage of disease. Estimation of superoxide dismutase activity and content of diene ketons were most suitable patterns for monitoring treatment of chronic renal disease.

We found strong correlation the level of LPO and CIC (r=+0,56). Prominent reduction of high-avidity (up to 12-25%, p <0,001) and increase of the low-avidity (up to 75-88%, p<0,001) IgG antibodies with abnormal macromolecule conformation (p<0,001), low functional and protective activity were found.

Daxil olub: 28.09.2008

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА СРЕДИ ЖЕНЩИН Г.БАКУ

Л.А.Сулейманова
Республиканский кожно-венерический диспансер, Г. Баку

Герпес занимает второе место по распространенности среди заболеваний, передающихся половым путем, после трихомониаза. Заболевания, вызванные ВПГ, занимают

второе место (15,8%) после гриппа в качестве причин смерти от вирусных инфекций (не считая СПИДа) [1,2,5,6].

ВПГ-2 в 80% является возбудителем генитального и неонатального герпеса, в 20% - ВПГ-1. Многие исследователи демонстрируют значительное увеличение частоты генитального герпеса с 60-х по 90-е гг. Причинами являются как улучшение качества диагностики, так и возрастание неонатального инфицирования (за последние 25 лет - в 10-20 раз) [3, 4, 7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**.** Методом случайной выборки отобрали 494 пациентов в следующих возрастных рангах: менее 20 лет – 83 пациентки, 20-34 года – 97 пациенток, 35-49 лет – 124 пациенток, 50-55 лет – 106 пациенток, 55 лет и старше – 84 пациенток. Всех пациенток разделили на 3 группы. Первую группу составили 187 пациенток со смешанным генитальным герпесом (СГГ), вторую группу составили 163 пациентки с первичным генитальным герпесом (ПГГ), третью группу составили 144 пациентки с рецидивирующим генитальным герпесом (РГГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В результате неоднократных контактов с пациентами и всесторонних их расспросов нами зафиксирована и проанализирована обжективная симптоматика, которая не была связана с гинекологической заболеваемостью (ГЗ). Данные расспросы проведены во 2-й группе пациенток и для сопоставления в 3-й группе пациенток (Таблица 1).

Приведенные данные показывают, что ГЗ являются системными заболеваниями, вызывая патологические местные изменения в урогенитальном тракте и специфические проявления, оказывающие негативное воздействие на организм в целом. В частности, помимо традиционных симптомов ГЗ у 21,5±3,4%, у пациенток 3-й группы (РГГ) был выявлен широкий спектр другой симптоматики, отражающей неблагополучное состояние здоровья, причем частота каждого симптома в отдельности варьировала от 1,4±0,9 до 4,9±1,8% (X^2=2,87; P>0,05).

Во 2-й группе пациенток (с ПГГ) симптоматика, не свойственная ГЗ, была выявлена в среднем в 66,9±3,7% случаев (X^2=63,37; P<0,01); разницы в рядах показателей каждого симптома, согласно критерию Ван-дер-Вардена, во 2-й группе пациенток также были достоверными (X=6,13; P<0,01). Т.е. даже начальные стадии генитального герпеса (ГГ) уже оказывают на организм системное воздействие, расширяя симптоматику неблагополучия здоровья. Однако из-за неодинаковости удельных весов симптомов их можно разделить на 3 группы.

Первую группу составляют симптомы с наименьшим удельным весом – от 1,8±1,0 до 4,3±1,5 % (X^2=1,71; P>0,05). К ним относится 5 симптомов: субфебрильная температура, озноб; неврастении; придают заболеванию чрезмерное внимание; прочая. Данная симптоматика в последнее время чаще беспокоит людей, но она не отражает ГЗ.

Вторую группу составляют симптомы с более высоким удельном весом, чем в первой группе (X^2=3,12; P>0,05), частота которых варьирует от 9,2±2,3 до 11,0±2,5% (X^2=0,36; P>0,05). К ним относятся 4 симптома: высыпание или покраснение в области ануса и ягодиц; снижение работоспособности; головная боль; депрессия. Хотя они и могут отражать начальные стадии ГГ, но небольшой удельный вес и почти такой же уровень встречаются среди пациенток с РГГ, что дает основание считать их вспомогательными как в клиническом проявления первичного ГГ, так и в диагностическом отношении в распознавании этого заболевания.

Третью группу составляют симптомы с очень высоким удельным весом, достоверно превышающим вышеотмеченные (X^2=9,44; P<0,01), их частота варьирует от 21,5±3,2 до 28,8±3,6% (X^2=2,35; P>0,05). К ним относятся 6 симптомов: периодически возникающие боли в нижних конечностях или боли "радикулитного" характера; поражение геморроидальных узлов; покалывания, ощущение "ползания мурашек" на коже; ухудшение общего состояния, утомляемость, недомогание; периодически возникающие тянущие боли внизу живота. Это традиционные симптомы первичного острого ГГ, когда пациентки часто обращаются за квалифицированной помощью дерматовенерологов.

Наибольшую значимость в возникновении рецидивов герпеса имеет персистенция вирусов в ганглиях нервной системы, разрешающаяся инфекционным процессом в результате ослабления местного или общего иммунитета. Реакции иммунологической системы человека в ответ на внедрение вируса простого герпеса включают выработку антител, включение механизмов клеточной защиты и выработку интерферонов.

При герпетической инфекции возникает первичный и вторичный антительный ответ. Первичный - это продукция антител при первом контакте с конкретным герпесвирусом. В этом случае противогерпетические антитела начинают образовываться с 4 дня после контакта иммунной системы с антигенами вируса. Сначала образуются иммуноглобулины класса М, которые улавливают свободные вирионы, покрывают их поверхность, способствуя распознаванию вирионов фагоцитирующими клетками. После представления антигенов иммуно-компетентным клеткам начинается образование антител класса IgG (с 14 дня). Этот вид антител более эффективен в сдерживании и подавлении герпесвирусной инфекции. Срок жизни IgM в среднем составляет 7 дней. В связи с этим стойкое повышение их титра в течение первых двух недель герпесвирусной инфекции говорит о первичной инфекции. Срок жизни противогерпетических IgG составляет в среднем 21 день. При росте титра IgG после четвертой недели от начала инфекции следует считать, что развитие первичной инфекции продолжается.

Таблица 1
Частота и характер субжективной симптоматики среди пациенток с разными формами ГГ

Симптомы, жалобы	2-я группа: ПГГ (n=163)		3-я группа: РГГ (n=163)		Достоверные разницы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
высыпаний или покраснений в области ануса и ягодиц	15	9,2±2,3	2	1,4±0,9	8,92	<0,01
снижение работоспособности	17	10,4±2,4	5	3,5±1,5	5,56	<0,02
периодически возникающих болей в нижних конечностях или болей "радикулитного" характера	42	25,8±3,4	4	2,8±1,4	31,72	<0,01
поражение геморроидальных узлов	44	27,0±3,5	–	–	–	–
головная боль	16	9,8±2,3	–	–	–	–
субфебрильная температура	3	1,8±1,0	2	1,4±0,9	0,16	>0,05
озноб	6	3,7±1,5	7	4,9±1,8	0,24	>0,05
покалывание, ощущение "ползания мурашек" на коже	35	21,5±3,2	2	1,4±0,9	29,09	<0,01
ухудшением общего состояния, утомляемость	40	24,5±3,4	3	2,1±1,2	23,16	<0,01
периодически возникающие тянущие боли внизу живота	39	23,9±3,4	5	3,5±1,5	19,44	<0,01
неврастении	7	4,3±1,5	7	4,9±1,8	0,16	>0,05
придают заболеванию чрезмерное внимание	7	4,3±1,5	4	2,8±1,4	0,30	>0,05
депрессия	18	11,0±2,5	2	1,4±0,9	11,70	<0,05
недомогание	47	28,8±3,6	6	4,2±1,7	26,05	<0,01
Прочее	3	1,8±1,0	4	2,8±1,4	0,33	>0,01
Всего	109	66,9±3,7	31	21,5±3,4	63,37	<0,01

Примечание: сумма симптомов больше чем число пациенток, в связи с одновременным выявлением у многих из них двух и боле симптомов

При смешанной герпесвирусной инфекции практически сразу же удается зарегистрировать повышенный уровень иммуноглобулинов класса G. Наибольшую опасность в плане распространения инфекции представляет сочетание рецидивирующего генитального герпеса с другими ИППП.

Необходимо отметить, что серологическое определение титра антител не всегда является достоверным показателем течения инфекции. Так, у инфицированных вирусом простого герпеса имеется пожизненное присутствие антител и, как правило, имеется несоответствие титра антител и клинических проявлений заболевания.

Среди всех наблюдаемых нами пациенток определяли в крови специфические иммуноглобулины М [IgM] на 5-7-й день; IgG отсутствуют, наличие специфических IgG к ВПГ-2 при отсутствии в анамнезе эпизодов ГГ, наличие специфических IgM и IgG при обследовании, эпизоды ГГ в анамнезе.

В этом отношении ситуацию в 1-й группе пациенток (СГГ) следует признать довольно благополучной, так как у большинства их в крови определяются специфические иммуноглобулины М [IgM] – 46,5±3,6%. IgG отсутствуют, наличие специфических IgG к ВПГ-2 при отсутствии в анамнезе эпизодов ГГ составлял - 28,3±3,3% (X^2=13,22; P<0,01).

Однако, у 15,5±2,7% пациенток выявлено наличие специфических IgM и IgG при обследовании, эпизоды ГГ (X^2=8,99; P<0,01), у 6,4±1,8% – составил 27,0-28,9 кг/м^2, (X^2=7,92; P<0,01). Суммарно, у 47 из 187 пациентов данной группы показатели были завышенными, что, конечно, является неблагополучным прогностическим признаком (25,1±3,2%). Обращает внимание, что 38 из 47 этих пациенток (80,8±5,8) только недавно были выявлены.

Убеждают в этом данные по пациентам 2-й группы ПГГ. Как видно, у значительного числа пациенток IgG отсутствуют, наличие специфических IgG к ВПГ-2 при отсутствии в анамнезе эпизодов ГГ: в 35,6±3,8% случаев в крови определяются специфические иммуноглобулины М [IgM] на 5-7-й день, в 31,3±3,6% случаев – наличие специфических IgG к ВПГ-2 при отсутствии в анамнезе эпизодов ГГ (X^2=0,38; P>0,05), в 21,4±3,3% случаев наличие специфических IgM и IgG при обследовании, эпизоды ГГ в анамнезе, (X^2=4,04; P<0,05). Т.е. у 144 из 163 пациенток данной группы показатели были весьма неблагополучным для ГГ и намного превышал и показатель 1-й группы пациенток – соответственно 88,3±2,5 и 25,1±3,2% (X^2=140,36; P<0,01).

Даже в 3-й группе пациенток РГГ ситуация была весьма тревожная, так как у 28,5±3,8% пациенток IgG отсутствуют, наличие специфических IgG к ВПГ-2 при отсутствии в анамнезе эпизодов ГГ, у 18,8±3,3% – в крови определяются специфические иммуноглобулины М [IgM] (X^2=3,77; P>0,01), у 10,4±2,6% - наличие специфических IgM и IgG при обследовании, эпизоды ГГ в анамнезе. (X^2=4,01; P<0,01).

Таким образом, активность клинических проявлений ГГ напрямую связана с состоянием иммунной системы организма, которая непосредственно влияет на развитие инфекционного процесса при герпесе путем увеличения или снижения активности тех или иных своих компонентов.

Согласно принятой классификации ГГ протекает в легкой, средней и тяжелой степени выраженности клинической картины, бывают как локализованными, так и генерализованными. Поэтому, для выработки эффективных подходов по лечению ГГ необходимы конкретизирующие исследования по особенностям их клинического течения.

Таблица 2

Характер клинического течения ГЗ среди пациенток с разными формами ГГ

Характер клинического течения ГЗ	Частота клинического течения ГЗ среди пациенток с разными формами ГГ							
	Всего		1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	абс.	%	абс	%	абс.	%	абс	%
Герпетическое поражение наружных половых органов								
- легкий	43	8,7±1,3	2	4,7±3,3	14	32,6±7,2	27	62,8±7,4
- средний	64	13,0±1,5	10	15,6±4,6	19	28,1±5,7	36	56,3±6,2
- тяжелый	48	9,7±1,3	26	54,2±7,3	17	35,4±7,0	5	10,4±4,5
Всего:	155	31,4±2,1	38	24,5±3,5	49	31,3±3,7	68	43,9±7,2
Герпетические кольпиты, цервициты, уретриты								
- легкий	60	12,1±1,6	22	36,7±6,3	18	30,0±6,0	20	33,3±6,1
- средний	115	23,3±1,9	81	70,4±4,3	26	22,6±3,9	8	7,0±2,4
- тяжелый	61	12,3±1,5	49	80,3±5,1	9	14,8±4,6	2	4,9±2,8
Всего:	236	48,8±2,2	152	64,4±3,1	53	22,5±2,7	31	13,1±2,2

С этой целью мы изучали особенности клинического течения ГГ среди 494 пациенток с

разными формами ГГ: 1-я группа – 187 пациенток со СГГ, 2-я группа – 163 пациенток с ПГГ, 3-я группа – 144 пациенток с РГГ. Результаты приведены в табл. 2.

При герпетическом поражении наружных половых органов легкая и тяжелая формы наблюдаются примерно в одинаковой степени – соответственно 8,7±1,3 и 9,7±1,3% (X^2=0,46; P>0,05). Несколько чаще наблюдается средняя форма – 13,0±1,5% (X^2=2,58; P>0,05). При герпетическом кольпите, цервиците, уретрите ситуация аналогичная – реже наблюдаются легкие и тяжелые формы заболевания – 12,1±1,6 и 12,3±1,5% (X^2=0,07; P>0,05), чаще его средние формы – 23,3±1,9% (X^2=20,16; P<0,02).

О пагубном воздействии ГГ на организм женщин, повышения риска ГЗ, приобретение ими тяжелого и затяжного характера и серьезными осложнениями в эффективном лечении свидетельствует высокий удельный вес постерапевтических рецидивов. Хотя во всех группах пациенток за последние два года наблюдалась от 2 до 5 и более рецидивов, в соотношениях их удельного веса имеются заметные различия в зависимости от групп пациенток.

У каждой четвертой пациентки, страдающей ГГ, развиваются осложненные формы болезни. Типичная клиническая картина герпетических поражений органов мочеполового тракта проявляется симптомами неспецифического воспаления. Обычно больные преджявляют жалобы на выделения из влагалища, периодически появляющиеся боли в малом тазу, области проекции матки, яичников. Эти пациентки длительное время без эффекта лечатся у гинекологов антибактериальными и противогрибковыми препаратами. При этом значительное число женщин, у которых отсутствуют выделения и субжективная симптоматика, вообще не обращаются к врачу и длительное время остаются источником распространения инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гладько В.В., Масюкова С.А. Клинико-эпидемиологические аспекты и современные рекомендации по лечению генитального герпеса // Воен. мед. журн., 2002, №12, с.32- 38

2. Молочков В.А., Семенова Т.Б. Генитальный герпес: клиника, диагностика, лечение и профилактика.- М., 2005, 126с.

3. Руденко А.В, Ромащенко О.В., Гулей Я.Т. Особенности течения генитального герпеса на современном этапе // Сучасні інфекції, 2002, № 4, с. 20-23.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. // MMWR, 2006, v. 55, p.11

5. Corey L., Wald A., Patel R. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes // New England Journal of Medicine, 2004, v. 350, N 12, p.11-20

6. Konda KA, Klausner JD. The epidemiology of Herpes simplex virus type 2 infection in low-income urban populations in coastal Peru // Sex Transm Dis, 2005, N9, p.534-544

7. Sanchez-Aleman M.A., Conde-Glez C.J. Sexual behavior and Herpes simplex virus 2 infection in college students // Arch Med Res , 2005, v. 36 , N5 , p. 74-80

SUMMARY

CLINICAL FEATURES GENITAL HERPES AMONG WOMEN OF BAKU

L.A.Suleymanova

As a result of numerous contacts to patients and their all-round inquiries by us the objective semiology which has not been connected to gynecologic disease is fixed and analysed. Activity of clinical displays genital herpes directly is connected to a condition of immune system of an organism which directly influences development of infectious process at a herpes by increase or decrease in activity of those or other components. According to accepted classification genital herpes proceeds in an easy, average and heavy degree of expressiveness a clinical picture, are as located, and general. Therefore, for development of effective approaches on treatment genital herpes are necessary particularly researches on features of their clinical current.

Daxil olub:22.10.2008

BRONXİAL ASTMALI UŞAQLARDA SİTOKİN PROFİLİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

A.Ə. Əyyubova, V.E. Əliyeva

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Bronxial astma uşaqlar arasında yayılma tezliyinə görə müasir pediatriyanın ən aktual problemlərindən sayılır [1,6,7]. Bronxial astma zamanı allergik iltihabın yaranmasına immun sistemin funksional vəziyyətinin pozulması səbəb olur. Nəticədə limfositlərin subpopulyasiyasının, sitokin həlqəsinin kəmiyyət və funksional aktivliyi arasındakı balans pozulur [3,5]. İmmun homeostazın bu elementləri allergik iltihabın səviyyəsini təyin edir [4].

Səbəbəindən asılı olaraq allergik və qeyri-allergik astma mövcuddur. Allergik xarakter daşıyan astmada kəskinləşmə allergenlərlə kontaktdan sonra baş verir. (toz, yun, bəzi ərzaqlar və s.) Bronxial astma zamanı bronxların iltihabının inkişafına allergik təbiətli bütün proseslərə aidiyyəti olan hüceyrələr iştirak edir. Bunlardan ən vacibi T-limfositlər, eozinofillər və tosqun hüceyrələrdir. Bu hüceyrələrlə birgə İmmunoqlobilin E də iltihabi reaksiyalara rəhbərlik edir.

Allergik reaksiyaların yaranmasınada sitokinlərin rolu danılmazdır. Sitokinlər çox da böyük olmayan peptid molekullardır. Onlar hüceyrəarası və sistemarası münasibəti requlyasiya edir, hüceyrələrin yaşama qabiliyyətini, inkişafını, funksional aktivliyini təyin edir. Termin ilk dəfə 1974-cü ildə S.Coren tərəfindən irəli sürülmüşdür.

Sitokinlər çox kiçik konsentrasiyada aktiv olurlar. Onların hüceyrələrə bioloci aktivliyi hüceyrə membranında lokalizə olunan spesifik reseptorlar vasitəsilə həyata keçir. Sitokinlərin əmələ gəlməsi və sekresiyası qısa müddətdə baş verir və ciddi nəzarət olunur.

Hal-hazırda sitokinlərin 30-dan çox növü vardır. Struktur xüsusiyyətlərinə və bioloji aktivliyinə görə 3 qrupa bölünürlər: 1.İltihabönü; 2.İltihab əleyhinə; 3öHüjeyrə və humoral immunitetin requlyatorları

Sitokinlər antigenspesifik faktorlar hesab olunur. Sitokinlərin qanda təyini iltihabi xəstəliyin ağırlığını, xəstəliyin proqnozunu təyin etməyə imkan verir.

İL 17 JD4+ T limfositlər tərəfindən sintez olunur. Epitel, endotel və fibroblast hüjeyrələr tərəfindən İL 6 və İL 8 sintezini artırır.

İL 17 İL1, İL4, İL6, İL10, İL12-nin requlyasiyasında iştirak edir. Histamin və serotonin İL17-nin produksiyasını artırır.

İnterleykin 4 T helperlərin differensasiya faktorudur. İL4 T helperlərdə sintez olunur və Th0 ilə Th1 və Th2-nin differensiyasında iştirak edir. İL4 B limfositlərin çoxalmasında və yetişməsində rol oynayır, İgE-nin sintezinə jəlb olunur. İL4-ün əsas məhsulu Th2 hesab olunur. Bu sitokinin istehsalı İL1 və İL2 vasitəsilə güjlənir. Qlükokortikoidlər İL2-nin sintezinə təsir edərək İL4-ün əmələ gəlməsini artırır.

İnterleykin 5 B limfositlərin differensasiya faktorudur. İL 5 Th2 tərəfindən istehsal olunur. İL5 İgA-nın əmələ gəlməsini artırır, İgM, İgG1 və İgE sintezinə müəyyən dərəjədə təsir göstərir. İgA-nın istehsalını stimulə etməklə selikli qişaların yerli immun mühafizəsinə təsir edir. İL5-in təsiri ilə B-limfositlər İgA-nın sintezinə jəlb olunur. Allergik iltihabda İL5-in xüsusi yeri vardır.

İL13 Th2 tərəfindən sitntez olunur. İL4-ün sintezini artırmaqla onunla bağlı bütün effektləri güjləndirir. B limfositlərin miqdarını artırır, İgE və İgG4-ün sintezini sürətləndirir. B limfositlərin membranında II sinif ƏHK (əsas histouyğunlaşma kompleksi) və JD 23 ekspresiyasını yüksəldir. Monosit-makrofaqların funksiyasını azaltmaqla inların sitokin sintez etməsini azaldır. İl13 və İL4 arasında bəzi funksional effektlər oxşardır [1].

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Xəstələrin müayinəsi və kliniki-laborator analizləri 6 saylı kliniki uşaq xəstəxanasının allerqoloji mərkəzində və ATU-nun II Uşaq Xəstəlikləri kafedrasında aparılmışdır. İmmun sistemin göstərijilərini öyrənmək məqsədilə 62 orta-ağır və ağır atopik bronxial astmalı 1-16 yaşlı uşaqlar müayinə olunmuşlar.

Orta-ağır 52 (83%), ağır 10 (17%), kontrol qrup 15 xəstədən ibarət olmuşdur.

Xəstələrin obyektiv və subyektiv anamnezi zamanı təngnəfəslik, tutmaşəkilli öskürək, bəlğəmin çətin ifraz edilməsi, bronxospazm, auskultasiya və perkussiyada nəzərə çarpan dəyişiklik müşahidə olunmuşdur.

Qan zərdabında sitokinlərin miqdarı (İL4, İL5, İL13, İL17) immunoferment analiz metodu ilə təyin olunmuşdur. Sitokinlərin konsentrasiya səviyyəsi standart əyriliyn qurulması, nətijəsi isə pikoqram millilitrlə (pq\ml) təyin edilmişdir.

NƏTİJƏ VƏ MÜZAKİRƏ. İltihabi prosesin inkişafında rol oynayan siokinlrin təyini patoloji prosesin gedişini proqnozlaşdırmağa şərait yaradır.

56 nəfər orta-ağır və ağır gedişli atopik bronxial astmalı xəstələrin qan zərdabında iltihabyönlü (İL4, İL5, İL13) və iltihabəleyhinə (İL17) sitokinlərin səviyyəsi öyrənilmişdir. Aparılan müayinələr əsasında hipersitokinemiya müəyyən olunmuşdur. Periferik qan zərdabında sitokinlərin təyini nətijəsində orta-ağır və ağır formada kontrol qrupa nisbətən göstərijilərin yüksəlməsi baş vermişdir. İL4 3,8-5,2 dəfə, İL5 2,8-3,9 dəfə, İL13 2,5-3,7 dəfə, İL17 2,2 dəfə artmışdır (Cədvəl 2)

Cədvəl 2

Orta-ağır və ağır gedişli bronxial astmalı xəstələrin qan zərdabında sitokinlərin səviyyəsi

Göstərijilər	Kontrol qrup (n=15)	Orta-ağır (n=52)	Ağır (n=10)
İL-4	1,37 (0,0-4,3)	5,25 (2,8-10,3)*	7,08 (4,7-12,2)*
İL-5	10,4 (4,2-14,2)	29,7 (7,1-48,1)*	40,5 (22,2-53,3)*
İL-13	1,74 (0,3-4,1)	4,28 (0,4-10,5)**	6,53 (4,3-11,6)*
İL-17	3,14 (0,1-5,5)	7,04 (0,9-15,7)*	10,65 (7,4-15,7)*

Qeyd: *-p<0,001 kontrol qrupla müqayisədə; **-p<0,01 kontrol qrupla müqayisədə

Jədvəl 2-də verilən göstərijilərə istinad olaraq belə qənaətə gəlinir ki, bronxial astmada sitokin statusu nəzərə çarpan dərəjədə pozulur.

NƏTİJƏ: 1.Bronxial astma zamanı kontrol qrupa nisbətən iltihabyönlü və iltihabəleyhinə sitokinlərin səviyyəsinin yüksəlməsi müşahidə olunmuşdur; 2.Müayinələrin nətijələrinə əsaslanaraq sitokin profilının istiqamətini qiymətləndirmək və korreksiya ediji immun terapiya seçmə mümkündür.

ƏDƏBİYYAT

1. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. - М., 2006, 687с
2. Караулов А.В. Клиническая иммунология.- М., 1999, 603с.
3. Кузьменко Л. Г., Алексеева О. В., Хьюнг Л. Т. М., Скальный А. В. Клинико-иммунологические особенности у детей с бронхиальной астмой // Российский педиатрический журнал, 2002, № 6, с. 48-51
4. Локшина Э. Э., Зайцева О. В. Маркеры аллергического воспаления у детей из группы высокого риска по развитию бронхиальной астмы // Педиатрия, 2006, № 4, с. 94-97.
5. Митрейшин В.Ф., Калинина Н.М., Фабричников С.В., Фабричникова Н.И. Цитокины и их роль в развитии типовых патологичесаких процессов.- СПб., 2000, 64 с.
6. Намазова Л. С.,. Огородова Л. М, Геппе Н. А. и др. Бронхиальная астма // Лечащий врач, 2006, №4, с. 10-19.
7. Эюбова А.А., Кабулов Г.Г. Клинико-эпидемиологические особенности бронхиальной астмы у детей в различных регионах Азербайджана // Аллергология и иммунология, 2007, т.8, №2.,с.191-192

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CYTOKINE PROFILE WITH ATOPYC FORM OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

A.E. Eyyubova, V.E.Alieva

With purpose to study the parameters of cytokine profile, the clinical and laboratorial indicators of 62 patients with half-serious and serious atopic bronchial asthma were examined. On the basis of conducted treatment, immune misbalance was observed during the bronchial asthma. The examination of the gained results defined that the hyper cytokine is observed in the examined patients due to the inflammation and against inflammation cytokines.

Grounding on the results of the examinations, it is possible to evaluate the direction of cytokine profile and to choose correctional immune therapy.

Daxil olub:19.10.2008

КРИТЕРИИ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Н.М. Камилова, И.Ш. Магалов, С.Н. Мамедова, С.С. Сафарова
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Современные достижения в области оперативной техники, анестезиологии, службы переливания крови, профилактика септических осложнений после акушерско-гинекологических операций позволяют шире прибегать к оперативному лечению миомы матки при беременности. Тем более что арсенал консервативных методов лечения невелик, а выбор гормонов и дозировка их часто носят эмпирический характер.

В многочисленных работах, посвященных ведению беременных с миомой матки, разработаны показания и противопоказания к родоразрешению этой категории беременных операцией кесарева сечения, методики операции прослежены отдаленные результаты после перенесенных операций. Однако определение показаний к расширению обжема оперативного вмешательства при проведении кесарева сечения беременных с миомой матки, сам обжем операции и методика зависят от ряда моментов: возраста больной, характера и размера опухоли, клинического течения заболевания, общего состояния женщины [2,3,6,7].

Миома – наиболее часто встречающееся доброкачественное новообразование матки. Миома матки возникает в основном в репродуктивном периоде жизни (у 20-30% женщин старше 30 лет), большинство из них протекает бессимптомно [4].

Миома матки в большинстве случаев оказывает отрицательное влияние на характер течения беременности. К особенностям течения беременности при ее сочетании с миомой матки относятся угроза прерывания беременности в различные сроки, фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и синдром задержки роста плода (СЗРП), быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, отслойка плаценты, неправильные положения и предлежания плода. Роды у беременных с миомой матки протекают с осложнениями (несвоевременное излитие вод, аномалии сократительной деятельности матки, гипотонические кровотечения, субинволюция матки в послеродовом периоде и др.) [1,5].

Осложненное течение беременности и родов требует строго дифференцированного подхода к ведению беременных с миомой матки и определяет индивидуальную акушерскую тактику в каждом конкретном случае.

ЦЕЛЬЮ данной работы явилось прослеживание отдаленных результатов оперативного родоразрешения у беременных с миомой матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследование проведено у 40 беременных женщин с миомой матки в анамнезе, подвергшихся родоразрешению путем операции кесарева сечения. В группу контроля включено 50 женщин, родоразрешение кесаревым сечением без миомы матки.

Всем им проведено полное клинико-лабораторное обследование. Были изучены общая картина крови, а также исследование системы гемостаза: определение протромбированного индекса, концентрации фибриногена, тромбоэластографию цельной крови, оценку коагуляции.

В оценке степени риска определенное значение имеют возраст беременной, перенесенные заболевания, наследственная отягощенность.

Обследование беременных с миомой матки должно носить комплексный характер. Кроме общепринятых для всех беременных исследований при миоме матке особое внимание уделяют результатам УЗИ, для характеристики миоматозных узлов.

Для определения обжема кровопотери использовали визуальный метод – оценивали интенсивность пропитывания операционного материала и белья кровью.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием стандартных программ вычисления критерия Стьюдента и определения достоверных различий между группами по этому критерию. Все средние значения представленны со стандартным отклонением ($M \pm SD$).

Различия между сравниваемыми величинами признавались статистически достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ. Возраст в основной группе варьировал от 31 до 42 лет, в среднем составил 34,7%$\pm$ 1,2 года. При этом 9 (22,5%) пациенток были первородящими.

Беременные обеих групп не различались по возрасту, количеству беременностей и родов, общему и акушерско-гинекологическому анамнезу (Таблица 1).

В процессе исследования сопутствующая экстрагенитальная патология выявлена у

каждой второй обследованной, в большей мере это была сердечно-сосудистая патология. При анамнезе течения беременности у пациенток с миомой матки угроза почти у всех (36 из 40),в I триместре беременности, в 70% (28)- во II и 42,5% (17) на протяжении всей беременности (Таблица 1).

В оценке степени риска определенное значение имеют возраст беременной, перенесенные заболевания, наследственная отягощенность. Обследование беременных с миомой матки должно носить комплексный характер. Кроме общепринятых для всех беременных исследований, при миоме матке особое внимание уделяют результатам эхографических показателей фетоплацентарной системы, характеристики миоматозных узлов.

Таблица 1
Клиническая характеристика обследованных пациенток

Показатели	Основная группа n=40	Контрольная группа n=50
Возраст	32,1± 2,8	
Количество родов в анамнезе	1,4 ± 0,2	1,2 ± 0,2
Экстрагенитальная патология	38 (95%)	27 (54%)
ФПН	24 (60%)	11 (22%)
Срок беременности на момент родоразрешения	37,2 ± 1,3	39,6 ± 1,2
Длительность операции (мин)	67,5 ± 1,4	41,2 ± 0,8
Величина кровопотери	780,5 ± 20,6	540,6 ± 10,2
Оценка новорожденного по шкале Апгар (балл)	7,2 ± 0,3	8,0 ± 0,5
Послеродовый койкодень	10,2 ± 0,4	7,4 ± 0,2

Критериями нарушения маточно-плацентарного кровота при допплерометрическом исследовании (аппарат LOGIQ 500 MD, GENERAL ELEKTRIK) определены значения систоло-диастолического отношения (СДО) кривых скоростей кровотока в артерии пуповины и в маточных артериях.

В результате допплерометрических исследований гемодинамики в системе мать-плацента-плод в группе беременных с миомой матки систоло-диастолического отношение (СДО) в маточной артерии с увеличением срока гестации повышалось до 2,19± 0,12. Показатель СДО в артерии пуповины составил 3.24±0,18, что выявляет прямо пропорциональную зависимость между выраженностью нарушения кровотока в артериях пуповины и частоты задержки внутриутробного развития плода (Таблица 2).

Таблица 2
Средние численные значения СДО и ИР в маточных, спиральных артериях, артерии и пуповины у обследуемых (M±SD)

Подгруппа беременных	Маточные артерии	Спиральные артерии	Артерии пуповины
СДО			
I	2,19±0,12*	1,89± 0,07*	3,24±0,18*
II	1,79±0,01	1,52±0,11	2,14±0,14
ИР			
I	0,61±0,03*	0,46±0,02*	0,64±0,03*
II	0,48±0,04	0,31±0,02	0,57±0,01

*Достоверность различий.

Следует отметить, что нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод преимущественно были выявлены в 30-32 недели беременности.

Показания к оперативным родам были следующее: наличие множественных узлов в сочетании с отягощенным акушерским анамнезом (47,5%), тазовое предлежание плода (5%), пожилой возраст первородящей (10%), неготовность организма к родам (7,5%), ФПН (17%), аномалии родовой деятельности (27,5%), гипоксия плода (35%).

При сроке 36-37 недель 12 беременных были госпитализированы. Хроническая внутриутробная гипоксия, по данным кардиотокографического исследования была выявлена у 70% беременных. При этом у 21 (52,5%) беременных была выявлена умеренная гипоксия, у 4 (10%) – тяжелая гипоксия. В случае доношенной беременности произведено кесарево сечение. Разрез передней стенки был нижнесредним. Продолжительность операции составила 45-70 мин, кровопотеря во время операции 650-800 мл. Как показали результаты нашего исследования, все дети (40) родились в удовлетворительном состоянии. Извлечены новорожденные с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов, массой 2000-3750 г. Наиболее частой патологией новорожденных является морфофункциональная незрелость (14,35%), у 40 детей (52,5%) определялась внутриутробная задержка роста (52,5%).

Расширение обжема операции кесарева сечения у беременных с миомой матки, т.е. выполнение наряду с кесаревым сечением консервативной миомэктомии всегда сопровождается значительной кровопотерей.

Хотя по данным Рогачевской О. и Федоровой Т. (2008) низкий уровень гемоглобина способствует благоприятному течению послеоперационного периода, обеспечивая адекватную микроциркуляцию за счет снижения агрегации эритроцитов.

Изучение системы гемостаза выявило гиперкоагуляцию в основной группе. Следует отметить, что у беременных с миомой матки активация внутрисосудистого свертывания крови до операции наблюдалась у 90%, в то время как у женщин группы контроля лишь в 42%. Это еще раз показывает на необходимость мониторинга системы гемостаза во время беременности у данной категории пациенток с соответствующей до и послеоперационной лечебно-профилактической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова Л.Н, Сенчакова М.И. Хирургическое лечение беременных с миомой матки // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1998, №3, с.83-86.

2. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1997, №3, с.21-23

3. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность.- М, 2001, 344с.

4. Савицкий Г.А, Савицкий А.Г. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии.- СПб.: Элби, 2000, 235с.

5. Шмаков Г.С. Миомэктомия во время беременности: Автореф. дисс. …д-ра мед.наук.- М., 1997

6. Malzoni M, Rotond M, Perone C, Labriola D. Fertility afterlaparoscopic myomectomy of large uterine myomas:operative technique and preliminary results // Eur J Gynaecol Oncol., 2003, v.24 (1), p.79-82

7. Wittich A.C., Salminen E.R., Yancey M.K., Markenson G.R. Myomectomy during early pregnancy //Mil Med., 2000, v.165(2), p.162-4.

SUMMARY

THE CRITERIA OF SPENDING THE CESAREAN SECTION DURING MIOMA IN UTERUS

N.M. Kamilova, I.Sh. Magalov, s.n. Mamedov, S.S. Safarova

The modern achievement in operative technique, anesthesiology, transfuziology the septic incompetence after obstetric- gynecology operations allow to begin the operative treatment of mioma in uterus during pregnancy. It was done clinical- laboratory research of pregnancy and labors on 40 women with mioma in uterus in anamnesis.

To the especially of course pregnancy during its combination with mioma in uterus include danger of abortion in different time, phetoplacentar incompetence and syndrome keeping increase fetus and etc

Daxil olub: 15.09.2008

ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ РЕКОМБИНАНТНОГО АЛЬФА-2В ИНТЕРФЕРОНА ОФТАЛЬМОФЕРОН НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА

М.Г. Гулиева

ФГУ МНИИ Глазных болезней им. Гельмгольца Росздрава, г. Москва

Герпесвирусная инфекция (ГИ) глаз в настоящее время остается одной из острых проблем офтальмологии, характеризуется убиквитарным распространением, склонна к тяжелому течению, частым рецидивам и осложнениям, что приводит к значительному снижению зрения, слепоте и потере трудоспособности больных, в связи с чем проблема лечения офтальмогерпеса, несмотря на применение все более новых противогерпетических препаратов, актуальна, имеет важное социальное значение и далека от своего окончательного решения [1,3,4,5,6,9,8,13].

Интерфероны занимают важное место в лечении вирусных заболеваний глаз. Широкий спектр физиологических функций интерферонов (противовирусная, антибактериальная, иммуномодулирующая, антипролиферативная, радиопротективная и т.д.) указывает на их контрольно-регуляторную роль в сохранении гомеостаза [10,11]. Использование наряду с селективными противогерпетическими средствами препаратов ИФН, не только как противовирусных средств широкого спектра действия, но обладающих еще и иммуномодулирующими свойствами, особенно при тяжелом офтальмогерпесе, в патогенезе которых важным моментом является не только повреждающее действие на кератоциты самих вирусов, но и иммунопатологические нарушения в тканях роговицы [2,7], имеет приоритетное значение [12].

Офтальмоферон – первые стабильные глазные капли, содержащие человеческий рекомбинантный альфа-2β (не менее 10000 МЕД/мл) интерферон, антигистаминное средство - димедрол, антибактериальный компонент - борную кислоту и заменители слезы – поливинилпирролидон и гипромеллозу. В целом, преимущества Офтальмоферона определяются его составом, обеспечивающим выраженное противогерпетическое, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие, антигистаминный противоаллергический эффект, антибактериальную активность, роль искусственной слезы, что актуально при вирусных заболеваниях глаза, сопровождающихся нарушением слезной пленки. Также очень важно, что Офтальмоферон – это стабильные, готовые к употреблению глазные капли с большим сроком хранения – 2 года.

ЦЕЛЬЮ исследования явилось изучение терапевтической эффективности глазных капель рекомбинантного альфа- 2β интерферона Офтальмоферон на модели экспериментального герпетического кератита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Физико-химическая и фармакологическая характеристика препарата Офтальмоферон. Офтальмоферон - глазные капли человеческого рекомбинантного альфа- 2β интерферона с активностью не менее 10000 МЕ/мл. (Таблица 1)

Таблица 1

Состав глазных капель Офтальмоферон

Состав	Офтальмоферон
Интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2β МД 42-7043-97	Не менее 10000 МЕ
ПВП ФС 42-3622-98 (низкомолекулярный 8000±2000)	0,01 г
Трилон Б ВФС-42-1914-89	0,0004 г
Натрий хлористый ФС 42-2572-95	0,004 г
Натрий ацетат Гост 199-78	0,007 г
Кислота борная ФС 42-3683-98	0,0031 г
Гипромеллоза НД ФС 42-6222-01	0,003 г
Полиэтиленоксид 4000ФС 42-3337-96	0,05 г
Димедрол ФС 42-2802-97	0,001 г
Вода для инжекций ФС 42-2620-97	До 1,0 мл

Экспериментальное исследование проведено на 10 кроликах (20 глаз) породы шиншилла массой 2,0-2,5 кг.

Противовирусную эффективность препарата in vivo изучали на модели экспериментального герпетического кератита кроликов, которую воспроизводили по общепринятой методике. После предварительной анестезии роговицы кроликов (0.5% раствором дикаина) по всей поверхности роговицы делали насечки острым концом скребца в виде решётки. Насечки наносили не глубже боуменовой мембраны. Затем в нижний конжюнктивальный мешок глаза вносили вируссодержащую суспензию (0.1-0.2 мл) и осторожно втирали её в роговицу, заражали оба глаза животного. В работе был использован штамм вируса простого герпеса I типа "Коптев", который обычно используется для воспроизведения экспериментальной модели герпетического кератита кроликов в МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

Начиная со второго дня после заражения, кроликов ежедневно осматривали при помощи щелевой лампы или бифокальной лупы при боковом освещении. Для выявления дефектов роговицы производили её окрашивание 0.5% раствором флюоресцеина.

На 4 сутки после заражения, когда развивалась картина типичного точечного кератита, формировали равноценные по клиническим признакам 2 группы животных по 5 кроликов (10 глаз) в каждой и начинали лечение. Опытная группа животных в качестве лечения получала глазные капли Офтальмоферон в виде ежедневных инстилляций 6 раз в день, для сравнительной оценки терапевтической эффективности Офтальмоферона формировали одну контрольную группу без лечения. Оценку терапевтического действия препаратов проводили ежедневно после окрашивания роговицы раствором флюоресцеина по 3-х балльной системе, разработанной в МНИИ им. Гельмгольца. В качестве основных критериев эффективности лечения рассматривали сроки резорбции инфильтрации роговицы, сроки полной эпителизации роговицы и интенсивность ее помутнения в конце эксперимента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. На 3 сутки после заражения, когда развивалась картина типичного точечного герпетического кератита, формировали равноценные по клиническим признакам 2 группы животных по 5 кроликов (10 глаз) в каждой и начинали лечение, через 2 недели после начала лечения опыт прекращали и подводили итоги. Оценку терапевтического действия препаратов проводили ежедневно после окрашивания роговицы раствором флюоресцеина по 3-х балльной системе. Как видно из таблицы 2, на третьи сутки после начала лечения у кроликов опытной группы, леченных глазными каплями Офтальмоферон, средний индекс роговичной патологии начал снижаться, в то время как в контрольной группе без лечения средний индекс роговичной патологии еще более нарастал и в двух глазах было отмечено изжязвление роговицы, медленное снижение среднего индекса роговичных поражений началось лишь на 6 сутки. В группе, получавших Офтальмоферон на 8 сутки после начала инстилляций практически наступило полное выздоровление - индекс роговичной патологии был равен нулю, в то время как в контрольной группе без лечения средний индекс роговичных поражений к концу исследований на 14 сутки был равен 0,5 баллам. Разница среднего индекса роговичной инфильтрации между опытной и контрольной группой кроликов статистически достоверна начиная со второго дня и до конца исследования.

Сравнительную эффективность препаратов определяли по средним срокам полной эпителизации роговицы (таб. 3). В опытной группе животных, получавших Офтальмоферон, полную эпителизацию отмечали во всех 10 глазах, эпителизация роговицы наступила в среднем на 8,2±0,2 сутки. В контрольной группе кроликов без лечения полную эпителизацию наблюдали в 3 глазах из 8 (1 кролик погиб), она наступила в среднем на 13,8±0,6 сутки. Средние сроки эпителизации в опытной группе статистически достоверны в сравнении с контрольной группой без лечения ($t=8,85$ $p<0,05$).

По окончании опыта проводили также сравнительную оценку степени выраженности помутнения роговицы, как в опытной, так и в контрольной группах (таб. 4). Как видно из представленных данных в группе, получавших глазные капли Офтальмоферона число глаз с грубыми помутнениями роговицы составило 2 из 10, с выраженным 6 из 10, с легким 2 из 10. Наиболее тяжелые последствия мы наблюдали в контрольной группе без лечения, здесь количество глаз с грубыми помутнениями составило 7 из 8, с выраженным помутнением составило 1 из 8, а легких помутнений не было зафиксировано ни в одном случае. Это свидетельствует о том, что глазные капли Офтальмоферон оказывают выраженный

терапевтический эффект по сравнению с контрольной группой без лечения. По всем критериям (динамика среднего индекса роговичной патологии, сроки полной эпителизации роговицы и степени помутнения роговицы) отмечается преимущество глазных капель Офтальмоферон в сравнении с контрольной группой без лечения.

Таблица 2

Динамика среднего индекса роговичной патологии в эксперименте

Время в сутках от начала лечения. Значения t критерия достоверности.	Исследуемые группы – средний индекс в баллах Достоверность различий между группами	
	Опытная группа	Контрольная группа
0) t=0,46.	0,9375±0,11 p>0.05	0,92±0,11
1) t=4,69.	1,125±0,08 p>0.05	1,5
2) t=2,77.	1,3125±0,09 p<0,05	1,7±0,11
3) t=4,23.	1,25±0,13 p<0,05	1,97±0,11
4) t=5,47.	1,0625±0,15 p<0,05	2,08±0,11
5) t=4,34.	1±0,16 p<0,05	2,25±0,24
6) t=4,49.	0,5±0,19 p<0,05	1,875±0,24
7) t=5,31.	0,25±0,13 p<0,05	1,7±0,24
8) t=4,17.	0	1±0,24
9)t=2,98.	0	0,875±0,24
10); 11);12) 13);14).	0	0,875±0,24 0,625±0,24 0,5±0,2

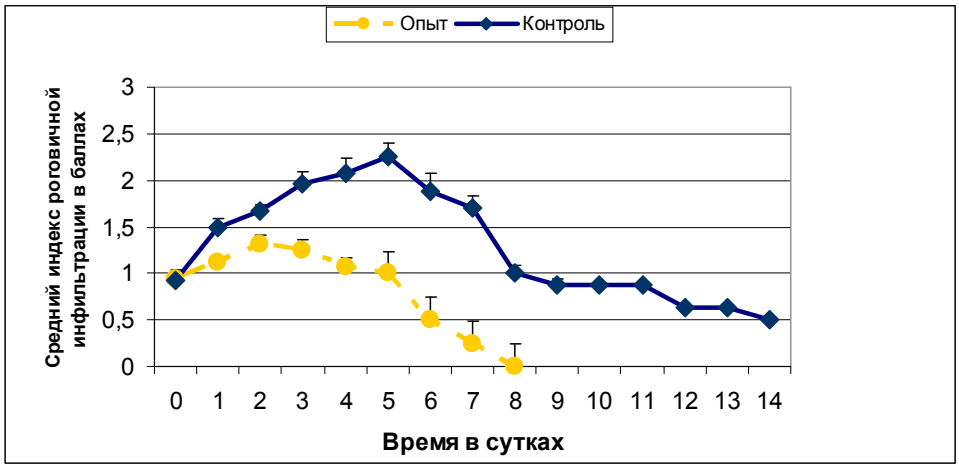


Рис. 1 Динамика среднего индекса роговичной инфильтрации в эксперименте после начала лечения

Таблица 3

Сроки полной эпителизации роговицы

Кол-во исследуемых глаз	Офтальмоферон	Без лечения
0 – сутки до начала инстилляций	10	8
С полной эпителизацией роговицы	10	3
Средние сроки эпителизации	8,2±0,2	13,8±0,6
Достоверность различий между группами	p<0,05- t=8,85	

Таблица 4

Степень помутнения роговицы в исходе эксперимента

	Кол-во глаз	Степень помутнения роговицы		
		Легкая	Выраженная	Грубая
Опытная группа	10	2	6	2
Контрольная группа	8	-	1	7

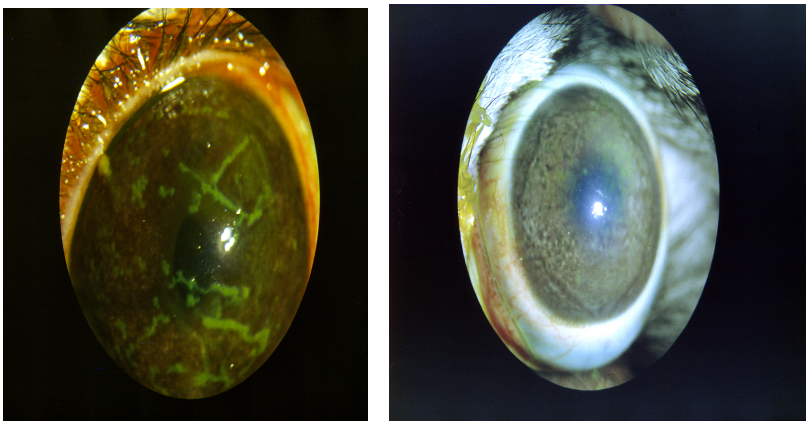


Рис. 2. Динамика экспериментального герпетического кератита в опытной группе до и после лечения

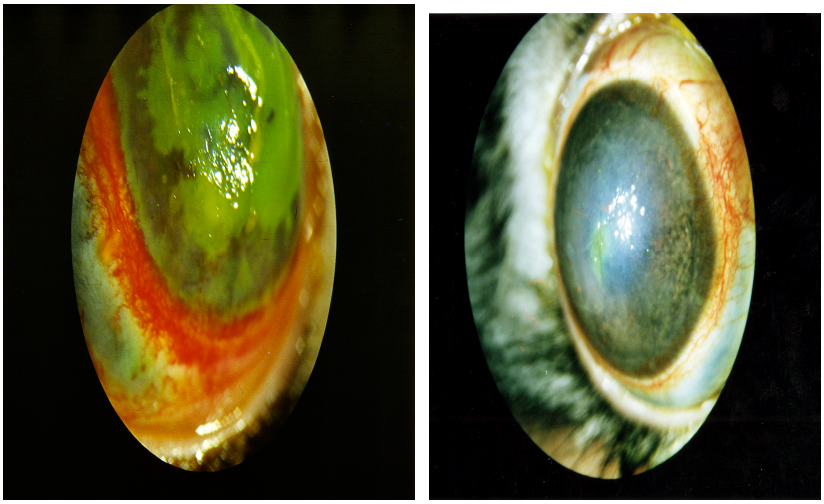


Рис. 3. Динамика экспериментального герпетического кератита в контрольной группе в начале и исходе эксперимента

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, в результате экспериментальных исследований по изучению терапевтической эффективности глазных капель Офтальмоферон на модели экспериментального герпетического кератита кроликов было установлено, что глазные капли Офтальмоферон обладают выраженным терапевтическим эффектом (по динамике индекса роговичной инфильтрации и срокам полной эпителизации роговицы подопытных животных), снижают число грубых помутнений роговицы по сравнению с контрольной группой без лечения и могут быть рекомендованы для клинических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ершов Ф.И. – Использование иммуномодуляторов при вирусных инфекциях // Антибиотики и химиотерапия, 2003, №6, с. 27-32.

2. Исаков В.А., Сельков С.А., Мошетова Л.К., Чернакова Г.М. Современная терапия герпесвирусных инфекций. – СПб., 2004, 167 с.
3. Каспаров А.А. Лечение важнейших заболеваний роговицы // Материалы VIII сжезда офтальмологов России.- М., 2005, с. 450-451.
4. Майчук Ю.Ф. Основные тенденции в эпидемиологии и терапии глазных инфекций / Материалы VIII сжезда офтальмологов России.- М., 2005, с. 92-94
5. Майчук Ю.Ф. // Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз: Сборник научных трудов. - М., 2001, с. 7-17.
6. Попов В.Ф. Лекарственные формы интерферонов.- М., 2002, 136 с.
7. Biswas P. S.; Rouse B. T. Early events in HSV keratitis - setting the stage for a blinding disease. // Microbes-Infect. 2005 Apr; 7(4), p. 799-810.
8. Crooks R. J., Murray A. Valaciclovir - a review of a promising new antiherpes agent. // Antiviral Chemistry Chemotherapy, 1994, №5, p. 31-37.
9. Kaufman,-H-E. Can we prevent recurrences of herpes infections without antiviral drugs? //Invest-Ophthalmol-Vis-Sci., 2002, v.43(5), p. 1325-1329
10. Vilcek J.; Sen G. C. Interferons and other cytokines // Fundamental Virology. Lippincott-Raven Press. 1996, p. 341-345.
11. Wickham S.; Carr D. J. Molecular mimicry versus bystander activation: herpetic stromal keratitis. // Autoimmunity. 2004, v.37(5), p. 393-397.
12. Wilhelmus K. R. Interventions for herpes simplex virus epithelial keratitis. //Cochrane-Database-Syst-Rev., 2003, N3, CD002898
13. Wu X; Chen X. Acyclovir for the treatment and prevention of recurrent infectious herpes simplex keratitis // Chinese Medical Journal, 2002, v. 115 (10), p. 1569-72

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF THERAPY WITH OFTALMOFERON, THE FIRST STABILE EYE DROP INTERFERON, IN THE TREATMENT OF EXPERIMENTAL HERPETIC KERATITIS

M. H. Guliyeva

A comparative investigation of therapeutic effectiveness of eye drops of recombinant interferon-alfa-2β Oftalmoferon in treating experimental pattern herpetic keratitis.The study is included 10 rabbits (20 eyes) with a herpetic keratitis. A test group (5 rabbits (10 eyes) underwent the course of treatment with Oftalmoferon, the control group 5 rabbits (10 eyes) self-limited disease. These research show that a Oftalmoferon in treating experimental pattern herpetic keratitis in the test The results obtained confirm effectiveness of therapy of eye drops of recombinant interferon-alfa-2β Oftalmoferon show antiviral and anti-inflammatory effect in treating experimental pattern herpetic keratitis.

Daxil olub: 17.10.2008

. KEYSƏRIYYƏ KƏSIYI ƏMƏLIYYATI ZAMANI SPINAL VƏ ÜMUMI ANESTEZIYANIN MÜQAYISƏLI QIYMƏTLƏNDIRILMƏSI

A.A. Məhərrəmova, S.H. Əliyeva, G.K. Ramazanova, F.R.Hacıyeva
Elmi-tədqiqat mamaliq və ginekologiya institutu, Bakı

Keysəriyyə kəsiyi əməliyyatı son on illikdə mamalıq praktikasının ayrılmaz hissəsinə çevrilib. Abdominal doğuşu seçərkən mama-ginekoloq qarşısında ağrısızlaşdırma üsulunun seçimi durur. Ana ölümünün ümumi sayının azalmasına baxmayaraq, səbəbi anesteziya olan ölümlərin sayı eyni olaraq qalır. Mamalıq praktikasında anesteziya ilə olunan cərrahi müdaxilələr zamanı ölümərin böyük hissəsi keysəriyyə kəsiyinin payına düşür. 73 % halda qadınların ölümü: intubasiya, mədə möhtaviyyatının traxeobronxial sistemə aspirasiyası, aspirasyon pulmonit kimi fəsadlarla bağlıdır [2,4].

Hal-hazırda spinal anesteziya (SA) mütləq əksgöstərişlər olmadıqda planlı və təcili əməliyyatlarda aparılır (qadının bu növ ağrısızlaşdırmadan imtina etməsi, vaxt məhdudluğu, qanaxma qorxusu, nəzərə çarpan aorto-koval kompressiya, qeyri-stabil psixikalı pasient). İntubasiya zamanı gözlənilən texniki çətinliklər, hestoz, qadının uşaq doğularkən ayıq olmaq

istəyi SA göstərişlərə aiddir [3,5].

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. ETMGİ-də SA vasitəsi ilə keysəriyyə kəsiyi zamanı ağrısızlaşdırma 2007-ci ildən aparılır. Həmin il ərzində 104 nəfərdə spinal anesteziya aparılmışdır, bu da bütün agrısızlaşdırmaların 20 % -nı təşkil etmişdir. 2008-ci ilin 6 aylıq hesabatında SA sayı 112 olmuşdur, bu da 37% təşkil etmışdir .

Spinal anesteziyanın geniş istifadəsi bir sıra faktorlarla bağlıdır: Adekvat analgeziya; Əməliyyata tez başlama (3-5 dəqiqədən sonra əməliyyata başlamaq imkanı); Daha sadə texniki istifadə; Sistem toksikliyin olmaması; SA simpatolitik effektinə görə kiçik çanaq orqanlarında qanın paylanması dəyişir, bu da əməliyyatdaxili qanaxmanın həcmini azaldır; Blok olunmuş seqmentlərdə əzələnin dərin relaksasiyası; Embolik fəsadların və aşağı ətrafların tromboz riskinin azalması; Əməliyyat zamanı qadının ayıq və aktiv olması, döşlə əmizdirmənin erkən başlanması; Ümumi anesteziya ilə müqayisədə yuxarı tənəffüs yollarının refleksator reaksiyasının olmaması, bronxial astma ilə qadınlarda bu üstün cəhətlərə aiddir; Qadının əməliyyatdan sonra erkən aktivizasiyası - əməliyyatdan sonra fəsadların profilaktikasıdır; Yenidoğulmuşun medikamentoz depressiyasının olmaması; Anestezioloji vəsaitlərin istifadəsinin azalması. Qadının intensiv terapiya palatasında olma müddətinin azalması **[**1,6,7].

ETMGİ-nin mamalıq şöbəsinin elmi işçiləri ümumi və spinal anesteziyanın müqayisəli qiymətləndirməsini aparmışlar. Analiz materialı kimi 2007- 2008- ci illərdə əməliyyat olunmuş 120 qadının doğum tarixləri və anestezioloji kartları istifadə olunmuşdur. Əməliyyatlara göstəriş ciftin vaxtından qabaq ayrılması olduqda və kombinə olunmuş anesteziya vasitəsi ilə aparılan əməliyyatlar tədqiqatdan istisna olunmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Ümumi anesteziya (n= 58) və spinal anesteziya (n=62) tətbiqi ilə əməliyyat olunmuş qadınlardan ibarət 2 qrup yaranmışdır. Hər iki qrupda əməliyyatlara göstərişlər əsaslı seçilmirdilər.

Əməliyyat zamanı qanitkisinin həcmi; yenidoğulmuşların Apqar cədvəli ilə qiymətləndirilməsi; əməliyyatdan sonrakı dövrdə narkotik analgetiklərin istifadəsi qeydə alınmışdır.

NƏTICƏLƏR. Ümumi anesteziya ilə əməliyyat olunmuş qrupda orta qanitkisi 650 ml olmuşdur. Spinal anesteziya olunmuş qrupda orta qanitkisinin həcmi 500 ml-dən çox olmamışdır.

Apqar cədvəli ilə qiymətləndirilmə döl çıxarıldıqdan 1 və 5 dəqiqədən sonra aparılmışdır. Ümumi anesteziya istifadə olunduqda Apqar cədvəli 8-9 bal ilə 55,2 %, 7-8 bal – 25,8 % yenidoğulmuş, 6 bal – 15,5%, 5 bal isə -3,5 % uşaq qiymətləndirilmişdi. SA vasitəsi ilə əməliyyat olunmuş qadınlar qrupunda 90,3% yenidoğulmuş – 8- 9 bal və yalnız 9,7 % - 6-7 bal ilə qiymətləndirilmişdirlər.

Ümumi anesteziya olduqda əməliyyatdan sonra 1 saat ərzində ağrısızlaşdırma 49 qadında - 84,4 % halda ağrısızlaşdırma aparılmışdır, onlardan 28-də - 58,2% qadında narkotik analgetiklər istifadə olunmuşdur. 16 zahı qadında 32,6% – analgin və 5 zahı qadında – 10,2% -də dərmanların kombinəsi təyin olunmuşdur. SA vasitəsi ilə əməliyyat olunmuş qadınlarda ağrısızlaşdırıcı dərmanın birinci istifadəsi 50 zahıda - 80,6 % halda əməliyyatdan yalnız 3-5 saatdan sonra aparılmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, həmin qadınların 30-da - 60 %-də tək analginin inyeksiyası kifayət etmişdir. Əməliyyatdan sonra narkotik analgetiklərdən istifadə SA olunmuş qadınlar qrupunda ümumi anesteziya aparılmış qadınlar qrupundan 30% az olmuşdur.

Keysəriyyə kəsiyi əməliyyati zamanı SA-nın istifadəsinin ümumi anesteziya ilə müqayisədə ən vacib üstünlüklırindən biri yenidoğulmuşun həyatının ilk dəqiqələrindən döşə qoyulma imkanı. “Dəri-dəriyə”, “göz-gözə” kontakt zahı qadında psixoloji komfort, uşaqla emosional yaxınlıq hissinin yaranmasına imkan verir. Bu metodikanın mühüm məqamı – yenidoğulmuşun dərisinin və mədə-bağırsaq sisteminin ananın mikroorqanizmləri ilə kontaminasiyası bətndən kənar həyatda yenidoğulmuşun adaptasiyanı asanlaşdırır.

Beləliklə, keysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı SA-nın bir neçə üstünlükləri var: əməliyyat zamanı itirilən qanın həcminin azalması, döşlə əmizdirməyə tez başlanması, ana ilə yenidoğulmuşların vəziyyətinin yaxşılaşması və adaptasiya dövrünün normal keçməsi,

əməliyyatdan sonrakı dövrdə narkotik analgetiklərə qənaət.

ƏDƏBİYYAT

1. Бараш П., Куллен Б., Стэлтинг Р. Клиническая анестезиология.- М.: Мед. Лит., 2004, 592 с.
2. Кулаков В.И., Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство национальное руководство.- М.: ГЭОТАР, 2007, 173 с.
3. Кулаков В.И., Серов В.К., Абубакирова А.М. и др. Анестезия и реанимация в акушерстве.- М.: Триада – Х , 2000, 384 с.
4. Малрой М., Местная анестезия: Иллюстрированное практическое руководство.- М.: БИНОМ, 2003, 301 с.
5. Савельева Г.М. Справочник по акуш., гинекологии и перинатологии.– М: МИА, 2006, 720 с.
6. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству. М: Мед., 2006, 240 с.
7. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. – М.: Медицина, 1998, 304 с.

SUMMARY

COMPARATIVE ESTIMATE OF SPINAL AND GENERAL ANESTEZIYA DURING OPERATION OF CESAREAN SECTION SCIENCE –RESEARCH INSTITUTE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A.A.Maharramova, S.H. Aliyeva, G.K. Ramazanova, F.R.Haciyeva

It was written result of comparative estimate of spinal and general anesteziya during operation of cesarean section in article. It was analized delivery history and anesteziology karts of 120 women, who were operated. 62 women were observed with application of spinal anesteziya and 58 women with application of general anaesteziya.

Bloading were decreased in grup who were operated with application of spinal anesteziya. Breastfeading started earlier in grup with spinal anesteziya.

It was observed that condition of mother and newborn gets better and adaptation period was passed quiet normal. Narcotic drugs was saved after operation period.

Daxil olub: 06.10.2008

MƏKTƏBYAŞLI UŞAQLARDA KƏSKİN REVMATİK QIZDIRMANIN SOL MƏDƏCİK GEOMETRİYASINDA YARATDIĞI DƏYİŞİKLİKLƏR

M.R. Hacıyeva
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Müasir dövrdə kardioloji praktikada müxtəlif xəstəliklər zamanı ürək-damar sistemində remodelləşmə probleminə geniş yer verilir [1,2,6]. Belə ki, ürəyin struktur dəyişikliklərinin exokardioqrafik diaqnostikası inkişaf etdikcə və bu problemlər daha dərindən öyrənildikcə aydın olur ki, bəzi kardioloji xəstəliklər zamanı sol mədəciyin anatomik qurluşunun pozulması heç də həmişə miokard kütləsinin artması ilə müşayiət olunmur. Məlum olmuşdur ki, miokardın kütləsinin normal olduğu hallarda belə, çox vaxt mədəciyin geometriyasının dəyişilməsi, hətta boşluğunun kiçilməsi də müşahidə oluna bilər [1]. Praktik təbabətə ExoKQ üsulunun geniş sirayət etməsi tədqiqatçıların diqqətini sol mədəcik geometriyasının xüsusiyyətlərini öyrənməyə yönəltmişdir. Ürək-damar sistemi xəstəlikləri zamanı sol mədəciyin geometrik adaptasiyasının müxtəlif tipləri aşkar edilir və onların xəstəliyin proqnozuna təsiri inkar edilmir [2].

Müasir ədəbiyyatda kəskin revmatik qızdırma keçirmiş xəstələrdə mitral çatmamazlıq zamanı sol mədəciyin geometrik dəyişikliklərinin öyrənilməsinə dair məlumatlara rast gəlinməməsi qeyd olunan istiqamətdə tədqiqat işinin aparılmasının aktuallığını göstərir.

İşin MƏQSƏDİ Kəskin revmatik qızdırma (KRQ) keçirmiş məktəbyaşlı uşaqlar arasında mitral çatmamazlığın (MÇ) dərəcəsindən asılı olaraq sol mədəciyin (SM) geometriyasının vəziyyətinin öyrənilməsi olmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Müayinəyə KRQ-nı mitral qapaqların zədələnməsilə keçirmiş məktəbyaşlı 117 uşaq cəlb olunmuşdur. Uşaqların 63 nəfəri 7-11, 54 nəfəri isə

12-16 yaş qrupuna daxildir. Hər yaş qrupunun xəstələri MÇ-ın dərəcəsinə və xəstəliyin başvermə müddətinə görə 4 qrupa ayrılmışdır: klinik və instrumental müayinələr əsasında I qrupa 3 ilə qədər xəstə və I dərəcə MÇ, II qrupa 3 ilə qədər xəstə və II dərəcə MÇ, III qrupa 3-6 il xəstə və I dərəcə MÇ, IV qrupa 3-6 il xəstə və II dərəcə MÇ olan uşaq daxil edilmişdir. 7-11 yaşlı uşaqların 18-i I, 18-i II, 13-ü III, 14-ü isə IV qrupa, 12-16 yaşlı xəstələrin 14-ü I, 13-ü II, 13-ü III, 14-ü isə IV qrupa aiddir. Nəzarət qrupunu müvafiq yaşdan olan 40 praktiki sağlam uşaq (20-si 7-11, 20-si 12-16 yaşda) təşkil etmişdir.

Uşaqlardan və onların valideynlərindən əsas xəstəliyə üstünlük verməklə hərtərəfli anamnez toplanmışdır. Fiziki inkişaf göstəriciləri müəyyən olunmuş, bədən səthi hesablanmışdır. Xəstələrin 59 nəfərində fiziki yükdən sonra aydın nəzərə çarpan təngnəfəslik və ürəkdöyünmə, tez yorulma, halsızlıq, zəiflik şikayətləri olmuş, digər 58-də isə qeyd olunan əlamətlər yüngül şəkildə təzahür etmişdir. Xəstələrin 24,4%-də artralgiya, 8,66%-də qızdırma müşahidə olunmuşdur. Hər 2 yaşın I və II qrupuna daxil olan uşaqlarda yalnız ürəyin zirvəsində orta intensivlikli sistolik küy eşidilir. III və IV qrupun uşaqlarında isə zirvədə I ton zəifləmiş, ağciyər arteriyası üzərində II ton güclənmişdir, zirvədə eşidilən orta intensivlikli və üfürücü sistolik küy qoltuqaltı nahiyəyə ötürülür, fiziki yükdən sonra güclənir.

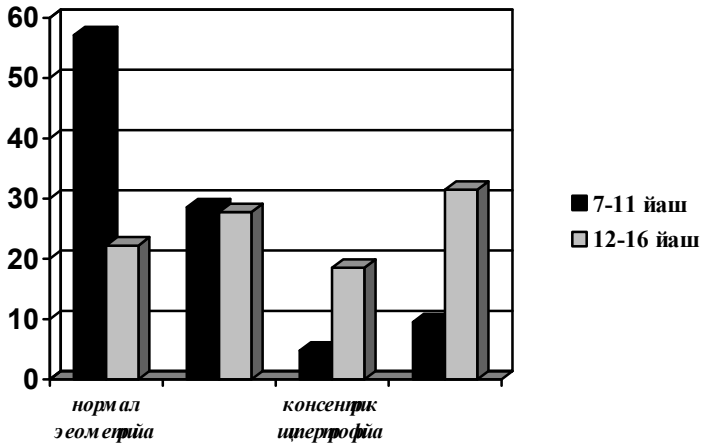
Xəstələrə EKQ və ExoKQ tətbiq edilmişdir. EKQ təhlilinin nəticələrinə görə xəstə uşaqların 66,9%-də sinus aritmiyası, 25,9%-də sinus taxikardiyası, 0,78%-də sinus bradikardiyası, 18,9%-də P-Q intervalının qısalması, 1,57%-də qulaqcıq ritmi, 18,9%-də hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının natamam blokadası, 47,2%-də sol mədəciyin, 7,87%-də isə sağ mədəciyin bioelektrik fəallığının artması, 1,57%-də miokardın hipoksiyası, 5,5%-də miokardın distrofik dəyişiklikləri, 1,57%-də ekstrasistoliyalar, 22%-də isə mədəciklərin erkən repolyarizasiyası sindromu aşkar edilmişdir.

ExoKQ M- və B-rejimdə standart üsulla aparılmışdır [4]. M-rejimdə aşağıdakı parametrlər təyin edilmişdir: SM-in bədən səthinə indeksləşdirilmiş son diastolik və sistolik ölçüsü (SMDÖİ və SMSÖİ), SM arxa divarının və mədəcikarası çəpərin sistola və diastolada qalınlıqları (SMADQs, SMADQd, MAÇQs, MAÇQd). Ümumi qəbul olunmuş düsturla SM divarlarının diastolada nisbi qalınlığı (DNQd) hesablanmışdır [2]. SM miokardının kütləsini (SMMK) hesablamaq üçün Devereux-Penn-convention düsturundan istifadə olunub [5]. DNQd və SMMK-nın bədən səthinə indeksləşdirilmiş göstəricisi (DNQİd və SMMKİ) təyin edilmişdir.

SM-in geometrik adaptasiya variantlarını müəyyən etmək üçün Ganau təsnifatı tətbiq edilmişdir [10]. Bu təsnifata görə DNQİd və SMMKİ-nin qiymətinə əsasən SM remodelləşməsinin 4 tipi ayırd edilir: 1) normal geometriya (NG) - (SMMKİ $\leq$ N; DNQİd $\leq$ N); 2) konsetrik remodelləşmə (KR) - (SMMKİ $\leq$ N; DNQİd > N); 3) konsentrik hipertrofiya (KH) - (SMMKİ > N; DNQİd > N); 4) ekssentrik hipertrofiya (EH) - (SMMKİ > N; DNQİd < N).

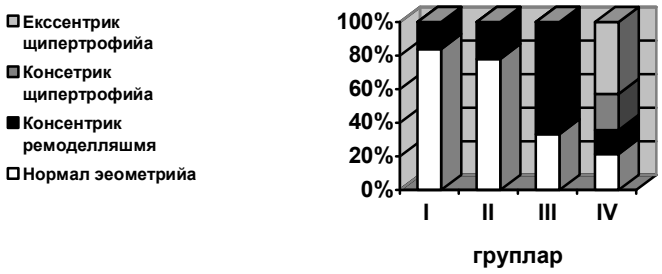
TƏDQİQATIN NƏTİCƏSİ: KRQ keçirmiş uşaqların ExoKQ-müayinəsindən alınmış məlumatlar diaqramlar şəklində verilmişdir. Hal-hazırki işdə remodelləşmənin xəstənin yaşı, xəstəliyin başvermə müddəti və mitral çatmamazlığın dərəcəsi ilə əlaqəsinə xüsusi diqqət yetirilmişdir.

Şəkil 1-də hər 2 yaş qrupunda rast gəlinən geometriya formaları müqayisəli şəkildə göstərilmişdir. Diaqramdan göründüyü kimi KRQ keçirmiş kiçik yaşlı uşaqlar arasında NG (57,14%) və KR (28,57%) daha çox rast gəlindiyi halda, böyük yaşlı xəstələrdə EH-nın (31,48%) üstünlüyü ilə bütün remodelləşmə formaları təxminən eyni dərəcədə paylanmışdır. KR-si olan xəstələrin sayı hər 2 yaş qrupunda təxminən eynidir: 7-11 yaşda 28,57%, 12-16 yaşda 27,77%. Deməli, 7-11 yaşda xəstəlik zamanı SMMKİ hələ ki, artmağa meylli deyil, 12-16 yaşlı xəstələr arasında isə KH və EH-nın çox rast gəlinməsi yaş artıqca bu göstəricinin artmasının geometriyaya təsirinin olduğunu sübut edir. Bu yaşda EH-lı SM-in üstünlüyü həm də onlarda prosesin daha dərin olması, həmin mədəciyin həcmlə yüklənmə nəticəsində dilatasiyası ilə izah edilə bilər. Böyüklər arasında da ürəyin struktur-funksional vəziyyətinə yaş amilinin təsiri məlumdur [11]. J. Deaque və əməkdaşlarının fikrincə, hətta sağlam şəxslərdə yaş artdıqca SM-in üzərinə düşən yükün artması DNQd-yə təsir edir və SM geometriyasının dəyişməsinə səbəb olur [9].



Şək.1. KRQ keçirmiş uşaqlarda sol mədəciyin remodelləşmə variantlarının rastgəlmə tezliyi

2-ci və 3-cü şəkillərdə SM remodelləşməsinin xəstəliyin başvermə müddəti və MÇ-ın dərəcəsindən asılılığı təsvir olunmuşdur. Şəkil 2-də 7-11 yaşlı xəstələrə aid məlumatlar verilmişdir. Kiçik yaşlı uşaqlar arasında geometriya variantları müxtəlif dərəcədə yayılmışdır. Diqqəti cəlb edən cəhət I və II qruplarda, yəni 3 ilə qədər xəstə olanlarda KH və EH-nın ümumiyyətlə rast gəlinməməsidir. Hətta 3 ildən çox xəstə olan, lakin hələlik I dərəcə MÇ formalaşan uşaqlar arasında da (III qrupda) qeyd olunan geometriya formaları müşahidə olunmur. Deməli, bu qruplarda SM-in həcmlə yüklənməsi onun həndəsi qurluşunda kobud dəyişiklik törətməyib. Eyni zamanda I və II qrupların hər birində NG ilə KR-nin rastgəlmə tezliyi təxminən eynidir: NG I qrupda - 83%, II qrupda – 77,7%, KR I qrupda - 16%, II qrupda – 22%. III qrupda isə KR üstündür (61,5%). Görünür ki, xəstəliyin davametmə müddəti artdıqca miokardın hiperfunksiyası şəklində kompensator mexanizmlər işə düşür və miokard kütləsinin normal olması şərtilə divarların nisbi qalınlığında hipertrofik dəyişiklik yaradır. IV qrupun mənzərəsi fərqlidir: burada bütün variantlara rast gəlinir. Lakin EH 42,8% olmaqla digərlərindən xeyli üstündür. Buradan aydın olur ki, xəstəlik 3 ildən çox davam etdikdə və mitral requrgitasiya dərinləşdikcə xəstələrin bir qismində (21,4%-də) geometriyada dəyişiklik baş verməsə də, digər 14,3%-də yalnız hipertrofik pozğunluq (KR), 21,4%-də hipertofiya ilə yanaşı SMMKİ-nin artması (KH), yerdə qalan əksər xəstələrdə isə həm SMMKİ-nin artması, həm də dilatasiya baş verir.



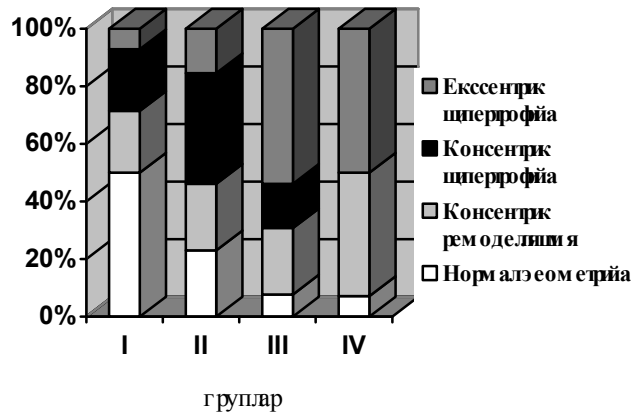
Şək. 2. 7-11 yaşlı KRQ keçirmiş uşaqlarda qruplar üzrə geometriya variantlarının paylanması

Deməli, mitral qapaq çatmamazlığı zamanı adekvat dəqiqəlik həcmi saxlamaq üçün SM-in hipertrofiya və dilatasiyası baş verir. Həcmlə yüklənmə böyük olduqda SM-in

dilatasiyası miokard kütləsinin artma tempini qabaqlayır ki, bu da həmin mədəciyin divarlarının nisbi qalınlığının (DNQd) azalması ilə xarakterizə olunur [3].

Şəkil 3-də verilən məlumatlar 12-16 yaşlı xəstə populyasiyasına aiddir. Buradan göründüyü kimi kiçiklərdən fərqli olaraq, böyük yaşlı KRQ keçirmiş xəstələr arasında bütün qruplarda geometriya tiplərinin hər birinə rast gəlmək mümkündür. Bu fakt bir daha SM remodelləşməsi prosesində yaş amilinin roluna dəlalət edir. Xəstəliyin başvermə müddəti artdıqca NG azalır, EH isə artır. I qrupda xəstələrin 50%-də NG aşkar olunsa da, IV qrupda EH 50% təşkil edir. Hər 2 yaşın IV qrupunda, yəni xəstəlik müddəti çox və MÇ-ın dərəcəsi ağır olan uşaqlarda EH-nın daha çoxluq təşkil etməsi onlarda SM-in dilatasiyasına həcmlə yüklənmənin səbəb olduğunu sübut edir. Bunu digər tədqiqaq işlərində də izləmək mümkündür [6].

Şəkil 3-də verilən diaqramın analizindən məlum olur ki, I qrupun xəstələri arasında KR və KH hər biri 21,4% olmaqla bərabər paylanmış, EH isə cəmi 1 nəfərdə aşkar olunmuşdur (7,14%). II dərəcə MÇ-ı olan 3 ilə qədər xəstə hesab olunanlarda (II qrup) KH-lı geometriya dəyişikliyi artaraq 38,46% təşkil etmişdir. Bu qrupda EH digər formalara nisbətən az rast gəlinən variantdır (15,38%). MÇ yüngül olsa da (I dərəcə) xəstəlik 3 ildən çox davam etdikdə EH artır, KH az rast gəlinir. Nəticələrin analizi zamanı IV qrup xəstələrimizdə KH-a rast gəlinmədi. Bu qrupda KR olan xəstələr 42,85% təşkil etmişdir. 2-ci və 3-cü şəkillərin müqayisəli analizindən bəlli olur ki, kiçik yaşlı uşaqlardan fərqli olaraq böyük yaşlı uşaqların IV qrupunda NG daha azdır (7,14%) ki, bu da 1 nəfər xəstədə rast gəlinmişdir.



Şək. 3. 12-16 yaşlı KRQ keçirmiş uşaqlarda qruplar üzrə geometriya variantlarının paylanması

Mütəxəssislərin fikrincə, SM remodelləşməsinin özü də mitral çatmamazlığın inkişaf prosesində sərbəst amil kimi vacib rol oynayır. Belə ki, SM boşluğunun sferikliyi artdığına görə dartma qüvvələri mitral qapaq strukturlarının yerini dəyişdirir ki, bu da onun taylarının natamam qapanmasına və requrgitasiyanın baş verməsinə səbəb olur [7; 8].

Deməli, KRQ keçirmiş uşaqlarda ürək kameralarının remodelləşməsinin analizi mühüm klinik əhəmiyyət kəsb edir. Bu xəstələrdə SM hipertrofiyası ürəyin adaptiv reaksiyası sayılır. Göründüyü kimi, mitral çatmamazlığın erkən mərhələlərində KR formalaşır. Bu zaman kompensator mexanizmlər miokardın hiperfunksiyası şəklində işə düşür. Sonrakı mərhələdə həcmlə uzunmüddətli yüklənmə şəraitində ürəyin adaptasiyası SM divarlarının qalınlaşması və kamerasının dilatasiyası şəklində özünü biruzə verir. Proses inkişaf etdikcə SM kamerasının konsentrikliyinin artması kifayət etmədiyi üçün onun divarlarının gərginliyi və dilatasiyanın dərəcəsi artaraq EH-nın formalaşmasını şərtləndirir. Digər tərəfdən, kiçik yaşlı KRQ keçirmiş uşaqlar arasında NG-lı xəstələr daha çox rast gəlindiyi halda, yaş artıqca remodelləşmə variantlarının hər birinin təxminən bərabər nisbətdə paylanması remodelləşmə prosesində xəstənin yaşının böyük rol oynadığını göstərir.

Beləliklə, kardiologiyada hərtərəfli öyrənilən və müzakirə olunan «remodelləşmə» prosesinə KRQ keçirmiş xəstələrin ürəyi də məruz qalır və bu xəstəlik zamanı SM-in

geometriya dəyişikliyinin xarakter xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, Ganau təsnifatının bütün 4 variantına rast gəlinir, bu variantların rast gəlmə tezliyi həm xəstənin yaşından, həm xəstəliyin davametmə müddətindən, həm də KRQ-nın patogenetik əsasını təşkil edən mitral çatmamazlığın dərəcəsindən asılıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Грачев А.В., Аляви А.Л., Ниязова Г.У., Мостовщиков С.Б. Масса миокарда левого желудочка, его функциональное состояние и диастолическая функция сердца у больных артериальной гипертонией при различных эхокардиографических типах геометрии левого желудочка сердца // Кардиология, 2000; №3, с. 31-38
2. Кузнецов Г.Э. Клинико-морфологические параллели ремоделирования левого желудочка при хронической сердечной недостаточности // Кардиология, 2003, №12, с. 19-22
3. Морова Н.А. Ремоделирование левого желудочка сердца при митральных пороках // Клиническая медицина, 2001, №5, с. 24-27
4. Фейгенбаум Х. Эхокардиография / Пер. с англ. под ред. Митькова В.В.- М..: Видар, 1999, 512 с.
5. Шипилова Т., Пшеничников И., Кайк Ю. и др. Особенности геометрии левого желудочка по данным эхокардиографии в популяции Таллина // Кардиология, 2004, №2, с. 57-60
6. Шляхто Е.В., Конради А.О., Захаров Д.В., Рудоманов О.Г. Структурно-функциональные изменения миокарда у больных гипертонической болезнью. // Кардиология, 1999, №2, с. 49-55
7. Calafiore A.M., Gallina S., Contini M. et al. Surgical treatment of dilated cardiomyopathy with conventional techniques // Eur J Cardiothorac Surg., 1999, v.16, Suppl 1, S73-S78
8. Comin J., Manito N., Roca J. et al. Insuficiencia mitral functional. Fisiopatologia e impacto del tratamiento medico y de las tecnicas quirurgicas de reduccion ventricular izquierda // Rev Esp Cardiol., 1999, v.52, p.512-520
9. Deague J.A., Wilson C.M., Grigg L.E., Harrap S.B. Physiological relationships between central vascular haemodynamics and left ventricular structure // Clin. Sci., 2001, v.101, p.79-85
10. Ganau A., Devereux R.B., Roman M.J. et al. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension // J. Am. Coll. Cardiol., 1992, v.19, p.1550-1558
11. Varagic J., Susic D., Frochlich E. Heart, aging and hypertension // Curr. Opin. Cardiol., 2001, v.16(6), p. 336-341

SUMMARY

GEOMETRIC CHANGES OF THE LEFT VENTRICLE CAUSED BY ACUTE RHEUMATIC FEVER IN SCHOOL CHILDREN

M.R. Hajiyeva

Peculiarities of the left ventricular (LV) geometry were studied in school children suffered from acute rheumatic fever (ARF) depending on a degree of mitral insufficiency (MI), remoteness of the disease and patient's age.

117 school children with ARF and 40 practically healthy children of the same age were under observation. In all children ECG, M- and B-regime EchoCG and structural-functional parameters of the heart were studied and variants of geometric adaptation of the LV were revealed.

During the analysis of the results it was established that all 4 variants of LV remodeling by Ganau classification occurred in children with ARF. Normal geometry and concentric remodeling predominated in children aging 7-11 years whereas in elder children an equal distribution of all variants was noted. On the other hand in both age groups with aggravation of degree of MI and increase of remoteness of the disease there was noted a decrease of the number of patients with normal geometry and increase of patients with excentric hypertrophy. Thus, in children suffered from ARF with MI process of remodeling of the heart depends on patient's age, degree of MI and remoteness of the disease.

Daxil olub: 10.10.2008

TƏNƏFFÜS SISTEMININ XRONIKI OBSTRUKTIV XƏSTƏLIKLƏRI OLAN ŞƏXSLƏRDƏ BAŞ VERMIŞ MIOKARD INFARKTININ PATOGENEZINDƏ BÖYRƏKÜSTÜ VƏ CINSIYYƏT VƏZLƏRI HORMONLARININ ROLU

C.T.Məmmədov, A.İ.Mürsəlova
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Xroniki obstruktiv ağciyər xəstəlikləri (XOAX) və bronxial astma (BA) tənəffцc sisteminin mцxtəlif etioloji, patogenetik və kliniki xцsusiyyətlərə malik olan, geniş yayılmış xroniki xəstəliklərdir. Bu xəstəliklərin hər birisi ekspirator təngnəfəslik, юскцpək, fiziki aktivliyin azalması, həyat keyfiyyətinin pozulması kimi цmumi əlamətlərlə xarakterizə olunsalar da, digər tərəfdən fərqli etiolgiyaya və patogenetik mexanizmə malikdirlər. Lakin hər iki xəstəliyi birləşdirən цmumi cəhət onların geniş yayılması, insanların iş qabiliyyətini erkən məhdudlaşdırması, əlilliyə və юлцmə səbəb olmasıdır. Mцxtəlif mцəlliflərin məlumatlarına эюpə dцnyada hər saatda bir XOAX –lı xəstə tələf olur. Bu xəstəlikdən юлцm halları ağciyər və sцd vəzi xərçəngindən юlənlərin birlikdə sayından çox olmaqla yanaşı, 2020-ci ilə XOAX-ın юлцмя səbəb olan xəstəlik kimi ürəyin işemik xəstəliklərindən (ÜİX) və insultdan sonra III yeri tutacağı ehtimal olunur [10]. Dцnyada 40 yaşdan yuxarı şəxslər arasında XOAX–ın yayılması 10,1% (11,8% kişi və 8,5% qadın) (6) və bütün ölüm səbəblərinin 4%-ni təşkil edir [7]. Müəlliflər XOAX-lı xəstələrin ölümünün aparıcı səbəbləri kimi əsasən, ÜİX və ya ürək çatmamazlığını göstərirlər [5].

Kəskin Mİ ilə qospitəlizə olunmuş 6669 nəfər xəstədə ürək çatmamazlığının inkişaf etməsini və onun proqnozunu öyrənmiş E.Kyoller və b. [9] onlardan 763-də (11,5%) XOAX aşkar etmişlər. Sonradan XOAX-ı olan bu xəstələrdə ürək çatmamazlığı 65,9% halda, XOAX olmayan şəxslərdə isə 52% halda inkişaf etmişdir. Müəlliflər XOAX və ÜİX birgə çox rast gəlmələrini onları törədən faktorların təsiri ilə, xüsusən, tütünçəkmə ilə, digər tərəfdən ağciyərlərin funksional göstəriciləri, ümumi iltihab prosesləri, xroniki infeksiyaları, hipodinamiya və s. təsiri ilə də əlaqələndirirlər.

XOAX-lı xəstələrdə hipertoniya xəstəliyi (HX) təqribən 34,3% (6,8%-dən 76,3%-ə qədər təsadüfdə) halda rast gəlinir [4].

Digər ədəbiyyat məlumatlarına görə hazırda dünyada 300 milyona yaxın BA-lı xəstə yaşayır və hər il bu xəstəlikdən 250 milyon şəxs dünyasını dəyişir (8). Xəstəliyin ağır gedişli variantı bütün təsadüflərin 25-30%-ni təşkil etməklə çox müəmmalı və mürəkkəb xüsusiyyətlərə malik olduğundan BA-lı xəstələrin yalnız 2/3 hissəsində xəstəliyə nəzarət etmək mümkün olur (3).

Azərbaycanda da BA geniş yayılmış xəstəliklərdən biri olub, uşaqlar arasında 10-12% (2), böyüklər arasında 6,5% təşkil edir [1].

Hər iki xəstəlik əsasən, tənəffüs sistemini zədələyərək, gec-tez tənəffüs çatmamazlığı, sonralar isə ağciyər-ürək çatmamazlığı törətməklə yanaşı, intensiv inkişaf dövründə digər üzv və sistemlər– arteriyalar, ürək, daxili üzvlər, sümük-oynaq sistemi, baş beyin və sinir sistemi tərəfindən də müvafiq dəyişiklər törədirlər [11].

E.N.Çiçerina və b. (2003) verdikləri məlumata görə hazırda XOAX və ÜİX orta və yaşlı şəxslərin xəstəlikləri arasında birgə şəkildə 62% halda, həmin yaşlarda BA və ÜİX isə birgə halda 48-61,7% halda rast gəlinirlər. Digər tərəfdən məlumdur ki, miokard infarktının (Mİ) patogenezində lipid mübadiləsində, qanın reoloji xüsusiyyətlərində baş vermiş dəyişikliklər, HX, şəkərli diabet (ŞD), tütünçəkmə, stress faktorları, piylənmə, hipodinamiya və s. kimi risk faktorlarının əhəmiyyəti də məlumdur. Bununla yanaşı metabolik pozğunluqların, aterosklerozun erkən inkişafının, HX-in patogenezində endokrin vəzlərin, xüsusən də, böyrəküstü və cinsiyyət vəzlərinin funksiyalarında yaşla əlaqədar baş verən dəyişikliklərin əhəmiyyəti də danılmazdır.

Buna görə də bütün yuxarıda deyilənlərlə yanaşı ortaya mühüm bir sual çıxır – XOAX–lı və BA–lı xəstələrdə Mİ-nın baş verməsinə təkan verən nədir? Bu prosesdə hansı patogenetik mexanizmlər əsas rol oynayır?

Ədəbiyyat mənbələrində apardığımız axtarışlarda XOAX və ya BA-lı xəstələrdə Mİ baş verməsinin əsas patogenetik mexanizmlərini öyrənmiş elmi işlərə rast gəlmədik. O cümlədən, həmin xəstələrdə bu mexanizmlərdən biri ola biləcək böyrəküstü vəzi qabıq qatının və cinsiyyət vəzləri fəaliyyətinin öyrənilməsi haqqında məlumatları da tapmadıq. Buna görə də Mİ baş vermiş XOAX-lı və BA-lı xəstələrdə həmin vəzlərin funksiyasını öyrənməyi qarşımıza MƏQSƏD qoyduq.

Bu məsələyə xüsusi diqqət göstərməyimizə səbəb o idi ki, həmin xəstəliklərin inkişafında endokrin sistemi, xüsusən, böyrəküstü vəzin qabıq qatı hormonlarının əhəmiyyəti şübhəsizdir. Xüsusilə də ona görə ki, burada 2 qrup mühüm hormonlar ifraz olunur: kortikosteroidlər (əsasən, kortizol və aldosteron), cinsiyyət hormonları (testesteron, estradiol, azacıq progesteron və androgenlərin ilkin mənbəyi olan dehidroepiandrosteronsulfat).

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Müşahidəmiz altında 44-82 yaş arasında (41 kişi, 11 qadın) Mİ diaqnozu ilə ET Kardiologiya institutunun reanimasiya şöbəsinə daxil olmuş 52 nəfər xəstə olmuşdur. Onların 38 nəfəri XOAX, 14 nəfəri BA diaqnozu ilə uzun müddət müalicə olunan şəxslər təşkil etmişlər. XOAX-lı xəstələrin 32-si kişi, 6-sı qadın olmaqla 5 nəfəri (9,62%) 44-50 yaş arasında, 17 nəfəri (32,7%) 51-60 yaş, 10 nəfər (19,23%) 61-70 yaş və 6 nəfəri (11,54%) 71-80 yaş arasında olmuşdur. BA-lı xəstələrin isə 9 nəfəri kişi, 5 nəfəri qadın olmaqla 8 nəfəri 45- 60 yaş (57,14%), 6 nəfəri isə 61-82 yaşda (42,86%) arasında olmuşlar. XOAX-lı xəstələrin 18-də (47,37%) xəstəliyin orta ağır gedişli, 20-də isə (52,63%) ağır gedişli forması; BA-lı xəstələrin 8-də (57,14%) orta ağır, 6 nəfərində (42,86%) isə ağır gedişli variantları aşkar edilmişdir. Bütün müayinə olunan xəstələrin hamısında az ya çox dərəcədə inkişaf etmiş ağciyərlərin emfizeması, diffuz pnevmoskleroz sübut olunmuşdur (rentgenoloji müayinədə). Digər tərəfdən XOAX-lı xəstələrin 17 nəfərində (44,74%), BA xəstələrin isə 7 nəfərində (50%) yanaşı gedən II dərəcəli HX, XOAX-lı və BA-lı qrupun 2 nəfərində II tip orta ağırlıqda ŞD, hər qrupda 1 nəfərdə remissiya fazasında mədə və 12 barmaq bağırsağın xora xəstəliyi müəyyən edilmişdir.

Müşahidəmiz altında həmçinin 15 nəfər XOAX və BA ilə xəstə olmayan 45-72 yaş arasında kəskin Mİ baş vermiş 12 kişi və 3 qadın müqayisə qrupunu təşkil etmişlər. Xəstələrin 3 nəfərində II tip ŞD, 2 nəfərində II dərəcəli HX olmuş, 1 nəfərində (72 yaşlı qadın) təkrari Mİ baş vermişdir.

Qarşıda qoyulan məqsədi yerinə yetirmək üçün müşahidəmiz altında olan xəstələrdə BA, XOAX və Mİ-nın kliniki xüsusiyyətləri ilə yanaşı onlarda aşağıdakı laborator-instrumental müayinələri də aparılmışdır: dinamiki müşahidə altında EKQ müayinəsi, arterial təzyiqin və nəbzin dinamik ölçülmələri, pikfloumetriya və xarici tənəffüs funksiyasının sproqrafiyası (Diamant spiroanalizatoru-Cankt-Peterburq, Rusiya), infarkdan sonrakı dövrdə döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası, dopplerexokardioqrafiya, qanın ən vacib reoloji (fibrinogen, protrombin indeksi, trombositlərin aqreqasiya göstəriciləri, plazmanın rekalsifikasiya müddəti və s.) və lipid mübadiləsi (ümumi xolesterin, triqliseridlər, α-, β-, pre-β xolesterin, aterogenlik indeksi) göstəricilərinin tədqiqi ilə yanaşı bütün xəstələrdə böyrəküstü vəzin qabıq qatı və cinsiyət vəzləri hormonlarının (testesteron, estradiol, progesteron, DHEA-S, kortizol) qanda miqdarı öyrənilmişdir.

Məqsədyönlü olaraq, bütün xəstələrdə Mİ-nın 1-3-cü günlərində götürülmüş qanda böyrəküstü vəzin qabıq qatının və əsas cinsiyyət üzvləri hormonlarının səviyyəsi immunoanaliz üsulu ilə öyrənilmişdir.

ALINMIŞ NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. XOAX-lı xəstələrin əksəri (22 nəfər– 57,89%) tütünçəkənlər olmuşlar. Onlardan bu zərərli adətlə 10-19 il məşğul olan – 8 nəfər (36,36%), 20-30 il məşğul olan 6 nəfər (27,27%), 40-60 il – 8 nəfər (36,36%) təşkil etmişdir. BA xəstələrdən yalnız 3 nəfəri (21,43%) son 10-14 ildə tütün çəkdiklərini qeyd etmişlər.

XOAX-la xəstələnmə son 6-28 ili , BA ilə xəstələnmə dövrü isə 3-42 ili əhatə etmişdir. BA-lı xəstələrin 6-da (42,86%) xəstəliyin hormondan asılı (hormonun gündəlik dozası prednizolon hesabı ilə 10-20 mq təşkil etmişdir), digər 8 nəfərdə qarışıq (57,14%) gediş variantı aşkar olunmuşdur. Əksər xəstələr boğulma tutmaları zamanı tez təsir edən β2 –adrenomimetik (berotek, salbutamol, ventolin) istifadə etdiklərini qeyd etmişlər.

Mİ baş verərkən klinikaya daxil olan XOAX-lı xəstələrin 25-də (65,79%), BA xəstələrin isə 11-də (28,95%) tipik, intensiv kardialgik–anginoz tutma, 9 nəfər (23,68%) XOAX-lı, 3 nəfər BA (21,43%) xəstədə atipik–astmatik variant (boğulma tutması), XOAX-lı xəstələrin 3-də (7,89%) isə atipik abdominal forma (epiqastral nahiyədə ağrı, öyümə, qusma əlamətləri) ilə xarakterizə olunmuşdur.

Qeyd etmək lazımdır ki, infarkt baş vermiş xəstələrdə BA tutmaları və XOAX kəskinləşmələrinin qarşısını almaq və ya aradan götürmək məqsədilə ağır hallarda flutikazon propianat\salmeterolu (seretid) aerosol formasında müvafiq dozalarda (125\25 və ya 250\25), yüngül halarda isə iprotropium bromid+fenoterol hidrobromid (berodual H) aerozolundan və ya onun məhlul formasından nebulayzerlə (portativ cihazla) istifadə olunmuşdur.

Sol mədəciyin ön divarının infarktı XOAX-lı xəstələrin 20-də (52,63%), BA zamanı 4 nəfərdə (28,57%), arxa divarın Mİ XOAX zamanı 11 nəfərdə (28,95%), BA-da 6 nəfərdə (42,86%), sirkulyar Mİ 2 nəfər (5,26%) XOAX-lı və 1 nəfər (7,14%) BA-lı xəstədə; intramural Mİ XOAX-lı 6 nəfərdə (15,79%), 3 nəfər (21,43%) BA-lı xəstədə; təkrari infarkt isə 10 nəfər (26,32%) XOAX-la və 2 nəfər (14,29%) BA-lı xəstədə müşahidə olunmuşdur.

MI baş vermiş gündə hormonların miqdarının dəyişməsini araşdırdıqda aydın olur ki, BA-lı

xəstələrdə testesteronun (T) (2,338 nq\ml; norma 3-10 nq\ml), dehidroepiandresteronsulfatın (DHEA-S) (0,877 pq\ml; norma 1,0-4,2 pq\ml) və kortizolun (K) (140,23 nq\ml; orta miqdar-161,563 nq\ml) səviyyəsi gözə çarpacaq dərəcədə azaldığı halda, progesteronun (P) miqdarı dəyişikliyə uğramamışdır. Mİ baş vermiş XOAX-lı xəstələrdə isə əksinə T-nun miqdarının artması (4,327% nq\ml), estradiolun (E) qismən azalması (38,46 pq\ml) fonunda P-un, DHEA-S-ın və K-un miqdarında əhəmiyyətli dəyişiklik baş verməmişdir. Istər XOAX-lı, istərsə də BA-lı xəstələrin Mİ baş verdiyi günlər qadınlarda da T-un (0,489 nq\ml), P-nun (0,857 nq\ml; orta miqdar-2,32 nq\ml), DHEA-S-ın (0,539 nq\ml) miqdarının xeyli azalması ilə xarakterizə olunduğu halda K-un miqdarı artmağa meylli olmuş, E isə dəyişikliyə uğramamışdır. Kişilərdə isə qadınlarla müqayisədə ciddi dəyişiklik baş vermiş – T (4,072 nq\ml) və P (3,608 nq\ml) xeyli artmış, DHEA-S, K və E isə xüsusi dəyişikliyə uğramamışdır.

Buna oxşar dəyişikliklər BA və XOAX olmayan Mİ baş vermiş müqayisə qrupu xəstələrində də müşahidə edilmişdir. Belə ki, bu qrupun xəstələrində də qadınlarda T-nun (0,633 nq\ml), E-un (18,83 pq\ml) və DHEA-S-un (0,833 nq\ml) miqdarının xeyli azalması, P-un (3,67 nq\ml) və K-un (253,3 nq\ml) isə qanda miqdarının xeyli artması ilə müşayiət olunduğu halda kişilərdə T-un (3,2 nq\ml) və E-un (37,76 pq\ml) artması, P-un (1,36 nq\ml) isə qismən azalması aşkar edilmişdir.

Müayinə olunan xəstələrdə böyrəküstü vəzi qabıq qatı və cinsiyyət vəzi hormonlarının qandakı miqdarında baş vermiş dəyişiklikləri qiymətləndirmək üçün xəstələr cinsə və yaşa görə qruplara bölünmüşlər.

XOAX-lı xəstələrin əksərini təşkil edən (32 nəfər) kişilər 4 qrupa ayrılmış, qadınlar isə (6 nəfər) 1 qrupda tədqiq edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, 40-50 yaşlı xəstələrdən (5 nəfər) 2 nəfərində (40%), DHEA-S xeyli azalmış, 1 nəfərdə isə (20%) K-un səviyyəsi normadan aşağı qeyd olunmuşdur. Bütün 5 nəfərdə T-un səviyyəsi normanın aşağı həddində, E 1 nəfərdə (20%) azalsa da, digərlərində həm E, həm də P normanın aşağı həddi səviyyəsində qalmışlar. Digər tərəfdən 51-60 yaşlı xəstələrin (14 nəfər) böyük əksəriyyətində hormonların qandakı miqdarı aşağıdakı dəyişikliyə uğramışdır: T 3 nəfərdə (21,43%), E 2 nəfərdə (14,29%), DHEA-S 7 nəfərdə (50%) azalmaqla yanaşı, E 3 nəfərdə (21,43%), K 4 nəfərdə (28,57%) normadan yüksək olmuşdur.

Fikrimizcə, 51-60 yaşlı kişilərdə Mİ-nın daha çox rast gəlinməsilə onlarda hormonal statusun da daha çox dəyişikliyə üğraması, əksərən, bu yaşda olan kişilərdə klimakterik dəyişikliyin baş verməsi ilə izah oluna bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, K-un səviyyəsinin artdığı (274-418 mq/ml arasında; norma – 50-220 mq/ml) 4 xəstə 53-57 yaşda şəxslər olmaqla, hamısında transmural infarkt inkişaf etmiş və onlar kəskin Mİ diaqnozu ilə əsas xəstəliyin (XOAX-ın) kəskinləşmə dövründə daxil olmuşlar. Əlavə olaraq, qeyd edək ki, bu xəstələr son 3 ayda qlükokortikoid qəbul etməmişlər. III qrupda 7 nəfərdən (60-70 yaşda) yalnız 1 nəfərdə (14,29%) E-un və 2 nəfərdə (28,57%) DHEA-S-ın səviyyəsinin azalması qeyd edilmişdir. IV qrupu təşkil edən 73-77 yaşlı 4 nəfərin hamısında DHEA-S-ın, E-un 2 nəfərdə, 1 nəfərdə T-nun miqdarının xeyli azalması müşahidə edilmişdir. Qeyd olunmalıdır ki, bütün qruplardan olan xəstələrdə əksər hormonların (xüsusən, DHEAS-ın) səviyyəsinin azalması sol mədəciyin ön divarı və ya sirkulyar zədələnməsi ilə xarakterizə olunan transmural Mİ baş vermiş xəstələrdir.

Qadınlarda Mİ baş vermiş XOAX-lı xəstələrin cəmisi 5 nəfərini (57-79 yaşda) təşkil etsələr də, hormonların qandakı miqdarı onlarda daha çox dəyişikliyə məruz qalmışdır. Belə ki, bu xəstələrin hamısında DHEAS-in, 3 nəfərdə T-un, 1 nəfərdə P-un miqdarı azalmaqla yanaşı 3 nəfərdə isə K-un səviyyəsi atrmışdır. Bu xəstələrin 4-də Mİ intramural xarakterli, onlardan da birində təkrari olaraq, baş vermişdir. 1 nəfərdə (57 yaşda) - T-un kəskin azalması, DHEAS-ın qismən azalması və K-un kəskin (2 dəfəyə qədər) artması ilə ön divar, zirvə və ara çəpəri əhayə etmiş transmural Mİ müşahidə edilmişdir.

BA-lı xəstələrin miqdarı az olduğundan onları 2 qrupa — I qrup kişilər, II qrup qadınlar - ayırdıq

Aparılan tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, Mİ keçirmiş BA-lı kişilərin (9 xəstə) əksərində (6 nəfər) DHEA-S, 1 nəfərdə E, bir qismində isə (4 nəfər) T xeyli azaldığı halda, 5 nəfərdə E xeyli, 2 nəfərdə isə K qismən yüksəlmişdir.

Əsas qrupda olduğu kimi müqayisə qrupunda da qanda böurəküstü vəzin qabıq qatının hormonlarının səviyyəsi təyin olunaraq, əsas qrupla müqayisədə öyrənilmişdir.

Bu qrupda 6 kişidə (42,86%) və 3 qadında (21,43%) T-un, 3 kişi (20%) və 3 qadında DHEA-S-ın səviyyəsi normadan aşağı, 2 kişidə K-un, 3 kişidə həm də E-un miqdarı normadan az olmuş, 2 kişidə E-un (6,67%), 4 kişidə (28,57%) və 3 qadında K-un miqdarı yüksəlmişdir.

Maraqlıdır ki, 2 nəfər kişidə E-un çox kəskin – 0,1 və 0,2 pq\ml-ə qədər azalması (N=15-60

pq\ml) müşahidə olunmuşdur ki, bunların da hər ikisi 55 yaşında, onlarda ön-çəpər-zirvə nahiyəsinin transmural, ağır gedişli Mİ baş vermiş və hər ikisi yanaşı gedən II tip şəkərli diabetlə xəstə olmuşlar. Hər iki xəstədə E-un kəskin azalması, DHEA-S-ın da səviyyəsinin aşağı düşməsi ilə müşayiət olunmuşdur.

Beləliklə, XOAX və BA-lı xəstələrdə baş vermiş Mİ-nın yaşla və cinslə əlaqəsi şübhəsizdir. Yəni, əksərən bu xəstələrdə Mİ kişilərdə və daha çox 51-60 yaşlar arasında baş verir.

Kəskin Mİ baş vermiş XOAX-lı xəstələrdə böyrəküstü vəzin qabıq qatının hormonlarından E və K-un qanda miqdarının artması, T-nun qismən və DHEA-S-ın xeyli azalması baş verir.

Müşahidə altında olan xəstələrin əksərinin kişi, 51-61 yaşda olması, DHEA-S hormonların daha çox dəyişikliyə uğraması fikrimizcə həmin dövrdə aterosklerotik dəyişikliklər fonunda baş vermiş potensiya pozğunluğu, onunla bağlı erektil aktivliyin azalması nəticəsində meydana çıxan psixoloji stress faktorunun da təsiri əhəmiyyətlidir.

Diğər tərəfdən görünür XOAX-lı və BA-lı xəstələrdə inkişaf edən ümumi hipoksiyanın patogenetik təsiri də öz işini görür.

Beləliklə, əksər BA-lı kişilərdə Mİ baş vermiş ilk günlər DHEA-S və T-un kəskin azalması, E–un isə artması ilə xarakterzə olunur. P-un səviyəsində xüsusi dəyişiklik baş verməmişdir. Müşahidə altında olan Mİ baş vermiş 4 nəfər BA-lı qadınların isə həmin gün hamısında T-un və DHEA-S-ın səviyyəsi xeyli azalmış, 1 xəstədə K-un miqdarı qismən artmış, digər hormonlarda isə heç bir dəyişiklik baş verməmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1.Sadıqov A.S., Məmmədov C.T. Bronxial astmanın diaqnostikası, müalicəsi və profilaktikasına dair ümummilli proqram.- Bakı, 2008

2.Эюбова А.А., Кабулов Г.Г. Клинико-эпидемиологические особенности бронхиальной астмы у детей в различных регионах Азербайджана // Аллергология и иммунология, 2007, Т.8, №2, с.191-192.

3.В.И.Трофимов, Ж.А.Миронова, Е.Д.Янчина, М.В.Дубина. Фармакогенетические аспекты тяжелой астм // Пульмонология, 2008, №1, с. 111-116.

4.Задионченко В.С., Адашива Т.В., Шилова Е.В. и др. Клинико-функциональные особенности АГ и больных ХОБ легки // Пульмонология, 2003, №9, с.535-538

5.С.Н.Авдеев, Г.Е.Баймакова. ХОБЛ и сердечно-сосудистые заболевания, механизмы ассоциации // Пульмонология, 2008, №1, с. 5-14

6.Buist A.S., McBurnie M.A., Vollimer W.M. et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study); a population-based prevalence study // Lancet, 2007, v.370, p.741-50.

7.Celli B.R., MacNee W., ATS/ERS Task Force. Standarts for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper // Eur. Respir. J., 2004, v. 23, p.932-946.

8.GlobalInitiativeforAsthma. Work shopreport, 2006/http//www.ginasthma.com/download.asp?intld=217.

9.Kjoller E., Kober L., Iversen K. et al. Importance of chronic obstructive pulmonary disease for prognosis and diagnosis of congestive heart failure in patients with acute myocardial infarction. // Eur. J. Heart. Fail., 2004,v. 6, p.71-77.

10. Murray CJ, Lopez AD, eds. Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injures and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge.- MA: Harvard school of Public Health on behalf of the World Health Orqanization/World Bank, 1996.

11. Soriano JB, Visick GT, Muellerova H, Payvandi N, Hansell AL. Patterns of comorbidities in newly diaqnosed COPD and asthma in primary care // Chest., 2005, v. 128(4), p.2099-107

SUMMARY

THE ROLE OF HORMONES OF CORTEX LAYER OF ADRENAL GLANDS AND SEX HORMONES IN THE PATHOGENESIS OF MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES

J.T.Mammedov, A.I.Mursalova

Authors of this article touched upon one of the actual problems of medicine. They have examined 52 patients at the age of 44-82 (41 males and 11 females) with chronic obstructive pulmonary diseases during acute myocardial infarction; among them were 38 patients with chronic obstructive bronchitis and 14 with bronchial asthma.The patients passed through complete laboratorial-instrumental examination, including some parameters of hormonal status, in order to reveal their role in pathogenesis of myocardial infarction. The results of the investigation have shown, that the most part

of the patients, which sufferings from MI were at the age of 50-61. In patients with chronic obstructive bronchitis was detected the elevated of the levels of the estradiol and kortizol and diminishing of the levels of the DHEA-S and testosterone. While in males with BA the levels of the latter were decreased and the estradiol content was increased. The authors considered that it is necessary to continue research in this direction.

Daxil olub: 10.10.2008

REKTOSELE XƏSTƏLİYİNDƏ DBQA-NIN FUNKSİONAL VƏZİYYƏTİ

X.N. Musayev, S.A. Əliyeva, Ş.A. Novruzova, N.İ.Məmmədov
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Rektoselenin etiologiyasında travmatik doğuş, hər hansı etiologiyalı qəbizlik, ağır fiziki iş, qocalma və yaşla əlaqəli hormonal pozuntular, artıq çəki, qadın orqanizminin konstitusional xüsusiyyətləri, xüsusilə də visseroptoza meyllilik mühüm rol oynayır.Y.V. Dulsevin məlumatlarına görə qadınların 85,2%-də xəstəliyin əsas səbəbi aralığın II, III dərəcəli cırılması ilə keçən travmatik doğuşlardır [2,6,9]. Doğuş travması nəticəsində aralığın fibroz mərkəzi zədələnir və levatorun ön payının aralanması və ya cırılması baş verir. Rektoseledə əsas kliniki əlamətin çətinləşmiş defekasiya olduğundan və 82,7% xəstələrdə rektosele ilə yanaşı anal kanalın digər xəstəlikləri üzə çıxırsa, onlar proktoloqa müraciət edirlər [1,3,7,12]. Proktoloqa müraciət edən qadınların 85% müxtəlif dərəcəli rektoseledən əziyyət çəkirlər [4,5,8,10]. Babasil və anal kanalının bu sayaq tez-tez rast gəlinən və inadla davam edən patoloji vəziyyətinin çox zaman uğursuz müalicəsi, rektovaginal sahənin vəziyyətinin məqsədyönlü müayinəsi üçün əsas ola bilər [1,7,11].

Bununla əlaqədar olaraq rektosele xəstələrində anusu qaldıran əzələnin funksional vəziyyətini, onun düz bağırsağın evakuator funksiyaya və bağırsaq möhtəviyyatını saxlaya bilməməsinə təsirini öyrənmək üçün düz bağırsağın qapayıcı aparatının (DBQA) funksiyasını dəqiqləşdirməyə imkan yaratmış tədqiqatlar aparmağı qarşımıza MƏQSƏD qoyduq və aşağıda tədqiqatın nəticələri təqdim olunur.

TƏDQİQTAIN MATERIAL VƏ METODLARI. Düz bağırsağın qapayıcı aparatının (DBQA) funksional vəziyyəti, rektoselesi olan bütün xəstələrdə, bağırsaq möhtəviyyatını saxlama funksiyasından asılı olmayaraq, tədqiq edilmişdi.Anal dəliyi qaldıran əzələnin elektromioqrafik tədqiqi zamanı, anal dəliyin çatmazlığı olmayan 73 (82,0%) pasiyent qadında biopotensialların tezliyi 300-450 mV olan elektrik aktivlik aşkar edilmişdi. Eyni zamanda, xarici sfinkterin iradi yığılmada, anal dəliyi qaldıran əzələlərin aktivliyinin kəskin artması müşahidə olunmuşdu. İradi yığılmada biopotensialların amplitudası 750-900 mV-a çatmışdır.

Anal dəliyin çatmazlığı ilə ağırlaşmış rektoselesi olan xəstələrdə əzələlərin bir- və ikitərəfli çapıq dəyişiklikləri aşkar edilmişdi. Burada, biopotensialların tezliyi 240-350 mV olan elektrik aktivlik qeydə alınmışdı. Biopotensialların amplitudası iradi yığılma zamanı 600-750 mV-a çatmışdır.

Beləliklə,anal çatmazlığı olmayan rektoselesi olan xəstələrdə, anal inkontinensiyasının müxtəlif dərəcələri olan pasiyent qadınlar qrupu ilə müqayisədə, anal dəliyi qaldıran əzələnin funksional vəziyyətinin əhəmiyyətsiz azalması, bu anatomik törəmədə çapıq dəyişikliklər olmasını təsdiq etmişdir.

"Bioelektrik sükut" sahələrinin aşkar edilməsi üçün elektromioqrafik metodikanın tədbiqi zamanı,rektoselesi olan16 xəstədə, anal sfinkterin çatışmazlığı ilə birgə, xarici sfinkterin zədələnmələrinin sahələri müəyyən edilmişdi.

Ən çox anal dəliyin sfinkterinin ön yarımdairəsinin defektinə14 xəstədə rast gəlinmişdi. Bu,ilkin olaraq travmanın mexanizmindən asılıdır: doğuşda cırılmadan, düz bağırsağın ön tərəfində lokallaşmış fistulanın ləğvindən.

Anal dəliyin sfinkterinin ön yarımdairəsinin defektinin arxa seqmentin çapıq dəyişiklikləri ilə birləşməsi 2 xəstədə qeyd olunmuşdu.Sfinkterin defektinin ölçüsü bütün hallarda sfinkterin 1/4 dairəsindən kənara çıxmamışdı.

Xarici sfinkterin funksional aktivliyinin elektromioqrafik tədqiqi zamanı, anal sfinkterin çatışmazlığı ilə ağırlaşmış rektoselesi olan 16 xəstədə onun pozulması aşkar edilmişdi. Fon elektrik aktivliyinin bu qrup üçün göstəricisi 21,3±0,9 mV olmuşdu (norma 41±2,6 mV), yəni 48,1% azalmışdır. Iradi elektrik aktivlik, orta hesabla, 116,7±1,1 mV bərabər idi (norma 184±7,1 mV) və 36,6% azalmışdır. Bundan başqa, xəstələrin bu qrupunda dərinin ştrix cızma qıcığına və qarın boşluğu təzyiqinin artması sınağına qarşı cavabların amplitudasının azalması qeyd olunmuşdu.

Anal çatmazlığı olmayan rektoselesi olan xəstələrdə fon elektrik aktivliyi, orta hesabla, 29±2,5 mV-a bərabər idi (29% azalma). Iradi elektrik aktivlik, ümumiyyətlə, 22,4% azalmışdır və, orta hesabla, 142±8,6 mV-a

bərabər idi. Bu qrup xəstələrinin böyük əksəriyyətində reflektor cavabların pozulması qeyd olunmamışdı.

Rektoselesi olan xəstələrdə DBQA-nın başlanğıc funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi anal sfinkterin yığılma qabiliyyətinin və yoğun bağırsağın distal hissələrinin sinir-reflektor fəaliyyətinin nəticələrindən təşəkkül tapmışdı. Sfinkterometriyanın göstəriciləri cədvəl 1-də göstərilir.

Cədvəl 1

Anal çatmazlığı olan rektoseleli xəstələrdə sfinkterometriyanın göstəriciləri

İki istiqamətdə tədqiq olunan parametrlər		Sfinkterometrik göstəricilər, qr (M±м)		
		Çatışmazlıq dərəcələri		Norma
		I	II	
3-9 saat	Tonik gərginlik	289±15,3	253±11,3	387±8,3
	Maksimal gərginlik	537±18,1	397±15,1	563±11,2
	İradi yığılma	248±28,3	162±14,7	176±8,0
6-12 saat	Tonik gərginlik	269±22,1	225±12,1	297±6,9
	Maksimal gərginlik	482±40,2	371±15,1	444±13,8
	İradi yığılma	213±28,3	146±9,2	144±10,0

Müqayisəli analiz zamanı, xəstələrin bu qrupunda da sfinkterometriya göstəricilərinin azalması ilə çatışmazlıq dərəcəsi düz mütənasibdir (P<0,05).

Bağırsaq möhtəviyyatını saxlama qabiliyyətinin pozulması ilə ağırlaşmamış rektoselesi olan xəstələrdə anal dəliyin sfinkterinin yığılma qabiliyyətinin tədqiqi zamanı, normal göstəricilər ilə müqayisədə, sfinkterometrin branşalarının qabaq-arxa istiqamətində tonik və maksimal gərginliklərin 16% və 8,3%, müvafiq olaraq, azalması aşkar edilmişdi. Lakin, bununla bərabər, iradi yığılma səviyyəsinin azalması qeyd olunmamışdı.

DBQA-nın yığılma qabiliyyəti də elektromanometriyanın vasitəsilə qiymətləndirilmişdi (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

Anal dəliyin çatmazlığı ilə ağırlaşmış rektoselesi olan xəstələrdə anal kanalda təzyiqin qiymətləri

Çatışmazlıq dərəcələri	Anal kanalda təzyiq, mm civə sütunu (M±м)		
	xarici sfinkter		daxili sfinkter
	Sakitlik	İradi yığılma	Sakitlik
I	34,4±3,8	57,6±4,5	56,5±4,1
II	24,6±1,6	40,0±5,6	39,8±3,7
Norma	38,5±3,1	70,7±2,4	58,5±3,3

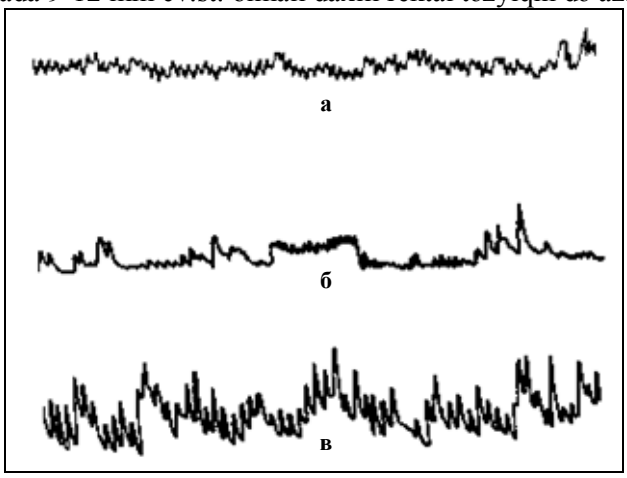
Anal kanalda manometriyanın vasitəsi ilə qeyd olunmuş təzyiq qiymətlərinin azalmasının, istər sakitlik, istərsə də iradi yığılma dövründə, çatışmazlıq dərəcəsindən aydın asılılığı vardır (P<0,05). Anal kanalda təzyiqin azalması ilə anal möhtəviyyatı saxlama qabilliyyətinin pozulması dərəcəsi düz mütənasibdir: I dərəcədə təzyiqin azalması 10,6%, II dərəcədə isə - 36,1% olmuşdur. Daxili sfinkterin səviyyəsində təzyiqin azalması əhəmiyyətsiz olmuşdu: I dərəcədə - 3,4%, II dərəcədə isə - 32% .

Alınmış nəticələr, anal möhtəviyyatı saxlama qabilliyyətinin pozulması ilə ağırlaşmış rektoselesi olan xəstələrdə xarici sfinkterin yığılma qabiliyyətinin pozulmasını təsdiq edir.

Elektromanometrik tədqiqatların nəticəsində anal çatmazlığı olmayan rektosele xəstələrinin qrupunda 32 (40,0%) halda xarici sfinkter proyeksiyasında təzyiqin azalması aşkar edilmiş, burada təzyiq orta hesabla 30,2±0,7 mm cv.st. bərabər idi. Bu qrupa aid bir çox xəstələrdə anal kanalın təzyiqi həm xarici, həm də daxili sfinkter səviyyəsində dəyişmirdi. Lakin 36 (45,0%) xəstədə daxili sfinkter səviyyəsindəki təzyiq yüksək idi. Orta göstərici 71,0±3,8 mm cv.st. bərabər idi. Bu qrupa aid olan 31 qadında anal kanalda xarici sfinkter səviyyəsində təzyiqin düşməsi aşkar edilmişdi. Görünür ki, xarici sfinkterin yığılma qabiliyyətinin pozulması və ya zəifləməsi zamanı funksionl cəhətdən dəyişilməz qalmış daxili sfinkter daima yüksək gərginlik vəziyyətində qalır. Çapıq degenerasiyasına məruz qalmamış DBQA strukturlarının, bu halda daxili sfinkterin, funksional vəziyyətinin dəyişməsi qasıq-düz bağırsaq əzələsinin və xarici sfinkerin ön porsiyasının zəifləməsi ilə şərtlənir. Bu dəyişikliklər rektoseledən 5 il və daha çox əziyyət çəkən xəstələrdə müşahidə olunur.

Göstərilmiş məlumatlar rektoseledən uzun müddət əziyyət çəkən xəstələrdə DBQA-nın funksional vəziyyətinin pisləşməsini sübut edir.

Müayinə zamanı 71 (79,7%) xəstədə düz bağırsağın rezervuar funksiyasının artması qeyd olunmuşdur. Qalan 18 nəfərdə (20,3%) normadan əhəmiyyətli dərəcədə kənar hallar aşkar edilməmişdi. Rezervuar funksiyasının artması, rektosele xəstələrində 4-8 saniyə təşkil edən (norma 10,6 san) adaptasiya reaksiyasının sürətinə təsir edir. Düz bağırsağın balonqrafiyası zamanı 2-4 mm cv.st. təşkil edən, lakin normada 9-12 mm cv.st. olmalı daxili rektal təzyiqin də azalması aşkar edilib.



Şək. 1. Motor fəallığının balonoqramması

Əldə edilmiş məlumatlara əsaslanaraq, biz hesab edirik ki, rektoseledən əziyyət çəkən xəstələrdə nəcis kütləsinin uzun müddət düz bağırsaqda qalması nəticəsində bağırsaq divarının tonusu və daxili rektal təzyiq azalır. Bu öz növbəsində rektal hissiyyatlılığın və düz bağırsağın evakuator funksiyasının azalmasına gətirir. Nəticədə qəbzlik əmələ gəlir və çıxılmaz vəziyyət daha da çətinləşir.

Yoğun bağırsağın distal bölmələrin evakuator funksiyasının müayinəsi zamanı 76 (85,3%) xəstədə onların pozulması aşkar edilib (şək.1) Bu əsasən peristaltik dalğaların amplitudasının və tezliyinin azalmasının və seqmentar yığılmaların üstünlük təşkil etməsinin hesabına yoğun bağırsağın evakuator fəaliyyətinin azalmasına aid idi(şək.1a). Bu tip mühərriklilik bağırsaq möhtəviyyatını saxlaya bilməmə və DBQA funksiyasının zəifləməsi ilə ağırlaşan rektosele xəstələrində müşahidə olunurdu. Bu növü biz bağırsaq möhtəviyyatının saxlamasına yönəlmiş kompensator mexanizm kimi qəbul edirik(şək.1b). Eyni zamanda proktosiqmoiditi olan xəstələrdə fəallıq müddətinin və indeksinin qıcıqlandırılmış yoğun bağırsaq sindromuna xas olan əlamətlərin əmələ gəlməsinədək artması ilə səciyyələndirilən dəyişikliklər müşahidə olunur(şək.1c).Aşkar edilmiş pozuntular xəstələrin əməliyyatdan əvvəl və sonrakı konservativ müalicə taktikasının seçilməsinə imkan yaradır.

Beləliklə, kliniki və xüsusi üsulların nəticələrini cəmləyərək, biz rektoselenin təsnifatına əlavələr edilməsinin vacib olduğunu hesab edirik. Bizim etdiyimiz əlavələr DBQA-nın funksional vəziyyətini nəzərə almağa imkan yaradır: 1. Qapayıcı aparatın funksional vəziyyətinin pozulmaları olmadan keçən rektosele; 2. Qapayıcı aparatın funksional vəziyyətinin zəifləməsi ilə keçən rektosele; 3. Qapayıcı aparatın funksional vəziyyətinin pozulması(anal çatmazlıq) ilə keçən rektosele

Fikrimizcə bu cür təsnifat xəstəliyin diaqnostikası,yoğun bağırsağın distal bölmələri və DBQA əzələlərinin bütün patoloji dəyişikliklərini nəzərə almaqla adekvat müalicə metodunun seçilməsi baxımından çox vacibdir.

ƏDƏBİYYAT

1.Дрыга А.В., Привалов В.А., Ермак Е.М. К вопросу об ультразвуковой диагностике ректоцеле /Актуальные вопросы колопроктологии.- Самара, 2003, с. 57Дульцев Ю.В., Абдуллаев М.Ш., Саламов К.Н., Подмаренкова Л.Ф. Особенности диагностики и лечения ректоцеле. -с. 65-67.

2.Захарова Н.Ф., Пупышев М.Л. Роль ректоцеле в развитии аноректальной патологии. // Актуальные вопросы колопроктологии.- Самара, 2003, с. 65-66. Курбанов О.А. Выбор метода лечения ректоцеле // Третий конгресс ассоциации хирургов имени Н. И. Пирогова. Материалы конгресса.

3. Тотиков В.З., Дзанаева Д. Б. Лечение ректоцеле и опущенпия задней стенки влагалища / Актуальные вопросы колопроктологии.- Самара, 2003, с. 138-135

4.Тихонов А.А., Зароднюк И.В. Рентгенологическая дефекография в обследовании колопроктологических больных. // Актуальные вопросы колопроктологии, Самара-2003, с. 569-570.

5.Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология.- М., Медицина, 1984, с. 72-78

6.Donato F. Altomare, Marcella Rinaldi, Antonella Veglia, Maria Petrolino, Michele De Fazio, Pierluca Sallustio. Combined perineal and enorectal repair of rectocele by cirkular stapler.// Dis Colon Rectum, 2002, vol.45, №11, 1549-1552.

7.Pawan Martur, Kheng-Hong Ng, Francis Seow-Choen. Stapled Mucosectomy for rectocele repair: A Preliminary Report. // Dis Colon Rectum, 2004, vol.47, №11, 1978-1981.

8.Kazuhiko Yoshika, Youichi Matsui, Osamu Yamada, Michinobu Sakaguchi et al. Physiologic and anatomic assesment of patiens with rectocele.// Dis Colon Rectum, 1991, vol.34, №8, 704-708.

9.Marc Beer-Gabel, Mark Teshler, Naphtali Barzilai, Yoav Lurie et al. Dynamic transperineal ultrasound in the diagnosis of pelvic floor disorders.// Dis Colon Rectum, 2002, vol.45, №2, 239-248.

10. Daniel Altman, Jan Zetterstrom, Annika Lopes, Bo Anzen et al. // Dis Colon Rectum, 2005, vol.48, №6, 1233-1242.

SUMMARY

FUNCTIONAL CONDITION OF OBTURATOR APPARATUS OF RECTUM DURING RECTOCELE.

X.N. Musayev, S.A. Aliyeva, SH.A. Novruzova, N.I.Mamedov

Traumatic deliveries, intractable constipation, rough labour, ageing and hormonal disturbance with age, excess weight, constitutional features of female organism, especially inclination to visceroptozis play significant role in etiology of rectosele. Investigations were perfomed to estimate the functional condition of levator , its influence on evacuatory function of rectum and inability to continence. Investigations were carried out in 89 patients with rectosele. The patients were undergone electromyography, electromanometry, ballonography. Revealed abnormalities were helpful in choices of conservative tactics of treatment before and after surgical operation. Summing the results of clinical and special methods, additions in rectosele classification, related on functional condition of obturator appatarus were suggested.

Daxil olub: 10.10.2008

AÇIQ VƏ LAPAROSKOPIK FUNDOPLIKASIYA ƏMƏLIYYATININ NƏTICƏLƏRININ MÜQAYISƏLI TƏHLILI

F.S. Rəfiyev

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Qastroezofagial refluks xəstəliyi (QERX) mədə-bağırsaq sisteminin yayılmış xəstəliklərinden biri olub əhali arasında 40-45% hallarda rast gəlməkdədir [5]. Gallup institutunun məlumatlarina görə (ABŞ) G.Jamiesen və Duranceau [3,4] təqribən 44% amerikanli ayda heç olmasa bir dəfə " qıcqırma" hissini keçirir, 7 %-i isə bu hissi hər gün keçirir və 18% insan simptomu aradan qaldırmaq üçün özbaşına müalicə olunur. Hesab olunur ki, ezofaqit əhalinin 1%-də rast gəlinir. Bu insanlar arasinda 20% xəstələrdə Barret ezofaqiti (10-15%), xoralaşma (2-7%), striktur (4-20%) kimi ağırlaşmalarla xəstəxanaya daxil olur. Diafraqma yırtığı olan xəstələrdə requrgitasiya və qusma 40% rast gəlinir. Bu xəstələrin 30%-yd alınmışdır. Sözsüz ki belə epidemiologiyaya malik olan xəstəliyə konservativ və cərrahi müalicələrin təkmilləşməsi zəruridir.

Artıq yarım əsrə yaxındır ki, Nissen üsulu ilə aparılan fundoplikasiya əməliyyatı GERX-də öz əvvəzedilməz olaraq qalmaqdadır. Son 20 ildə laparoskopiyanin inkişafı GERX-də də Nissen əməliyyatının yenidən, demək olar ki, ikinci debutuna səbəb olmuşdur. Hal-hazırda bir çox cərrahlar tərəfindən icra olunan bu tipli əməliyyatlar az travmatik olub yüksək nəticələr göstərməkdədir. Buna baxmayaraq, laparoskopik fundoplikasiyanı açıq tipli əməliyyatlarla müqayisəsi yalnız qisa müddətli araşdırmalar üzərində qurulmuşdur. Hər iki tip əmıəliyyatların uzaq nəticələri haqqında müqayisəli xarakteristikası hələ də öyrənilməkdədir.

Tədqiqatın MƏQSƏDI Üç illik təcrübəyə əsaslanaraq açıq və laparoskopik Nissen üsulu

ilə aparılan fundoplikasiyaların müqayisəli xarakteristikasını araşdıraraq GERX-də antireflüks əməliyyatını standartlaşdırmaqdan ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Elmi tədqiqat açıq və laparoskopik Nissen üsulu ilə əməliyyat olunmuş 40 xəstə üzərində qurulmuşdur. Xəstələr planlı surətdə 1 may 2005 ildən 1 oktyabr 2008-ci ilə qədər təcrübəli cərrahlar tərəfindən müxtəlif xəstəxanalarda (1 sayli Kliniki Tibbi Mərkəz, I cərrahi xəstəliklər kafedrası, Azərbaycan Bakı; Mərkəzi Klinik Xəstəxana, Azərbaycan Bakı; İstanbul Cərrahi Hastanesi, Turkiyə Cümhuriyyəti, İstanbul; DRK Klinikum Westend, Almaniya, Berlin) aparılmışdır. Biz ilk 3 əməliyyatı təcrübəmizi artırmaq məqsədilə tədqiqatımızda nəzərə almamışıq.
Bütün hallarda əməliyyata göstəriş kimi 12 həftədən az olmamaq şərtilə aparılan konservativ müalicə effektsizliyi (histamin blokatorlari və Hidrogen Körüyü Blokatorları (HKB)), ezofaqoqasteroskopiyada dayanıqlı ezofaqitin olması, yanaşı olan hiatal yırtıqlar, xəstələrin konservativ müalicədən imtina etməsi qəbul edilmişdir.

Əsas meyar kimi əməliyyatdan əvvəl bütün xəstələrdə rutin olaraq ezofaqogasteroduodenoskopiya və 24 saatlıq PH-metriya götürülmüşdür. Yanaşı gedən xəstəliklərlə əməliyyat olunan xəstələr (Barret ezofaqiti, qida borusu strikturaları və s.) və ya simultan əməliyyatlar tədqiqatımızda nəzərə alınmayıb xaric edilmişdir. Eyni zamanda konversiyaya məruz qalan xəstələrdə tədqiqatımızda iştirak etməmişlər.

Hər iki qrupa daxil olan xəstələr standart şikayətlərə əsasən: qıcqırma, yanğı hissi, gəyirmə, ağızda acılı suyun olmasıyla ayırd edilmişdir. Disfagiya DeMester-Jonson Refluks Sütunu ilə qeydə alınmışdır. Bütün xəstələrdə yaş, cins, orta çəki, aparılan konservativ müalicə müddəti, aparılan müayinələr eyni olub, arasındakı kəmiyyət fərqi minimuma endirilmişdir.

TƏDQIQATIN NƏTICƏLƏRI: Laparoskopik grup: Beləliklə, əməliyyatdan sonrakı disfagiya 18(90%) xəstədə rast gəlinib, əlamətlərin tam keçməsinə orta hesabla 78 gün vaxt tələb olunub (2-154 gün)

16 xəstədə əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə reflüks əlamətləri qeyd olunmayıb (80%), halbuki 3 (15%) xəstədə zəif, 1 (5%) xəstədə isə əvvəlki tək müntəzəm reflüкc şikayəti olub. Dayanıqlı reflüks 2(10%) xəstədə qeyd olunub. Bir ildən sonra təkrari müayinədə yalnız 1 (5%) xəstədə dayanıqlı reflüks simptomunun qalması qeyd edilmişdir.

10 xəstədə (50%) əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağızda pis qoxunun olması simptomu qeyd edilmişdir. Bunlardan 4-də zəif, 4-da orta, 2-də isə dayanıqlı olmuşdur.

15 (75%) xəstədə əməliyyatdan sonrakı dövrdə köpmə hissi qeyd edilmişdir. Bunlardan 9-də zəif, 4-də orta, 2-də isə dayanıqlı olmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə gəyirmə imkanı 6 (30%) xəstədə olmadı, 4 (20%) xəstədə çətinliklə, 10 (50%) xəstədə asanlıqla baş verdi. Gəyirmənin tam bərpası üçün xəstələrə orta hesabla 103 gün vaxt tələb olundu (2-204 gün).

12 (60%) xəstədə qusma imkanı əməliyyatdan sonrakı dövrdə qeyd olunmadı, 5 (25%) xəstə çətinliklə, yalnız 3 (15%) xəstə normal qusma aktını yerinə yetirirdilər.

Əməliyyatdan sonra funksional naticələr cadvəl 1-də öz əksini tapmışdır. Əməliyyatdan sonrakı təkrari endoskopik müayinələr nəticəsində mədə yaxalığı 80% xəstədə yerini dəyişməmiş, 1 (5%) xəstədə yerini dəyişərək sürüşkən yaxalığın formalaşmasına, 1 (5%) xəstədə açılmış yaxalıq, 1 (5%) xəstədə yaxalığın sürüşərək döş qəfəsinə sirayət etməsi və 1 (5%) xəstədə paraezofaqeal yırtığın əmələ gəlməsinə səbəb olmuşdur. 20% xəstədə defektli yaxalığın olaması onlarda aparılan təkrari 24 saatlıq PH monitorinqində təkrari reflüksun olmasını göstərdi. 2 (10%) xəstə təkrari əməliyyata məruz qaldı. Onlardan biri döş qəfəsinə sirayət edən yaxalığa görə, 1 xəstə paraezofageal yırtıgın əmələ gəlməsinə görə.

Açıq qrup. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə rast gələn disfagiya 18(90%) xəstədə rast gəlinib, əlamətlərin tam keçməsinə orta hesabla 98 gün vaxt tələb olunub (2-194 gün).

15 xəstədə əməliyyatdan sonrakı dövrdə reflüks əlamətləri qeyd olunmayıb (75%), belə ki, 3 (15%) xəstədə zəif, 2 (10%) xəstədə isə əvvəlki kimi daimi reflüks şikayətləri olub. Davamlı reflüks 5 (25%) xəstədə qeydə alınıb. Bir ildən sonra təkrari müayinədə 3 (15%) xəstədə dayanıqlı reflüks simptomları qalıb.

12 xəstədə (60%) əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağızda pis qoxunun olması simptomu qeyd edilmişdir. Bunlardan 7-də zəif, 3-da orta, 2-də isə dayanıqlı olmuşdur.

17 (85%) xəstədə əməliyyatdan sonrakı dövrdə köpmə hissi qeyd edilmişdir. Bunlardan 8-də zəif, 7-də orta, 2-də isə dayanıqlı olmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə gəyirmə imkanı 8(40%) xəstədə olmadı, 4(20%) xəstədə

çətinliklə, 8(40%) xəstələrdə nisbətən asanlıqla baş verdi. Gəyirmənin tam bərpası üçün xəstələrə orta hesabla 115 gün vaxt tələb olundu (2-228 gün).

10 (50%) xəstədə erkən qusmalar aşkar edilmədi. Bunlardan 8 (40%) xəstə qusmanın gərək olmadığı, 2 (10%) xəstə isə normal qusma aktının olduğu qeyd olunmşudur.

Əməliyyatdan sonrakı təkrari endoskopik müayinələr nəticəsində mədə yaxalığı 15 (75%) xəstədə yerini dəyişməmiş, 2 (10%) xəstədə yerini dəyişərək sürüşkən yaxalığın formalaşmasına, 1 (5%) xəstədə açılmış yaxalıq və 2 (10%) xəstədə paraezofaqeal yırtığın əmələ gəlməsinə səbəb olmuşdur. 5 (25%) xəstədə defektli yaxalığın olması onlarda aparılan təkrari 24 saatlıq PH monitorinqində təkrari reflüksun olmasını göstərdi. 2 (10%) xəstə paraezofageal yırtığa görə təkrari əməliyyata məruz qalmışdır. 2 (10%) xəstədə əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığın əmələ gəlməsi qeyd edilmişdir. Bu xəstələr planlı surətdə ventral yırtığa görə əməliyyata məruz qalmışlar (Cədvəl).

Cədvəl

Əməliyyat növündən asələ olaraq əməliyyatdan sonrakı dövrdə simptomların müqayisəli xarakteristikası

Simptomlar	Əməliyyat növü	
	Laparoskopik	Açıq
	X(%)	X(%)
Erkən disfagiya	18(90%)	20(100%)
Ağızda pis qoxunun olması	10(50%)	12(60%)
Köpmə	15(75%)	17(85%)
Dayanaqlı disfaqiya	4(20%)	5(25%)
Zəif reflüks simptomları	3(15%)	4(20%)
Gəyirmənin olmaması	6(30%)	8(40%)
Gəyirmənin olması	10(50%)	8(40%)
Qusmanın olmaması	12(60%)	10(50%)
Qusmanın olması	3(15%)	2(10%)
Təkrari əməliyyat	1(5%)	1(5%)

MÜZAKIRƏ. Beləliklə, aparılmış tədqiqat nəticəsində hər iki əməliyyat növünün 3 ildən sonra yüksək nəticələr göstərməsi (I-90%, A-80%) bu əməliyyatların geniş istifadəsinə imkan yaradır. Lakin əməliyyatdan sonrakı dövrdə, xüsusən uzaq nəticələri nəzərdən keçirdikdə açıq əməliyyatların təkcə reflüksla deyil, eyni zamanda keçirilmiş əməliyyata uyğun olmayan fəsadlar törətməsi bu tipli əməliyyatların indiki zamanda geniş istifadəsini məhtudlaşdırmağa səbəb olmaqdadır. Belə ki, əməliyyatdan sonrakı dövrdə yaxın və uzaq nəticələri nəzərə alaraq, xüsusən erkən və dayanaqlı disfagiyanın az olması, əməliyyatdan sonrakı dövrdə ventral yırtıqların olmaması laparoskopik fundoplikasiyanın qasteroezofageal reflüks xəstəliyində "qızıl standart" əməliyyatı adına layiq olmasına bir daha sübutdur.

ƏDƏBIYYAT

1. Багмет Н.Н. Современные возможности хирургического лечения неосложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинические перспективы, 2002, №2,. с. 30-34
2. Ленделл Л. Хирургическое лечение ГЭРБ // Клиническая и экспериментальная гастроэнтерология, 2004, №5
3. Матвеев Н.Л., Протасов А.В., Кривцов Г.А., Леликов А.С. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса // Эндоскопическая хирургия, 2000, № 3, с. 21-25
4. Moayyedi P. Talley N.J. Gastro-oezophageal reaflux disease // Lancet, 2006, v. 367
5. Daniel C. S., David MD, McClusky A. et al. When Fundoplication Fails Redo? // Annals of Surgery, 2005, v.241
6. Soyer T., Karnak I et.al. The use of ph monitoring and esophageal manometry in the evaluation of results of surgical therapy for gastroesophageal reflux disease // Eur J Pediatr Surg., 2007, v.17(3), p. 158-62
7. Tuomo K. Rantanen, MD., Jarmo A. Salo et al. Functional Outcome After Laparoscopic or Open Nissen Fundoplication // Arch Surg.. 1999, v. 134

8.Barajas Olivas A et al. Retrospective study between open vs. laparoscopic fundoplication in gastroesophageal reflux disease // Rev Gastroenterol Mex, 2007, v.72(1), p.15-21

SUMMARY
THE COMPARATIVE ANALYSIS OF RESULTS OF OPEN AND LAPAROSCOPIC FUNDOPLICATIONS
F.S.Rafiyev

To compare the results of open and laparoscopic Nissen operations and define the standard approach to anti-reflux operations in gastro-oesophageal reflux disease (GERD) on the basis of 3 year experience.

40 patients have been operated on May, 1, 2005 through October, 1, 2008 both by open and laparoscopic surgery. Indications to surgery in all cases have been inefficacy of conservative management for at least 12 weeks, severe oesophagitis at oesophagogastroscopy, sliding hiatal hernia, patients refuse from the conservative treatment. Diagnosis has been based on oesophagogastroduodenoscopy and 24 hour pH monitoring. 18 patients (90%) operated laparoscopically have noted dysphagia, resolved in 2-154 days (mean 78 days). 3 patients (15%) complained of mild and 1 patient (5%) of severe postoperative reflux. Endoscopic examination after the surgery revealed an intact gastric cuff in 80% patients. 1 patient (5%) developed the displacement of the cuff, 1 patient (5%) incompetence of the cuff, 1 patient (5%) displacement of the cuff to the thorax, and 1 patient (5%) paraesophageal hernia. 2 patients have been re-operated due to the complications mentioned.

Both open and laparoscopic Nissen fundoplications provide good results 3 years postoperatively. However, low rates of early and persistent dysphagia, no risk for incisional hernia and other advantages of minimally invasive surgery advocate the laparoscopic approach as the method of choice.

Daxil olub: 18.11.2008

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ АФЛАТОКСИНОВ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ АЗЕРБАЙДЖАНА В ЗЕРНОВЫХ КУЛЬТУРАХ УРОЖАЯ 2008 ГОДА

Г.М. Сеидова
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку.

В отличие от микозов – заболеваний, связанных с прямой инвазией патогенных микромицетов, микотоксикозы человека и животных обусловлены действием только микотоксинов. Микотоксины являются важнейшими вторичными метаболитами микроскопических грибов, которые в течении последних 35-40 лет признаны одними из наиболее вредных для здоровья человека и животных агентов. И не случайно микотоксины введены в перечень регламентированных в пищевых продуктах, кормах и сырых веществах.

В настоящее время науке известно около 200 видов микромицетов, образующих свыше 400 микотоксинов, и число их, по-видимому, в ближайшие годы будет пополняться за счет установления этиологии новых микотокскозов. Для многих из микотоксинов установлена структура, изучены свойства и биохимический механизм действия, разработаны методы выделения, идентификации их количественного определения. К их числу относятся афлатоксины, охратоксины, патулин, цитринин, зеараленон, трихотеценовые микотоксины. Учитывая, что микотоксины, помимо общетоксического действия, обладают мутагенными, терратогенными и концерогенными свойствами, а также существенно влияют на иммунный статус теплокровных их следует рассматривать как одну из важнейших медицинских проблем. Согласно данным экспертизы ФАО (Food Agruculture Organization) более 25% урожая зерновых культур ежегодно загрязняются микотоксинами, что резко ухудшает потребительские качества зерна злаковых, бобовых культур, их биологическую полноценность и безопасность.

Установлено, что родство наиболее проблемных микотоксинов рода Aspergellus

предопределяет сходство их физиологических проявлений при индукции различного ряда патологических процессов in vivo. Афлатоксины, продуцируемые главным образом Aspergellus flavys и Aspergellus parasiticus, а также родственными Aspergellus nomius и Aspergellus niger представляют собой группу низкомолекулярных соединений, многие их которых отличаются относительной термоустойчивостью. Провоцируя острую интоксикацию даже при употреблении низких доз, афлатоксины специфически поражают печень и почки, слизистую оболочки пищевода и кишечника, мозг и ткани половых органов. Клинические симптомы токсикозов хорошо изучены и включают дисфункции пищеварительной системы, анемию, сниженную усвояемость пищи, эмбриональную смертность и тератогенность, опухоли и снижение иммунитета.

К сожалению, эффективные способы борьбы с загрязнением продуктов питания, особенно злаковых культур микотоксинами пока не разработаны, что затрудняет решение проблемы в целом. В то же время известные (физические, химические, биологические) способы обеззараживания зерновых не только не дают желаемых результатов, но очень часто приводят к повреждению самого продукта. Поэтому, сегодня особое значение приобретает своевременная санитарно-гигиеническая оценка токсичности пищевых продуктов. Исходя из вышеуказанного, настоящая работа посвящена региональному анализу состояния проблемы контаминации афлатоксинами зерновых культур из различных регионов Азербайджана.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Согласно принятой директиве ЕС для получения точных результатов отбор образцов проводился с учетом величины партии сырья. Средняя отобранная проба (по 10 проб для каждой партии) тщательно перемешивалась, измельчалась до гомогенной смеси, только после этого отбирались средние образцы массой 5,0г для лабораторного анализа.

Культуру выращивали в чашках Петри на среде Сабуро с гентомицином при температуре 25^0C в течение 7-10 суток, для идентификации культуры грибов пересевали в пробирки со скошенным агаром на среды Чапека. Отобранные образцы (всего проанализировано 290 проб) измельчались шейкером и заливали 70% метиловым спиртом на 80 минут при комнатной температуре. Полученную таким образом суспензию отфильтровывали, к 1,0мл полученного экстракта добавляли 1,0мл дистиллированной воды и подвергали анализу на наличие суммарной группы афлотоксинов методом иммуноферментного анализа (“Stat Fax” США). Применяли готовые стандарты афлотоксина (“Ridascreen Rast Aflatoxin, Германия). При выделении грибов учитывали два культуральных признака - цвет и характер роста мицелия. Учитывали частоту обнаружения афлотоксинов по отношению числа положительных проб к общему числу исследованных (суммарно по регионам и отдельно по видам зерна) и степень контаминации по соотношению числа проб с низким, средним и высоким содержанием афлотоксинов среди положительных. Полученные данные подвергнуты статистической обработке методами непараметрического анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОСУЖДЕНИЕ. Накопленные в ходе исследования результаты иммуноферментного анализа зерновых свидетельствуют о том, что 69% от общего числа проб (112 проб из 290) были контаминированы афлотоксинами в достаточно высоких концентрациях.

Проведенные исследования показали, что вероятность обнаружения афлотоксинов достаточно высокая во всех без исключения партиях, хотя частота обнаружения микотоксинов и степень контаминации зерновых зависели как от вида культуры, так и от региона возделывания (табл.1). Одновременно прослеживаются и некоторые различия как в степени контаминации в южных и северных районах, так и между отдельными видами сельскохозяйственных культур. Так, максимальное количество афлотоксинов содержат овес (20,7±0,8мкг/кг), пшеница (23,4±0,32мкг/кг) и кукуруза (22,6±0,51мкг/кг). По данному показателю лидируют районы Габала и Курдамир, наименьшее же количество афлотоксинов было выявлено в пшенице из Шамахинского района (4,3±0,11мкг/кг). Интересно отметить, что усредненная оценка контаминации по культурам свидетельствует о том, что менее всего афлотоксинов содержит горох (11,77мкг/кг), более всего микотоксинов содержится в овсе и пшенице.

Сравнительная оценка полученных данных с результатами наших исследований для зерновых урожая 2008 года указывает на снижение содержания в них микотоксинов в изученных культурах. В качестве примера на рис.1 и 2 приведены результаты анализа зерновых урожая 2007 и 2008 года для двух наиболее загрязненных районов республики. Как следует из

приведенных графиков, количество выявленных микотоксинов в овсе из Габала снижается более чем в два раза по сравнению с прошлым годом, менее всего их содержание обнаруживается в горохе. Аналогичная картина характерна для Курдамирского района, где максимальное содержание микотоксинов обнаруживается в пшенице.

Таблица 1.
Степень контаминации афлатоксинами различных культур, отобранных из урожая 2008 года

№	Культура / Район	Овес	Пшеница	Пахла	Горох	Подсолнух	Кукуруза
1	Хызы	3,6±0,14	8,7±0,10	12,3±0,10	10,9±0,15	13,9±0,12	8,7±0,12
2	Нахичевань	15,7±0,11	8,2±0,52	9,6±0,45	5,7±0,34	13,2±0,42	13,6±0,21
3	Ленкорань	7,6±0,02	7,2±0,65	10,9±0,11	5,2±0,47	5,6±0,39	5,6±0,32
4	Шемаха	11,6±0,13	4,3±0,11	8,5±0,09	7,2±0,87	12,1±0,82	5,8±0,07
5	Закатала	11,9±0,21	10,1±0,27	11,4±0,16	13,1±0,22	13,7±0,23	10,7±0,19
6	Девечи	6,8±0,02	9,2±0,13	10,2±0,15	7,9±0,17	15,2±0,18	12,4±0,12
7	Гянджа	16,2±0,17	17,8±0,19	11,1±0,08	14,8±0,38	9,5±0,27	21,4±0,48
8	Габала	17,9±0,45	21,4±0,56	17,9±0,62	12,5±0,34	19,3±0,43	22,6±0,51
9	Курдамир	21,4±0,56	25,4±0,09	22,1±0,57	16,9±0,47	14,5±0,34	19,7±0,75
10	Али-Байрамлы	18,6±0,44	17,3±0,41	22,4±0,59	18,5±0,49	12,7±0,46	14,7±0,38
11	Сабирабад	23,6±0,88	18,9±0,65	14,7±0,08	12,9±0,37	15,8±0,27	11,1±0,23
12	Апшерон	9,8±0,13	8,2±0,18	11,4±0,55	16,3±0,21	19,5±0,21	10,8±0,09

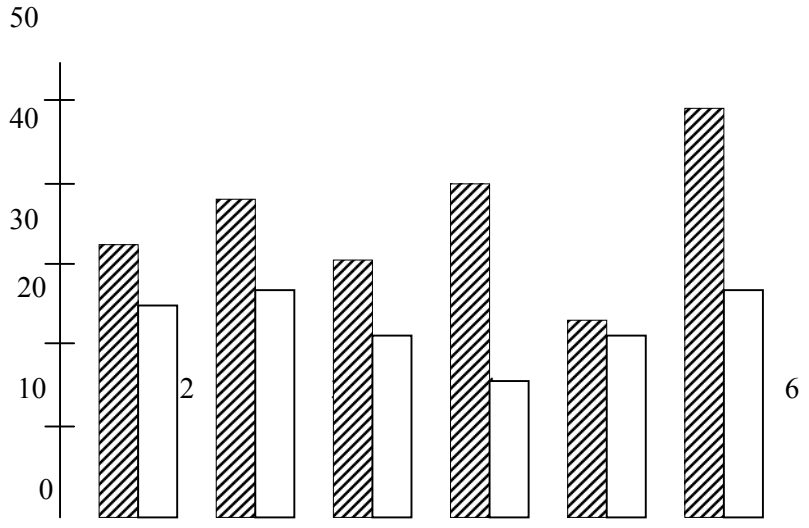


Рис.1. Динамика изменения содержания афлотоксинов (мкг/кг) в различных культурах, выращенных в 2007 году (темные столбики) и 2008 году (светлые столбики) 1-6 – овес, пшеница, пахла, горох, подсолнух, кукуруза соответственно

Вместе с тем следует подчеркнуть, что при наличии общей тенденции к уменьшению выраженности контаминации в изученных культурах в 2008 году, содержание афлотоксинов в зерновых остается выше допустимых норм. Однако, данная закономерность не касается подсолнуха, для этой культуры наблюдается стабильный уровень контаминации для обоих районов в рассматриваемый период.

В настоящее время трудно дать обжяснение наблюдаемым вариантам в уровне контаминации зерновых. Можно предположить, что эти изменения связаны с работой частного сектора в сельском хозяйстве и особенностями климатических условий 2008 года. Однако, если учесть, что общий уровень контаминации зерновых остается выше европейских допустимых норм (5-10мкг/кг) для афлотоксинов, то необходимо признать, что проблема контаминации зерновых в Азербайджане остается по прежнему острой и требует своего решения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елинов Н.П., Митрофанов В.С., Чернопятова Р.М. Аспергилезная инфекция; подходы к ее диагностики и лечению // Ж.Проблемы медицинской микологии. 2002, т.4, №1- с.4-16

2. Фадеева Л.М., Волков Д.Т. Токсинобразующие грибы на пищевых продуктах в Казахстане /Тез. докладов симпозиума по микотоксинам. – Киев: Наумова думка, 1982, с.44-45.

3. Львова Л.С., Громов А.Н. Исследование распространения микотоксинов в основных зерновых и масляных культурах различных зон Советского Союза // ВИНИТИ, 1.05;, 81031891.- М., ВНИИЗ, 1987, с.57.

4. Сеидова Г.М. Сравнительный анализ контаминации зерновых Азербайджана афлотоксинами // Журн. Проблемы медицинской микробиологии. С-Петербург, 2007, т.9, №2, с.30-31.

5. Смирнов В.В., Зайченко Ф.М., Рубежняк И.Г. Микотоксины: Фундаментальные и прикладные аспекты // Современные проблемы токсикологии. 2000, №1, с.5-12.

6. Chang Y.C. and Kwon-Chung K.J. The genes affecting virulence traits /5th International Conference “Cryptococcus and Cryptococcus” March 3-7, Adelaide.-Australia, 2002, p.134.

7. Ciegler A., Beknet I.W. Mycotoxins and mycotoxicoses. // Bioscience. 1980, v.30, №8, p.512-515.

8. Takasuka T., Anderson M.I., Arisawa M., et al. Possible contribution of catalase to pathogen city of Aspergillus’s fumigates / ISHAM. Salsomaggiore Terme.- Parma: Abstracts invited symposium, 1997, p.81.

SUMMARY

PROBLEMS OF CAN CONTAMINATION IN AZERBAIJAN

Y.M.Seyidova

In this article show the immunoferments analyses, results of mycotoxins infection corn which produced Aspergillus’s species. Concentration facts testify about that aflatoxins contamination in studding samples more ppm concentration food. Between studied corns, more dangerous presents sunflower and corn. Special attention more 70% corn from different Azerbaijan regions infected mycotoxins contamination food in Azerbaijan.

Daxil olub: 10.12.2008

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ г. БАКУ И ОБОСНОВАНИЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ

Р.Ю.Мамедова

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

Несмотря на определенный прогресс в понимании патогенеза бронхиальной астмы (БА) и внедрение новых терапевтических программ продолжается рост распространенности заболевания в детском возрасте, увеличивается удельный вес его тяжелого течения. В связи с этим продолжается изучение факторов, способствующих возникновению и прогрессированию болезни. Особенно актуальной считается задача по оптимизации противорецидивной терапии детей с бронхиальной астмой. Своевременная оценка активности аллергического воспаления

дыхательных путей важна для суждения о тяжести течения БА и выбора режима противовоспалительной терапии.

За последние годы в Азербайджане также отмечается тенденция к увеличению заболеваемости бронхиальной астмой [1,2,3,4].

Проблема респираторной аллергии у детей в г. Баку - крупнейшем индустриальном центре и одном из наиболее неблагополучных в экологическом отношении регионов – представляет несомненный интерес. Практические наблюдения констатируют, что только тщательное изучение, наряду с краевыми клинико-эпидемиологическими особенностями, факторов риска и определения биомаркеров воспаления позволяют разработать наиболее эффективные меры по снижению респираторной аллергии и улучшению ее прогноза.

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования являлось изучение распространенности, клинических особенностей аллергических болезней органов дыхания у детей и подростков г. Баку; изучение роли оксида азота в развитии бронхиальной астмы, научно обосновать различные варианты противорецидивной терапии при бронхиальной астме у детей и подростков и оценить ее эффективность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для изучения эпидемиологии аллергических болезней органов дыхания в г. Баку нами с 1998 по 2000гг. впервые в Азербайджане была использована стандартизированная адаптированная программа «Международное изучение астмы и аллергии у детей» (“ISAAC” – International Study of Asthma and Allergy in childhood). В исследование были включены 6600 школьников двух возрастных групп: 7-8 лет и 13-14 лет. Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью ЭВМ по специально разработанным программам. Данная работа основана также на динамическом наблюдении и исследовании 448 детей с аллергическими заболеваниями. Всем пациентам проводилось общеклиническое и аллергологическое обследование, включающее сбор аллергологического анамнеза, постановку кожных скарификационных проб, определение уровней общего и специфического IgE, исследование функции внешнего дыхания, определение оксида азота в выдыхаемом воздухе, провокационные пробы с гистамином, метахолином и физической нагрузкой. Показатели бронхиальной проходимости оценивались по кривой «поток-обжем» (л/с) с помощью пневмотахографа. Бронхопровокационный тест проводился 0,1% раствором дигидрохлорида гистамина на приборе «Бронхоскрин» фирмы «Jaeger (Германия). Тест с физической нагрузкой у больных проводили для выявления бронхиальной гиперреактивности. Тест проводился в течение 5 минут в виде бега на шаговой дорожке “Tredmil” (США). Мониторинг оксида азота в выдыхаемом воздухе согласно рекомендациям Европейского респираторного общества проводили хемилюминесцентным анализатором Logan Research 2149 (Великобритания). Обработка результатов производилась с использованием программы «Статистика для Windows, версия 5,0» При нормальном распределении признака данные представлялись в виде M±m, где M- среднее арифметическое, m – ошибка среднего. Достоверность различий оценивалась с помощью критерия (t) Стьюдента для независимых и связанных выборок при значениях вероятности $p < 0,05$. Для изучения корреляционных связей между признаками применялся коэффициент корреляции Пирсона r. При ненормальном распределении признака применялись непараметрические критерии и представление данных с использованием медианы M, 25 и 75 перцентилей. Для сравнения двух независимых выборок использовался U критерий Манна – Уитни, при анализе различий между связанными выборками – критерий Вилкоксона. Для изучения корреляционных связей между признаками применялся коэффициент корреляции Спирмена-rs.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Нами проведена сравнительная характеристика распространенности симптомов бронхиальной астмы у детей г. Баку в связи с загрязнением окружающего воздуха. Выявлено увеличение доли детей с симптомами бронхиальной астмы с увеличением загрязненности атмосферного воздуха в местах расположения школ, где коэффициент корреляции составил от + 0,29 до + 0,41. Для детей в возрасте 13-14 лет при коэффициенте корреляции + 0,76 между уровнем загрязнения атмосферного воздуха и показателем распространенности бронхиальной астмы выявлена статистически достоверная связь ($P<0,05$). Установлена статистически достоверная более высокая доля детей с симптомами астмы в “ явно загрязненных ” районах города по сравнению с “ относительно чистыми ” районами как у первоклассников (17,4% и 12,3% соответственно; $P<0,01$), так и у восьмиклассников (22,4% и 13,3% соответственно; $P<0,01$). Результаты наших исследований подтверждают данные литературы о зависимости роста распространенности бронхиальной астмы от степени загрязнения атмосферного воздуха химическими агентами. Причем, с увеличением загрязнения атмосферного воздуха химическими агентами у детей, отмечается

более раннее начало манифестации аллергии, формирование поливалентной сенсибилизации, более тяжелое течение аллергического процесса. Данные о распространенности БА у школьников г. Баку, полученные нами в ходе эпидемиологического исследования в 1998-2000 годах, превысили показатели статистической отчетности в 10,5 раз и составили 8,4%. Очевидным был факт, как поздней постановки диагноза, так и гиподиагностики этого заболевания в детском возрасте. Выявлена прямая корреляционная зависимость (r=+0,7) распространенности БА старшей возрастной группы от степени загрязнения воздушной среды. В динамике через 3 года распространенность симптомов БА возросла в 1,2 раза и составила 9,8% (p<0,001).

Изучение патогенеза бронхиальной астмы привело к установлению ряда факторов риска ее возникновения, из которых наиболее значимы наследственное предрасположение к атопии, воздействие неблагоприятных экологических факторов и профессиональных факторов на организм матери и плод в антенатальном периоде, нерациональное питание матери и высокий уровень аллергенной нагрузки на организм ребенка, респираторные инфекции.

Изучение соответствия уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе периоду бронхиальной астмы выявило следующие закономерности. Все дети в приступном периоде среднетяжелой и легкой бронхиальной астмы имели повышенные уровни оксида азота в выдыхаемом воздухе (более 9 ppb). В постприступном периоде заболевания у 1/5 детей со среднетяжелой и 1/3 пациентов с легкой бронхиальной астмой уровни оксида азота в выдыхаемом воздухе не превышали нормальных, что может свидетельствовать о стихании выраженности аллергического воспаления. У всех больных в периоде обострения тяжелой бронхиальной астмы отмечались нарушения бронхиальной проходимости. У 70% пациентов в периоде обострения тяжелой бронхиальной астмы имелись сниженные значения оксида азота в выдыхаемом воздухе (менее 9 ppb), связанные имеющейся в этот период выраженной бронхообструкцией и задержкой оксида азота в терминальных бронхиолах. Изучение уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе в зависимости от длительности БА не выявило достоверной его динамики с течением времени.

Таким образом, результаты исследования показали, что в комплекс методов для оценки тяжести течения бронхиальной астмы и выраженности аллергического воспаления бронхов можно включить определение уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе.

В современной стратегии лечения бронхиальной астмы уделяется большое внимание купированию хронического аллергического воспаления в бронхолегочной системе. С целью изучения эффективности и особенностей использования комбинированной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами и бета2-агонистами длительного действия при БА у детей обследовано 62 ребенка с БА средне-тяжелого и тяжелого течения в возрасте от 8 до 14 лет. Дети получали серетид дискус, содержащий 100 мкг флутиказона пропионата и 50 мкг сальметерола по схеме: по 1 ингаляции – 2 раза в день 2 месяца, по 1 ингаляции - 1 раз в день 2 месяца, затем -1 ингаляция через день – 1 месяц, затем отмена.

Клинико-функциональная эффективность серетида отмечалась в 85% случаев при его трехмесячном использовании с начальной дозы 2 ингаляции в сутки и последующим постепенным снижением. Длительность ремиссии после отмены препарата варьировала от 8 до 12 недель (в зависимости от индивидуальной сезонности обострений БА у каждого ребенка).

Результаты наших исследований доказали способность ингаляционных глюкокортикостероидов подавлять продолжающийся воспалительный процесс дыхательных путей, что подтверждалось уменьшением симптомов и обострений бронхиальной астмы, улучшением функциональных легочных показателей, уменьшением бронхиальной гиперреактивности, снижением потребности в приеме бронхорасширяющих препаратов короткого действия, а также улучшением качества жизни детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И. Современная концепция патогенеза и терапии бронхиальной астмы у детей. // Педиатрия, 1995, №5, с.73-77.

2. Мамедова Р. Ю. Влияние аэрозагрязнений на распространенность бронхиальной астмы у детей г. Баку // Az.Tibb. jurnalı, 2006, № 4, с.119-122.

3. Мамедова Р. Ю. Противорецидивная терапия при бронхиальной астме у детей. // Az.Tibb. jurnalı, 2007, № 1, с. 166-169.
4. Мамедова Р. Ю. Эпидемиологический скрининг аллергических заболеваний и изучение факторов их развития по программе ISAAC / Материалы II Национального конгресса Азербайджана по аллергологии, иммунологии и иммунореаблитации.- Баку, 2004, 238 с.
5. Мамедова Р. Ю., Балаболкин И. И. Результаты двух этапов программы ISAAC среди школьников Баку / Европейский Конгресс по Астме. Научные труды, Т.2 – 2001, №1, с. 188
6. Чучалин А.Г. Стратегия лечения и профилактика бронхиальной астмы в России // International Journal in Immunorehabilitation, 1997, №7, p.51-56
7. Эюбова А.А., Сафаралиева Э.С., Эфендиева Н. Э. Эпидемиологические аспекты бронхиальной астмы у школьников Азербайджана // Аллергология и иммунология, 2006, том 7, № 3, с.322.
8. Mammadova R.Y., Henshen M. Monitoring of a bronchial asthma – a pledge of successful treatment / I European asthma congress.- Tbilisi, 2004, p. 51

SUMMARY

THE CLINICAL-AND- EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CHILDREN'S AND ADOLESCENTS'S BRONCHIAL ASTHMA IN BAKU CITY AND SUBSTANTIATION OF ANTIRECURRENT THERAPY

R.Y. Mamedova

The analysis of exhaled air - the most attractive method for monitoring an inflammation; it can be used at patients with a heavy asthma and repeatedly. Results of our researches proved that inhalation steroids depress continued inflammatory process of respiratory tract. Inhalation steroids efficiency was proved by decreasing of symptoms and exacerbations of bronchial asthma, ova functional pulmonary factors, decreasing bronchial hyperactivity, decreasing demand of bronchial enlarge medicament intake of short activity also improve quality in children with bronchial asthma.

Daxil olub: 08.12.2008

DƏRİN KARİYESİN MÜALİJƏSİNDƏ SÜMÜK PASTASININ TƏTBİQİ

M.V. Dəmirçiyeva
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Dünyanın müxtəlif ölkələrində dərin kariyesin müalicəsinə dair saysız-hesabsız işlər mövcuddur [1,2,3,4,5]. Bunun xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, kariyes zamanı pulpada bir sıra funkisional və struktur dəyişiklikləri meydana çıxır. Müalicə tətbiq edilmədikdə əvvəlcə pulpada iltihab yaranır, sonra isə nekrozlaşır. Buna görə də, dərin kariyesin müalicəsi zamanı bakteriyaların və onların toksinlərinin patoloci təsirlərinin aradan qaldırılması, pulpanın normal funksional fəaliyyətinin bərpa edilməsi, ikincili dentinin intensiv yaranması kimi vacib zərurətlər yaranır. Deyilənləri həyata keçirmək üçün patoloci dəyişikliyə uğramış sərt toxumaları boşluqdan kənar emək, karioz boşluğu antiseptik-medikamentoz işləmək, müalicəvi və izoləedici araqatları qoymaq və nəhayət daimi plomb vasitəsilə dişin anatomik formasını bərpa etmək lazımdır.

Muasir dövrdə də keçmişdə olduğu kimi, dərin kariyesin müalicəsində əsas məsələ, müalicəvi araqatlardan istifadə edilməsi, eyni zamanda onların texniki baxımdan icrasının düzgün aparılmasından ibarətdir. Hər şeydən əvvəl həmin preparatlar aşağıdakı tələblərə cavab verməlidir: reminarallaşdırıcı effektə malik olmalı, iltihabəleyhinə və plastikliyi təmin etməli, suda yaxşı həll olmalı, qələvi reaksiyalı, plastik, adgeziv, rentgenokontrast və s. olmalıdır.

Dərin kariyesin müalicəsində əsas amillərdən biri də, karioz boşluğun medikamentoz işlənməsidir ki, bu məqsədlə geniş çeşidli vasitələrdən, o cümlədən antiseptiklərdən, antibiotiklərdən, sulfanilamidlərdən, kalsium və flüor tərkibli preparatlardan, habelə proteolitik fermentlərdən və s. istifadə olunur.

Buna baxmayaraq, dərin kariyesin müalicəsi qəti şəkildə öz həllini tapmamışdır. Belə ki, müxtəlif müəlliflərin verdiyi məlumatlara görə, müalicə zamanı pulpa və periodont tərəfindən

çoxsaylı ağırlaşmalar meydana çıxır. Ona görə də dərin kariyesin müalicəsi üçün müasir metod və müalicə vasitələrinin işlənib hazırlanması və tətbiq olunması zərurəti yaranmışdır.

Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq, aşağıdakı məqsədlə bu işi yeinə yetirmişik.

Tədqiqatın MƏQSƏDİ dərin kariyesin müalicəsində qeyri- steroid, antihistamin təsirə malikpreparatların, habelə kalium nitratın və sümük pastasının effektliyinin öyrənilməsindən ibarətdir.

TƏDQİQAT MATERİAL VƏ METODLARI. Dərin kariyesin müalicəsi 70 nəfər (80 diş) üzərində aparılmışdır. Əsas qrupdakı xəstələrin sayı 45 nəfər, nəzarət qrupunda isə 25 nəfər olmuşdur. Elektroodontometriya göstəriciləri 10-15 mkA səviyyəsində müəyyən edilmişdir.

Dərin kariyesin müalicəsi 3 mərhələdə aparılmışdır: sərt toxumaların preparasiyası, boşluqların medikamentoz işlənməsi və plomblanma. Karioz boşluqlarının preparasiyası anesteziya altında (naqili, infiltrasion, interliqamentar), lidokain, ultrakain və digər qeyri vazokonstriktor tərkibli anestetiklərdən istifadə olunmaqla aparılmışdır. Boşluqların preparasiya metodikası aşağıdakı kimi icra olunmuşdur: əvvəlcə iti borla boşluğun girəcəyi genişləndirilmiş, sonra isə minanın sallaq kənarları götürülmüşdür. Karioz boşluğun girəcəyi genişləndirildikdən sonra iti ekskavatorla yumşalmış və nekrozlaşmış dentin çıxarılmışdır. Bundan sonra ehtiyatla steril kürəşəkilli burğacla, boşluğun dibi və divarları nekrozlaşmış dentin qırıntılarından təmizlənmişdir. Preparasiya başa çatdıqdan sonra karioz boşluğu 0,02%-li xlorheksidin məhlulu ilə yuyulmuşdur. Bunun ardınca boşluq quru steril tamponla və ya hava ilə qurudulmuş, sonra 25% analgin, 1%-li suprastin və 5%-li kalium nitratın 1:1:1 nisbətində hazırlanmış qarışığı 3-4 dəqiqə müddətinə tampon vasiətsi ilə boşluğun dibinə qoyulmuşdur. 3-4 dəqiqə başa çatdıqdan sonra prosedura yenidən təkrar edilmiş və nəhayət 3-4 gündən sonra (boşluq dentinlə örtülmüşdür) xəstənin növbəti gəlişi təyin edilmişdir. Növbəti gəliş zamanı müvəqqəti plomb və tampon çıxarılmış, boşluğun dibinə 5%-li kalium niratla sümük unu pastası qoyularaq diş daimi plomblanmışdır. Nəzarət qrupunda isə boşluq 0,02%-li xlorheksidinlə işlənmiş, «Dical» ilə araqat qoyularaq daimi plomblanmışdır.

Bütün xəstələr müşayətedici xəstəliklərin olmadığını (parodont və qeyri karioz xəstəliklər) qeyd edirlər. Əksər hallarda karioz boşluqlar ilkin olaraq preparasiya edilmişdir. Yalnız 15 dişdə əvvəllər orta kariyes diaqnozu ilə preparasiya aparılmışdır. Həmin xəstələrdə ya ümumiyyətlə heç bir şikayət olmamış, ya da qacıqlandırıcıların (şirin və soyuq) təsirindən tez keçən ağrılar müşahidə edilmişdir. Əksər hallarda perkutop ağrılar müəyyən edilməmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, preparasiya aparıldıqdan sonra, bütün dişlərdə boşluğun dibinin zondlanması və soyuq qıcığa qarşı 2-10 saniyə müddətində yox olan ağrılar aşkar edilmşdir.

ƏLDƏ OLUNMUŞ NƏTİCƏLƏRİN MÜZAKİRƏSİ. Dərin kraiyesin müalicəsinin ilkin və sonrakı dövrlərdəki kliniki göstəriciləri qənaətbəxş səviyyədə olmuşdur.

Cədvəl

Dərin kariyesin müali]əsi zamanı ilkin və sonrauı dövrlərdə kliniki göstəricilərin səviyyəsi

Müalicə qrupları	Müalicənin ilkin dövrləri (3-4 gün)			Müalicənin sonrakı dövrləri (1,0-1,5 il)		
	Müalicə olunmuş dişlərin miqdarı	Müsbət effektlə müalicə olunmuş dişlərin miqarı		Müalicə olunmuş dişlərin miqdarı	Müsbət effektlə müalicə olunmuş dişlərin miqarı	
		Mütləq qiyməti	Faizlə		Mütləq qiyməti	Faizlə
Əsas qrup	45	43	95,6±3,05	40	37	92,5±4,16
Nəzarət qrupu	35	25	71,4±7,66	30	21	70,0±8,36

Cədvəldən görünür ki, dərin kariyesə görə müalicə olunmuş 45 dişdən 43-də, ilkin dövrlərdə kliniki göstəricilərin səviyyəsi müsbətdir (95,6±3,05%). Bu zaman xəstələrin heç bir şikayəti olmamış və temperatur qıcıqlarının təsirinə qarşı ağrı reaksiyası müşahidə edilməmişdir. Lakin bəzi hallarda həmin dişlərdə xoşagəlməz hissiyat və temperatura qarşı zəif ağrılar aşkar edilmişdir ki, bunlar da müalicə aparıldıqdan bir neçə saat sonra yox olmuşdur.

Cədvəldən göründüyü kimi, əsas qrupda ilkin dövrlərdə pozitiv nəticələr 95,6±3,05 dişdə, nəzarət qrupunda isə 71,4±7,66 (t=2,9) dişdə müşahidə edilmişdir.

Müalicə olunumş dişlərin sonrakı dövrdəki kliniki müayinələrin göstəriciləri də cədvəldə

verilmişdir. Burada isə əsas qrupun pozitiv nəticələri 92,5±4,16 dişdə nəzarət qrupunda isə 70,0±8,36% dişdə rast gəlinmişdir.

Elektroodontometrik müayinələrin nəticələri göstərmişdir ki, ilkin müayinələrlə müqayisədə, elektrohəssaslıq artmışdır. Onun orta göstəricisi təxminən 7,2 mkA bərabər olmuşdur.

Müalicə aparıldıqdan 1-2,5 il sonra, növbəti müayinə zamanı müalicə olunmuş dişlərdə heç bir dəyişikliyin olmaması, plombların yerində olması, çeynəmə aktında fəal iştirak etməsi müəyyən edilmişdir. Yalnız iki halda plombun kənarında qüsura rast gəlinmiş, bu da müalicəvi araqat dəyişməmək şərtilə bərpa edilmişdir. Bundan başqa, əsas qrupda 3, nəzarət qrupunda isə 6 dişdə termiki qıcıqlara qarşı yüksək həssaslığın olması aşkar edilmiş və həmin dişlər pulpit diaqnozu ilə müalicə olunmuşlar.

Beləliklə, aparılmış müalicənin erkən və sonrakı müayinələrinin nəticələri təklif etdiyimiz – dərin kariyesin müalicəsində istifadə edilən pastanın müsbət müalicəvi effektə malik olmasını deməyə imkan verir. Buna görə də, dərin kariyesin müalicəsi zamanı həmin pastanın müsbət müalicəvi effektini nəzərə alaraq, praktiki stomatologiyada ondan istifadə edilməsini təklif edirik.

Bu metodla müalicə olunmuş dişlərdə pozitiv nəticənin əyani sübutu məqsədilə, 1,0-1,5 l bizim nəzarətimiz altında olan xəstələrin kartlarından istifadə edilmişdir.

Misal. 29 yaşlı xəstə Q. ATU-nun terapevtik stomatologiya kafedrasına, 26 dişdə zəif ağrıların olması şikayəti ilə müraciət etmişdir. Ağrılar əsasən qida qəbulu zamanı, habelə kimyəvi, termiki və mexaniki qıcıqlandırıcıların təsirindən başlayır və onların təsiri qurtardıqdan sonra yox olur. Obyektiv müayinə zamanı 26 dişdə dərin karioz boşluğu və həmin boşluqda yumşalmış və nekrozlaşmış dentinin olması aşkar edilmişdir. Boşluğun dibinin zondlanması ağrılıdır və pulpa boşluğu açıq deyildir. Temperatur qıcıqlarına qarşı ağrı reaksiyası olsa da, tez keçəndir. Elektroodontometriya göstəricisinin səviyəsi 14 mkA, ona simmetrik 46 dişdə isə 7 mkA-ə bərabərdlir. Bunları nəzərə alaraq dərin kariyes diaqnozu qoyulmuşdur.

İntraliqamentar anesteziya aparıldıqdan sonra karioz boşluq açıldı, boşluğun dibi və divarlarındakı yumşalmış və nekrozlaşmış dentin kənar edildi. Karioz boşluq 0,02%-li xlorheksidin məhlulu ilə antiseptik işlənildi və quru steril pambıq tamponla quruduldu. Bundan sonra boşluğun dibinə 25% analgin, 1%-li suprastin və 5%-li kalium nitratın 1:1:1 nisbətində hazırlanmış kompozisiyası qoyuldu (4 dəqiqə müddətinə). Nəhayət, 4 dəqiqə başa çatdıqdan sonra prosedura təkrar olunmuş, dərman preparatları hopdurulmuş tampon boşluqda saxlanılmış və üzəri müvəqqəti plombla örtülərək xəstənin 3 gündən sonra növbəti gəlişi təyin edilmişdir. Növbəti gəlişdə xəstə əsaslı bir şikayət etməsə də, müalicədən 2-3 saat sora zəif ağrıların olmasını qeyd etmişdir. Bu zaman müvəqqəti plomb kənar edilmiş, boşluğun dibinə 5%-li kalium nitratla sümük unu qarışığından hazırlanmış pasta, üzərindən izoledici araqat və bundan sonra «Charizma» ilə daimi plomb qoyulmuşdur. Təkrari olaraq 1,5 ildən sonra həmin diş yenidən müayinə olunmuşdur. Bu zaman da xəstənin heç bir şikayəti olmamış, dişin normal fəaliyyət göstərməsi qeyd edilmişdir. Obyektiv müayinə zamanı plombun yerində və qüsursuz olması müəyyən edilmişdir. Termiki qıcıqların təsirinə qarşı reaksiya olmamış, rentgenoloci müayinə zamanı dəyişiklik aşkar edilməmişdir. Elektroodontometrik göstəricilər 7 mkA civarında təyin edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Арефова О.В. Репаративные способности пасты на основе фитоэстероидов при лечении глубокого кариеса зубов (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис… канд.мед.наук.- М., 2002, 26 с.

2. Бондаренко С.С. Применение диметилсульфоксида при лечении глубокого кариеса и острого очагового пульпита / Тезисы 22-го научно-практической конференции врачей Ульяновской области посвященной 117 годовщине со дня рождения В.И.Ленина.- Ульяновск, 1987, с.208

3. Галюкова А.В. Применение костной муки при лечении глубокого кариеса // Стоматология, 1987, №5, с.22-23

4. Картуков И.Е. Разработка прогностических критериев при лечении глубокого кариеса и различных форм пульпита. Автореф. дисс.. канд.мед.наук.- М., 1997, 16 с.

5. Комнова З.Д. Морфологические аспекты применения ионообменной смолы для лечения глубокого кариеса // Стоматология, 1986, №6, с.67-69

6. Самойлов Ю.А. Лечение глубокого кариеса пастой, состоящей из этония, димексида и аэросила (ЭДА): Автореф. дисс..канд. мед. наук.- Киев, 1986, 29 с.

SUMMARY

THE USE OF OSTEOPAST ON THE TREATMENT OF DEEP CARIES

M.V. Damirchieva

At the 80 teeth of 70 patients with deep caries were performed treatment procedures with drugs composition: 25% of analgini, 1% of suprastini, 5% nitrate of calium and osteopast with nitrate calium was placed under permament materials. Have been studied the results of shart and prolonged duration. There were next: the good results during investigation of short duration was revealed on the 95,6±3,05% in contrast with control group -71,4±7,66 (is used 0,02% of chlorgecsidini and "Daycal"). The prolonged results was good on the 92,5±4,16%, but on the control 70,0±8,36%. This method is recommended for treatment of deep caries.

Daxil olub: 22.12.2008

МАКРО-МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОИДНЫХ СТРУКТУР ТРАХЕИ И ГЛАВНЫХ БРОНХОВ

Б.М. Гусейнов

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

В настоящее время в научной литературе раскрыты и описаны различные аспекты морфо-функциональной характеристики лимфоидных образований [1,5,8]. Однако, в настоящее время преимущественное большинство исследования органов иммунной системы, главным образом, ее периферического звена носит экспериментально-морфологический характер, и выполнены при изучении различных биологических моделей [2,7]. Лимфоидные структуры стенок трахеи и главных бронхов изучены у человека относительно слабо [10]. Имеющиеся в литературе данные противоречивы, неконкретны, получены, как правило, без использования должных математических методов, часто, к тому же, при изучении патологически измененного материала. Нет четких данных даже о том, какие по типу строения лимфоидные структуры имеются в стенках трахеи [9]

ЦЕЛЬЮ исследования явилось изучение макро-микроанатомии и топографии лимфоидных структур трахеи и главных бронхов людей разного возраста и пола.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**.** Методом макро-микроскопии были изучены 64 тотальные препараты лимфоидных образований трахеи и главных бронхов людей разного возраста и пола. Дополнительно у 32 человек микроскопическими методами исследован лимфоидный аппарат этих органов. Весь фактический материал для исследования был получен от трупов людей, умерших или погибших в возрасте от периода новорожденности до старческого возраста, без признаков патологии органов дыхания и заболеваний органов иммунной системы. Тотальные препараты лимфоидных образований окрашивали гематоксилином Гарриса. Продольные и поперечные срезы, выполненные на протяжении разных отделов трахеи и бронхов, толщиной 5-7 мкм, окрашивали гематоксилином-эозином, по ван Гизон, азур-2-эозином, по Браще. Статистический анализ включал вычисление среднеарифметических показателей и их ошибок.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Было показано, что лимфоидные образования в трахее и главных бронхах постоянно определяются в стенках этих органов, выявляясь от периода новорожденности и на протяжении всей последующей жизни.

По нашим данным лимфоидные образования в стенках трахеи и главных бронхах представлены диффузной лимфоидной тканью и в виде лимфоидных узелков, что соответствует результатам исследования Р.Юнусова (1988) [10]. Вместе с тем, мы не склонны, в отличии от этого автора, считать, что в стенках этих органов имеются лимфоидные скопления (предузелки). По нашим данным, все компактные лимфоидные образования трахеи и главных бронхов имеют четкие периферические контуры, что позволяет отнести их к типичным

лимфоидным узелкам. Анализ иллюстративного материала Р.Юнусова (1988) [10] показывает ошибочность представлений автора, поскольку лимфоидные скопления, не имеющие четких контуров, правомочно отнести к диффузной лимфоидной ткани. Автор совершает методическую ошибку и противоречит самому себе, приводя линейные размеры этих лимфоидных образований. Действительно нельзя измерить длину, ширину и другие линейные размеры у тех анатомических образований , которые не имеют четких контуров.

Результаты исследование показали, что лимфоидные узелки трахеи и главных бронхов не имеют центров размножения. По нашему мнению это вызвано относительным однообразием воздействий на слизистую оболочку (вдыхаемый и выдыхаемый воздух), несопоставимым, к примеру, с антигенными воздействиями, оказываемыми на слизистую оболочку желудка, слепой кишки, лимфатических узлов, в лимфоидных узелках у которых, присутствуют центры размножения [3]. Мы не согласны с мнением Vai (1977) [11], считающим нередким наличие в лимфоидных узелках трахеи и бронхов центров размножения. Автор исследовал фактический материал, полученный при остром и хроническом бронхите. Воспалительные явления, безусловно, влияют на появление центров размножения в лимфоидной ткани [3,6].

Качественный состав лимфоидных структур трахеи и бронхов, по нашим данным, соответствует таковому у периферических органов иммунной системы. Определяются малые, средние, большие лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги, лимфобласты и другие клетки лимфоидного ряда. По данным М.Р. Сапина, Д.Б.Никитюк (2000) [4]подобный клеточный состав представлен и в лимфоидных структурах миндалин, селезенки, групповых лимфоидных узелках тонкой кишки и других иммунных комплексов.

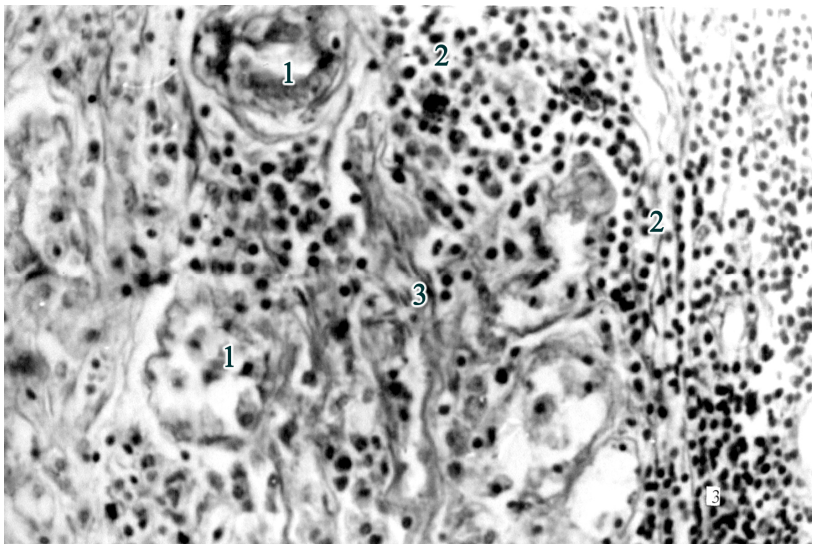


Рис. Многочисленные клетки лимфоидного ряда в строме железы трахеи возле начальных ее частей у мальчика 5 лет. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. 400х
Примечание: 1 – начальные части желез; – клетки лимфоидного ряда; рыхлая волокнистая соединительная ткань стромы железы

Впервые в составе диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных узелков трахеи и главных бронхов мы выявили определенные и конкретные микросинтопические взаимоотношения между клетками лимфоидного ряда (микроассоциации клеток). К таковым относятся макрофагально-лимфоцитарные комплексы (макрофаг в окружении малых и средних лимфоцитов) и плазмоцитарно-лимфоцитарные комплесы (димфоциты, окружающие плазматическую клетку). О существовании таких ассоциаций писали М.Р.Сапин и Д.Б.Никитюк (2000) [4]. Авторы не высказали возможным указать на функциональный смысл подобных микроассоциаций в составе лимфоидной ткани, но предположили, что, возможно, смысл их состоит в обмене между клетками информацией, необходимой для формирования иммунного

ответа.

Микрорасположение лимфоидных структур в стенках трахеи и главных бронхов не отличается, от других периферических органов иммунной системы [4]. Клетки лимфоидного ряда выявляются возле базального слоя покровного эпителия, рядом с венулами и особенно многочисленны они, по нашим данным, около желез трахеи и главных бронхов. Клетки лимфоидного ряда образуют лимфоидные узелки возле выводных протоков желез (особенно их устья), окружают выводные протоки наподобие венчика из не сколько рядов (2-4) клеток, находятся около начальных отделов желез. Эти клетки образуют «сторожевые посты» , реагирующие на поступление чужеродного антигенного материала (пылевые, лекарственные антигены, микроорганизмы) через выводные протоки вглубь органных стенок, т.е. во внутреннюю среду организма. Выводные протоки малых желез стенок полых внутренних органов могут являться для этого преформированными анатомическими путями [4]. При этом, учитывая асинхронность секреторного процесса, периодического ослабления секреции (например при инволюции железы) антигенные материалы не всегда вымываются из просвета железы Мы выявили клетки лимфоидного ряда в строме начальных отделов, возле эпителия начальных частей желез (гландулоцитов). По-видимому, эти клетки осуществляют иммунный контроль за процессом секреции. Кроме того, такая микротопография обжяснима тем, что эти клетки (плазматические) секретируют иммуноглобулины А (секреторный иммуноглобулин).

Подытоживая вышеуказанных можно придти к такому заключению, что лимфоидные образования в стенках трахеи и главных бронхов представлены диффузной лимфоидной тканью и в виде лимфоидных узелков. Все компактные лимфоидные образования трахеи и главных бронхов имеют четкие периферические контуры, что позволяет отнести их к типичным лимфоидным узелкам. Лимфоидные узелки не имеют центров размножения. В составе лимфоидных структур определяются малые, средние, большие лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги, лимфобласты и другие клетки лимфоидного ряда. Клетки лимфоидного ряда выявляются возле базального слоя покровного эпителия, рядом с венулами и особенно многочисленны они около желез трахеи и главных бронхов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Аллахвердиев М.К. Структурнао – функциональная характеристика и закономерности морфогенеза железистого и лимфоидного аппаратов внепочечных желчевыводящих путей человека в постнатальном онтогенезе. Автореф. дис... докт. мед. наук.-Баку, 40 с

2.Магомедова П.Г., Ризаева Н.А. Реакция лимфоидных структур селезенки на воздействие паров ацетальдегида. // Российские Морфологические Ведомости, 2003, вып. 3-4, с.24-25

3.Сапин М.Р., Этинген Л.Е. Иммунная система человека.- М.: Медицина, 1996.-304с.

4.Сапин М.Р.,Никитюк Д.Б. Иммунная система, стресс и иммунодефицит.-М.:Джангар, 2000. 184с

5.Сеидова З.Р. Лимфоидным аппарат гортани крыс при воздействии водных процедур с разным солевым составом. Автореф. дисс... канд. мед. наук.- Баку, 2001, 23с.

6.Струков А.И., Серов В.В. Общая патология человека. М.: Медицина, 1982. 652 с.

7.Сунцова Н.А. Онтогенез лимфоидной ткани стенки кишечника у нутрии клеточного содержания в постэмбриональный период. // Российские Морфологические Ведомости, 2002, вып.3-4, с.49-52

8.Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т Железисто-лимфоидный аппарат гортани при бальнеологических воздействиях: экспериментально-морфологическое ис.- Б.. Нурлан, 2002, 131 с.

9.Шварцман Я.З., Хазенсон Л.Б. Местный иммунитет.- М.: Медицина, 1978, 223 с.

10.Юнусов Р. Лимфоидные скопления стенок трахеи и бронхов человека в постнатальном онтогенезе. Автореф. дис... канд. мед. наук.- Андижан, 1988, 23с.

11. Vai F. Bronchial lympho-epithelial nodules in the rat: definition and morphological characteristics in optical and electron microscopy // Biomedicine, 1977, v. 26, №2, p. 130-137

SUMMARY

THE MICRO-MACROSCOPIC PECULIARITIES OF THE LYMPHOID STRUCTURES OF THE TRACHEA AND PRINCIPAL BRONCHI

B.M. Huseynov

The aim of the investigation was the study of the topography and macro-microscopic

peculiarities of the lymphoid structures of the trachea and principal bronchi of adults of both sexes. 64 total preparats of the trachea and principal bronchi by macro-microscopic methods were studied. In addition the lymphoid apparatus of the 32 human trachea and principal bronchi by microscopic methods were investigated. All material was obtained from human cadavers (from newborns to senile age) died from different causes.

The total preparats of the lymphoid formations were stained with hematoxylin by Harrisin. The longitudinal and transverse sections were colored by hematoxylin-eosin, azure-2-eosin.

The results of the investigation show that there are diffuse lymphoid tissue and lymphoid nodules on the walls of the trachea and principal bronchi. All compact lymphoid formations have clear peripheral contours and therefore they may be determining as typical lymphoid nodules. The diffuse lymphoid tissue consists of the small, medium and large lymphocytes, macrophages, plasma cells, lymphoblasts and other lymphoid cells. The lymphoid cells were revealed at the epithelial cells of the basal membrane and around the venulae and glands of the trachea and principal bronchi.

Daxil olub: 15.09.2008

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР ТЕРАПИИ СТАФИЛАКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

С.М.Касумова
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Стафилококковые поражения организма - актуальная проблема педиатрии, поскольку манифестирует в раннем детском возрасте, часто имеет хроническое течение с рецидивами и обострениями, поражает различные органы и системы. Как известно, этот микроорганизм относится к условно-патогенной микрофлоре, однако при определенных условиях способен образовывать очаги нагноения в местах сильной колонизации, поддерживать воспаление и приводить к сенсибилизации организма [1,4,6].

ЦЕЛЬЮ настоящей работы явилось изучение роли ЗС в развитии, поддержании обострения и утяжелении кожных поражений и предложение некоторых подходов к терапии этого заболевания с учетом выявленных изменений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Было обследовано 70 больных со стафилококковым энтероколитом, возраст которых составил от 3-х месяцев до 3 лет (до года - н=19; после года н=51). В основном, это были дети со среднетяжелым течением заболевания- 62%, легкое течение отмечено в 14% случаев, тяжелое – в 24%. В анамнезе у пациентов были отмечены неоднократные эпизоды диарреи и дерматоза неизвестной этиологии. Всем больным проведено комплексное обследование, включающее углубленный осмотр и лабораторные методы исследования: изучение микробного пейзажа кожи, слизистых оболочек, фекалий, содержания Jg A, M, G в сыворотке крови методом радиальной иммунодиффузии по Mancini.

30 больных получали в дополнение к общепринятой базисной терапии Kliocef (cefaklor) в течение 7 суток в 3 приема 40 больных получали только базисное лечение без использования препарата и составили группу сравнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Начальные проявления дерматоза у абсолютного большинства детей (90,3%) выявлены в первом полугодии жизни, из них у половины (55,6%) в первые 3 месяца (по анамнезу), и характеризовались гиперемией, шелушением кожи щек и гнейсом. Особенностями течения заболевания явились преобладание островоспалительных изменений в виде гиперемии кожи, экссудации, папулезных высыпаний с локализацией в области лица, волосистой части головы, наружных поверхностей верхних и нижних конечностей, туловища и ягодиц. Анализ клинических проявлений дерматоза свидительствует о преобладании островоспалительных (эритема, отек, эксеудация, мокнутие) явлений у пациентов догодовалого возраста, лишь у незначительного числа больных этой возрастной группы (21,4%) наблюдались папулезные, шелущащиеся высыпания. В группе детей старше года островоспалительные проявление встречались значительно реже (15,7%; $p \angle 0{,}001$), чаще выявлялись признаки хронического процесса в виде папулезных проявлений (57,3%) и инфильтрации (22,1%). Бактериологические посевы, произведенные с различных участков

кожи и слизистых оболочек у 92,7% детей до года дали положительный результат.

У большинства детей выявлена колонизация кожных покровов патогенными микроорганизмами, чаще других высевались Staphylococcus aureus (73%), реже- грибы рода Candida (16,2%), Streptococcus epidermidis и Enterococcus (2,3%).

При анализе степени обсемененности кожных покровов 3С выявлено, что реже всего (9%) встречался умеренный рост микроорганизма, чаще в 53% случаев-массивный рост (Таблица1). При экссудативных изменениях обнаруживался только массивный рост 3С.

Таблица 1.

Частота встречаемости различной степени обсемененности 3С кожных покровов детей

Степень обсемененности количество колоний на чашку Петри			
20-30 (единичные колони)	30-50 (умеренный рост)	до 100 (обильный рост)	Более 100 (массивный рост)
23%	9%	15%	53%

В полости рта 3С обнаружен был у 57% обследованных, высевание его не зависело от количества 3С на коже и тяжести течения дерматоза. У 21% больных бактериологическое исследование фекалий выявило 3С, причем, следует отметить, не выявлено зависимости тяжести течения болезни, степени колонизации кожных покровов от выявления 3С в фекалиях.

При анализе гемограмм детей до года, страдающих дерматозом, в 80,4% случаев отмечалось повышение количества эозинофилов, коррелирующее со степенью тяжести болезни: 5,27±0,84% (легкая форма), 10,18±1,38 (среднетяжелая) и 19,8±3,2% (тяжелая форма).

В результате исследования содержания общих иммуноглобулинов в сыворотке крови детей с тяжелым и среднетяжелым течением дерматоза выявлены однотипные нарушения. В острый период заболевании обнаружено достоверное снижение Jg A и Jg G по сравнению с контрольной группой (табл.2).

Таблица 2

Показатели сывороточных иммуноглобулинов у детей раннего возраста с поражениями кожи

Сывороточные иммуноглобулины г/л	Здоровые дети (н=24.)	Дерматоз	
		Средняя тяжесть (н=27)	Тяжелая степень (н=17)
Jg A	0,813±0,054	0,489±0,080	0,428±0,70
Jg M	0,866±0,052	1,253±0,195	1,312±0,224
Jg G	9,454±0,270	6,879±0,556	6,429±0,710

P >0,001 при сравнении показателей у здоровых и больных детей

Более значительное снижение Jg G выявлено у детей с тяжелыми проявлениями дерматоза 4,408±0,396г/л P>0,02. Уровень Jg M был достоверно повышен у детей с тяжелым дерматозом. Снижение Jg G и Jg A в сыворотке крови, повышенная колонизация кожи и слизистых сболочек патогенными микроорганизмами, по видимому, свидетельствует о неадекватном иммунном ответе.

Изучая резистентность выделенного 3С к антибиотикам, отмечено, что чаще всего бактерии были устойчивы (83%) к пенициллину.

Чувствительность Staphylococcus aureus к цефалоспоринам выявлена у 69,7%, макролидам - 51,7%, аминогликозидам – 46,8%. Изучение чувствительности патогенных микроорганизмов к антибиотикам в дальнейшем определяло выбор антимикробной терапии.

Kliocef (cefaklor) обладает широким спектром действия, удобной лекарственной формой для детей (в виде сиропа), оказывает минимальное влияние на кишечную микрофлору. Способ применения и дозировка: Из порошка необходимо приготовить суспензию. Для этого вначале необходимо вытряхнуть порошок во флакон, далее добавить 50 мл прокипяченной охлажденной до комнатной температуры питьевой воды и интенсивно взболтать. После того, как осядет образовавшаяся пена, довести дополнительно обжем суспензии водой до метки на

флаконе-100 мл, тщательно взболтать. Суточная доза 0,5 (1г цефаклора) может быть разделена как на 2, так и на 3 приема.

Талица 3

Продолжительность основных симптомов у больных со стафилакокковой инфекцией

Симптомы	Группы больных		Достоверность различий
	Kliocef н=30	н=30 Контроль	
Температура	1,4±0,21	3,0±0,6	П<0,05
Жидкий стул	3,0±0,23	4,14±0,28	П<0,05
Слизь в стуле	2,56±0,15	3,0±0,2	П>0,05
Боль в животе	2,56±0,15	3,43±0,21	П<0,05
Вялость, анорексия	2,21±0,15	3,7±0,21	П<0,01
Поражения кожи	3,56±0,15	6,4±0,21	П<0,05

Продолжительность основных клинических симптомов болезни у больных представлена в таблица 3. Как видно, имеет место достоверно меньшая продолжительность температуры, диареи, болей в животе и болезненности при пальпации живота (П<0,05), вялости и анорексии (П<0,01) у больных принимавших Kliocef в три приема в течении 7 дней. Поражения кожи нормализовались к третьему-пятому дню лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, проведенный нами анализ показал, что в клинической картине поражений кожи у детей до года преобладают островоспалительные изменения в виде гиперемии, отека и экссудации. После года чаще выявляются признаки хронизации процесса (папулы, инфильтрация, сухость). У большинства детей выявлена дисиммуноглобулинемия и колонизация кожных покровов патогенными микроорганизмами, наибольшую частоту среди которых имеет Sthaphylococcus aureus (в нашем исследовании в 73% случаев). Этот факт согласуясь с данными литературы указывает на то, что либо в области кожных покровов в значительной степени нарушается микроциркуляция, ведущая к ухудшению кровоснабжения этой зоны и вегетированию условнопатогенной флоры, либо речь идет о нарушении иммунной защиты кожи, способствующей у здоровых детей сохранению нормального соотношения патогенной и непатогенной микрофлоры [3,4,5,6].

Выявленная связь между тяжестью течения болезни и степенью обсемененности 3С подвтерждается данными других исследователей, нашедших прямую зависимость между тяжестью поражения кожных покровов и выраженностью колонизации кожи гемолитическими штаммами стафилококков [1,2,6].

Характер поражения кожных покроков также зависел от обильности их заселения микроорганизмом. Так, при экссудативных изменениях у детей в нашем исследовании был обнаружен массивный рост 3С. Выявленная зависимость между степенью обсемененности кожных покровов и уровнем эозинофилов в периферической крови подтверждает мнение о том, что этот микроорганизм способен привлекать иммунокомпtентные клетки в очаг аллергического воспаления.

Только в 21% случаев при бактериологическом исследовании фекалий выявляется 3С и его присутствие в толстом кишечнике не было связано с клиническим течением поражений кожи.

Полученные результаты могут скорректировать некоторые подходы к терапии стафилококковых поражений кожи у детей, в частности, использование Kliocef в качестве этиотропного средства предопределило успех лечения.

Отсутствие повторных бактериологических высевов при стафилакокковом поражении кожи, сопровождающихся синдромом диареи, характеризуется достоверным сокращением продолжительности основных клинических проявлений на фоне назначения указанного препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касумова С.М. Наследственные гемопатии и персистенция стафилококка угроза всей семье. Принципы лечения и постстационарной реабилитации. Методические рекомендации.- Баку, 1998, 15с.

2. Касумова С.М., Гулиев А.Д.. Кишечные дисфунции: спектр клинико-лабораторных нарушений, тактика терапии. Метод. рекомен.- Баку, 1998, 24с.
3. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Кохан М.М. Атопический дерматит: типы течение, принципы терапии.- Екартеринбург, 2000, 267с.
4. Мокроносова М.А. Влияние Sthaphylococcus aureus и дрожжеподобных грибов на течение атопического дерматита: Дисс. докт.мед.наук. – М., 1999
5. Ларина Т.В., Ожегов А.М., Пенкина Н.И.Клинико-метаболические особенности атопического дерматита у детей раннего возраста // Педиатрия, 2003, № 6, с.37-42
6. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням.- М., 1999, 807с.

SUMMARY
RATIONAL CHOOSE OF STAPHYLOCOCCUS INFECTION THERAPY ON CHILDREN
S.M. Kasumova

The purpose was research of golden staphylococcus in increase, supporting acute and harding of skin incompetence and offering some method of approach to therapy of this disease. There were observed 70 patients with staphylococcus enterocolit. Their were from 3 months to 3 years old. They had middle hard course of disease- 62%, middle course 14%, hard course- 24%. The absence of bacteriology cultural of staphylococcus infection of skin following with diharea syndrome.

Daxil olub:22.08.2008

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОГО Г0МЕ0СТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Э.А. Кулиев, М.М. Сулейманов, П.С. Мамедов, А.Г.Аллахвердиев
Центральный военный клинический госпиталь, г.Баку

Для сравнительного изучения динамики изменения показателей иммунного гомеостаза при огнестрельном и разлитом перитоните было обследовано 46 больных военнослужащих с данной патологией, средний возраст которых составил 27,6 лет. Среди них оперировано в реактивной стадии перитонита 6 человек (13,3%), в токсической - 31 (68,9%) и терминальной - 8 человек (17,8%). Повторное чревосечение, предпринятое преимущественно в связи с прогрессированием перитонита, было выполнено у 9 больных (20,0%), из которых 6 человек умерло.

Нами было установлено, что при разлитом перитоните в зависимости от стадии воспалительного процесса в брюшной полости происходят характерные изменения показателей иммунного гомеостаза (Таблица 1,2). Так, в реактивной стадии перитонита увеличивается количество циркулирующих "бе-зосадочных", "ранних", "стабильных", "тотальных" Е-РОК.

Таблица 1
Показатели иммунитета у больных при различных стадиях разлитого перитонита

Стадия перитонита	Показатели				
	бЕ-РОК	рЕ-РОК	Е-РОК	сЕ-РОК	вЕ-РОК
Нормальные величины	2,20± 0,17	24,7± 0,5	50,6± 0,9	2,60± 0,26	21,9± 0,4
Реактивная стадия	21,5*±1,1	32,3*± 0,9	79,2*± 1,7	23,5*± 0,9	33,8*± 1,4
Токсическая стадия	0,56*± 0,06	12,3*± 0,6	26,7*± 0,6	18,1*± 1,2	37,0*± 1,5
Терминальная стадия	0*	39,2*± 1,1	69,3*± 1,3	31,9*± 0,3	13,1*± 0,9

При токсической стадии заболевания резко снижено общее количество Т-лимфоцитов, "безосадочных", "ранних", и "стабильных" Е-РОК, происходит относительное увеличение числа "восстановленных" и "аутологичных" розеток, наблюдается антителопродукция.

В терминальной стадии перитонита количество циркулирующих Т-лимфоцитов, обладающих различными характеристиками Е-рецептора, резко увеличено, на фоне низких цифр иммуноглобулинов. Оперативное вмешательство, предпринятое по поводу разлитого

перитонита, приводило к снижению количества Т-лимфоцитов независимо от стадии развития гнойного процесса в брюшной полости.

В дальнейшем при благоприятном течении послеоперационного периода показатели иммунитета восстанавливались. У больных с прогрессирующим ухудшением состояния в послеоперационном периоде восстановление количества Т-лимфоцитов не происходило. Аналогично динамики изменения показателя Е-РОК изменялись показатели "ранних" и "стабильных" розеток.

Таблица 2

Показатели иммунитета у больных при различных стадиях разлитого перитонита

Стадия перитонита	Показатели					
	ау-РОК	М- РОК	ЕАС-РОК	IgM	IgG	IgA
Нормальные величины	0,94± 0,13	12,3± 0,1	29,66± 0,4	1,13± 0,04	11,52± 0,03	1,82± 0,02
Реактивная стадия	17,5*± 1,0	16,8*± 1,9	40,3*± 1,9	1,12± 0,02	11,36+0,02	1,26± 0,02
Токсическая стадия	13,3*± 0,66	12,4*± 0,4	32,8± 0,6	0,95*± 0,04	9,63*± 0,03	1,49± 0,04
Терминальная стадия	39,3*± 0,1	6,2*± 0,3	13,6*± 0,9	1,03± 0,02	9,96*± 0,03	1,31± 0,06

У больных, которым была произведена релапаротомия динамика изменений показателей иммунитета до операции была аналогична динамике изменения показателей у больных с токсической стадией перитонита (Таблица 1,2). После повторной операции уровень Т-лимфоцитов и их субклассов резко снижался. При этом динамика изменения количества показателей Т- системы иммунитета коррелировало с характером течения послеоперационного периода. Так, при благоприятном течении послеоперационного периода происходило восстановление показателей Т-системы иммунитета и, наоборот, при неблагоприятном течении патологического процесса в брюшной полости нормализация этих показателей отсутствовала.

Таким образом, у больных с разлитым перитонитом динамика изменения показателей иммунитета имеет фазовый характер, который в свою очередь определяется степенью выраженности воспаления брюшины. При этом динамика изменений количества показателей клеточного и гуморального звена иммунной системы коррелирует с исходом течения воспалительного процесса в брюшной полости.

В проведенном нами исследовании наиболее информативным оказался характер изменения количества Т-лимфоцитов и их субклассов, идентифицируемых с помощью "тотальных", "ранних", "стабильных", "восстановленных", "аутологичных" и "безосадочных" розеток.

Проведенными нами исследованиями установлено, что в реактивной стадии разлитого перитонита наблюдается активация клеточного иммунитета в основном за счет гиперфункции Т-индукторов/хелперов, а также повышенное поступление в циркуляцию малодифференцированных клеток предшественников Т-лимфоцитов. Снижение количества Т-лимфоцитов в токсической стадии перитонита происходит главным образом, за счет субклассов Т-клеток, функционирующих в реактивной стадии заболевания. Напротив, количество Т-лимфоцитов супрессоров/киллеров и их предшественников в этой стадии развития воспалительного процесса в брюшной полости повышается, что указывает на развитие иммунодефицита, в основе которого лежит нарушение соотношения основных субклассов Т-лимфоцитов в сторону Т-супрессоров/киллеров, приводящее к ингибиции антителопродукции [1].

В терминальной стадии перитонита количество Т-лимфоцитов и их субклассов резко увеличивается главным образом в сторону Т-индукто-ров/хелперов, однако уровень иммуноглобулинов остается на низких цифрах, что свидетельствует об угнетении гуморального звена иммунитета. На неполноценность иммунной реакции указывает также отсутствие в циркуляции активных Т-лимфоцитов. Подобные изменения следует, вероятно, отнести за счет

дефекта в механизме регуляции циркуляцией и дифферен-цировкой Т-лимфоцитов, возможно возникающего вследствие недостаточности функции гипофизарно-адреналовой системы и отсутствия контроля со стороны Т-супреосоров в образовании антител во взаимодействии с макрофагами. Увеличение количества циркулирующих Т-клеток можно связать с "предсмертной мобилизацией" всех резервов иммунитета, что подтверждается секционными данными о полном опустошении лимфоидных органов у умерших от генерализованных форм хирургической инфекции [4].

Можно предположить, что избирательная активация супрессоров в токсической стадии перитонита может быть следствием предшествующей гиперактивации иммунной системы и выполняющая в данном случае физиологическую роль своеобразного охранительного торможения в системе иммунитета. Отсутствие регулирующего влияния со стороны супрессоров ведет к быстрому истощению резервов плазматических клеток, образующих антитела и вследствие этого фатальному прогрессированию патологического процесса в брюшной полости.

В целом, характер функционирования иммунной системы у больных при банальном перитоните можно представить следующим образом. Основную, ключевую роль в гуморальном иммунитете играет соотношение хелперной и супрессорной функции Т-лимфоцитов. На рисунке *2* показаны изменения уровня и величины соотношения Т-лимфоцитов индукторов/хелперов (ИХ) и супрессоров/киллеров (СК), а также малодифференцированных предшественников Т-клеток "С" и относительно более дифференцированных пре-Т-лим-фоцитов "А", в основном предшественников супрессоров/киллеров. При этом обращает на себя внимание увеличение коэффициента ИХ-СК в реактивной и особенно терминальной стадиях и снижение их в токсической стадии перитонита. Резкое колебание показателей уровней содержания основных компонентов системы иммунитета указывает на глубокое нарушение регуляции процессов рециркуляции и дифференцировки лимфоидных клеток.

На этом фоне величина соотношения предшественников малодифферен-цированых и более дифференцированных предшественников Т-клеток постепенно снижается в терминальной стадии перитонита. Следует указать, что несмотря на высокий уровень "аутологичных" Е-РОК, количество "восстановленных" Е-РОК в терминальной стадии остается сниженным. В этих случаях следует полагать, что происходит нарушение конечных этапов дифференцировки Т-супрессоров. Возможно также, что увеличение количества "аутологичных[1] Е-РОК, представляющих собой гетерогенный субкласс предшественников Т-лимфоцитов в этот период происходит за счет пре-Т-индукторов/хелперов [5].

Таким образом, изменения показателей иммунитета при разлитом перитоните у больных отражают динамику патологических изменений брюшинного покрова при данном заболевании. Так, в реактивной стадии наблюдается "гиперактивация" иммунной системы, в токсической развивается иммунодефицит, в основе которого лежит повышенная активность Т-супрессо-ров, а в терминальной - вновь происходит патологическая "активация" системы иммунитета.

Таблица 3

Показатели клеточного иммунитета у больных с разлитым перитонитом до и после релапаротомии при различном характере течения послеоперационного периода

Характер течения послеоперационного периода	Показатели иммунтета			
	бЕ-РОК	рЕ-РОК	вЕ-РОК	а-РОК
Нормальные величины	2,20± 0,17	24,7± 0,5	21,9± 0,4	0,94± 0,13
До операции (п=9)	0,46±0,09	11,1± 0,9	31,3± 0,2	13,6± 0,4
Благоприятное течение послеоперационного периода	0,93± 0,06	17,8± 1,1	29,3±0,9	7,31± 0,90
Неблагоприятное течение послеоперационного периода	0	11,1± 0,6	39,6± 0,4	13,2± 0,9

Инверсия величин соотношения ИХ:СК и С:А у больных с разлитым перитонитом свидетельствует о глубоком дисбалансе основных компонентов системы иммунитета и как

следствие этого прогрессирование гнойного процесса в брюшной полости. Резкое увеличение коэффициента ИХ:СК ука-вывает на развитие терминальной фазы разлитого перитонита.

Таблица 4
Показатели клеточного иммунитета у больных с разлитым перитонитом до и после релапаротомии при различном характере течения послеоперационного периода

Характер течения послеоперационного периода	Показатели иммунитета			
	сЕ-РОК	тЕ-РОК	ИХ : СК	С : А
Нормальные величины	2,60± 0,26	50,6± 0,9	1,13± 0,06	2,71± 0,09
До операции (п=9)	18,9± 0,6	31,3± 1,1	0,34± 0,03	1,46± 0,01
Благоприятное течение послеоперационного периода	12,3± 0,9	46,9*± 0,9	0,61± 0,09	1,71± 0,07
Неблагоприятное течение послеоперационного периода	3,4*± 0,6	26,2± 1,3	0,26± 0,6	0,23± 0,09

*-статически достоверно (p<0,05) по сравнению с нормой

При выполнении оперативного вмешательства (в том числе и релапа-ротомии) у больных с разлитым перитонитом наиболее информативными критериями прогноза исходов лечения (Таблица 3,4) является общее количество Т-лимфоцитов и соотношение основных функциональных субклассов Т-клеток индукторов/хелперов и супрессоров/киллеров (ИХ: СК), показатели которых в раннем послеоперационном периоде независимо от исходного уровня снижались, а затем постепенно восстанавливались при благоприятном течении заболевания или не восстанавливались вовсе при неблагоприятном исходе течения разлитого перитонита.

Как известно, лимфопения, в том числе и Т-клеточная, относится к числу наиболее закономерных реакций, наблюдаемых в организме при стрессе и опосредованных через гипофизарно-адреналовую систему.

В результате изучения механизма лимфопении было установлено, что лимфопеническое действие присуще, в основном, глюкокортикоидам, под влиянием которых происходит уменьшение поступления Т и В-лимфоцитов в кровоток, из-за нарушения их циркуляции и накопления в лимфоидных органах [2]. С другой стороны хорошо известно, что при стрессе, вызванном различными раздражителями, происходит увеличение миграции клеток из тимуса и селезенки. По-видимому, уровень показателей иммунитета в периферической крови в раннем послеоперационном периоде определяется суммой двух противоположно направленных процессов: усиленной миграцией лимфоидных клеток из периферической крови Б лимфатические узлы и увеличением поступления в кровь клеток из селезенки и тимуса.

Так, кратковременное уменьшение количества Т-клеток на I сутки после операции быстро компенсируется и к 3-м суткам уровень Т-лимфоцитов восстанавливается. В группе "А" восстановления не происходит, из-за отсутствия пополнения циркулирующего пула Т-клеток из тимуса и селезенки.

В пользу данного предположения свидетельствует и тот факт, что неблагоприятное соотношение процесса миграций лимфоидных клеток из периферической крови в лимфатические узлы и обратно клеток из селезенки и тимуса гораздо выше среди больных, подвергшихся до операции стрес-сорному воздействию (например, при перитоните), которое способствовало истощению тимического и селезеночного пула Т-лимфоцитов и обусловило дефицит компенсаторных резервов после дополнительной травмы.

Снижение величины соотношения основных функциональных субклассов Т-лимфоцитов ИХ:СК является признаком вторичного иммунодефицита, приводящего к дефициту антителопродукции и, как следствие этого, к повышению риска развития гнойных хирургических осложнений [1]. Инверсия величины соотношения ИХ:СК может иметь множество причин и механизмов, ведущее место среди которых при перитоните занимает общая адаптационная реакция организма на стрессовое воздействие паталогического процесса в брюшной полости, операции и инфекции [3].

Следует указать, что показатель соотношения ИХ:СК во всех наблюдаемых нами случаях разлитого перитонита коррелировал с клинической симптоматикой, причем изменения

соотношения определяли характер динамики патологического процесса.

Таким образом, воспалительные процессы в брюшной полости, сопровождаются изменениями, как в общем количестве Т-лимфоцитов, так и величин соотношения их субклассов. В свою очередь, изменения показателей клеточного иммунитета определяют характер и стадии течения разлитого перитонита**.** Быстрая нормализация количества Т-лимфоцитов, сохраняющихся между их основными функциональными субклассами являются критериями, позволяющими предположить благоприятное течение заболевания.

Прогрессирующее снижение количества Т-лимфоцитов, инверсия величин соотношения субклассов Т-индукторов/хелперов и Т-супрессоров/киллеров, а также малодифференцированных предшественников Т-лимфоцитов и пре-Т-супрессоров/киллеров являются прогностически неблагоприятными признаками, свидетельствующими о развитии иммунодефицита, который и является основной причиной возникновения гнойного процесса в брюшной полости. При этом резкое увеличение количества индукторов/хелперов на фоне снижения числа супрессоров/киллеров указывает на терминальную фазу патологического процесса в брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волчек И.А, Основы иммунологии.-Киев: Вища школа, 1986, 504 с.
2. Горизонтов А.Н. Клинико-иммунологическое изучение больных острым распространенным перитонитом: Автореф. дис… канд.мед. наук.- Ереван, 1983, 19 с.
3. Лозовой В.П. Волчек И.А. и др. Возрастная характеристика комплементарной активности сыворотки крови при перитоните // Клин. хир., 1985, №1, с 24-25.
4. Струков А.И., Петров В.И., Пауков В.С. Острый разлитой перитонит.- М.:Мед., 1987, 285 с.
5. Palacios, KellerR., Ritz., Herzog H. Die Bedeutung der Corticosteroide in der prophylaxe und Behandlung des ARDS // ARDS Hrsg. R.Keller., G.Wolf., Suter Springen, Berlin Heidelberg, 1981, p.109

Daxil olub:22.09.2008

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

С.Д. Гасымов
Центральный военный клинический госпиталь, г. Баку

В настоящее время доказано важное значение иммунных механизмов в развитии и прогрессировании хронических диффузных заболеваний печени (ХДЗП), проявляющееся накоплением специфических аутоантител к ткани печени, циркулирующих иммунных комплексов, гиперграммаглобулинемиеи с увеличением содержания иммуноглобулинов различных классов, патологией клеточного иммунитета и т.д. [10,11,12]. При хронических гепатитах и циррозах печени вирусной и алкогольной этиологии нередко развиваются аутоиммунные расстройства, патогенез которых представляет агрессию собственной иммунной системы против компонентов ткани печени [8].

В связи с этим важным направлением в лечении ХГ с выраженной мезенхимально – воспалительной активностью и активных форм ЦП является коррекция иммунных нарушений [10,11]. Учитывая имеющиеся в литературе сведения об иммунокорригирующем эффекте ПФ при различных патологических состояниях нами была поставлена цель изучить некоторые аспекты подобного действия метода у больных ХГ и ЦП.

При оценке иммунокоррегирующего эффекта метода ПФ в клинической практике одним из наиболее информативных показателей считается динамика концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в периферической крови [7]. В связи с этим было проведено исследование содержания ЦИК в периферической крови в процессе проведения лечения методом дискретного ПФ у 30 больных ХДЗП (23 – ХГ и 7 – ЦП). В качестве контрольной группы было обследовано 11 больных (6 – ХГ и 5 – ЦП) , получавших стандартную терапию без включения эффективных методов.

Как следует из рисунка, исходный уровень ЦИК в обеих группах больных ХДЗП достоверно превышал нормальные показатели. После курса ПФ концентрация ЦИК в среднем по группе достоверно ($p< 0,01$) снизилась с 37,3 ±4,7 ед. до 20,4 + 2,8 ед., приближаясь к

величине у здоровых лиц – 14,0 + 3,2 ед. При этом существенное уменьшение содержания ЦИК в периферической крови после курса ПФ наблюдалось у 83 % больных и лишь у 17 % концентрация ЦИК сохранялась на исходном уровне.

В группе больных ХГ и ЦП, получавших «стандартную» терапии. Без включения эффективных методов тенденции к снижению уровня ЦИК и моменту завершения курса лечения и выписки из стационара практически не наблюдалось.

Обращало на себя внимание, что степень снижения содержания ЦИК после ПФ зависела от их исходного уровня до лечения. Наиболее значительное очищение крови от ЦИК наблюдалось у пациентов с достоверно повышенным их содержанием в периферической крови до ПФ. При этом у части больных ХДЗП после курса ПФ уровень ЦИК уменьшался в 3 и более раз.

Наблюдения за больными ХДЗП, получившими курс ПФ, в динамике позволяют утверждать о стойкости эффекта снижения ЦИК после подобного лечения. 10 больных были обследованы в сроки 1,5 – 6 месяцев после получения курса эффективной терапии. У большинства из данных пациентов (8 больных) отсутствовало нарастание уровня ЦИК на момент обследования, а в шести случаях (60%) их концентрация была даже ниже, чем непосредственно после курса ПФ. Одновременно с этим у больных ХДЗП после курса ПФ наблюдалось достоверное снижение уровня глобулинов крови, отражающих суммарное содержание антител в кровотоке. Содержание глобулинов в крови у больных ХДЗП снизилось в среднем с 41,2810,98г/л до 36,81 ± 0,96 г/л ($p<0,01$), что, в свою очередь, в целом может характеризовать процесс очищения организма от продуктов аутоагрессии.

Интерфероны в настоящее время рассматриваются как одни из ключевых естественных регуляторов защитных, а также многих других физиологических процессов, протекающих в организме [4,5,6,9]. Исследования последних лет показали, что течение и прогноз ХДЗП в значительной степени определяются состоянием системы интерферона [1,2,3].

Для изучения влияния дискретного ПФ на концентрацию и противовирусную активность сывороточного интерферона – а (ИФН-а) при ХДЗП было обследовано 26 больных (20 – хроническим гепатитом и 6 – циррозом печени). Контрольную группу составили 25 больных (18 – ХГ и 7 –ЦП), получавших курс «стандартную» медикаментозной терапии без включения в него противовирусный препарат, препаратов интерферонового ряда и стимуляторов интерфероногенеза.

У всех пациентов заболевание протекало с выраженной активностью патологического процесса, признаками мезенхимально-воспалительного и цитолитического синдромов. Концентрация ИФН – а и его противовирусную активность в сыворотке крови определяли до проведения ПФ, через 24 часа, непосредственно перед следующей процедурой и при выписке больного из стационара. Определение концентрации сывороточного ИФН – а осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа. За нормальный уровень ИФН – а сыворотке крови были приняты показатели, полученные в группе здоровых лиц (доноры), в среднем – 5,3 + 2,21 пкг/мл.

Исследование противовирусной активности ИФН – а проводилось с помощью биологической системы, состоящей из культуры клеток, высоко чувствительных к действии. ИФН, и индикаторного вируса – цитопатического агента с коротким циклом репродукции.

Противовирусная активность ИФН – а в группе доноров составила 6,1 ± 2,5 МЕ/мл. исходная концентрация сывороточного ИФН – а у большинства обследованных больных (76%) была достоверно повышена по сравнению с донорами и в среднем составила 16,4 ±1,71 пкг/мл (табл.9). содержание сывороточного ИФН – а в контрольной группе больных ХДЗП до лечения приближалось к данному значению – 17,9 +2,37 пкг/мл.

Противовирусная активность ИФН – а у 73% больных (19 чел.) до проведения ПФ достоверно превышала значения, характерные для здоровых лиц и составляла – 20 – 40 МЕ/ мл, а у 27% 97чел.) приближалась к показателям в группе здоровых лиц – 5 – 10 МЕ/мл. В среднем величина данного параметра до ПФ составила 26,94 ± 3,4 МЕ/мл. и достоверно не отличалась от активности в контрольной группе больных – 23,41 ± 2,9 МЕ/мл. динамическое наблюдение за больными показало, что у 77% из них через 24 часа после проведения ПФ отмечалось существенное повышение противовирусной активности ИФН-а (в 2-4 раза), по сравнению с

исходной величиной. В среднем противовирусная активность ИФН – а возросла с 26,94 +3,4 МЕ/мл. до 47,87 +4,7 МЕ/мл. (р< 0,001). Через 3-4 дня после сеанса ПФ, перед проведением очередной процедуры противовирусная активность ИФН-а имела тенденцию к снижению, либо стабилизировалась на более высоком уровне.

Таблица

Концентрация и противовирусная активность ИФН – а в сравниваем группах больных ХДЗП до и после лечения

Группы больных ХДЗП	Концентрация ИФН – а (пкг/мл)	Противовирусная активность ИФН – а (МЕ/мл)
До курса ПФ(п=26) Р	±1,71< 0,001	26,94 +3,4 < 0,001
После курса ПФ Р P_i	18,71 ± 2,24 < 0,001>0,05	47,87 + 4,7 <0,00 <0,01
До «стандартного» Лечения (п=25) Р	±2,37<0,001	23,41±2,9 <0,001
После «стандартного» лечения Р P_i	21,2+3,73 <0,001 >0,05	18,33±3,5 <0,001 >0,05
Доноры (п=30)	5,3±2,21	6,1+2,5

р – достоверность по сравнению с донорами; P_i – достоверность по сравнению с показателями до плазмафереза

В тоже время заметного влияния на концентрации. ИФН – а в сыворотке крови больных ХДЗП проводимые сеансы ПФ не оказывали. Значения данного показателя, полученные до проведения ПФ, через 24 часа, непосредственно перед следующей процедурой и при выписке больного из стационара существенно интерфероиндуцирующее действие, не приводят к существенному удалению данного цитокина из кровотока. У значительно меньшей части больных (23%) сеансы ПФ существенного влияния на противовирусную активность ИФН – а не оказывали. В основном эту группу составили пациенты с исходно низкой активностью ИФН – а (5 – 10 МЕ/мл).

Исследование состояния ИФН – а у больных ХДЗП до и после проведения сеанса и курса ПФ позволило выделить 2 типа реакции цитокина на данный метод лечения.

Первый тип реакции на ПФ (77% больных) характеризовался резким поджемом (в 2-4 раза), по сравнению с исходным уровнем, противовирусной активности ИФН – а при сохранении повышенной его концентрации в сыворотке крови. В этом случае ПФ, безусловно, оказывал индуцирующее влияние на противовирусную активность ИФН-а. Следует указать, что в данной группе, как правило, не наблюдалось исходно низких показателей противовирусной активности ИФН – а. Второй тип реакции (23% больных) характеризовался отсутствием изменений или снижением противовирусной активности ИФН – а после проведения сеанса ПФ. При этом концентрация сывороточного ИФН –сс у больных этой группы как до, так и после сеанса ПФ существенно превышала значения у здоровых лиц, и достоверных колебаний уровня данного цитокина в сыворотке крови не наблюдалось. Обращало на себя внимание то, что практически у всех больных ХГ и ЦП с подобным типом реакции на ПФ (как на первую, так и на последующие процедуры), исходных уровень противовирусной активности ИФН – а не превышал показатели, характерные для здоровых лиц, несмотря на клинико – лабороторные признаки высокой активности патологического процесса в печени.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что ПФ оказывает индуцирующее действие на противовирусную активность ИФН – а, что является еще одним механизмом, обжясняющим положительный лечебный эффект данного метода у больных ХДЗП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенов О. А., Гвоздилова Д.А., Руденко В.И. и др. Метод количественной гемадсорбции для титрования интерферона в организме мышей и человека / Проблемы патогенеза и иммунологии респираторных вирусных инфекции. Л., 1969, с. 157 – 163
2. Аксенов О. А., Пархаева О.В., Сиземов интерфероногенеза при различных формах ПВИ в процессе лечения их виферoном / Новые перспективы применения препаратов интерферона в пелиатрии и гинекологии. Сб. трудов научно – практической конференции.- СПб.,1997,с. 38 – 41
3. Виноград Н.А., Тазулахова Э.Б., Сайиткулов А.М. Сравнительное изучение противохламидийного действия индукторов интерферона, относящихся к ароматическим углеводородам / Современные аспекты применения интерферонов и других иммуномодуляторов. – М.: Медицина, 1990, 17 с.
4. Виноградова Е.Н. Вирусные гепатиты В и С (проблемы диагностики и терапии): Дис…д-ра.мед. наук. – СПб., 1997
5. Гейвандова Н.И. Медиаторы воспаления в патогенезе, диагностике и лечении хронических вирусных заболеваний печени: Автореф. Дис.. д-ра … мед. наук .-М., 2001, 27 с.
6. Гейвандова Н.И., Горбаков В.В., Ягода А.В. синтез эндогенного а-интерферона у больных хроническими вирусными заболеваниями печени: возможности прогнозирования эффективности интерферонотерапии // Рос. медицинские вести, 2000, №1, с. 28-31
7. Громов М.И., Омельченко В.С., Яковлев А.А. экспериментальная оценка детоксикационного эффекта плазмафереза, связанного с элиминацией ЦИК (Детоксикационная терапия при травматической болезни и острых хирургических заболеваниях) / Респ. Сборник научных трудов. -1989, с. 91-94
8. Ивашкин В.Т., Буеверов А..О. клиническая гепатология сегодня и завтра // Российский журнал гастроэнтерологии, патологии, колопроктоллогии, 2002, №1, с.4-9
9. Игнатова Т. М., Крель П.Е., Апросина З.Г., и др. результаты лечения больных хроническим гепатитом с препаратами интер – ферона – альфа // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопрактологии, 2000, №1, с.10
10. Логинов А.С, Блок Ю.Е. хронические гепатиты и циррозы печени. – М.: Медицина,1987, 268 с.
11. Логинов А.С., Церегородцева Т.М., зотина М.М. иммунная система и болезни органов пищеварения. – М. : Медицина, 1986, 256 с.
12. Подымова С.Д. Болезни печени / Руководство для врачей. –М. : Медицина, 1998, 544с.

Daxil olub: 22.11.2008

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ТВОРЧЕСКОЙ КОМПОНЕНТЫ В ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ

Г.М. Мамедова
Центральная больница нефтяников, г. Баку

Беременность для самой женщины является этапом личностного и психосексуального развития, поэтому ей необходимо знание о самой себе и об ожидающих её вплоть до рождения ребенка соматических и психических состояниях. Благоприятный психоэмоциональный фон протекания беременности может способствовать личностному взрослению женщины, укреплению и обогащению её психики новым уровнем психологических самооценок [1,2].

Будучи психологически неподготовленным, получив отрицательный опыт первой беременности, а значит, не познав в полной мере радости материнства, многие женщины отказываются от рождения второго и третьего ребёнка.

Эмоции, являясь ядром личности, особенно у женщин, существенно влияют на течение биологических процессов, способствуют адаптации к выживанию. Отсюда следует необходимость "эмоциональной грамотности", которая требуется для формирования социальной и эмоциональной компетентности. Развитие эмоциональной компетентности повышает адаптационные способности, сопротивляемость, выносливость, особенно необходимые в период вынашивания и рождения ребёнка.

Особый интерес представляет связь эмоций с творчеством, "эмоциональная креативность", где сама эмоция рассматривается как творческий акт, вызывающий позитивную перестройку организма [5,6].

ЦЕЛЬЮ исследования явилось обоснование введения в программу психопрофилактической подготовки эмоционального аспекта при анкетировании.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Психопрофилактика проводилась 111 женщинам, среди которых 60 беременных были психологически неблагополучны в отношении микросреды, т.е. эти женщины имели отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА), проблемы с первыми родами, были психологически лабильны и подвержены тревоге и страху перед предстоящими родами. Остальные 51 беременные были психологически неблагополучны как в микро-, так и макросреде. В этой группе женщины находились в неудовлетворительных жилищных условиях, отмечали ОАГА, конфликты на работе и дома.

Психологические исследования проводились по следующим методикам: беседа, методика САН (самочувствие, активность, настроение), методика определения психосоматического индекса (ПСИ), шкала Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина, опросник нервно-психического напряжения Немчина, Мини-мульт тест. Контрольную группу составили 30 псхилогически благополучных беременных.

Обследуемым женщинам были присущи печаль, безрадостность, усталость, уныние, раздражительность, подавленность. Психоэмоциональный статус беременных контрольной группы характеризовался устойчивым, адекватным реагированием.

Отметим, что к достоинствам современных методов можно отнести глубокий подход к физиологической готовности женщины с предписанием активной работы над укреплением общефизического состояния (закаливание, растяжки мышц, релаксация и др.). К недостаткам – игнорирование эмоциональной сферы женщины, которая, как показали исследования Н.П. Коваленко [4], является определяющей в формировании общей стабильности и здоровья.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ. В связи с этим, учитывая имеющиеся многочисленные опросники, результаты многочисленных исследований и свои собственные наблюдения мы составили опросник, в котором, на наш взгляд, был учтён положительный опыт и знания, накопившиеся в акушерстве по психопрофилактике беременных (приложение 1). Мы старались, чтобы модифицированный нами опросник был прост и доступен в использовании, а также, чтобы он не был громоздким и утомительным.

Женщинам обжясняли, что в опроснике нет “хороших” или “плохих” ответов и чтобы они, отвечая на вопросы, свободно и искренне выражали своё собственное мнение, а не старались произвести своими ответами благоприятное впечатление.

Модифицированный нами опросник состоит из 15 пунктов и включает в себя: Высокое материальное положение, т.е. обращение к факторам материального благополучия как главному смыслу существования; Креативность, т.е. реализация своих творческих возможностей, стремление изменять окружающую действительность; Активные социальные контакты, т.е. установление благоприятных отношений в различных сферах социального взаимодействия, расширение своих межличностных связей, реализация своей социальной роли; Развитие себя, т.е. познание своих индивидуальных особенностей, постоянное развитие своих способностей и других личностных характеристик; Достижения, т.е. постановка и решение определенных жизненных задач, как главный жизненный фактор; Духовное удовлетворение, т.е. руководство морально-нравственными принципами, преобладание духовных потребностей над материальными; Сохранение собственной индивидуальности, т.е. преобладание собственных мнений, взглядов, убеждений над общественными, защита своей неповторимости.

При адаптации опросника за основу был взят опросник креативности Рензулли [12]. Каждый пункт опросника оценивается по шкале, содержащей четыре градации: 4 — постоянно, 3 — часто, 2 — иногда, 1 — редко. Общая оценка креативности является суммой баллов по 15 пунктам (минимальная возможная оценка — 15, максимальная — 60 баллов).

При анкетировании выявлено, что средний или нормальный уровень креативности отмечался у 47 (42,3%), низкий – у 52 (46,8%), очень низкий – у 10 (9,0%) и лишь в 0,9% случаев (1 пациентка) определен высокий уровень креативности. Отметим, что очень низкий уровень выявлялся у женщин неблагополучных с микро- и макросредой.

Как известно, эмоциональную жизнь современного человека определяют две разнонаправленные тенденции. Первая тенденция характеризуется возрастанием частоты и интенсивности эмоциональных нагрузок, чему способствует ряд современных условий: стремительное изменение социальной и физической среды, повышение темпов жизни и её стоимости, разрушение традиционных семейных структур, социальные и экологические катаклизмы. Человек реагирует на эти особенности современного бытия переживаниями страха, тревоги, беспомощности, тоски и отчаянья. Вторая тенденция характеризуется негативным отношением к эмоциям, которым приписывается деструктивная, дезорганизующая

роль.

В целом среди обследованных женщин доминировала вторая тенденция.

Выделяя признаки творческого акта, практически все исследователи подчеркивали его бессознательность, спонтанность, невозможность его контроля со стороны воли и разума, а также изменение состояния сознания. С креативностью сопряжены два личностных качества, а именно ─ интенсивность поисковой мотивации и чувствительность к побочным образованиям, которые возникают при мыслительном процессе. Творческая способность (креативность) является самостоятельным фактором, независимым от интеллекта [7,11].

Эмоциональная креативность (emotional creativity) представляет собой развитие эмоциональных синдромов как новых, эффективных и аутентичных. Эффективность/аутентичность (effectiveness/authenticity, EC) — умение выражать эмоции искусно и искренне [8,9]. Кроме того, эмоции расцениваются как аутентичные, если они совместимы с важнейшими интересами личности и способствуют её благополучию.

Высокий уровень эмоциональной креативности даёт ряд личных и социальных преимуществ его обладателю. Среди них – глубина познания собственного эмоционального опыта, склонность к содержательному анализу чувств и поведения, толерантность к себе и другим, самоуважение, уверенность в себе, способствующая самоэффективности.

Эмоциональная креативность не возникает на пустом месте. Это достижение, «порождённое определёнными усилиями и предус-мотрительностью» [10]. Развитию эмоциональной креативности могут способствовать эмоциональные травмы, препятствия и разочарования. Осознаваемая эффективность/аутентичность чаще ассоциируется с предполагаемой пользой, извлечённой из прежнего опыта, а не с его жестокостью или количеством травматических событий [8].

Ч.Э.Спирмен называл креативность «силой человеческого ума, создающей новое содержание путём изменения и создания новых связей» [3]. В нашем случае у беременных создаются новые связи в связи с новым для них положением, т.е. беременностью.

Пренебрежение эмоциональными аспектами жизни ведет к все большему распространению расстройств так называемого аффективного спектра: соматоформных, депрессивных, тревожных, нарушений.

Проведенные исследования показали необходимость внедрения в современные методы психопрофилактики беременной женщины творческой компоненты, насыщенной позитивным эмоциональным опытом.

В заключении подчеркнем, что не менее важным для успеха психопрофилактической подготовки является введение в план подготовки творческой компоненты.

Опросник-анкета (модифицированный опросник Рензулли)

1. В вашей жизни много интересного.
2. Вы работаете с большим напряжением.
3. Вы любознательны в самых разных областях: постоянно задаете вопросы о чем-либо и обо всем.
4. Вы выдвигаете большое количество различных идей или решений проблем.
5. Вы свободны и независимы в выражении своего мнения.
6. Вы способны рисковать.
7. Вы предприимчивы.
8. Вы решительны.
9. Вы предпочитаете игры, связанные с «игрой ума», вышивание, рукоделие, шитье, готовить, печь (заниматься кулинарией).
10. Вы манипулируете идеями.
11. Вы обладаете тонким чувством юмора и видите смешное в ситуациях, которые не кажутся смешными другим.
12. Вы осознаете свою импульсивность.
13. Вы обладаете чувством прекрасного; уделяете внимание эстетическим характеристикам вещей и явлений.
14. Вы имеете собственное мнение и способны его отстаивать; не боитесь быть непохожими на других.

15. Вы критикуете конструктивно; не склонны полагаться на авторитетные мнения без их критической оценки.

Таблица
Ключ к опроснику

Уровень креативности	Сумма баллов
Очень высокий	60-55
Высокий	54-45
Нормальный, средний	44-35
Низкий	34-25
Очень низкий	24-15

ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков И.В. Основные направления перинатальной психотерапии и организация психотерапевтической помощи в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства / Материалы Форума «Репро-дукция человека-2003.- М., 2003, с.34-38

2. Добрянская Р.Г., Евтушенко И.Д., Берестнева О.Г., Лазутина Г.Н. Результаты организации дифференцированной медико-психологической помощи беременным женщинам / Второй Международный Конгресс по репродуктивной медицине «Репродуктивное здоровье семьи».- М., 2008, с.64-65

3. Дружинин В.Н. Психология общих способностей.- СПб.: Питер, 2007, 368с.

4. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоцио-нального состояния женщины в период беременности и родов: Автореф. Дис... канд. псих. Наук.- СПб., 1998, 20 с.

5. Сметанкин А.А., Толкалов А.В., Дурнов О.В. Психофизиологическая дородовая подготовка беременных с использованием метода биологической обратной связи // Биологическая обратная связь, 1999, №4, с.3-8

6. Собчик Л.Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности.- СПб.: Речь, 2004, 224 с.

7. Рудина Л.М. Индивидуально-психологические особенности адаптивности женщин к состоянию беременности: Автореф. Дис…. канд. психол. наук.- М., 2003, 24 с.

8. Averill J.R. Individual differences in emotional creativity: structure and correlates // Journal of Personality, 1999, v. 67, N2, p.331-371

9. Averill J.R. A tale of two Snarks: emotional intelligence and emotional creativity compared // Psychological Inquiry, 2004, v.15, p.228-233

10. Averill J.R. Emotions as mediators and as products of creative activity. In J.Kaufman& J.Baer (Eds.). Creativity across domains: Face of muse. Mahwah, N.Y.: Erlbaum, 2005, p. 225-243

11. Georgas G., Giakoumaki E., Georgoulias N. et al. Psychosocial stress and its relation to obstetrical complication // Psychother.Psychosom., 1984, №41, p.200-206

12. Renzulli J.S., Hartman R.K. Scale for rating behavioural characteristic of superior students // Exceptional Children, 1971, №38, p. 243–248

SUMMURY

EXPEDIENCY OF THE CREATIVE COMPONENTS IN PSYCHOPRE- VENTIVE PREPARATION OF PREGNANT WOMEN

G.M. Mammadova

In article the necessity of studying of emotional sphere of pregnant women is shown. We offer the modified questionnaire of definition the emotional creativity and recommend it to application. Our researches have shown the expediency of using the creative components for modern methods of psychopreventive preparation of pregnant woman.

Daxil olub: 23.12.2008

İL-1B-NIN TEZ-TEZ XƏSTƏLƏNƏN UŞAQLARDA RESPİRATOR XƏSTƏLİKLƏRİN GEDİŞİNƏ TƏSİRİ

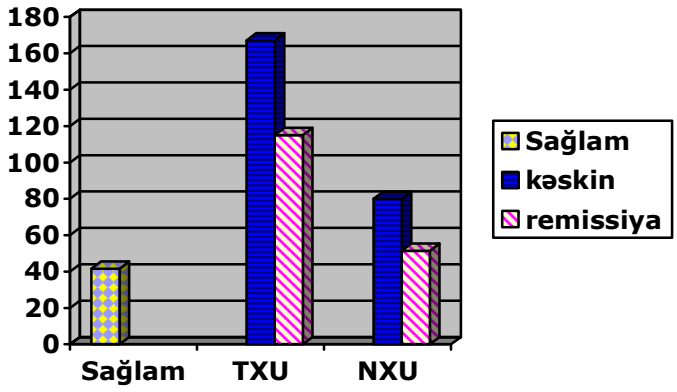
M.K.Kərimova
K. Fərəjova ad. Pediatriya institutu, Bakı

Respirator xəstəliklər pediatriyanın aktual problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır.Son illər bu xəstəliklərin residivləşməsi,uzun sürən və xronik hala keçməsinə heç də az təsadüf olunmur [1,2,4,7,8,10,12].Onu da qeyd etmək lazımdır ki,müasir dövrdə iltihabi proseslərin gedişinə təsir edən amillər içərisində zülal tərkibli bioloji aktiv maddələr olan sitokinlərə mühüm əhəmiyyət verilir [1,2,3,5,6, 9,12,13,14].Bu sitokinlər içərisində iltihab sitokini olan İL-1β- nın özünəməxsus yeri vardır [1,2,3,5,6,7,10,11,12,13].

Biz respirator xəstəliklərlə tez-tez xəstələnən uşaqlarda xəstəliyin gedişinə İL-1β -nın təsirini öyrənməyi qarşımıza MƏQSƏD qoyduq.Bu məqsədlə tez-tez xəstələnən 96 uşaq müayinə olundu.Yaşa görə uşaqlar 3 qrupa bölünmüşlər: 1 yaşadək 27%, 1-6 yaşda 36,4%, 7-14 yaşda 36,4% uşaq olmuşdur.Cinsə görə uşaqların 47,2%-i oğlan,52,8%-i isə qız olmuşdur.56,2% halda TXU-da yanaşı olaraq LOR xəstəlikləri (otit,haymorit, xronik tonzillit,adenoidit) aşkar edilmiş- dir.22 uşaqda (22,8%) kəskin pnevmoniya,48 uşaqda (50%) residivləşən bronxit, 26 uşaqda (27,1%) kəskin obstruktiv bronxit qeyd edilmişdir.50% halda helmintoz, 88,1%-də disbakterioz, 20,7%-də anemiya, 41,6%-də allergik xəstəliklər aşkar olunmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Nadir xəstələnən 30 uşaq (NXU) müqayisə qrupunu, 30 praktik sağlam usaq isə nəzarət grupunu təşkil etmişdir.Uşaqlar xəstəliyin kəskin və klinik remissiya dövrlərində müayinə olunmuşlar. Bütün uşaqlqrda ümumklinik müayinələrlə yanaşı , qan zərdabında İL-1β sitokininin səviyyəsi " İMMULİTE " (ABŞ) sistemində immunohemolüminissent metodu ilə yoxlanılmışdır.

Apardığımız araşdırmalar nəticəsində müəyyən olundu ki,TXU-da respirator xəstəliklərin kəskin dövründə iltihab sitokini olan İL-1β -nın səviyyəsi artır.Belə ki, sağlam uşaqlarda bu göstərici 41,6±4,13 pg/ ml olduğu halda, TXU-da hər üç yaş qrupunda xəstəliyin kəskin dövründə yüksəlib orta hesabla 167,1±9,3 pg/ml olmuşdur (P> 0,05).NXU-da da respirator xəstəliklərin kəskin dövründə İL-1β -nin konsentrasiyası artmış (80,3± 6,2 pg/ml ; P> 0,05) və sağlam uşaqlarınkından fərqlənmişdir. Lakin NXU-da xəstəliyin klinik remissiya dövründə İL-1 nın səviy- yəsi sağlam uşaqların göstəricisinə yaxınlaşsa da (51,5±4,3 pg/ml) , TXU-da bu göstərici xəstəliyin klinik remissiya dövründə də kifayət qədər yüksək olmuşdur (Şək.1).



Şək. 1. TXU-da respirator xəstəlikər zamanı qan zərdabinda İL-1β-nın səviyyəsi Pg/ml

Qeyd etmək lazımdır ki,İL-1 əsasən makrofaqlardan hasil olan iltihab sitokini olub,həm yerli,həm də ümumi iltihab reaksiyalarında rol oynayır.Onun iltihabi aktivliyi neytrofil,bazofil,endoteliosit,hepatositlərə tropluğu ilə əlaqədardır.İL-1 ilk dəfə 1972-ci ildə identifnkasiya olunmuıdur,makrofaqlardan başqa, monosit,eləcə də fibroblastlar ,.endotel,dendritik hüceyrələr,B-limfositlər,dərinin Langerhans huceyrələri,keratinositlər,astrositlər,mezengial

hüceyrələr,təbii killerlər,ciftin desidual hüceyrələri tərəfindən də ifraz olunur.İL-1 ontogenezdə limfosit və immunoqlobulinlərin evalyusiyasına qədər filogenetik molekul hesab olunur.Bu baxımdan,onun təsirinin immun sistem çərçivəsindən kənara çıxması heç də təəccüb doğurmur [1,3,5,13].

İL-1 sintezi insanın II xromosomunda yerləşən müxtəlif genlər tərəfindən idarə olunan iki molekuldan (α,β) ibarətdir.Hər iki interleykin quruluşca müxtəlif olsa da,bioloji aktivliyinə görə bir-birinə yaxındır. İL-1 üç formada : hüceyrə daxilində,membranla bağlı və sekret formasında ifraz olunur.İL-1β əsasən sekret formasında olur.

İL-1 klassik iltihab mediatorlarının azad olunmasına təsir göstərməklə yanaşı , iltihabi reaksiyaların inkişafında ,gedişində mühüm rol oynayır.Hematoensefalik baryeri keçə bildiyindən ,İL-1 hipotalamus və hipofizar mərkəzlərə təsir göstərə- rək, qızdırma,halsızlıq,iştahasızlıq ,yuxunun pozulması və s. kimi hallara səbəb ola bilir.Bu sitokin başqa adla,"pirogen" sitokin adlanır. [3,5,6,12].

Müəyyən olunmuıdur ki, İL-1 tsiklooksigenaza fermentinin aktivliyini azaldır,nəticədə prostoqlanlərin miqdarı artır,son nəticədə periferik damarların spazmını əmələ gətirir,bununla da istilikvermənin çətinləşməsi sayəsində istilikəmələgəlmə ilə istilikvermə arasındakı nisbət pozulur,hərarət yüksəlir.

İL-1β -nın dalaqda,agciyər toxumasında və hipotalamusda simpatik sinir sisteminə seçici şəkildə aktivləşdirici təsiri təsdiq olunmuşdur ki,bu da kəskin faza reaksiyalarının inkişafı üçün vacib şərtlərdən biridir.Müəyyən olunmuşdur ki,İL-1 böyrəküstü vəzilərə bilavasitə təsir göstərməklə qanda kortikosteroidlərin artma- sına səbəb olur. Bu sitokinin hepatositlərə təsirindən iltihabın kəskin fazasında C-reaktiv zülal, α1-antitripsin, α2-makroqlobulin, firinogen və s.- in sekresiyasını artırır, albumin isə azalır. İL-1 qaraciyərdə lipoproteinazanın sintezinə inhibitor təsiri göstərməklə , lipidlərin ifrazını azaldır və nəticədə laktat-asidoz inkişaf edir. İL-1 sitoxrom P-450 sintezini zəiflədir, eləcə də proteinazanın sintezini induksiya edir. Bu sitokin həmçinin eritropoetinin antaqonistidir, qan zərdabinda Cu-nun miqdarini artırir, Fe və Zn-nın miqdarini azaldır [1,3,5,6,11,13].

Müəyyən olunmuşdur ki, hipoksiya ilə müşayiət olunan hallarda, o cumlədən bronx-ağciyərlərin iltihabi xəstəliklərində qanda İL-1 β -nin səviyyəsi yüksəlmiş olur. Toksikozla müşayiət olunan iltihabi xəstəliklərdə, o cümlədən kəskin pnevmoniya zamanı İL-1 β-nin səviyyəsinə hipoksiya ilə yanaşı intoksikasiyanın da dərəcəsi təsir göstərir. İL-1 endotel hüceyrələrin proliferasiyası və aktivləşmə- sinə təsir göstərərək, potensial vazodilatatorların sintez olunmasına, qan laxtalarının formalaşmasına səbəb olur. İL-1-in bu çoxşaxəli təsir xüsusiyyəti hesabina orqanizım müxtəlif endogen və ekzogen mənşəli patoloji proseslərin qarşısını ala bilir. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, İL-1-in sintezinin səviyyəsinin artması, yəni hiperproduksiyası toxumalarin zədələnməsinə səbəb ola bilər [1,2,10,12,14]. Müəyyən olunmuşdur ki, İL-1 Th0 hüceyrələrin Th1 və Th2 hüceyrələrə differensasiyasını təmin edir.Lakin onun artıq səviyyəsi Th1 hüceyrələrin azalması, Th2 hüceyrələrin isə artmasına səbəb olur.TH1 hüceyrələrin azalmazı isə təbii ki,immunodefisit vəziyyətlərin yaranmasına gətirib cıxarır.Belə ki,Th1 hüceyrələrdən İL-2, γ-İFN və s. hüceyrə immunitetinin göstəriciləri hasil olur [9,10]. Buradan aydın olur ki,NXU-dan fərqli olaraq TXU-da xəstəliyin nəinki kəskin dövründə,eləcə də klinik remissiya dövründə də İL-1β-nın səviyyəsinin sağlam uşaqlarla müqayisədə yüksək olması bu uşaqların immunodefisitli uşaqlar olmasında .adı çəkilən sitokinin də rolu olduğunu göstərir.

TXU məlum olduğu kimi,ildə 4-6 dəfədən artıq KRVİ ilə xəstələnən uşaqlar olub,risk qrupunu təşkil edirlər.Bu uşaqlar immunodefisitli uşaqlardır,sağlamlıq qrupuna görə II qrupa daxil olan TXU xronik xəstəliklərə meylli olurlar.Belə uşaqlarda respirator xəstəliklərin residivləşməsi,uzun sürən və xronik hala keçmə- sinə daha çox təsadüf olunur [1,2,4,7,8,12].TXU-da respirator xəstəliklərin patoge-nezində immun sistemin, o cümlədən sitokinlərin rolu danılmazdır.Belə uşaqlarda xəstəliklərin gedişində sitokinlərin nümayəndəsi kimi düşünürük ki,İL-1- in rolu böyükdür.Klinik remissiya zamanı da qan zərdabında İL-1β -nın yüksək konsentra siyası TXU-da iltihabın davam etməsini göstərir.Düşünürük ki,İL-1 –in əvvəldə qeyd etdiyimiz təsirləri ilə yanaşı ,onun həm də son illər iltihab və immun proseslərdə roluna mühüm əhəmiyyət verilən neyropeptid – P maddəsi ilə olan əlaqəsini də nəzərdən qaçirmaq olmaz.Artıq qeyd etmişdik ki,İL-1 hematoensefalik baryeri keçə bilmək qabiliyyətinə malikdir.O, mərkəzi sinir sistemində hipotala- mus və hipofizar mərkəzlərə təsir etməklə, qızdırma, anoreksiya, qliyanın proliferasiyasının sürətlənməsi,endorfin kortikotropin-rilizinq faktoru (KRF) ,adrenokortikotrop,somatotrop, lüteotrop hormonları,prolaktin, eləcə də sinir uclarına təsir edərək P maddəsinin sekresiyasını artırır.Bəzi müəlliflər belə hesab edirlər ki,KRF

hipotalamusdan başqa,periferik toxuma hüceyrələri tərəfinlən də sintez oluna bilər [11,12]. Bu baxımdan,son illər TNF- α, İL-1 və İL-6-ya toxuma KRF kimi baxırlar.

Qeyd etmək lazımdır ki,taxikininlər qrupuna daxil olan P maddəsi iltihab proseslərində mühüm rol oynayaraq,iltihabın davam etməsində, xronikləşməsində böyük əhəmiyyət kəsb edir (xüsusilə İL-12-ni aktivləşdirməklə).Sübut olunmuşdur ki, P maddəsinin artmış səviyyəsi özü də İL-1-in səviyyəsini artırır, başqa sözlə, qüsurlu dövran yaranır,bu da iltihabın uzun müddət saxlanmasına gətirib çıxara bilər [12].

Maraqlı cəhətlərdən biri də odur ki,bronx-ağciyər xəstəlikləri zamanı iltihab sitokinlərinin səviyyəsinin artmasına bu xəstəlikləri çox vaxt müşayiət edən və ya səbəb olan KRVİ da təsir göstərir.Müəyyən olunmuşdur ki,RS-viruslar, rinovirus- lar, paraqrip virusları və s. KRVİ zamanı makrofaklardan bir sıra iltihab sitokinləri (İL-1,İL-6,İL-8,TNF-α və s.) hasil olur.Aşkar edilmişdir ki,KRVİ zamanı nəinki qanda,hətta burun-udlağın selikli qişasında (ifrazatda) da çoxlu miqdarda İL-1 tapılır, bu da qızdırma və halsızlığın əmələ gəlməsində mühüm rol oynayır [10].

Beləliklə, İL-1β TXU-da respirator xəstəliklərin gedişinə böyük təsir göstərir,iltihabın davam etməsində,onun uzanmasında,xronik hala keçməsində iştirak eyməklə yanaşı, bu uşaqların immun sisteminin, xüsusilə hüceyrə tipli immunitetin zəifləməsində də rol oynayır.

ƏDƏBİYYAT

1. Kərimova M.K.Monokinlərin iltihabi proseslərdə rolu və bronx-ağciyər xəstəlikləri zamanı monokin statusunun öyrənilməsinin əhəmiyyəti // Sağlamlıq, 2006, №9, s.16-21
2. Kərimova M. K. Tez-tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəliklərin patoge - nezində sitokin statusu və hemostaz sisteminin rolu,onlar arasındakı qarşılıqlı əlaqə.// Az. onko. və hem. jurnalı, 2008, №2, s.137-140.
3. Дегтярева М.В.,Дегтярева Д.Н., Володин Н.Н., Ковальчук Л.В. Роль интер- лейкина 1 и фактора некроза опухолей у новорожденных детей в норме и патологии.// Педиатрия,1996, .№.1, с.93-97.
4. Ключников С.О., Болдырев В.Б., Кантимирова Е.А. и др. Часто болеющие дети //Российский вестник перинатологии и педиатрии (приложение), 2007, №2, с.26
5. Ковальчук Л.В., Танковская Л.В., Рубакова Э.И. Система цитокинов- М.,1999
6. Кузнецов В.П.,Маркелова Е.В., Колесников Н.В. Цитокины в патогенезе инфекций и иммунокоррекция. // Журнал аллергология и иммунология, 2001, № 6, с.6.
7. Самсыгина Г.Н., Коваль Г.С. Часто болеющие дети : проблема диагностики,патогенеза и терапии.// Лечющий врач .2009. №1. с.10-15
8. Мизерницкий Ю.Л.Мельникова И.М. Клинические особенности детей с частыми респираторными инфекциями в дошкольном возрасте. //Материалы XVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания.9-12 декабря.- Екатеринбург, 2008, с.63.
9. Хаитов Р.М.,Пинегин Б.В.Современные представления о защите организма от инфекций // Иммунология, 2000, №1, с.61-64
10. Хаитов Р.М. Роль респираторных вирусов в патогенезе бронхиальной астмы .// Иммунология, 2003, №1, с.58-62
11. Шкинек Э.К.,Рыбакина Е.Г.,Корнева Е.А. Интерлейкин -1 в реализации иммунонейроэндокринных взаимосвязей.// Успехы сов. биологии, 1993, т.113, вып. 1.с.95-113.
12. Эюбова А.А., Керимова М.К. Современные аспекты патогенеза респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Биомедицин, 2008, №3, с.31-32.
13. Bessler H.,Mendel C.,Straussberg R.et all.Effects of Dexamethasone on IL-1 , IL-6 and TNF- Production by Mononuclear Cells of Newborns and Adults // Biology of the Neonate, 1999, v.71, p.225-233
14. Kuznetsov V.P., Markelova E.V., Belyar et all. The cytokine burst in pathogenesis of infections. What does it mean ? // International Journal on Immunorehabilition, 2000, v.4, № 3, p.433

SUMMARY

THE INFLUENCY OF IL-1 β ON PRESENTATION OF RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN FREQUENTLY AILING WITH ARI

M.K.Kerimova

It is accepted to carry children subject to often respiratory diseases into group of frequently ailing children (FAC).Often diseases adverb affect on health of children, causing chronic pathology of various organs and system. The aim our work was to study the influency of IL-1β on presentation of respiratory diseases in FAC. With this purpose we examined 96 children frequently ailing with ARI. In all children we have defined the level of IL-1β in serum by method of immunochemoluminescence . It was revealed, that in children frequently ailing with ARI ,in the acute period of the disease increase

of level IL-1 β was marked. Clinical remission in these children is not accompanied by normalization of cytokine. The high level of proinflammatory cytokine IL-1 β, testifies to, proceeding of inflammatory process that is possible connected with persistency of the infections agent.

Daxil olub: 11.12.2008

PH-1 NİKOAMMONİUM BİOLOJİ FƏAL MADDƏSİNİN TOKSİKLİYİNİN TƏYİNİNİN NƏTİCƏLƏRİ

Ş.M. Poluxova
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Son zamanlar onkoloqlar cərrahi müalicə ilə yanaşı kimyəvi dərman müalicəsinə də xüsusi diqqət yetirirlər (E.V.Maxnova, M.L.Qerşanoviç 2003; B.M.Matveev s soavt., 2005; Lein et al., 2000). Onkoloqların verdikləri məlumata görə onkoloji xəstəliklərdə aparılan cərrahi əməliyyatlar kimyəvi dərman müalicəsi ilə tamamlandıqda səmərəli nəticə verir (V.Ö.Skoropad, B.A.Berdov 2006; Kang et al., 1996). Lakin bununla yanaşı kimyəvi dərman müalicəsində işlədilən preparatlar yüksək toksiki təsirə malik olub bir sıra üzvlərin funksiyalarına ciddi ziyan gətirir (Rajski, Williams 1998). Ona görə də yeni nisbətən az toksikliyə malik kimyəvi dərman müalicəsi preparatlarının sintezinə böyük ehtiyac vardır. Bu baxımdan Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzində kimya elmlər doktoru X.İ.Həsənov tərəfindən sintez olunmuş ağır metal tərkibli Ph-1 nikoammonium bioloji fəal maddəsi diqqəti cəlb etmişdir.

Təcrübələr 48 baş ağ siçan üzərində aparılmış və onlar 4 qrupa bölünmüşdür. Təcrübədən 1 gün əvvəl bütün heyvanların quyruq venasından 2 ml-ə qədər qara tuş yeridilmiş və bununla da onların endotelial sistemi blokada edilmişdir. 1-ci qrupa daxil edilmiş təcrübə heyvanlarının qarın boşluğuna Ph-1 nikoammoniumun 0,01%, 2-ci qrupa 0,1%-li, 3-cü qrupa 0,5%-li sulu məhlulundan 1 ml yeridilmişdir.

4-cü qrup təcrübə heyvanlarının qarın boşluğuna kimyəvi dərman müalicəsində geniş işlədilən Taksolun 0,5%-li sulu məhlulundan 1 ml yeridilmişdir.

Toksiklik P.B.Nedoşvina (1972) metodu əsasında 5 bal sistemi ilə qiymətləndirilmişdir:

0 bal – heç bir reaksiya müşahidə edilmir; 1 bal – hərəkət nisbətən zəifləyir; 2 bal – hərəkət ləng olur; 3 bal - hərəkətsiz qalır; 4 bal - məhlulun vurulduğu 1-ci gün ölüm baş verir; 5 bal - məhlulun vurulduğu ilk saatlarda ölüm baş verir.

1-ci qrupda daxil olmuş təcrübələrdən aşağıdakı nəticələr alınmışdır. Qarın boşluğuna tədqiq olunan bioloji fəal maddələrin yeridilməsindən keçən 1 saat müddətində təcrübə heyvanlarının 50%-də heç bir reaksiya müşahidə edilməsə də bir o qədərində hərəkət nisbətən zəifləmişdir. Toksikliyin minimal həddi 0, maksimal həddi 1, orta kəmiyyət göstəricisi isə 0,41 balla qiymətləndirilmişdir. Müşahidənin 3-cü saatında toksikliyin artmasına meyllilik qeydə alınmışdır. Təcrübə heyvanlarının 33%-nin hərəkətində heç bir dəyişiklik müşahidə edilməmişdir. Lakin qalan təcrübə heyvanlarının 50%-də hərəkət nisbətən zəifləmiş, 17%-də isə ləngimişdir. Beləliklə təcrübənin 3-cü saatında toksikliyin minimal həddi 2, orta kəmiyyət göstəricisi isə 0,83 bala bərabər olmuşdur.

Təcrübənin 6-cı saatında təcrübə heyvanlarının 17%-də hərəkət ləngimiş, bir o qədəri isə tam hərəkətsiz vəziyyət almışdır. Beləliklə, təcrübənin 6-cı saatında Ph-1 nikoammoniumun orqanizmdə yaratdığı toksikliyin minimal həddi 0 balla, maksimal həddi 3 balla, orta kəmiyyət göstəricisi 1,25 balla qiymətləndirilmişdir.

Təcrübənin 24-cü saatında Ph-1 nikoammoniumun yaratdığı toksiklik daha yüksək olmuşdur. Təcrübə heyvanlarının yalnız 17%-də heç bir reaksiya müşahidə edilməmişdir. 42% təcrübə heyvanlarının hərəkəti nisbətən zəifləmişdir. Hərəkətin ləngiməsi isə təcrübə heyvanlarının 25%-ində qeydə alınmışdır. Təcrübə heyvanlarının 17%-i isə hərəkətsiz vəziyyətdə qalmışdır. Beləliklə, təcrübənin 24-cü saatında Ph-1 Nikoammoniumun

orqanizmdə yaratdığı toksikliyin minimal həddi 0, maksimal həddi 3, orta kəmiyyət göstəricisi isə 1,41 bala bərabər olmuşdur.

Ph-1 Nikoammoniumun 0,1%-li sulu məhlulunun toksikliyinin tədqiqi aşağidakı nəticələri vermişdir. Tədqiq olunan bioloji fəal maddəni qarın boşluğuna yeritdikdən 1 saat sonra təcrübə heyvanlarının 42%-də heç bir reaksiya müşahidə edilməmişdir. Qalanlarında (58%-də) isə hərəkət nisbətən zəifləmişdir. Beləliklə Ph-1 Nikoammoniumun orqanizmə yeridilməsi nəticəsində əmələ gəlmiş toksikliyin minimal həddi 0, maksimal həddi 1, orta kəmiyyət göstəricisi isə 0,58 bala bərabər olmuşdur.

Müşahidənin 3-cü saatında orqanizmdə baş vermiş toksiklik bir qədər qabarıq olmuşdur. Təcrübə heyvanlarının yalnız 17%-də davranış reaksiyasında dəyişiklik olmamışdır. Qalan təcrübə heyvanlarının 50%-də hərəkət nisbətən zəifləmiş, 33%-də isə ləngimişdir. Beləliklə, tədqiq olunan maddənin orqanizmdə yaratdığı toksikliyin minimal həddi 0 bala bərabər olsa da, maksimal həddi 2 bala çatmışdır. Orta kəmiyyət göstəricisi isə 1-ci saatla müqayisədə təxminən 3 dəfə artmış, 1,16 bala bərabər olmuşdur.

Təcrübənin 6-cı saatında toksiklik bir qədər də dərinləşmişdir. Artıq bütün təcrübə heyvanlarının davranış reaksiyalarında toksikozu əks etdirən reaksiyalar baş vermişdir. Təcrübə heyvanlarının 50%-də hərəkət nisbətən zəifləmişdir. 25% heyvanların hərəkəti ləngimiş və bir o qədərində isə tamamilə kəsilmişdir. Toksikliyin minimal həddi 1, maksimal həddi 3, orta kəmiyyət göstəricisi isə 1,75 balla qiymətləndirilmişdir.

Təcrübənin 24-cü saatında toksiklik daha da dərinləşmişdir. Təcrübə heyvanlarının 25%-də hərəkət nisbətən zəifləmişdir. 42% heyvanların hərəkəti ləngimiş və 33% isə tam hərəkətsiz vəziyyət almışdır. 24-cü saatında Ph-1 nikoammoniumun 0,1% sulu məhlulunun yaratmış olduğu toksikliyin minimal həddi 1, maksimal həddi 3, orta kəmiyyət göstəricisi isə 2,08 bala bərabər olmuşdur.

Ph-1 nikoammoniumun 0,5%-li sulu məhlulunun orqanizmdə əmələ gətirdiyi toksiklik daha dərin olmuşdur. Təcrübənin 1-ci saatında heyvanların 42%-nin hərəkətində heç bir reaksiya müşahidə edilməmişdir. 58%-nin hərəkəti isə nisbətən zəifləmişdir. Beləliklə, toksikliyin minimal həddi 0, maksimal həddi 1, orta kəmiyyət göstəricisi isə 0,58 balla qiymətləndirilmişdir.

Təcrübənin 3-cü saatında orqanizmdə yaranmış toksiklik xeyli artmışdır. Nəticədə davranış reaksiyası 0 və 1 balla qiymətləndirilən heyvanların sayı kəskin surətdə azalmışdır. Belə ki, hərəkətlərində reaksiya müşahidə edilməyən və hərəkəti nisbətən zəifləyən təcrübə heyvanları hər bir reaksiya üzrə 25% təşkil etmişdir. Bunun əvəzində hərəkətləri ləngiyən təcrübə heyvanlarının miqdarı artaraq 50%-ə çatmışdır.

Beləliklə, qarın boşluğuna yeridilmiş Ph-1 nikoammonium məhlulun qarın boşluğuna yeridilməsinin 3-cü saatında onun yaratmış olduğu toksiklik 0-2 bal arasında qiymətləndirilmişdir. Onun orta kəmiyyət göstəricisi 1,25 bala bərabər olmuşdur.

Təcrübənin 6-cı saatında yaranmış toksiklik daha qabarıq olmuşdur. Belə ki, təcrübə heyvanlarının davranış reaksiyasında müəyyən dəyişikliklər baş vermişdir. Onların 42%-də hərəkət nisbətən zəifləmiş, 25%-də isə ləngimə müşahidə edilmişdir. Təcrübə heyvanlarının 33%-i isə hərəkətsiz vəziyyət almışdır. Beləliklə 6-cı saatda Ph-1 nikoammonium 0,5% sulu məhlulunun törətdiyi toksikliyin minimal həddi 1 bala, maksimal həddi 3 bala, orta kəmiyyət göstəricisi isə 1,91-bala bərabər olmuşdur.

Təcrübənin 24-ci saatında isə daha yüksək toksiklik aşkar edilmişdir. Hərəkətin nisbətən zəifləməsi təcrübə heyvanlarının 17%-də, hərəkətin ləngiməsi isə 42%-də qeydə alınmışdır. Təcrübə heyvanlarının təxminən bir o qədəri isə (41%) hərəkətsiz vəziyyətdə qalmışdır.

Beləliklə təcrübənin 24-ci saatında Ph-1 nikoammonium məhlulunun törətdiyi toksiklik 1-3 bal arasında qiymətləndirilmişdir. Onun orta kəmiyyət göstəricisi isə 2,25-bala bərabər olmuşdur.

Beləliklə Ph-1 nikoammonium sulu məhlulu mülayim toksiki xüsusiyyətə malik bioloji fəal maddədir. Lakin onun qatılığı artdıqca toksiklik də yüksəlmiş olur (cədvəl 1).

4-cü qrup təcrübə heyvanlarının qarın boşluğuna Takasolum 0,5%-li sulu məhlulu (1 ml) yeridilmişdir. Preparatın yeridilməsinin 1-ci saatında heyvanlarda müxtəlif dərəcəli davranış reaksiyaları qeydə alınmışdır. 16%-nin hərəkətində heç bir reaksiya baş verməsə də 17% hərəkətin zəifləməsi, 42%-də isə ləngiməsi müşahidə edilmişdir. Təcrübə heyvanların 17%-i tam hərəkətsiz qalmış, biri (18%) isə ölmüşdür.

Beləliklə, təcrübənin hələ ilk saatlarında takasolun toksikliyi Ph-1 Nikoammoniuma nisbətən yüksək olmuşdur.

Cədvəl 1

Ph-1 Nikoammoniumun sulu məhlulunun qatılığından asılıolaraq ağ siçanların davranış reaksiyasının dəyişməsi

Sıra №si	Məhlulun qatılığı	Balların sayı	Müşahidə müddəti			
			1 saat	3 saat	6 saat	24 saat
1	0.01%	0	7	4	3	2
		1	5	6	5	5
		2	_	2	2	3
		3	_	_	2	2
2	0.1%	0	5	2	_	_
		1	7	6	6	3
		2	_	4	3	5
		3	_	_	3	4
3	0.5%	0	5	3	_	_
		1	7	3	5	2
		2	_	6	3	5
		3	_	_	4	5

Təcrübənin 3-cü saatında takosolun törətdiyi toksiklik daha qabarıq olmuşdur. Müşahidə altında olan heyvanların yalnız 8%-də davranış reaksiyasında dəyişiklik baş vermişdir. Qalanların 17%-də hərəkət nisbətən zəifləmiş və bir o qədərində ləngimişdir. 33% təcrübə heyvanlarında isə hərəkət tam kəsilmişdir. Təcrübə heyvanlarının 11%-də davranış reaksiyası 4 balla, 8%- də isə 5 balla qiymətləndirilmişdir. Yəni ən yüksək toksiklik nümayiş etdirilmişdir.

Təcrübənin 6-cı saatında müşahidələr 11 baş ağ siçan üzərində aparılmışdır. Onların hamısının davranış reaksiyalarında müxtəlif dərəcəli toksikliyə xas olan əlamətlər aşkar edilmişdir. Təcrübə heyvanlarının 9,1%-də hərəkət nisbətən zəifləmiş, 18%-də ləngimiş 27%-də isə tam kəsilmişdir. Müşahidə altında olan ağ siçanların 27%-də aqonal vəziyyət qeydə alınmışdır. 18%-i isə ölmüşdür.

Təcrübənin sonuna 9 baş ağ siçan qalmışdır. Onların 11%-nin hərəkəti ləngimiş, 44%-i isə tam hərəkətsiz vəziyyətdə qalmışdır. Təcrübə heyvanlarının 11%-nin davranış reaksiyasında olan dəyişiklik 4 balla, 33%-də isə 5 balla qiymətləndirilmişdir. Beləliklə, qarın boşluğuna takasolun 0,5% sulu məhlulundan 1 ml yeridilməsi kifayət dərəcədə toksiki təsir göstərilmişdir. 24 saat müddətində təcrübə heyvanlarının 6-da (50%-də) ölüm baş vermişdir.

Buradan aydın olur ki, Ph-1 nikoammoniumun sulu məhlulu takasola nisbətən zəif toksiki təsirə malikdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Гасанов Х.И. Синтез, строение и свойства координационных соединений платины (II) с биологичесчи активными лигандам: Автореферат дис…док.хим.наук. – Баку, 2003, 56 с.

2. Матвеев Б.М., Бухаркин Б.В., Калинин С.А. Химиотерапия. Гормонорезистентного рака предстательной железы // Урология, 2005, № 4, с.20-23.

3. Махнова Е.В., Гершанович М.Л. Опыт применения кселоды (капецитабина) в химиотерапии рецидивов и платинорезистентных форм рака яичников // Ворпосы онкологии, 2003, № 2, с.193-197.

4. Скоропад В.Ю., Бердов Б.А. Неоадъювантная лучевая, химиотерапия местнораспространенного рака желудка // Ворпосы онкологии, 2006, № 1, с.15-24.

5. Kang Y.K., Choi D.W., Im Y.H., et al., Aphase III randomized comparison of neoadjuvant chemotherapy followed bu surgery versus surgery for locally advanced stomach canser // Proc. Amer.Soc. Clin. Oncol., 1996. Abstr.503.

6. Lein M., Yung K., Dinh L. et al., Synthetic inhibitor of metalloproteinases (batimastat) reduces prostate cancer growth in an orthotopic rat model // Prostate, 2000, N 2, p.77-82

7. Rajski S.R., Williams R.M. DNA cross – linking agents as antitumor drugs // Chem. Rev., 1998, vol.98, p.2723-2735

SUMMARY

RESEARCHES OF TOXICITY OF BIOLOGICAL ACTIVE SUBSTANCE - PH-NICOAMMONIUM

Sh.M. Polukhova

It was researched the comparative study of toxicity of new biological active substance PH – nicoammoniam and chemotherapeutic drug - Takasol. The investigation was carried out on white mice, by Nedoshivin method.

The results of comparative study are show low toxicity of new biological active substance – PH – nicoammoniam.

Daxil olub: 26.12.2008

AŞAĞI ƏTRAFLARIN MONOLATERAL ÇOXSAYLI SINIQLARININ XARİCİ FİKSASİYA APARATLARI İLƏ MÜALİCƏSİNİN OPTİMALLAŞDIRILMASI

Ş.B.Əkbərov

Elmi-tədqiqat travmatologiya və ortopediya institutu, Bakı

Texniki tərəqqi və yüksəksürətli avtomobillərin artması çoxsaylı sınıqların xarakterinin dəyişilməsinə, bu isə öz növbəsində çoxsaylı sınıqların müalicəsi zamanı rast gələn problemlərin artmasına səbəb olur[1,2,3]. Həmçinin politravmalar zamanı uzun borulu sümüklərin sınıqları da 75-90%-ə qədər artmışdır [Nikitin Q.D., 1983]. Onağörə də bu tip xəstələrin müalicə taktikasının geniş formada işlənməsinə ehtiyac bu gün də duyulmaqdadır [Juravlëv S.M., 1990]. Birtərəfli bud və baldır sınıqları (monolateral sınıqlar) çoxsaylı sınıqların tərkib hissəsi kimi 55%-82% hallarda rast gəlinir [Sokolov V.A., Bəlik E.İ. 2003] və bu sınıqlarda osteomielit 24%, yalançı oynaqlar və zəyif bitişmə 52% təşkil edir [Juravlev S.M., 1997; Faddeev D.İ. s soavt., 2001; Muller C.A.1998;Cozma T. et al., 2000; Gaebler C. et al., 2001]. Birtərəfli bud və baldır sınıqları çox vaxt oynaqdaxili sınıqlar və diz oynağının qeyri stabilliyi ilə müşahidə edilir. Bu isə öz növbəsində diz oynağında kontrakturanın yaranmasına səbəb olur [4,5,6,7,8].

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Birtərəfli (monolateral) bud və baldır sümüklərinin sınıqları ilə 1999-2006-cı illərdə Az.ETTOİ-də müşahidəmiz altında 45 xəstə olmuşdur.Bu xəstələrdə yaş həddi 15-70 yaş arasında orta hesabla 38,13 yaş olmuşdur və daha çox xəstə isə 30-44 yaşlarda müşahidə edilmişdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Monolateral sınıqlarla olan xəstələrdə sınıqların yaş qrupları üzrə paylanması

Yaş qrupları	Xəstə sayı	%
15-29 yaş	14	31,11%
30-44 yaş	18	40%
45-59 yaş	9	20%
60-69 yaş	4	8,89%
Cəmi	45	100%

Travmanın mexanizminə görə avtotravma 34(75,55%) xəstədə, məişət travması 6(13,33%) xəstədə, istehsalat travması 5(11,11%) xəstədə rast gəlmişdir. Qəbul olunmuş xəstələrdən 12 (26,66%) xəstəyə şok əleyhinə yardım, 33(73,33%) xəstəyə isə ilk yardım göstərilmişdir. Bir xəstədə sınıqlar 4 seqmentdə, 3(6,66%) xəstədə 3 seqmentdə, 41(91,11%) xəstədə isə sınıqlar iki seqmentdə olmuşdur. Xəstələrdə bud sümüyü sınıqlarının sayı

42(38,53%), baldır sümükləri sınıqlarının sayı 34(31,19%), diz qapağı sınıqlarının sayı 14(12,84%), digər sınıqların sayı 19(18,25%), açıq sınıqların sayı 21(19,26%), qapalı sınıqların sayı isə 88(80,73%) olmuşdur.

Cədvəldən göründüyü kimi monolateral sınıqlarla müşahidə olunan xəstələrə 70 yaşdan sonra rast gəlinmir. Monolateral sınıqlarla daha çox xəstə 30-44 yaşda, daha az xəstə isə 60-69 yaşda müşahidə edilir. Eyni zamanda monolateral sınıqları olan 45 xəstədən (109 sınıq) I dərəcəli şok -4 xəstədə, II dərəcəli şok – 4 xəstədə, III dərəcəli şok – 3 xəstədə, IV dərəcəli şok - 2 xəstədə müşahidə olunub.Yanaşı xəstəliklərdən "şəkərli diabet" 2 xəstədə, qapalı kəllə beyin travması -11 xəstədə və döş qəfəsi zədələnməsi isə 3 xəstədə müşahidə edilib. Bu xəstələrin müalicəsində 77,06% halda cərrahi müalicə aparılmışdır ki, bunun da 70,23%-i xarici fiksasiya aparatları ilə osteosintezin payına düşür. XFA-ları ilə osteosintez institutumuzda işlənmiş metodikaya yuğun olaraq optimal variantda tətbiq edilib. Xəstələrdə sınıqların lokalizasiyası və müalicə üsulları cədvəldə verilir (Cədvəl 2).

Cədvəl 2.
Monolateral sınıqlarla olan xəstələrdə osteosintez üsullarının bölünməsi

Əməliyyatlar	Monolateral sınıqlar
Xəstə sayı	45
İlizarov ap.	30 (27,52%)
Yivli mil ap.	10 (9,17%)
Mil-yivli mil ap.	18 (16,51%)
İntramedulyar osteos.	8 (7,33%)
Metal lövhə ilə osteos.	1 (0,92%)
Mil dəsti ilə osteos.	
Metal vinti ilə osteos.	2 (1,83%)
A/O-tip EF ilə osteos.	1 (0,92%)
Veber üsulu ilə osteos.	14 (12,84%)
Konservativ müal.	25 (22,93%)
Cəmi sınıq sayı	109 (100%)
Əməliyyatların sayı	84 (77,06%)
XFA-ları ilə əməliy-yatların sayı	59 (70,23%)

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏ. Cədvəldən göründüyü kimi xarici fiksasiya aparatları (XFA) ilə müalicə monolateral sınıqlarda 59 (70,23%) dəfə tətbiq edilib. Cədvəldən aydın olur ki, monolateral sınıqlarda konservativ müalicənin xüsusi çəkisi çoxdur(22,93%). Cərrahi əməliyyatların intensivliyinə baxdıqda isə İlizarov aparatı ilə osteosintez, mil-yivli mil aparatı ilə osteosintez, Veber üsulu ilə osteosintez, yivli mil aparatı ilə osteosintez, intramedulyar osteosintez və AO-tipli eksternal fiksatoru ilə osteosintez istiqamətində azalır. Müalicə oplunmuş 10 xəstədə-(9,17%), fəsadlaşma halları olmuşdur. Bunlardan 1 xəstədə-(0,92%) təkrari sınıq, 1 xəstədə-(0,92%) aşıq-baldır oynağında hərəkət məhdudluğu, 1 xəstədə-(0,92%) aşıq-baldır oynnağında artroz əlamətlri, 4 xəstədə- (3,67%) diz oynağında hərəkət məhdudluğu, 1 xəstədə-(0,92%) qamış sümüyünün osteomieliti, 2 xəstədə-(1,83%) isə bud sümüyünün osteomieliti müşahidə edilib. Müalicənin nəticələri 44 xəstədə izlənmişdir; 14 xəstədə-(31,81%) ə'la, 17 xəstədə-(38,63%) yaxşı, 12 xəstədə-(27,27%) kafi və 1 xəstədə-(2,27%) qeyri kafi olmuşdur.

KLINIKI MÜŞAHIDƏ. Xəstə C., 17 yaş, X/T № 1315, (monolateral, iki seqmentli). 10.11.2006 tarixdə sağ bud sümüyü orta-aşağı 1/3 nahiyəsi və sağ baldır sümükləri orta 1/3 nahiyəsinin yerdəyişmiş sınığı diaqnozu ilə istehsalat travması aldıqdan 2 saat sonra klinikamıza daxil olmuşdur. Xəstə 5 gün sonra 16.11.2006 tarixdə biretaplı əməliyyat olunmuşdur. Sağ bud sümüyü mil-yivli mil aparatı ilə, sağ baldır sümükləri isə İlizarov aparatı ilə osteosintez olunmuşdur. Xəstə əməliyyatdan 3 gün sonra qoltuqaltı ağacla gəzdirilmiş və 27 gün sonra ambulator müalicəyə buraxılmışdır. Sağ baldırdan aparat 112 gün sonra, sağ

buddan isə 127 gün sonra çıxarılmışdır. Müalicənin nəticəsi mükəmməl qiymətləndirilib.

YEKUN. Materialın analizi zamanı aydın olur ki, aşağı ətrafların çoxsaylı sınıqlarının müalicəsi zamanı birtərəfli bud və baldır sümüklərinin XFA-ları ilə müalicəsində alınmış nəticələr toxmadaxili üsullarla aparılmış osteosintezdən üstündür.Fəsadlaşma halları müşahidə edilmiş xəstələrdən 4 xəstədə seqmentlərin biri metal lövh ilə osteosintez edilmiş, 1 xəstədə yanaşı olaraq "şəkərli diabet", 1 xəstədə damar zədələnməsi, 4 xəstədə isə açıq sınıq olmuşdur. Deməli aşağı ətrafların monolateral çoxsaylı sınıqlarının müalicəsi zamanı XFA-ları ilə optimal variantda tətbiq edilmiş osteosintezin nəticələri daha üstündür.

ƏDƏBİYYAT

1. İsayev İ.A., Əhmədzadə Ə.Y., Mirzəyev A.B. Aşağı ətrafların uzun sümüklərinin çoxqəlpəli sınıqlarının müalicəsinin fəsadları / Professor Tamerlan Əziz oğlu Əliyevin 80 illik yubleyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları.- Bakı, 2001, s. 231

2. Баракат М.Ф., Стоянова В.В., Гуреев А.А. К вопросу о лечении двойных переломов / Седьмой Российский национальный конгресс «Человек и его здоровье».- СПб., 2002, с. 124

3. Бецишор В.К. Особенности лечения больных с двусегментными смежными переломами бедренной кости и костей голени // Журнал О.Т и П., 1985, №1, с.11-15

4. Карасев А.Г. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении болъных с одновременными переломами бедра и голени // Вестник травматологии и ортопедии, 2005, №1, с. 34-38

5. Каплан А.В., Пожарискнй В.Ф., Лебедев В.И., Балатбайев К. Лечение переломов у пострадавших с политравмой // Журнал О.Т и П., 1985, № 11, с. 17-19.

6. Elmrini A., Agoumi O., Boutayeb F., Mahfoud M., Elbardouni A., Elyaacoubi M. Ipsilateral fractures of tibia and femur or floating knee // J. International Orthopaedics**.** Publisher Springer Berlin, 2006, v.30, No 5.

7. Lundy D.W., Lohson K.D. «Floatinq knee» injuries: ipsilateral fracturesof the femur and tibia // J.Am.Acad. Orthoped. Surg., 2001, v. 9, No4, p.238-245

8. Raman R., Sidhom S., Pape H.C., Giannoudis P.V. Systemic effects of bilateral tibial versus bilateral femoral shaft fractures. Is there a difference? // Acta Orthop. Belg., 2004, v.70, No 2, p.134-141

SUMMARY

OPTIMIZING OF THE TREATMENT OF NUMEROUS IPSILATERAL FRACTURES OF THE LOWER EXTREMITIES BY EXTERNAL FIXATION APPARATUS

Sh.B.Akberov

45 patients with ipsilateral fractures of femur and tibia have been under our observation in the Scientific Research Traumatology and Orthopedy Institute of Azerbaijan in 1999-2006.The age limit of these patients between 15-70 has been on average 38,13 and the most patients have been observed in 34-44 ages. The fractures have been in 4segments in 1patient, 3segments in 3(6, 66%) patients, 2segments in 41(91, 11%) patients. The number of the femur fractures has been 42(38, 53%), the tibia fractures − 34(31, 19%), the patella fractures − 14 (12, 84%), the other fractures − 19 (18, 25%), the open fractures − 21(19, 26%), the closed fractures − 88(80, 73%) in the patients.

The surgical treatment has been applied in the treatment of these patients in 77, 06% cases and 70, 23% by external fixation apparatus. Osteosynthesis by external fixation apparatus has been applied in the optimal variant in accordance with the applied method in our institute. The results of the treatment have been followed in 44 patients; excellent in 14 (31, 81%) patients, good in 17 (38, 63%) patients, satisfactory in 12 (27, 27%) patients and bad in 1 patient (2, 27%).

Daxil olub: 23.12.2008

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНЫХ РАЙОНОВ АЗЕРБАЙДЖАНА

В.С.Мамедова

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности населения [1,3,5]. В общей структуре смертности от ИБС лица моложе 65 лет составляют 25% среди мужчин и 9% среди женщин [2,6,7]. ИБС является причиной 4,0 % случаев госпитализации, а пациенты с ИБС занимают4,0 % коек в стационарах

ежегодно. Выборочные исследования распространённости ИБС среди населения выявили признаки стенокардии примерно у 4,0% мужчин и женщин, а признаки вероятно перенесённого инфаркта миокарда у 6,0-10,0 % мужчин и 5% женщин в возрасте 40-59 лет [4].

ЦЕЛЬ исследования: изучить распространненость факторов риска ишемической болезни сердца среди населения северо -западных районов Азербайджана.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**.** На первом этапе изучение общей и первичной заболеваемости населения северо-западных районов Азербайджана болезнями системы кровообращения в целом и по отдельным нозологиям было проведено по данным официальных статистических отчетов Республиканского Статистического Камитета за 2000-2006 гг.. Изучение смертности населения от БСК проведено путем анализа данных Республики в динамике за 2000 и 2006 гг. Для оценки динамики показателей смертности среди данного населения были рассчитаны стандартизованные показатели на евростандарт.

На втором этапе исследования для установления распространенности ИБС в северо-западных районах республики проведено эпидемиологическое исследование, состоящее из трех последовательных шагов скринингового обследования:

1 шаг. В результате формирования репрезентативной выборки в северо- западных районах республики с использованием данных о численности населения, проживающего в данном регионе.

Первичной выборочной единицей (ПВЕ) отбора решено было выбрать районные поликлиники при ЦРБ соответствующих районов. Работу проводили по анализу заболеваемости 2005-2007 гг. Всего обследовано 1000 домохозяйств, общее число отобранных для обследования лиц – около 2000 человек. Отклик составил 82,4% или 1648 человек, из них мужчин – 36,7%, женщин – 63,3%.

2 шаг. Обследование выборки с целью выявления больных с ИБС, распространенности факторов риска, ассоциированных клинических состояний и поражения органов-мишеней среди больных ИБС, проведено путем анкетирования.

3 шаг. Изучение распространенности ИБС и частоты ФР среди взрослого населения проводили по полу, возрасту, месту жительства в зависимости от уровня образования, социальной принадлежности больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Нами ретроспективно установлено, что общая заболеваемость по обращаемости взрослого населения БСК с 2000 по 2006 год увеличилась на 15,3% (с 14773,6 до 17040,1 на 100000 населения), ИБС – на 18,2% (с 3742,6 до 4419,0 на 100000 населения). При анализе динамики заболеваемости отмечено увеличение заболеваемости БСК в 2006 году по сравнению с 2000 в 2 раза, темп прироста составил 112%, ИБС – в 2,2 раза, темп прироста составил 118%.

В северо-западных районах республики 31,3% взрослого населения страдает заболеваниями сердечно-сосудистой системы, из них: гипертоническая болезнь (ГБ) – 38,1%; ЦВЗ – 22,0%; ИБС – 22,6% .

Основной причиной смерти населения северо-западных районов республики (57,8%) в 2005- 2007гг. явились БСК.

В северо-западных районах республики за 2005-2007 годы отмечен рост стандартизованных показателей смертности населения от БСК с 338,2 до 540,2 на 100000 населения. Установлено, что стандартизованный показатель смертности от БСК среди мужского населения был в 1,6 раза, от ИБС – в 2 раза, от ОИМ – в 2,5 раза выше, чем у женщин. Смертность мужского населения от БСК в 2005 году составила 431,2, женского – 338,2 на 100000 населения. Показатель смертности от ИБС в 2005 году среди мужчин составил 545,8, среди женщин – 272,5 на 100000 населения, от ОИМ – 32,2 и 8,4 на 100000 населения, соответственно.

Наиболее серьезный экономический ущерб обществу наносит смертность от ИБС населения трудоспособного возраста. Так, в 2005 году средний возраст умерших мужчин составил 55,5±0,34 года, женщин – 47,1±0,21 года, а в 2007 году – соответственно 53,9±0,45 и 46,8±0,68 года.

Выявлено, что показатель распространенности ИБС в среднем по северо-западным районам республики составил 10,0±2,1%. Наиболее высокий показатель распространенности ИБС отмечен в г. Габале (12,0%), среди мужчин – 14,0%, женщин – 10,0%. Наиболее низкая

распространенность ИБС (7,3%) установлена в Балаканском районе (среди мужчин – 8,2%, женщин – 6,4%) (рис. 1).

Нами проанализированы параметры среднего значения САД среди больных ИБС. Установлено, что, средний уровень САД среди больных ИБС составил 148,0±0,88 мм рт.ст., причем у женщин оказался выше, чем у мужчин (149,2±1,17 и 145,7±1,24 мм рт.ст. соответственно, $p<0,05$)., а средний уровень ДАД составил 92,66±0,49 мм рт.ст.

Показатели ДАД среди женщин и мужчин статистически значимо не отличались (92,76±0,62 и 92,49±0,8 мм рт. ст., $p>0,05$). Из результатов исследования следует, что в городах средний уровень САД был выше, чем в сельской местности (150,0±1,26 и 144,9±1,17 мм рт.ст., $p<0,05$), а уровень ДАД сопоставим (92,2±0,72 мм рт.ст. и 93,3±0,64 мм рт.ст.). Наши исследования показали, что среди больных ИБС среднее значение САД растет с возрастом в течение всей жизни с 129,55±3,78 до 165,8±3,19 мм рт. ст.

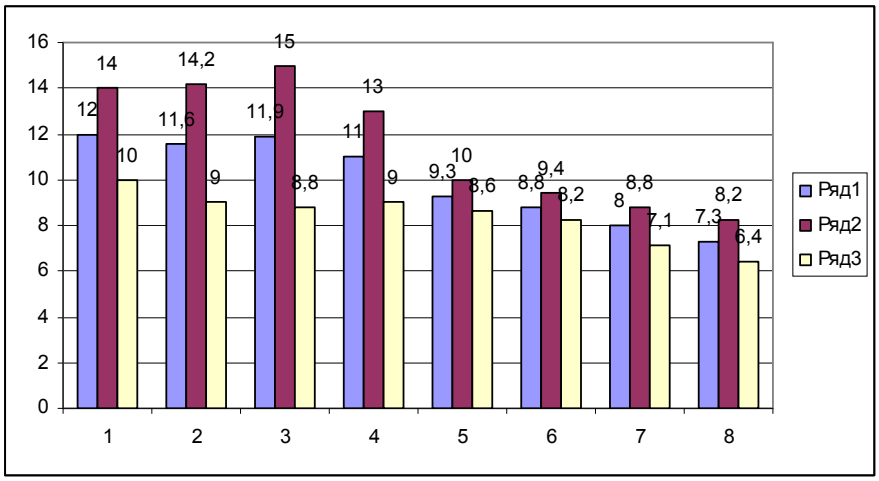


Рис. 1. Стандартизованная по возрасту распространенность ИБС среди мужчин и женщин в северо-западных районах Республики

Примечание: 1 – г. Габала, 2 – г. Шеки, 3 –Закатала, 4 – Шамаха, 5 – Огуз, 6- Кахи, 7-Исмаилы, 8 – БалаканыРяд 1 – оба пола; ряд 2 –мужчины; ряд 3 - женщины

При оценке результатов исследования выявили, что наиболее распространенными факторами риска у больных ИБС являются ожирение (ИМТ>29кг/м^2) – 29,7±1,7%, гиперхолестеринемия (содержание общего холестерина в крови >5,2 ммоль/л) – 20,6±1,5% и курение – 20,5±1,5% .

Установлено, что распространенность ожирения среди обследованных женщин, больных ИБС, оказалась в 1,7 раза выше, чем у мужчин и составила соответственно 35,1±2,2, и 20,1±2,6%, (χ^2=13,27, $p<0,001$).

Среди больных ИБС гиперхолестеринемия встречалась чаще, как среди всех обследованных так и по сравнению с данными Республики, и составила у женщин 22,9±1,9%, у мужчин – 16,6±1,9% (χ^2=18,11, $p<0,001$).

Известно, что курение является одним из важных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Нами установлено, что среди обследованных мужчин, курили 55,5±2,0%. Несмотря на то, что употребление алкоголя не было включено в систему стратификации риска у больных ИБС, мы оценили этот фактор, так как он является важным из-за его высокой распространенности и негативной роли в становлении ИБС и эффективности ее лечениия. Выявлено, что среди мужчин, больных ИБС, умеренно употребляют алкоголь 42,8±3,2%, (χ^2=16,42, $p<0,001$). $p<0,001$).

Выявлено, что информированность населения о наличии ИБС в среднем по северо-западным районам республики среди обследованных лиц составила 53,0±1,9%, что значительно ниже, чем в Азербайджане (79%). О наличии повышенного АД было осведомлено 51,7±3,2% мужчин и 53,4±2,3% женщин. Наибольшая осведомленность (50,0%) о наличии АГ была

отмечена среди лиц обоего пола в возрастной группе 35-44 лет. Среди мужчин чаще знали об АГ в возрастной группе 55-64 года (67,5%), среди женщин – в возрастной группе 45-54 года (67,7%).

По результатом опроса были выявлены данные о проведении профилактических мероприятий в течение последнего календарного года среди лиц больных ИБС. Установлено, что по вопросам необходимости контроля АД консультации получили 74,4% женщин и 70,0% мужчин, больных ИБС. По поводу повышения физической активности были информированы 61,3% женщин и 57,1% мужчин. О вреде и необходимости прекращения табакокурения проведены беседы у 1,3% женщин и 48,3% мужчин. По контролю веса и вопросам питания проконсультированы 42,3% женщин и 26,7% мужчин.

Таким образом, результаты исследование показали рост заболеваемости и смертности от БСК в северо-западных районах республики, высокую распространенность ИБС и ее факторов риска (ожирения, гиперхолестеринемии и курения), ассоциированных клинических состояний. Определена недостаточная информированность населения о наличии ИБС. Полученные результаты мониторинга эпидемиологической ситуации, связанной с ИБС в северо- западных районах обосновывают необходимость проведения скрининговых исследований для выявления больных ИБС и проведения крупномасштабных мероприятий по первичной и вторичной профилактике ИБС среди населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буланова Е. Л. Первичная профилактика атеросклероза // Клин герон, 2004, Т. 10, № 12, с. 40-41
2. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Пилипенко П.И. Изучение факторов риска возникновения инсульта по программе ВОЗ “MONICA-psychosocial” //Журнал неврологии и психиатрии, 2005, В13, с.36-41
3. Гуревич М.А. Хроническая ишемическая (коронарная)болезнь сердца: руководство для врачей.- М.: Практическая медицина, 2006, 336 с.
4. Драчева Л.В., Акимова Е.В., Гакова Е.И., Гафаров В.В., Кузнецов В.А. Некоторые данные эпидемиологического исследования факторов риска ишемической болезни сердца в открытой популяции Тюмени /Материалы 1 съезда кардиологов Сибирского Федерального округа. –Томск, 2005, с.72.
5. Куимов А. Д. Факторы риска и особенности течения инфаркта миокарда у женщин // Клиническая медицина, 2003, №6, с.28-33.
6. Atalay MK, Forder JR, Chacko VP, Kawamoto S, Zerhouni EA. Oxygenation in the rabbit myocardium: assessment with susceptibility-dependent MR imaging // Radiology, 2005, v.189, p.759-764
7. Beglenole R., Laroza J.C. Coronary Heart Disease in Austrliya / Inter. J.of epidem, 2006, v. 18, p.13-16

SUMMARY

THE SPREADING OF RISK FACTORS OF ISCHEMIC DISEASE AMONG POPULATION OF SOUTH – EAST REGION OF AZERBAIJAN

V.S.Mamedova

The purpose was research of spreading of risk factors of ischemic disease among population of south – east region of Azerbaijan The results of these researches showed that the lowering diseases and death from this illness of blood circulation system, high spreading of IDH and its factors . ut6 was determined non enough informations of population about this disease.

Daxil olub: 20.11.2008

EKSPERIMENTAL PARAREKTAL FISTULALAR ZAMANI BAŞ VERƏN PATOMORFOLOJI DƏYIŞIKLIKLƏR VƏ ONUN MÜALICƏSINDƏ YENI METODUN TƏTBIQI

H.Sultanov, A.Səfiyeva
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Pararekatl fistulalar düz bağırsaq ətrafı toxumaların iltihabi nəticəsində yaranan patologiya olub cərrahi xəstələrin 0.5-4%-ə qədərini təşkil edir. Xəstəliyin təsnifatının, müalicəsinin,diaqnostikasının bu günə qədər qızğın mübahisə və müzakirələrə məruz qalmasına səbəbaparılan elmi araşdırmalara baxmayaraq müalicəsinin indiyə qədər qənaıtbəxş

olmaması, aparılan müdaxilədən sonrakı fəsadların müşahidə olunmasıdır. Xəstəlik daha çox əmək qabiliyyətli şəxslərdə rast gəlinməklə mühüm sosial əhəmiyyət kəsb edir və müalicə prinsiplərində yeni metodların axtarışı zərurətini yaradır ki,bu da reabilitasiya dövrünün qısa müddətli olmasına, iş qabiliyyətinin erkən bərpasına xidmət edir [1.2].

Tədqiqatlara görə perianal nahiyyədə yaranın irinləməsi onun uzun müddətli sağalmasına səbəb olur ki, bu da anal sfinkter çatmazlığına və residivlırin rastgəlmə tezliyinin artmasına səbəb olan faktorların yaranmasına şərait yaradır [3,4,5,6,7].

Mürəkkəb fistulaların müalicəsində alimlərin diggətini çəkən məsələdən biri də sfinkterotomiya nüansədər ki, hansı ki, çox halda incontinent verir.MatosD, LunnisPJ, Phillips RPS görə mürəkkəb pararektal fistulaların müalicə taktikasında sfinkteri saxlamagla aparılan müalicə taktikası seçilməlidir.

Son 10 il müddətində proktoloqların mürəkkəb pararektal fistulaların profilaktika vəmüalicəsinə görə yeni müalicə üsulları tətbiq etmələrinə baxmayaraq bu problem hələ də öz aktuallığını itirməmişdir.

Işin MƏQSƏDI mürəkkəb pararektal fistulaların müalicəsində tərəfimizdən təklif olunan gellə ənənəvi müalicə usullarının tətbiqi zamanı patomorfoloji dəyişikliklərin müqayisəli təhlil

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Eksperimentdə çəkisi 3.5-4kg olan fizioloji sağlam, hər iki cinsdən olmaq etibarı ilə 24 baş dovşandan istifadə olunur.Dovşanlar əsas və kontrol qrup olmaq etibarı ilə iki qrupa bölünmüşdür. Hər iki qrupdan olan dovşanlar üzərində pararektal fistula modeli yaradılmışdır

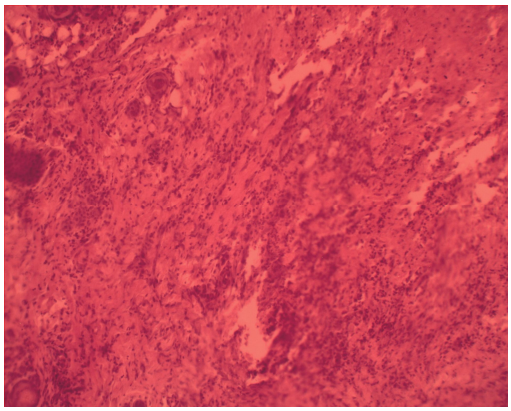
Əsas qrupa daxil olan 12 baş dovşan üzərində yaradılmış pararektal fistula modelində kanal fistuloekstraktor vasitəsilə təmizləməklə daxili və xarici dəliyin ləğv olunması etibarı ilə tərəfimizdən təklif olunan gellə doldurulmaqla 3,7,10 sutkalarda baş verən patomorfoloji dəyişiklik izlənmişdir.

Kontrol qrupda isə kanal fistuloekstraktor vasitəsilə təmizləməklə fistula kanalına Levomikol məlhəmi yeridilmiş və fistula yolunun 3,7,10 sutkalarında baş verən patomorfoloji dəyişiklik izlənmişdir.

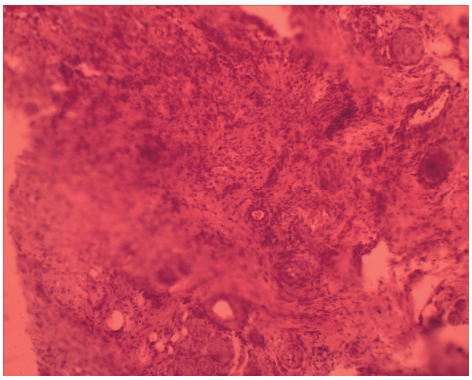
Patomorfoloji tədqiqat üçün götürülmüş tikələr 10%-li neytral formalin məhlulunda fiksasiya edilimiş, bərkidilmə məqsədilə parafin və ya selloidində yerləşdirilmiş, sonda hematoksillin-eozin məhlulu ilə rənglənmişdir.

Kontrol qrupa daxil olan 12 baş dovşanda sutkalar üzrə aşağıdakı patomorfoloji dəyişikliklər aşkarlanmışdır.

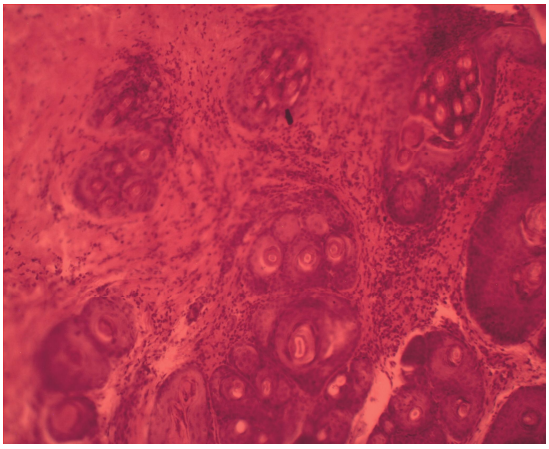
Levomikolla müalicənin 3 sutkasında iltihab sahəsindəki damarlarda doluqanlılıq, damarətrafı sahələrdə və stromada neytrofil qarışıqlı, limfo-histositor hüceyrələrin və tək-tək fibroblastların iştirakı ilə ocaqlı infiltrasiyalar qeyd edilir. Bu müddətdə eksudativ reaksiyalarla müqayisədə proliferasiya proseslərinin sürətlənməsi, iltihab sahəsində kambial mezenximal və kambial epitelial hüceyrələrin proliferasiyası və diferensasiyası müşahidə olunur.İltihab ocağındakı mikrobların faqositozunu yerinə yetirən neytrofillərin tələf olması, neytrofillərin parçalanma məhsullarından əmələ gələn mediatorların təsiri ilə qandan iltihab ocağına keçmiş monositlərin makrofaqlara transformasiyası, makrofaqların isə öz növbəsində neytrofil detritlərini ,bakteriyalar və onların toksinlərinin faqositozunu həyata keçirtməsi bu müddət üçün xarakter əlamətlərdir.Faqositozla əlaqədar makrofaqlarda lizosomal sistemin aktivləşməsinin nəticəsi kimi çoxlu miqdarda sitoplazmatik qabarcıqlar əmələ gəlmişdir. İltihab sahəsində kambial mezenximal hüceyrələrlə yanaşı, kambial epitelial hüceyrələrin yara kənarında mitoz bölünməsi hesabına proliferasiya fazasının bilavasitə qranulyasion toxumaya keçməsinin erkən mərhələsi kimi fistul kənarında tək-tək fibroblastlara və doluqanlı damarlara rast gəlinir (Şək. 1).



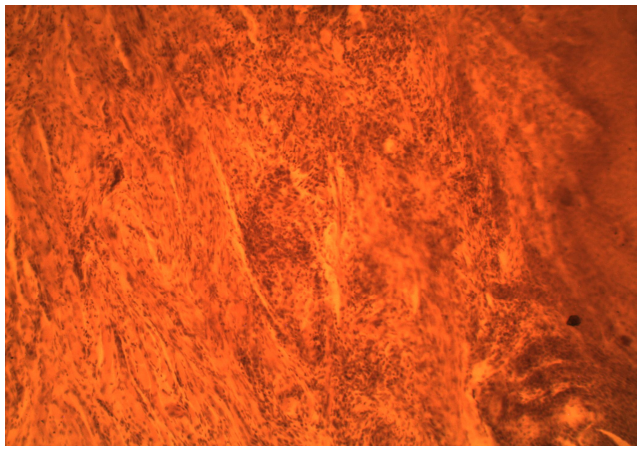
Şək.1. Kontrol qrupu. Levomekolla müalicədən sonra, 3-cü sutka. Boyaq: hematoksilin və eozin. x 100



Şək. 2. Kontrol qrupu. Levomekolla müalijədən sonra, 7-ci sutka. Boyaq: hematoksilin və eozin. x 100.



Şək. 3. Kontrol qrupu. Levomekolla müalicədən sonra, 10-cu sutka. Boyaq: hematoksilin və eozin. x 100.



Şək. 4. Əsas qrup. Hellə müalicədən sonra, 3-cü sutka. Boyaq: hematoksilin və eozin. x 100

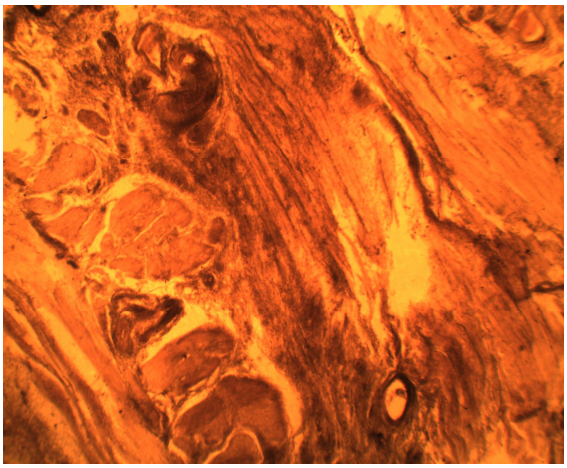
Levomikolla müalicənin 7 sutkasında doluqanlı damarların ətrafında çoxlu miqdarda fibroblastlara və hematogen hüceyrələrə rast gəlinir.Bu müddətdə iltihab prosesinin proliferasiya mərhələsinin bilavasitə qranulyasion toxumaya keçməsi, qranulyasion toxumanın hüceyrəvi elementlərinin meydana çıxması, tək-tək makrofaqların fəaliyyətini davam etdirməsinə baxmayaraq kapilyarların endotellərinin və fibroblastların daha mühüm rol oynaması xarakterikdir.Belə ki, qranulyasion toxumanın kapilyarların intensiv əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunan ayrı-ayrı ocaqlar şəklində inkişafı ilə bərabər, bu kapilyarların endotel hüceyrələri də biosintetik proseslərin intensivliyinə və çoxlu miqdarda fermentlərə malik olurlar.İltihab sahəsindəki labrositlər bioloji aktiv amillər buraxmaqla kapilyarların prolifirlerasiyasını sitmulə edirlər.Qranulyasion toxumanın digər vacib hüceyrəvi komponenti olan fibroblastlar kollagen lifləri sintez etməklə, prolifersiya dövründə qranulyasion toxumanın ən üstünlük təşkil edən hüceyrələridir.Bu müddətdə fistula sahsəsinin epitelizasiyası bazal epitel hüceyrələrinin ayrı-ayrı qatlarının əmələ gəlməsi, miqrasiya etmiş hüceyrələrin bölünməsi və diferensasiyası davam edir.Miqrasiya bazal qatdan başlanır, hüceyrələrin ölçüləri böyüyür,yara səthinə çoxlu miqdarda psevdopodial çıxıntılar verirlər.Psevdopodilər vasitəsilə bu hüceyrələr yaxındakı mezenximal hüceyrələrə yapışırlar (Şək. 2).

Levomikolla müalicənin 10 sutkasında fistul sahəsindəki qranulyasion toxumanın formalaşması və onun tədricən fibroz toxumaya çevrilməsi müşahidə edilir.Belə ki, bu müddətdə qranulyasion toxumadakı fibroblastlar bir neçə nüvəciyi olan iri və oval nüvəyə, çoxlu miqdarda və yaxşı inlişaf etmiş sitoplazmatik orqanellərə malik olurlar.İntensiv kollagen sintezinə başlamazdan əvvəl onların daxilində funksional-struktur yenidənqurma baş verdiyindən həmin fibroblastlara“cavan” fibroblastlar da deyilir. Fibroblastların ribosomlarında amin turşulardan

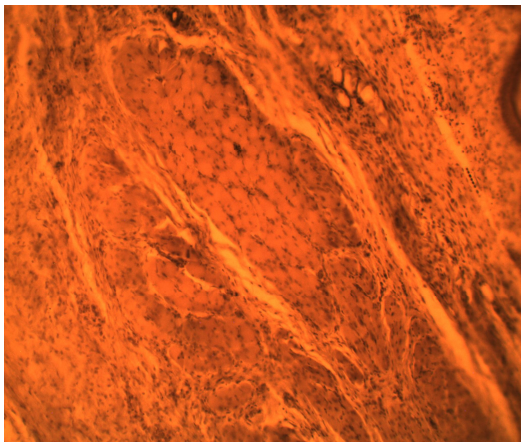
sintez olunan kollagen əvvəlcə tropokollagen şəklində hüceyrəarası sahəyə buraxır, sonra kollagen molekulları bir-biri ilə uc-uca və yan-yana birləşməklə birinci fibrilləri əmələ gətirirlər.Kollagen lifləri sintez etməklə yanaşı yara sahəsindəki fibroblastlar tərəfindən birləşdirici toxumanın əsas maddəsinin vacib komponenti olan mukopolisaxaridlər sintez edilir.Bu mərhələdə epitel hüceyrələrinin diferensasiyası tezləşir, aktiv çoxalan epitellər qranulyasion toxumaya doğru uzanır və kənarı epitelizasiya prosesi başa çatır (Şək. 3).

Əsas qrupa daxil olan 12 baş dovşanda sutkalar üzrə aşağıdakı patomorfoloji dəyişikliklər aşkarlanmışdır.

Tərəfimizdən təklif olunan gellə müalicənin 3 sutkasında damarlarda qeyri-bərabər doluqanlılıq, damarətrafı sahələrdə və stromada tək-tək neytrofil qarışıqlı limfo-histositar elementlərin ocaqlı infiltrasiyası, faqositozla iştirak edən neytrofillərin parçalanma məhsulları, yəni detritləri müşahidə edilir.



Şək.5. Əsas qrup. hellə müalicədən sonra, 7-ci sutka. Boyaq: hematoksilin və eozin. x 100.



Şək. 6. Əsas qrup. hellə müalicədən sonra, 10-cu sutka. Boyaq: hematoksilin və eozin. x 100.

Digər preparatda iltihabi proliferasiya mərhələsinin sürətlənməsinin nəticəsi kimi fistul sahəsində histiogen və hematogen mənşəli hüceyrələrin artıb çoxalması qeyd edilir.İltihab sahəsinin kənarında bazal qatın epitel hüceyrələrinin ayrı-ayrı qatlarının əmələ gəlməsi qeyd edilir.İltihab prosesinin prolifersiya mərhələsinin qranulyasion toxumaya keçməsinin nəticəsi kimi qranulyasiyanın ilkin əmələ gəlməsi eksperimentin bu müddətində müşahidə edilir.Qranulyasion toxumanın kiçik ocaqlar şəklində inkişafı qeyd edilir (Şək. 4).

Hellə müalicənin 7 sutkasında histoloji müayinədə labrositlər bioloji aktiv amillər sintez edərək kapilyarların prolifersiyasını stimulə etməklə qranulyasion toxumanın vacib hüceyrə komponenti olan endotelial hüceyrələrin proliferasiyasına səbəb olurlar.Qranulyasion toxumanın tərkibində olan fibroblastlar kollagen lifləri və mukopolisaxaridləri sintez etməklə hüceyrəarası sahədə fibrillərin əmələ gəlmə prosesini requlyasiya edirlər.Eksperimentin 7sutkasında qranulyasion toxumanın inkişafı ilə yanaşı fistul sahəsinin epitelizasiyasında iştirak edən hüceyrələrin diferensasiyası prosesi də tezləşir (Şək. 5).

Eksperimentin 10 sutkasında fistul sahəsinin mikroskopik müayinəsində hematogen hüceyrələrin miqdarca azalması, kapiklyarların əksərinin oblitersiyası, kollagen liflərin dəstələr əmələ gətirməsi müşahidə edilir. Bu müddətdə qranulayasion toxumanın fibroz toxumaya çevrilməsi, fibroz toxumanın təkmilləşməsi və fistul sahəsinin epitelizasiyasına rast gəlinir (Şək. 6).Beləliklə gelin təsirindən makrofaqların proliferasiyası sürətlənir, yaranın təmizlənməsi, fibroblastların diferensasiyası və epitel hüceyrələrinin regenerasiyası tezləşir. Nəticə olaraq geyd etmək istəyirik ki, mürəkkəb pararektal fistulaların müalicəsində nəzərdə tutlan gelin tətbiqi fistulaların residivliyini və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların rast gəlmə tezliyini aşağı salmağa eyni zamanda əmək qabiliyyətli şəxslərin əmək qabiliyyətinin tez bərpasına yardım edəcəkdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит.-1981
2. Брайцев В.Р. Заболевание прямой кишки.- 1951
3. Sultanov H., Hümmətov A., Əliyev E. // Cərrahiyyə, 2007, N-2
4. Байзаков У.Б., Аралбаев Т.А., Намазбеков Б.К., Алиев Г.А. Хирургическое лечение сложных параректальных свищей.
5. Головачев В.Л; Нокербеков Б.М Оценка результатов лечения параректальных свищей
6. Saino P. Fistula-in-ano in a defined population.Incidence and epidemiological aspects 1998
7. Ho Yn, Tan M, Leong A.F, Seow-Choen F.Marsupialization of fistolotomy wounds improves healing 1998

SUMMARY

PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN EXPERIMENTAL PARARECTAL FISTULA AND THE USE OF NEW TREATMENT METHOD

H.Sultanov, A. Safiyeva

Pararectal fistula is a common surgical problem. It account for about 0.5-4 per cent of surgical diseases. The research is aimed at exploring new possible surgical methods in high pararectal fistula. We recommended new glue for the treatment of high pararectal fistula. This technique is simple with minor surgical trauma so that the sphincter function is preserved and the period of rehabilitation is short. We formed an experimental model of pararectal fistula on rabbits. The rabbits were divided into two groups – a main group and a control one. The glue was experimented on rabbits in the main group. On the rabbits in the control group, we used ointment of levomicol. We studied pathomorfological changes on the third, seventh and tenth days. Healing of the rabbits in the main group emerged to be faster than that in the other group. In conclusion, this method of treatment of high pararectal fistula brings about healing during a shorter period of time with a higher efficiency. Also, the glue closure is a safe procedure, without complications such as incontinence.

Daxil olub: 20.11.2008

ONİKİBARMAQ BAĞIRSAQ XORASININ MÜALİCƏSİNDƏ ANTİOKSİDANT İLƏ BİRLİKDƏ ENDOSKOPİK AŞAĞI İNTENSİVLİKLİ LAZER ŞÜALANMASININ KLİNİK EFFEKTİVLİYİ

M.M. Məmmədov, İ.İ.Məmmədov

M.Topçubaşov ad. elmi cərahiyyə mərkəzi, Bakı; Sumqayıt şəhərinin təcili tibbi yardım xəstəxanası

Xora xəstəliyi xroniki residivləşən xəstəlik olub, kəskinləşmə və remissiya dövrəlirinin bir- birini ardıcıl olaraq davam etməsindən ibarətdir. Onun əsas əlaməti mədə və oniki bağırsağın divarında xoranın (defekti) əmələ gəlməsidir [1,3,6,7,11,13].

Xora xəstəliyi probleminin müasir durumunun müzakirə aktuallığı bu xəstəliyinin yaşlı əhali arasında geniş yayılması ilə şərtlənir. Xəstəliyin yaşlı əhali arasında yayılma göstəricisi müxtəlif dünya ölkələrində 5 – 15 faiz arasında dəyişir [2,4,5,8,9,10]. Onikibarmaq bağırsaq xorasına mədə xorasına nisbətən 4 dəfə daha çox rast gəlinir. Onikibarmaq bağırsaq xorasından əziyyət çəkənlərin arasında kişilər üstünlük təşkil edir. Müasir təsəvvürlərə əsasən xora xəstəliyinin yaranma səbəbi mədə möhtəviyyatının aqressiv xüsusiyyətləri (məs. yüksək turşuluq dərəcəsi) və mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasının qoruyucu xüsusiyyətləri (məsələn: mədənin selikli qişasının çıxış hissəsində Helicobacter pylori-nin həyat fəaliyyəti) arasında tarazlığın pozulması, o cümlədən mədənin hərəkətliliyinin və möhtəviyyatın mədədən boşaldılmasının pozulması (bu əsasən stresslə əlaqədar olur) və bəzi qida növlərinin birbaşa travmatik təsiridir. Son onilliklər ərzində Helicobacter pylori bakteriyasının xora xəstələyinin yaranmasındakı rolu geniş müzakirə olunur. Hazırda Helicobacter pylori-nin təsiri altında xoranın yaranması haqda heç bir dəlil yoxdur, lakin sübuta olunmuşdur ki, bu bakteriya mədənin çıxış hissəsində qastritin inkişaf etməsinə səbəb olur. Bundan əlavə xora xəstəliyindən əziyyət çəkən insanın mədəsinin selikli qişasında Helicobacter pylori-nin olması bir tərəfdən xroniki iltihabın qalmasına imkan yaradır, digər tərəfdən isə mədə şirəsinin hipersekresiyasını

törədir, bu isə xoranın tez-tez təkrarlanmasına gətirib çıxarır. Son illərin tədqiqatları göstərir ki, Helicobacter pylori 3-10 saat ərzində mədənin selikli qişasının strukturunu atrofik qastritin yaranması istiqamətində dəyişə bilər, bunun fonunda bir sıra hallarda selikli qişanın bağırsaq metaplaziyası, sonralar isə displaziya tipinə uyğun olaraq dəyişməsi baş verirb [1,2,4,6]. Selikli qişanın displaziyası "xərçəngönü" vəziyyət kimi qiymətləndirilir. Nəzəri cəhətdən Helicobacter pylori ilə əlaqəli qastritin müalicəsi onun bütün aşkar edilmə hallarında aparılmalıdır, lakin praktiki olaraq bugünkü gündə nəzərdə tutulan müalicə (sekresiya blokatoru + iki güclü antibiotik) özü-özlüyündə kifayət qədər aqressivdir və orqanizm üçün heç də hər zaman yüngül keçirilən olmur.

Bu səbəbdən elmi tədqiqatların əsasında Helicobacter pylori-nin törətdiyi xəstəliklərin müalicəsinə dair dəqiq beynəlxalq tövsiyələr hazırlanmışdır. Lakin aşağı intensivlikli lazer şüalanmasının antioksidantla birgə HP-nin və digər divaryanı mikroorqanizmlərin eradikasıyasında tətbiq edilməsi sahəsində tədqiqatlar aparılmamışdır.

Tədqiqatın MƏQSƏDI duodenal xoraların aşağı intensivlikli endoskopik lazer şüalanması ilə birgə antioksidant-meksidolun tətəbiqinə əsaslanan müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasıdır.

TƏDQIQATLARIN MATERIALLARI VƏ METODLARI. Ambulator müalicədə bizim nəzarətimiz altında 19 – 62 yaş arasında mədə və onikibarmaq bağırsaq xorası xəstəliyindən əziyyət çəkən 20 pasiyent var idi, onlardan 7-si (35,0;%) qadın və 13-ü (65,0%) kişi idi. Bütün xəstələr iki qrupa bölünmüşdü: əsas və nəzarət.

Əsas qrupa onikibarmaq bağırsaq xorasından əziyyət çəkən 11 xəstə (7 (63,7%) kişi, 4(36,3%) qadın) daxil idi, bu xəstələrin standart konservativ xora-əleyhinə terapiya fonunda aşağı intensivlikli lazer terapiyası ("6 ml – 0,3 qramlıq optimal dozada meksidol" preparatının və çıxışda 5-6 Vt güclü "İQLA" lazer qurğusunun tətbiqi ilə standart metodikaya uyğun olaraq) ilə endoskopik müalicəsi aparılırdı. Vizual nəzarət altında endoskopun distal sonluğu işıq keçiricisi ilə birgə xora defektinə yaxınlaşdırılırdı, lazer şüasının xoranın ölçülərindən və onun endoskopik xüsusiyyətindən asılı olaraq 5-6 4 dəqiqə ərzində xoraya nişanlı ekspozisiyası həyata keçirilirdi. Lazer şüalanması 6 C/sm şüalanma dozası ilə onikibarmaq bağırsağın soğanağına, mədənin antral nahiyəsinə və sonda mədənin cisminə tətbiq edilirdi. Endoskopik lazer terapiyası kursu orta hesabla 4-6 seansdan ibarət idi. Nəzarət qrupu ənənəvi sxemə uyğun olaraq onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi ilə əlaqədar konservativ xora-əleyhinə müalicə alan 9 pasiyentdən ibarət idi. Onlardan 6-sı (66,7%) kişi, 3-ü (33,3%) qadın idi, orta yaş həddi 42,8 ± 2,0 yaş, nəzarət qrupunda 42,84 ± 1,87 yaş təşkil edirdi (R = 0,989). Xəstələrin yaşa və cinsə görə qruplarda bölüşdürülməsi müqayisə edilməyəcək dərəcədə cüzi fərqlənirdi (Cədvəl 1). Əsas və nəzarət qrupu xəstələrinin xora dəfektinin ölçülərindən asılı olaraq bölüşdürülməsi cədvəl 2-də təqdim edilib.

Cədvəl 1

Xəstələrin yaşa və cinsə görə qruplarda bölüşdürülməsi

Cinsi	Cəmi xəstələr	Yaş qrupları daxil olmaqla					
		20 yaşadək	20-29 yaş	30-39 yaş	40-49 yaş	50-59 yaş	60 yaş və yuxarı
Kişilər	7	-	2	4	1		
Qadınlar	4	-	1	2	1		
Cəmi	11		3	6	2		

Əsas və nəzarət qrupu xəstələrinin xora dəfektinin ölçülərindən asılı olaraq bölüşdürülməsi cədvəl 2-də təqdim edilib.

Cədvəl 2
Əsas və nəzarət qrupu xəstələrinin xora dəfektinin ölçülərindən asılı olaraq bölüşdürülməsi

Xəstələr qrupu	Xora defektinin ölçüləri		
	0,5 sm-dək f,(%)	0,5sm - 1,0 sm f,(%)	1,0 sm dən çox p,(%)
Əsas qrup (p=11)	2 (18,1%)	3 (27,2%)	6 (54,6%)
Nəzarət qrupu (p=9)	1 (11,1)	5 (55,5)	3 (33,3)
Cəmi	3 (15,0)	10 (50,0)	7 (35,0)

Cədvəl 2-dən görünür ki, əsas qrupdakı pasiyentlərin böyük hissəsində (6 nəfərdə) xora defektinin ölçüsü 1,0 sm-dən çoxdur, nəzarət qrupuna aid xəstələrin çoxunda (5 nəfərdə) isə xora defektinin ölçüsü 0,5 - 1,0 sm idi.

Cədvəl 3
Əsas və nəzarət qrupu xəstələrinin xora dəfektinin yerləşməsindən asılı olaraq bölüşdürülməsi

Xəstələrin qrupu	Xora defektinin yerləşməsi				
	Ön divar f(%)	Arxa divar f,(%)	Kiçik əyrilik f,(%)	Böyük əyrilik f,(%)	Digər yerləşmə, qarışıq zədələnmələr f,(%)
Əsas qrup (p=11)	5 (45,4)	2 (18,1)	2(18,1)	1 (9,09)	1 (9,09)
Nəzarət qrupu (p=9)	4 (44,4)	2(22,2)	1 (10,0)	1 (10,0)	1 (10,0)
Cəmi	9 (45,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	2(10,0)

Həm əsas qrupa daxil olam pasiyentlərdə (45,4%), həm də nəzarət qrupuna aid olan pasiyentlərdə (44,4%) xora defektlərinin çox hissəsi ön divarda yerləşirdi. Yayılma dərəcəsinə görə ikinci yerdə olan əsas və nəzarət qruplarının pasiyentlərində digər növ yerləşmə və qarışıq zədələnmələr (müvafiq olaraq 20% və 19,6%) vardır. Əsas və nəzarət qrupuna aid pasiyentlərdə (18% və 22,2%) onikibarmaq bağırsaq soğanağının arxa divarında xora defektlərinə isə daha az rast gəlinir. Əsas və nəzarət qruplarının arasında xora defektlərinin onikibarmaq bağırsaq soğanağının divarlarında yerləşmə faizləri müqayisə edilə bilər. Xora anamnezinin tədqiq edilməsi zamanı aşkar edilmişdir ki, əsas qrupa daxil olan 27,2 % xəstədə və nəzarət qrupuna daxil olan 22,2 % xəstələrdə 3 il ərzində davam edən xora anamnezi yer tuturdu. Xəstələrin böyük hissəsi (əsas qrupun 54,5% və nəzarət qrupunun 55,6%) 2 ildən 10 ilədək xora xəstəliyindən əziyyət çəkirdi və əsas qrupun 18,3% və nəzarət qrupunun 22,2%-də xora anamnezi 10 il təşkil etmişdir ki, bu da cədvəl 5-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 4
Əsas və nəzarət qruplarında xəstələrin xora anamnezinin müddətinə görə nisbəti

Xəstəliyin müddəti	Pasiyent qrupları f, (%)		
	Əsas qrup	Nəzarət qrupu	Cəmi
3 ilədək	3 (27,2)	2 (22,2)	5 (25,0)
2 ildən 10 ilədək	6 (54,5)	5 (55,6)	11 (18,1)
10 ildən çox	2 (18,3)	2 (22,2)	4 (20,0)

TƏDQIQATIN NƏTICƏLƏRI. Lazer terapiyasının bilavasitə xoraya tətbiq təcrübəsi onun əhəmiyyətli təsirə malik olduğunu göstərmişdii: ilk 1-3 seans hətta güclü ağrı sindromları olduqda belə ağrı kəsici təsir göstərdi; yaxşı ödem əleyhinə yaxşı effekt qeyd edilmişdir, sonrakı lazer terapiyası seanslarında xora detrit ərpdən təmizlənirdi və qranulyasiya toxumasının xoranın epitelləşməsi baş vermiş, örtük epitelisinin selik əmələ gətirmək funksiyası bərpa edilmişdir. Bir faktı da qeyd etmək lazımdır ki, mədə və onikibarmaq bağırsaq

xoraları lazer şüalanmasının təsiri altında sağaldığı zamanı çapıqlar elastik olur və mədə çıxacağının və onikibarmaq bağırsaq soğanağının kobud çapıqlı deformasiyasına gətirmir.
Müalicə effektinin sabitliyini artırmaq və xəstəliyin residivlərini azaltmaq üçün xora defektinin proyeksiya nahiyəsinin qarın divarı vasitəsilə qan dövranı sürətinin dəyişmə ritmləri ilə eyni zamanda və "6 ml – 0,3 qramlıq optimal dozada meksidol preparatının" və çıxışda 5-6 Vt güclü "İQLA" lazer qurğusunun hazırlanmış metodikaya uyğun olaraq tətbiqi ilə aşağı intensivlikli lazer şüalandırılmasından istifadə olunub. Lazer terapiyası seansları xəstə uzanmış vəziyyətdə olmalıdır. Terapiya "İQLA" aparatının köməyi ilə aparılır. Şüalandırmanı qeyri-invaziv arın divarı vasitəsilə 6-8 gün ərzində günün ikinci yarısında 10-12 dəqiqəlik ekspozisiya ilə aparılır.

Müalicə nəticələrinin son qiymətləndirilməsi əlavə olaraq qəbul edilmiş kliniki diaqnostik xarakteristikalara, rentgenoloji müayinənin və qastroskopiyanın nəticələrinə uyğun olaraq aparılır. Müəyyən edilmişdir ki, xora əleyhinə terapiyanın optimal effektivliyi intraqastral pH-ın gündə 18 saat ərzində mədə xoralarının müalicəsi zamanı 3,0-dan, onikibarmaq bağırsaq soğanağının xoraları zamanı 4,0-dan yuxarı səviyyədə saxlanıldığı zaman əldə edilir. HP-nin məhv edilməsi zamanı pH-ın 5,0-dək (daha yaxşısı 6,0-7,0) artması məqsədəuyğun olardı; bu zaman bakteriya bölünmə fazasına daxil olur və antibiotiklərə hissiyyatlı olur. Meksidoldan istifadə bakteriyaların mədənin selikli qişasında yenidən paylaşdırılmasına, və beləliklə antral hissədə Helicobacter pylori-nin yayılma dərəcəsi xeyli azalır, mədə cismində isə çoxalır. Belə tənzimləyici təsir mexanizmi mədə sekresiyasının güclü istismar olunması ilə bağlıdır. Xoranın sağalmasının qiymətləndirilməsi endoskopik müayinələr zamanı vizual şəkildə həyata keçirilirdi. Ezofaqoqastroduodenoskopiya və biopsiyanın aparılması üçün ön və yan optikalı firbolifli cihazlardan istifadə olunur. Müalicə tədbirlərindən əvvəl, müalicə başlayandan 2-10 gün sonra və xoraların tam epitelləşmə zamanı tədqiqat xorasının kənarlarında endoskopik biopsiya aparılmışdır.

Beləliklə, endoskopik aşağı-intensivlikli lazer şüalandırılmasının "6 ml – 0,3 qramlıq optimal dozada meksidol" preparatı ilə birgə tətbiqi və çıxışda 5-6 Vt güclü "İQLA" lazer qurğusunun tətbiqi divaryanı mikroorqanizmlərin epiteliositlərin üzərindən məhv edilməsinə kömək edir "İQLA" lazer qurğusunun qəbul edilmiş metodikaya uyğun olaraq və selikli qişanın strukturuna patoloji təsir göstərmir. Bu metod həm də erəkən mərhələrdə hüceyrə səthindən mikrooqqanizmlərin kənar edilməsinə və turşu və pepsin sekresiyasının azalmasına kömək edir

ƏDƏBİYYAT

1. Балалыкин А.С., Авалиани М.В., Лапшина С.В. Эндоскопическая фототерапия в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Тер. Архив, 1987, №10, с.66-68
2. Баракаев С.Б. Сравнительная оценка наружной и эндоскопической лазеротерапии язвенной болезни 12-перстной кишки / Матер.4-го Всесоюзного съезда гастроэнтерологов. – М., 1990, с.129-130
3. Буданцев С. И. сравнительная оценка влияния лазерного излучения на регенерацию хронических язв желудка / Совр. методы лазерной терапии.- Рязань, 1988, с.66-69
4. Бурый А.Н., Леонов А.Н., Дейнека С.В. и др. Клинико-морфологические аспекты эндоскопической лазеротерапии язв желудка // Клиническая хирургия, 1985, № 8, с. 23-25
5. Горбань В.В., Головина Т.Э. Эффективность лечения низкоэнергетическим импульсным полупроводниковым лазерным излучением медиогастральных язв / Материалы 4-й Всесоюзный съезд гастроэнтеролов.- М., 1990, т. 1, с. 206 – 207
6. Дмитриев А.Е., Кашеваров С.Б., Арапов Н.А. Лазеротерапия язвенных дефектов желудка и 12-перстной кишки // Клиническая медицина, 1991, №4, с. 85-87
7. Кару Т.И., Летохов В.С., Лобко В.В. и др. Светолечение больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки на основе стимуляции клеток низкоинтенсивным красным светом // Вопр. курортол., физиотерапии и лечебной физкультуры, 1984, № 1, с. 36-39
8. Керин В. В., Гембицкий Е.В., Синев Ю.В. и др. Использование низкоэнергетического лазерного излучения в комплексном лечении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки // Тер. Архив, 1984, т. 56, № 2, с. 46-48
9. Козлов В.И., Буйлин В.А. Лазеротерапия с применением АЛТ "Мустанг".- - М., 1994, 124 с.
10. Применение низкоинтенсивных лазеров в медицине. Мет. рекомендации.- Рязань: 1992, 134 с.
11. Семендяева М.Е., Лебедев А.В., Матвеев Г.Н. Лазерная терапия гастродуоденальных язв // Клиническая медицина, 1990, № 10, с. 72-74

12. Пулатов.С.Р. Морфологические аспекты современного лечения язвенной болезни / Материалы Республ. научной конференции.- Ташкент, 2000, с. 72-75

13. Fleisher D. Endoscopic Lazer therapy for gastrointestinal disease // Arch. intern. Med. , 1984, v. 3296, p. 144

SUMMARY

THE CLINICAL EFFECTIVE OF LOW INTENSIVE LASER ION AND ANTIOCSIDANT ON TRETMAENT OF DUODENAL DISEASES

M.M.Mamedov, I.I.Mamedov

The purpose was searching the clinical effective of low intensive laser ion and antiocsidant on treatment of duodenal diseases

There were 20 patients with this pathology at an age 19-62 there were 7 women (35,0%), 13 men (65,0%).

Daxil olub: 20.11.2008

EKSTRAKORPORAL MAYALANMADAN SONRA HAMILƏLIYIN BAŞA ÇATDIRILMAMASININ ƏSAS SƏBƏBLƏRI

F.K. Əliyeva, N.A. Şahbazova

Elmi-tədqiqat mamalıq və ginekologiya institutu, Bakı

Son iyirmi il ərzində sonsuzluğun müalicəsi praktikasında yardımçı reproduktiv üsullar (YRÜ) geniş tətbiq edilir. Modernizasiya və YRT istifadəsi qadın və kişi sonsuzluğunun daha da ağır formalarında reproduktiv funksiyanın bərpa imkanlarını xeyli genişləndirmişdir[1,6.7,9].

YRT köməyilə hamilə qalmışlarda hamiləliyin nəticəsinin yaxşılaşdırılması məqsədilə dünyanın hər yerində ekstrakorporal mayalanma (EKM) mərkəzlərində bir sıra müxtəlif tədbirlər planı işlənib hazırlanır. Bu tədbirlərin bəziləri YRT istifadəsinin müxtəlif mərhələlərində həyata keçirilir, həmçinin əməliyyatönü tədbirlərə xüsusi fikir verilir [2,7,10,13].

Bu üsulların istifadəsinin effektivliyi bir qayda olaraq, müalicəvi aybaşı tsiklinə daxil olmuş pasientlərin sayı hesabına hamiləliyin baş verməsi tezliyi ilə qiymətləndirilir. Ancaq bu cür qiymtələndirilmə hərdən son məqsədin – diri və sağlam uşağın doğulmasının əksi olmur. Uğurun əsas göstəricisi reproduktiv itkilərin, perinatal ölümün və uşaqlarda anadangəlmə inkişaf qüsurlarının azalmasıdır [4,5]. EKM və EK sonra baş verən hamiləlik yüksək risk qrupuna aid edilir. Çoxsaylı tədqiqatların nəticəsi əsasında təxminən 35% hadisələrdə hamiləliyin pozulması qeyd olunur, eyni zamanda populyasiyada uşaqsalma tezliyi 10-dan 20-25% -ə qədər rast gəlinir. Demək olar ki, düşüklərin 50% bir qayda olaraq, 12 həftəyə qədər hestasiya müddətində baş verir [7,8,12,14].

1995-ci ildə «Fertillik və sonsuzluq» Ümumdünya Konqresinin hesabatı əsasında EKM və EK sonra hamiləliyin uğurlu nəticəsi 73,1% qadınlarda alınıb, onlardan vaxtından qabaq doğuş (hamiləliyin müddəti 24-36 həftə) tezliyi 33,6% təşkil edib. Hər 5-ci qadında (21,0%) hamiləlik 20 həftəyə qədər müddətində pozulur. YRT istifadəsinin fonunda çoxdöllü hamiləliyin baş verməsi və onun nəticəsində gecikmiş hestozların yaranması (2 dəfə), vaxtından qabaq doğuşların, az çəkili uşaqların doğulması və hamiləliyin digər riskləri artır. YRT adətən gec reproduktiv yaşda olan ailələrdə istifadə olunur. Uğurlu nəticələrinə nail olunma baxımından YRT istifadəsində qadının yaşı vacib rol oynayır.35 yaşdan yuxarı qadınlarda spontan abortların tezliyi artır və bu çox vaxt genetik amillərlə (autosom trisomiya və s.) əlaqələndirilir [3,11]. EKM sonra embrionlarda xromosom patologiyaların tezliyi spontan fertilliyin populyasiyasından fərqli olaraq 2 dəfə yüksəkdir.

Beləliklə, sonsuzluğun müalicəsində YRT üsullarının böyük uğurları və nailiyyətləri ilə yanaşı öyrənilməsi tələb olunan bir sıra suallar və problemlər var.

Nə xarici, nə də yerli elmi ədəbiyyatlarda YRT sonra yaranan hamiləliklərin gedişatının ağırlaşmaları, doğuş və doğuşdan sonrakı dövr, döllərin və yenidoğulmuşların vəziyyəti haqda yetərincə məlumat verilmir, ya da bu məlumatlar üzrə az elmi işlərin nəticələri yekunlaşdırılıb.

Yuxarıdakıları nəzərə alaraq, problemin aktuallığı və onun öyrənilməsi bu gün şübhə

yaratmır.

Tədqiqatın MƏQSƏDI EKM-dan sonra klinik-laborator müayinələr nəticəsində reproduktiv itkilərin tezliyini və səbəblərini öyrənilməsindən ibarətdir. Ik dəfə olaraq yardımçı reproduktiv üsullardan sonrakı hamiləliyin başa çatdırılmamasının sualları etiopatogenetik mexanizmlər tərəfindən baxılmışdır və hamiləliyin trimestrlər üzrə başa çatdırılmaması səbəbləri aydınlaşdırılmışdır .

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Tədqiqatda 130 hamilə qadın müayinədən keçmişdir. Bütün hamilələrdə aşağıdakı müayinələr aparılmışdır:anamnestik,ümumi klinik, biokimyəvi (ümumi zülal, şəkər), infeksion skrininq (servikal kanalın ifrazatının bakterioloji və virusoloji müayinəsi), hormonal status, hemostazioqramma, antifosfolipid anticisimlər və qurd eşənəyi antikoaqulyantı, prenatal diaqnostika testləri(αFP, E_3, XQ), genetik müayinələr,instrumental (USM, dopplerometriya 22 həftədən sonra, kardiotokoqrafiya 32 həftədən sonra).

Cədvəl 1
Hamilələrin yaş üzrə bölünməsi

Yaş	Sayı (n)	%
25 yaşa qədər	12	9,2
25-35 yaşa qədər	71	54,6
35-dən yuxarı	47	36,2
Cəmi	130	100

Cədvəl 2
Hamilələrin sonsuzluq müddəti üzrə bölünməsi

Müddəti, il	Sayı (n)	%
5 ilə qədər	20	15,4
5-10 il	59	45,4
10ildən çox	51	39,2
Cəmi	130	100

NƏTİCƏLƏRİN MÜZAKIRƏSİ. Müayinə olunan hamilələrin yaşı 23 –dən 44 yaşa qədər olmuşdur Anamnezinə əsasən sonsuzluğun müddəti 2 ildən 24 ilə qədər davam etmişdir. Beləliklə, qadınların əksəriyyəti yaşlı ilkdoğanlar qrupunu təşkil etmişdir, bu da hamiləliyin uğursuz nəticə riskiri artırır.

Sonsuzluğun səbəbləri araşdırıldıqda müəyyən olunmuşdur: kişi faktoru üstünlük təşkil etmişdir- 43,1%, ikinci yerdə boru-peritoneal (17,7%), sonra isə sonsuzluğun endokrin forması (16,1%), qarışıq səbəblər -14,6% və idiopatik – 8,5 % .

Bütün qadınlarda somatik status və ginekoloji anamnez öyrənilmişdir.
Təhlilin nəticəsində məlum oldu ki, fəsadlaşmış somatik status 74(57%), fəsadlaşmış ginekoloji anamnez isə - 108(83%) qadında qeyd olunur **.**

Hamiləliyin kliniki gedişatı trimestrlər üzrə öyrənilmişdir. Birinci trimestrdə düşüklər çox vaxt hamiləliyin 6-8 həftəsində baş vermişdir, fəsadlar arasında düşük təhlükəsi 43,12% təşkil etmişdir, əsasən anamnezində endokrin və qarışıq genezli sonsuzluq olan hamilələrdə. İkinci trimestrdə gecikmiş düşüklər 20-26 həftələr arasında baş vermişdir, fəsadlar arasında gecikmiş düşük təhlükəsi üstünlük təşkil etmişdir (39%), istmiko-servikal çatmamazlıq isə hər altı qadından birində aşkar edilmişdir. Üçüncü trimestrdə vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi fəsadların arasında birinci yerdə yerləşmişdir (32,4%). Vaxtından əvvəl doğuşlar daha çox 31-35 həftələrdə baş vermişdir - çoxdöllü hamiləlikdə.

Hamilələrdə trimestrlər üzrə hemostaz testləri öyrənilmişdir-trombositlərin miqdarı, qanın laxtalanma müddəti, protrombin indeksi, fibrinogenin səviyyəsi və fibrinolitik aktivlik.Eyni zamanda qanda antifosfolipid anticismlər (AFA) və qurd- eşənəyi antikoaqulyantı təyin edilmişdir.Müayinələrin nəticələri aşağıdakı cədvəllərdə göstərilib.

Cədvəl 3
EKM-dan sonra hamilələrdə hemostaz göstəriciləri

№	Göstəricilər	I trimestr	II trimestr	III trimestr
1	Trombositlər($\times 10^9$ /l)	250 ± 2,4	259±3,2	227±2,6
2	Qanın laxtalanma vaxtı (dəq)	8 '28"±0,02	7' 52" ± 0,03	6 '49" ± 0,04
3	Protrombin indeksı (%)	92± 0,4	100± 0,6	103 ± 0,2
4	Fibrinogen (q/l)	16,2 ± 0,2	18,2± 0,8	19,5± 0,9
5	Fibrinolitik aktivlik (%)	10,6 ± 0,4	9,2 ± 0,2	8,0 ±0,6

Cədvəl 4
Hemostaz testlərinin fərdi təhlili

№	Hemostaz sistemi	I trimestr (%)	II trimestr (%)	III trimestr(%)
1	Norma daxilində	50	35	25
2	Hiperfibrinogenemiya	36,7	45	53,6
3	Hiperkoaqulyasiya	13,3	20	21,4

Cədvəllərdən görünür ki, 1-ci trimestrdə 50% hamilələrdə hemostaz sistemində pozulmalar qeyd olunur (hiperkoaqulyasiya tərəfinə), bunu da əsasən massiv hormonal müalicə ilə (EKM -ın protokolu) və AFS-lə əlaqələndirmək olar. 2-ci trimestrdə trombofilik pozulmalar güclənir və 65% qadınlarda müşahidə olunur.3-cü trimestrdə isə bu prosess davam edir və 75% hamilələrdə hemostaz sistemində trombofilik pozulmalar özünü büruzə verir. Hemostaz sistemində olan dəyişikliklər daha çox trombozun yaranmasının bir neçə risk amili olan qadınlarda qeyd olunmuşdu (35 yaşdan yuxarı hamilələrdə, çoxdöllü hamiləlikdə, endokrin xəstəliklərdə). AFA 32% (hər 3 qadından birində), QE – 3% hamilələrdə aşkar edilmişdir.

Bütün hamilələrdə infeksion skrininq aparılmışdır: 1.uşaqlıq yolu və servikal kanalı ifrazatının bakterioskopik və bakterioloji müayinəsi; qanda TORCH infeksiyaların təyini; 3.servikal kanalda PZR üsulu ilə urogenital infeksiyaların təyini

Aparılan kompleks müayinə nəticəsində məlum olmuşdur ki, virus-bakterial mənşəli infeksiyanın kəskinləşməsi 12nəfərdə (10,2%) 2-ci trimestrdə və 7 qadında (6%) 3-cü trimestrdə qeyd olunmuşdur.

Hormonal müayinələr göstərişlə aparılmışdır: Hiperandrogeniya – 36 nəfərdə (28%) aşkar edilmişdir; Hipotireoz-6 nəfərdə (5%); Hipertireoz-4 nəfərdə (3%); Səkərli diabet və hestasion diabet 10 nəfərdə (8%)

Hamiləliyin 2-ci trimestrində 17-18 həftəsində bütün hamilələrdə prenatal diaqnostika testləri öyrənilmişdir- XQ, αFP, E3. Müayinələrin təhlili göstərdi ki, EKM-dan sonra hamilələrdə biokimyəvi prenatal göstəricilər hestasiya dövrünə uyğun olmuşdur.

Cədvəl 5
USM nəticələri trimestrlər üzrə

1-ci trimestr (n=130)		müt	%
-əkiz döllü hamiləlik	32	24,6	
-üç döllü hamiləlik	10	7,7	
-retroxoreal hematoma	18 7	13,8 5,4	
-döl yumurtasının aşağıda yerləşməsi		4	3,1
-inkişafdan qalmış hamiləlik		5	
- uşaqlığın kiçik ölçülü mioması			
2-ci trimestr (n=118)			
- əkiz döllü hamiləlik	35	29,7 4	 3,4
- üç döllü hamiləlik - istmiko-servikal çatmamazlıq	7 5	19 5,9 4,2	16,1 retroplasentar
- dölyanı mayenin azlığı və çoxluğu hematoma	2	1,7	
- dölün bətndaxili ölümü			
3-cü trimestr (n=111)			
- əkiz döllü hamiləlik	32	28,8	

- üç döllü hamiləlik - dölün hipotrofiyası	4 4	3,6 3,6	
- ciftin vaxtından qabaq ayrılması	3	2,7	

Birinci və ikinci üçaylıqda düşüklərdən sonra abortuslarda genetik müayinələr aparılmışdır. Aydın olmuşdur ki, 19 halın 8-də müxtəlif xromosom anomaliyaları aşkar olunub.

Instrumental müayinələrdən USM hər trimesrdə, dopplerometriya 2-ci trimestrdə 22-24 həftədən sonra və kardiotokoqrafiya (KTQ) 32 həftədən sonra bütün hamilələrdə aparılmışdır.

USM nəticələri aşağıdakı cədvəldə göstərilib. Qeyd etmək lazımdır ki, EKM-dan sonra hər üç qadının birində hamiləlik çoxdöllü olmuşdur (32,3%).

Feto-plasentar sistemin funksiyasını öyrənmək üçün 118 qadında dölün dopplerometriyası aparılmışdır. Bu üsulla feto-plasentar çatmamazlığın olmasını, dərəcəsini və mərhələsini 2-ci trimestrdən dəqiq aydınlaşdırmaq mümkün olur və bu böyük klinik əhəmiyyət daşıyır. Müayinə zamanı 40 qadında müxtəlif dərəcəli hemodinamik pozğunluqlar aşkar edilmişdir:tək uşaqlıq-cift qan dövranının zəifləməsi – 17% (20 nəfər); tək döl-cift qan dövranının zəifləməsi - 10% (12 nəfər); müştərək uşaqlıq-cift və döl-cift qan dövranlarının zəifləməsi - 6% (7nəfər); feto-plasentar qan dövranının kritik göstəriciləri- 1% (1 nəfərdə 26 həftəlik əkiz döllə hamiləlikdə, antenatal ölümlə nəticələndi).

Üçüncü trimestrdə dölün vəziyyətini dinamikada izləmək üçün kardiotokoqrafiya (KTQ) bütün hamilələrdə aparılmışdır.KTQ döldə bətndaxili hipoksiyanın olduğunu və dərəcəsini aşkar edir. Müayinə zamanı 28% hallarda döldə müxtəlif dərəcəli hipoksiya qeyd olunmuşdur. Hipoksiyanın dərəcəsi Fişer cədvəli ilə qiymətləndirilmişdir: 8-10 ball- norma daxilində 72% (80nəfər); 7-8 ball- yüngül dərəcəli hipoksiya 20% (22 nəfər); 6-7 ball –orta dərəcəli hipoksiya 7% (8 nəfər); 4-5 ball – ağır dərəcəli hipoksiya. 1% (1 nəfər) (təcili olaraq hamiləlik cərrahi yolla başa çatdırılmış, uşaq Apqarla 6-7 balla qiymətləndirilmiş, uşaq reanimasiyası şöbəsində müalicə almış və evə yazılmışdır).Aşağıdakı cədvəldə hamiləliklərin trimestrlər üzrə nəticələri göstərilib.

Cədvəl 6
Hamiləliyin nəticələri

Nəticə	I trimestr (n=130)		II trimestr (n=118)		III trimestr n=111)	
Uğurlu nəticə (Hamiləlik saxlanılıb)	118	90,8%	111	94,1%	105	94,6%
Uğursuz nəticə (itkilər)	12	9,2%	7	5,9%	6	5,4%

Kompleks müasir laborator-instrumental müayinələr nəticəsində düşüklərin və hamiləliyin başa çatdırılmamasının səbəbləri aydınlaşdırılmışdır: I trimestrdə: Trombofilik dəyişikliklər, AFS – 3 nəfərdə; Genetik faktorlar – 6 qadında; Çoxdöllü hamiləlik və döl yumurtasının aşağıda yerləşməsi – 3 hamilədə; II trimestrdə: İstmiko-servikal çatmamazlıq çoxdöllü hamiləlikdə - 3 nəfərdə; Trombofilik dəyişikliklər, AFS – 1 qadında; Dölyanı mayenin axması –1 nəfərdə; Genetik faktorlar - 2; III trimestrdə: AFS və trombofilik pozulmalar -3 nəfərdə; Dölyanı mayenin vaxtından qabaq axması – 1 qadında; Çoxdöllü hamiləlik – 2 nəfərdə.

Doğuşlar yalnız cərrahi yolla başa çatmışdır: vaxtında doğuş – 97 qadında; vaxtından qabaq doğuş – 14 qadında, onlardan 8 nəfərdə uğurlu nəticə İlə, 6 nəfərdə isə - perinatal itkilərlə. Yuxarıdakıları yekunlaşdırıb, aşağıdakı nəticələri qeyd etmək olar: EKM-dan sonra 23% qadınlarda hamiləlik fəsadsız keçmişdir, 77%(100 nəfərdə) qadınlarda isə hamiləlik müxtəlif ağırlaşmalarla fəsadlaşmışdır; 1-ci və 2-ci trimestrlərdə düşüklər 19 nəfərdə, 3-cü trimestrdə isə itkilər 6 qadında baş vermişdir (cəmi 25 nəfər (19,2%) hamilələrin ümumi sayından); Uğurlu nəticə-diri və sağlam uşaq əldə etməklə 80,8% hallarda qeyd olunmuşdur; Hamiləliyin başa çatdırılmamasının əsas səbəbləri: çoxdöllü hamiləlik- 32%, trombofilik pozulmalar -28%, infeksion səbəblər-8% və genetik amillər – 32%; Uğursuz nəticələr daha çox yaşlı hamilələrdə, endokrin və qarışıq genezli sonsuzluqdan sonra və fəsadlaşmış somatik və ginekoloji statusu olan qadınlarda rast gəlinmişdi.

ƏDƏBİYYAT

1. Подготовка пациентов и порядок проведения экстракорпорального оплодотворения. Ведение ранних сроков беременности после ЭКО. Методические рекомендации.- СПб.:Из-во Н-Л, 2001, 23с.
2. Батырханов М.С. Роль фосфолипидного фактора активации тромбоцитов во вспомогательных репродуктивных технологиях // Проблемы репродукции, 2007, №3.
3. Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Корнеева Е.В. Влияние возраста пациенток на частоту биологических потерь в программах ЭКО: опыт работы // Проблемы репродукции, 2008, №3.
4. Витязева И.И., Здановский В.М., Золотухина Т.В.Цитогенетические аспекты неразвивающейся беременности / Первый международный конгресс по репродуктивной медицине.- М.,2006, с. 145-146.
5. Екимова Е.В., Муллабаева С.М., Алексеева М.Л. Некоторые инфекции TORCH-комплекса (обзор литературы) // Проблемы репродукции, 2007, №4.
6. Калугина А.С., Краснопольский К.В. Беременность и роды после переноса криоконсервированных эмбрионов: течение, перинатальные исходы, период новорожденности // Акушерство и гинекология, 2006, №1.
7. Кулаков В.И., Леонов Б.В., Кузмичев Л.Н. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005
8. Регистр Российской ассоциации репродукции человека. Вспомогательные репродуктивные технологии в России. Отчет № 5 за 1999 г. // Проб. репрод. 2001, № 5, с. 8-13
9. Тишкевич О.Л. Перенос эмбрионов: пути повышения результативности ЭКО (обзор литературы) //Проблемы репродукции, 2007, №2
10. Хашиша М.Х., Гнипова В.В. Гормональные и гемостазиологические параметры у женщин с осложнённым течением беременности в 1-триместре после ЭКО // Акушерство и гинекология, 2007, №4.
11. Auyeung A, Klein ME, Odem RR. Fertility treatment in the forty and older woman. // J Assist Reprod Genet., 2001, v.18(12), p.638-643
12. Araoye M.O. Ep[idemiology of infertility: social problems of the in fertile couples // West Afr J Med., 2003, v.22(2), p. 109-106
13. Christina M. Scifres, George A. Macones. The utility of thrombophilia testing in pregnant women with thrombosis: fact or fiction? // Amer. J. of Obstet. and Gynec., 2008
14. Megan E.B. Clowse, Margaret Jamisom A national study of the complications of lupus in pregnancy //Amer.J.of Obstet. and Gynec., 2008
15. Poppe K,Velkeniers B. Thyroid and infertility // Verh K Acad Gene. Beld., 2002, v.64(6), p.389-399

SUMMARY
THE MAIN REASONES OF STOPING PREGNANCY AFTER ECO
F.K.Aliyeva, N.A. Shahbazova

The purpose was research of the frequency of stoping of pregnancy and reasons on clinical-laboratory examination after ECO. 130 women were examined. There were examined on these methods: anamnestic, general clinical, biochemistry, hormonal status, hemastaziogram, antiphopfolipide, prenatal diagnostic tests and ithers.

Daxil olub: 15.11.2008

İNVAZİV MİKOTİK FƏSADLAŞMALARI OLAN LİMFOBLAST LEYKEMİYALI UŞAQLARDA İLTİHAB SİTOKİNLƏRİ

S.S. Cavadov
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Orqanizmin antifunqal rezistentliyinin tənzimlənməsində xüsusilə neytrofillərin faqositar funksiyasına təsir göstərən iltihab yönlü sitokinlər, o cümlədən şişlərin nekroz faktoru –α (ŞNF - α) və interleykin-1(İL-1) böyük əhəmiyyət kəsb edir. ŞNF- α başlıca olaraq monositar və makrofaqal hüceyrədə sintez edilir və infeksion amilin baryer toxumalarda lokalizasiya etməsinə təsir göstərir. Bununla belə, ŞNF-α endotelial hüceyrələrin aktivləşməsi ilə qanın lokal laxtalanmasına səbəb olur, bu vəziyyət isə öz növbəsində kiçik qan trombunun, lokal ödemlərin törənməsi ilə nəticələnir və nəhayət patogen amilin limfa damarlarına sirayət etməsinə, iltihabi proseslərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Əlavə olaraq, ŞNF-α komplementin C3 komponentinin səthi reseptorunun (C3R) ekspozisiyasına,

neytrofillərin C.albicans-a qarşı faqositar aktivliyinin artmasına, makrofaqların sitokin sekresiyasının və s. fəallaşmasına şərait yaradır [2].

Həmçinin məlum olmuşdur ki, qan serumunda dövr edən qlikoproteinlər (vitronektin) C.albicans-ın makrofaqların səthinə atraksiyasını sürətləndirərək göbələk hüceyrələrinin β-qlükan komponentinə qarşı ŞNF-α sekresiyasını aktivləşdirir. Eksperemental şəraitdə laboratoriya heyvanları üzərində aparılan tədqiqatlardan aydın olmuşdur ki, disseminasiya etmiş kandidoz ŞNF-α-nı anti -ŞNF-α spesifik əks-cisimlər vasitəsilə neytrallaşdırmaqla formalaşır və bu vəziyyət sistem xarakterli kandidoinfeksiyanın inkişafını son dərəcə asanlaşdırır[1,3].

Kandidainfeksiyanın kəskin formasında orqanizmin mühafizəsində polimorf nüvəli neytrofillərin (PNN) əsas rolunu nəzərə alaraq İL-1-in də bu xəstəliyin patogenezində nə qədər vacib olduğunu söyləmək olar. İL-1 son dərəcə geniş miqyasda metabolik, fizioloci, iltihabi və immunoloci aktivliyə malikdir. Elə buna görə də İL-1 yalnız immun sistemə deyil, digər orqan və sistemlərin fəaliyyətinə də ciddi təsir göstərir. İl-1 neytrofillərin ilkin olaraq sümük iliyində əmələ gəlməsində və sonradan onların infeksiya sahəsində toplanmasında, akkumlasiyasında mühüm rol oynayır [6]. İL-1 infeksiyanın kəskin fazasında ona bilavasitə və dolayısı ilə müxtəlif təsirlər göstərir. Onun pirogen təsirə malik olduğu və qızdırmanın əmələ gəlməsində bilavasitə iştirak etdiyi də geniş məlumdur [6,7]. İL-1 eyni zamanda müxtəlif antigen və mitogenlərin T-limfositlərə təsirinə cavab olaraq T-hüceürələrdən İL-2-nin sintezini stimulyasiya edir. İL-1 α polimorf nüvəli neytrofillərin (PNN) funksiyasını (xemotaksis) artırır, superoksid anionun (O_2^-) və hidrogen-peroksidin sintezini, neytrofillərin faqositar aktivliyini və s. sürətləndirir [5]. O, həmçinin monositlərin faqositar funksiyasına stimulyasiyaedici təsir edir. İL-1 β limfositlərin induksiyasını aktivləşdirir, lakin yetişmiş PNN-in funksiyasına təsir göstərmir. Bütün bu göstərilənlər ŞNF- α və İL-1-in limfoblastik leykemiyalı uşaqlarda kandidemiya və sistem xarakterli invaziv mikotik ağırlaşmaların patogenezinin öyrənilməsində son dərəcə önəmli olduğunu bir daha təsdiq edir. Elə bu baxımdan araşdırmalarımızda limfoblastik leykemiyalı xəstə uşaqlarda ŞNF-α və İL-1 qatılığını müqayisəli tədqiq etməyi qarşımıza MƏQSƏD qoymuşuq.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Limfoblast, mieloblast leykozlu xəstələrin və kontrol qrup uşaqların qan serumunda ŞNF-α və İL-1 qatılığının təyini aparılmışdır. Müayinəyə Respublika Klinik Uşaq Xəstəxanasına leykoz diaqnozu ilə qəbul edilmiş 132 xəstə cəlb edilmişdir. Xəstələr 3 qrupa ayrılmışdır: I qrup limfoblast leykemiyalı xəstələr, II qrup mieloblast leykemiyalı xəstələr, III qrup kontrol sağlam uşaqlar.

Bu məqsədlə limfoblastik leykemiyalı xəstələrin və eyni yaş qruplarına aid sağlam uşaqların (kontrol) qan serumunda sitokinlərin təyini üçün bərk fazalı immunoferment analiz (İFA) metodundan istifadə edilmişdir. Yanaşı olaraq, xəstələrin qan serumunda C-reaktiv zülalın qatılığı lateks aqqlütinasiya reaksiyası vasitəsilə öyrənilmişdir. Qan serumunda ŞNF-α və İL-1-in qatılığı pq/ml, C-reaktiv zülalın qatılığı isə mg/ml ölçülmüşdür. Alınan nəticələr Stüdentin P meyarını hesablamaqla statistik analiiz edilmişdir və cədvəl №1-də göstərilmişdir.

TƏDQİQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Cədvəldə təqdim edilmiş nəticələrdən göründüyü kimi kəskin limfoblast leykozu (KLL) ilə birgə kandidemiyası və mikst mənşəli infeksiyası olan xəstə uşaqların qan serumunda ŞNF-α qatılığı kontrol sağlam uşaqlarda olduğundan yüksək dərəcədə fərqlənir. Xüsusilə 2–5 yaşlı kandidemiyalı uşaqlarda bu fərq kontrolda olan miqdardan (42,4±0,93) 10 dəfədən də çox olmuşdur (P> 0,02). Diqqəti cəlb edən vəziyyət ondan ibarətdir ki, ümumiyyətlə bu qrup xəstələrin əksəriyyətində xəstəliyin bütün mərhələlərində qan serumunda, cins və yaşdan asılı olmayaraq kontrolla müqayisədə çox yüksək dərəcədə artmış olur (P<0,05), hərçənd onun qatılığı 10 – 14 yaşlı xəstələrdə digər qruplara nisbətən az artır, lakin bu göstəricinin artımı da kontrolla müqayisədə statistik inandırıcıdır (P ≤0,05). eloblast leykemiyalı xəstələrdə də qan serumunda ŞNF-α-nın dəyişiklikləri oxşar xarakter daşıyır, yəni bu qrup xəstə uşaqlarda da ŞNF-α-nın qatılığı kontrolda olandan yüksək olmuşdur. Ancaq KML-lı xəstələrdə qan serumunda ŞNF-α-nın artması I qrupdakı xəstələrinkindən təxminən 2 – 2,5 dəfə az olur, baxmayaraq KML xəstələrin ŞNF-α göstəriciləri kontrol göstəricidən 2 – 4 dəfə yüksək olmuşdur (P<0,05).

Maraqlıdır ki, bu qrup xəstələrdə də ŞNF-α-nın qatılığında, xəstəliyin kəskin və

remissiyalı klinik gedişatından və eləcə də yaş qruplarından asılı olmayaraq, ciddi fərqlər müəyyən edilməmişdir.

Hərçənd KML-lı xəstələrdə kandidemiya və mikst infeksiyalı ağırlaşmalar zamanı I qrup KLL xəstələrdə olduğu kimi, qan serumunda ŞNF-α-nın qatılığı əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur (P<0,02).

Qan zərdabında İL-1-in təyini də xəstə qruplarının hər ikisində kontrol qrupdakına nisbətən statistik inandırıcı şəkildə artıq olmuşdur. İL-1 KLL-lı xəstə uşaqlarda yaşdan və cinsiyyətindən və xəstəliyin inkişaf mərhələlərindən asılı olmayaraq təxminən eyni səviyyədə olmuşdur. Bu göstərici kontrol qrupda olan sağlam uşaqlardakına nisbətən 3,5 – 4 dəfə yüksəkdir (P<0,05). Ancaq bu qrup xəstələrin kandidemiyalı və mikst infeksiyalı ağırlaşmaları olan zaman qan serumunda İL-1 kontrolla müqayisədə 5 dəfəyə qədər artıq olmuşdur (P≤0,02). Çox oxşar vəziyyət II qrupda – KML-lı xəstə uşaqlarda da aşkar edilmişdir.

Xəstələrin demək olar ki, hamısının, xüsusilə də 2–5 yaşlı KML-lı uşaqlarda qan serumunda İL-1 daha çox artmışdır. Bu qrup xəstələrdə də kandidemiya və mikst infeksiyalı ağırlaşmalar KML-lı xəstə uşaqların qan serumunda İL-2-nin qatılığının ciddi yüksəlməsi ilə nəticələnir.

Cədvəl 1

KLL və KML-lı xəstə uşaqlarda immunoloji göstəricilərin xəstəliyin gedişindən, yaşdan və cinsdən asılılığı

Xəstələrin klinik xarakteristikası			N	ŞNF- α (pq/ml)	İL- 1 (pq/ml)	CRZ (mg/ml)
I qrup – Limfoblast leykemiya	Mərhələ	Kəskin	88	350,71±2,40	186,32±0,29	3,16±0,69
		Xronik	22	351,35±2,43	115,48±0,56	1,99±1,35
		Remissiya	8	317,68±1,91	167,94±1,86	5,18±1,65
	Cins	Kişi	68	338,68±2,19	161,32±1,28	3,32±0,67
		Qadın	50	304,75±1,62	158,34±0,48	4,46±1,39
	Yaş	2 – 5	56	422,51±3,56	151,35±0,92	2,68±1,12
		6 – 9	48	348,7±1,96	150,73±1,21	4,15±0,92
		10 – 14	28	161,76±0,45	168,62±0,84	2,80±1,17
	İnfeksiya	Kandidemiya	44	463,57±2,90	222,35±0,36	5,06±0,66
		Mikst	10	416,75±2,18	207,5±2,25	9,13±0,59
II qrup – Mieloblast leykemiya	Mərhələ	Kəskin	10	167,7±1,56	161,32±2,11	4,21±1,2
		Remissiya	4	113,4±1,27	115,48±1,69	1,99±1,35
	Cins	Kişi	10	78,8±0,76	151,35±0,92	2,21±1,5
		Qadın	4	59,8±0,98	150,73±0,21	2,45±1,9
	Yaş	2 – 5	3	126,8±2,19	186,32±2,96	1,35±0,6
		6 – 9	4	119,7±1,84	158,34±1,48	2,35±1,1
		10 – 14	7	159,4±1,67	161,32±2,11	1,84±0,7
	İnfeksiya	Kandidemiya	14	269,45±1,63	207,5±2,25	4,38±1,5
		Mikst	5	273,62±2,69	193,21±2,67	7,67±1,3
III qrup kontrol	Yaş	2 – 5	9	42,4±0,93	49,4±0,83	5,6±1,1
		6 – 9	12	40,1±0,87	45,5±0,49	6,1±1,4
		10 – 14	14	43,8±0,79	50,1±0,97	4,9±0,9

Limfoblast leykemiyalı xəstə uşaqlarda kandidemiya və sistem xarakterli invaziv mikotik və mikst infeksiyalarla ağırlaşma törənmiş xəstələrin qan serumunda sitokinlərin (ŞNF-α və

İL-1) miqdarının kəskin olaraq yüksəlməsi bu qrup xəstələrdə çox güman ki, ilk növbədə baş vermiş davamlı qranulositopeniya və bununla əlaqədar orqanizmdə faqositar hüceyrələrin (neytrofillər, monosit və makrofaqların funksiyası – killinq, eleminasiya) son dərəcə zəifləməsi ilə əlaqəlidir. Şübhəsiz ki, ŞNF-α və İL-1 sitokinlərin normal vəziyyətdə mümkün olan immuno-requlyator funksiyaları (hər şeydən əvvəl neytrofillərin faqositar funksiyasının tənzimlənməsi) bu qrup xəstələrdə yüksək dərəcədə pozulmuş olur. Qan serumunda ŞNF-α və İL-1 konsentrasiyasının yüksəlməsi onun orqanizmdə müxtəlif mənşəli spesifik və qeyri–spesifik dəyişikliklərin əmələ gətirməsi xəstə uşaqlarda bir növ "toksik şoka" bənzəyən bir vəziyyət yaradır. Çox güman ki, elə buna görə də bu xəstə uşaqlarda ölüm göstəriciləri yüksək olur.

Bütün bu nəticələr və mülahizələr bir daha bu qrup xəstələrdə C-reaktiv zülal (CRZ) təyini ilə əlaqəli olan araştırmalarda da öz təsdiqini tapır. Göründüyü kimi, demək olar ki, bütün hallarda limfoblastik leykemiyalı xəstə uşaqlarda qan serumunda CRZ-in qatılığı normadan fərqli olaraq azalmışdır.

Qan serumunda CRZ konsentrasiyasının kəskin azalması, şübhəsiz orqanizmdə baş vermiş immunodepressiya ilə, xüsusilə də makrofaq və monositlərin, eləcə də neytrofillərin funksiyalarının pozulması ilə və bununla əlaqədar "toksik şok " vəziyyətinin baş verməsi ilə, başqa sözlə bu qrup xəstələrdə əsl mənada areaktiv status formalaşması ilə bağlıdır [4].

ƏDƏBİYYAT

1. Гаврилова Н.И. Уровень ФНО - α в сыворотке крови у детей с моно- и сочетанными формами хронических вирусных гепатитов //Аллергология и иммунология, 2000, том 1, № 2, с.24-27
2. Потапнев М., Петевка Н., Белевцев М., Савицкий В. и др. Патогенетическая роль фактора некроза опухолей альфа при остром лимфобластном лейкозе у детей.// Цитокины и воспаление 2003, №1, с.39-44
3. Аъдарй С.,Щемидпоор Л., Зандиещ Т. Фунжтион оф неутропщилис ин дифферент пщасес оф жщрониж миелоэеносис луекемиа // Иран.Биомед.Ъ. 2002, №2, p.43-58.
4. Aslan V., Akay OM., Gulbash Z. Ж-Реажтиве протеин ин тще follow-up and estimation of infections in acute leukemic patients.// Turk J Haemotol. 2003, v.20(2), p.75-80
5. Ferrrante A. Tumor necrosis faktor alpha potentiates neutrophil antimicrobial activity: increased fungucidal activity against Torulopsis glabrata and Candida albicans and associated increases in oxygen radical production and lysosamal enzymerelease //Infect.Immun., 1989, v.57, p.2115-2122
6. Grigull L.,Schrauder A.,Schmitt-Thomson A.,Sykora K. at al. Efficacy and safety of G-CSF mobilized granulocyte transfusions in four neutropenic children with sepsis and invasive fungal infection.// Infection, 2002, v.30(5), p.267- 71
7. Strieter R., Kunkel S., Bone R. Pole of tumor necrosis factor-alpha in disease states and inflammation //Жritical care medicine, 1993, v.21(10), p.447-463

SUMMARY

TIЩE CTUDY OF ПPOINFLAMMATORY MEDIATORS IN LYMPHOBLAST LEUKEMIC CHILDREN WITH INVAZIV MICOTIC COMPLICATIONS

S.S. Javadov

The studing of proinflamatory jytokines in 132 leukemic children with invaziv micotic complications we determined high TNF-α concentration in blood of ALL children with kandidemia and mixed (Jandida-bakteriae) infections in jomparision with kontrol. We studied concentration of TNF-α and IL-1 in serum using EIA method, but C-reactiv peptid latex agglutination method. Particularly this index distinction between 2 – 5 aged children with leukemia and control children (42,4±0,93) increased more than 10 time (P> 0,02). However TNF-α concentration in plazma of patients with AML below in the I group children 2 – 2,5 , although TNF-α index in AML children was high than control patient 2 – 4 once (P<0,05). In ALL children with candidemia and mixed infection complications observed IL-1 concentration in plazma increased 5 once than control chidren (P≤0,02).

Daxil olub: 15.11.2008

2008-Cİ İL ÜZRƏ AZƏRBAYCANDA İXTİSASLAŞDIRILMIŞ TOKSİKOLOJİ XİDMƏTİN FƏALİYYƏTİNİN TƏHLİLİ

İ.N.Əfəndiyev
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Kimyəvi təhlükəsizlik – XXI əsrdə bəşəriyyətin qlobal problemlərindən biridir. 10 milyona qədər müxtəlif kimyəvi maddələrin ətraf mühitdə toplanması sayəsində son on illərdə bütün dünyada kəskin və xroniki zəhərlənmələr xüsusi aktuallıq kəsb edir. Bu maddələrin çoxu sənayedə, kənd təsərrüfatında və məişətdə, başqa sözlə, bilavasitə insanlarla kontakt sferasında istifadə olunur [1,2].

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatına görə təxirəsalınmaz göstərişlərlə stasionara daxil olanların 15-20%-ni kimyəvi etiologiyalı kəskin zəhərlənmələrə məruz qalan şəxslər təşkil edir. İl ərzində 350.000-dən artıq insan isə ancaq təsadüfi zəhərlənmədən ölür. Bundan başqa hər il dünyada ölümlə nəticələnən 1.000.000 suiqəsdlərin təqribən ¼-i müxtəlif kimyəvi maddələrin qəbulu ilə əlaqədardır [3,4].

Bu işin MƏQSƏDI – 2008-ci il üzrə Azərbacyan əhalisinin potensial kimyəvi təhlükələrinin giymətləndirilməsi və ixtisaslaşdırılmış toksikoloji xidmətini cari iş fəaliyyətinin təhlili olmuşdur.

TƏDQİQTANI MATERİAl VƏ METODLARI. Kliniki Tibbi Mərkəzin toksikologiya şöbəsi (Respublika Toksikoloji Mərkəz) Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 17 iyul 1980-ci il tarixli 219 №-li əmrinə əsasən 27 iyul 1982-ci ildən fəaliyyət göstərir və Azərbaycanda ixtisaslaşdırılmış toksikoloji xidmətin yeganə tibb müəssisəsidir. Buna görə tədqiqatın məqsədinə çatmaq üçün biz bu müəssisəyə 2008-ci il ərzində müraciət edən və hospitalizasiya olunan xəstələrin məlumatlarını təhlil etmiş və alınan nəticələri aşağıda təqdim edirik.

Cədvəl1

2007-ci illə müqayisədə 2008-cü ildə toksikoloji çarpayı fondunun göstəriciləri

		2007	**2008**
1	Daxil olub	1182	1207
	Onlardan təcili yardım vasitəsi ilə	666	772
	Başqa müəssisələrin göndərişi ilə	86	74
	Özü gəlib və ya qohumları gətirib	421	354
	Başqa şöbələrdən köçürülüb	9	7
2	Evə yazılıb	1124	1142
3	Digər müəssisələrə köçürülüb	21	27
4	Vəfat edib	37	38
5	Letallıq (%)	3,1%	3,1%
6	Məsləhətlər	1442	2759
	o cümlədən qeyri profilli xəstələr	240	73
	hospitalizasiyaya ehtiyacı olmayan xəstələr	1202	2686
7	Hospitalizasiyadan imtina	699	588
8	Müraciətlərin cəmi sayı	**3325**	**4554**

ALINAN NƏTICƏLƏR VƏ ONUN TƏHLILI. 2008-cü ildə toksikologiya şöbəsinin çarpayı fondunun göstəriciləri aşağıdakı cədvəldə verilmişdir (Cədvə1). Bu cədvəlin təhlili göstərir ki, 2008-ci ildə toksikologiya şöbəsinin fəaliyyəti əvvəlki ilə nisbətən artmışdır. Belə ki, 2007-cü il ilə müqayisədə qəbul olunmuş xəstələrin sayı 25 nəfər çox olmuşdur. Cari ildə 772 xəstə təcili yardım briqadaları vasitəsi ilə stasionara daxil olmuşlar, 7 nəfər digər müəssisələrdən köçürülüb, 354 – özləri (göndərişsiz) müraciət etmiş xəstələr olmuşdurlar, 74

xəstə – digər müəssisələrin göndərişi ilə daxil olanlardır. 1207 xəstədən məişət zəhərlənmələri – 642 nəfər, suigəsd isə – 565 nəfər olmuşdur. Hospitalizasiya olunmuş 1207 xəstədən 57 nəfərdə zəhərlənmənin dərəcəsi - çox ağır; 343 nəfərin zəhərlənmənin dərəcəsi - ağır; 798 xəstədə zəhərlənmənin dərəcəsi - orta ağır; 9 nəfərdə zəhərlənmənin dərəcəsi yüngül olmuşdur.

Evə yazılan xəstələrdən 838 – sağalma ilə, 302 – yaxşılaşma ilə, 2 – dəyişiksiz, 27 xəstə - digər müəssisələrə köçürülüb.

Digər müəssisələrə köçürülmüş xəstələrdən: 4 - psixosomatika şöbəsinə, 1 - nevrologiya şöbəsinə, 2 - terapiya şöbəsinə, 16 - ümumi reanimasiya şöbəsinə, 1 - cərrahiyyə şöbəsinə; 1 – LOR şöbəsinə və 2 xəstə sair tibb müəssisələrinə köçürülmüşdür.

Ümumi müraciətlərin sayı – 4554 nəfər olmuşdur, bu da 2007-ci il ilə müqayisədə 1229 nəfər çox təşkil edir. Məsləhətlərin sayı – 2759 nəfər. Onlardan – 2686 nəfər stasionar müalicəsinə ehtiyacı olmayan xəstələr, 73 xəstə – qeyri-profilli xəstələr. Stasionar müalicədən imtinalar – 588 nəfər. 2008-ci ildə hospitalizasiya olunmuş xəstələrin (n=1207) nozologiya və ÜST-nün "Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı - 10-cu baxış" (XBT-10) üzrə bölünməsi aşağıdakı cədvəldə (Cədvəl 2) verilmişdir.

Cədvəl 2

2008-ci ildə daxil olan xəstələrin nozologiya və XBT-10 üzrə üzrə bölünməsi

№	Nozologiya	Cəmi:	%
1	Dərman zəhərlənməsi (T36 – T50)	472	39,1
2	Dəm qazı və digər toksiki tüstülər ilə zəhərlənmələr (T58 /T59)	185	15,3
3	Medikamentoz allergiya, anafilaktik reaksiyalar və dərmanların digər əlavə təsirləri (T78.4, T88.6, T88.7)	117	9,7
4	Yandırıcı məhlullar ilə zəhərlənmə (T54)	112	9,3
	onlardan turşularla zəhərlənmə (T54.2)	91	
	o cümlədən qatı sirkə turşusu ilə zəhərlənmə	85	
	qələvilərlə zəhərlənmələr (T54.3)	3	
	digər yandırıcı məhlullardan zəhərlənmələr (T54.9)	18	
5	Etanolla və alkohol surroqatları ilə zəhərlənmə (T51)	80	6,6
6	İlan zəhəri ilə zəhərlənmələr (T63.0)	54	4,5
7	Üzvü həlledicilərlə zəhərlənmələr (T52)	46	3,8
	o cümlədən neft məhsulları ilə zəhərlənmə (T52.0)	17	
	o cümlədən ketonlarla zəhərlənmə (T52.4)	5	
	digər həlledicilərlə zəhərlənmələr (T52.8; T52.9)	24	
8	Pestisidlər (FÜB) ilə zəhərlənmə (T60)	36	3,0
9	Psixotrop (narkotik) maddələrlə zəhərlənmə (T40)	31	2,6
10	Zəhərli göbələklərlə zəhərlənmə (T62.0)	28	2,3
11	Qeyri-üzvü maddələrlə zəhərlənmələr (T57)	19	1,6
	o cümlədən arsen birləşmələri ilə zəhərlənmər (T57.0)	14	
	manqan birləşmələrlə zəhərlənmər (T57.2)	3	
	digər qeyri-üzvü maddələrlə zəhərlənmələr (T57.9)	2	
12	Qara qurd zəhəri ilə zəhərlənmə (T63.3)	7	0,6
13	Arı sancması (T63.4)	4	0,3
14	Məişət kimyasına aid maddələr ilə zəhərlənmə (T55)	3	0,2
15	Zəhərli bitkilərlə zəhərlənmə (T62.2)	2	0,2
16	Əğrəb sancması (T63.2)	1	0,1
17	Diqər kimyəvi maddələrlə zəhərlənmələr (T65.9)	10	0,8
	CƏMİ:	1207	100

Bu cədvəldən göründüyü kimi, daxil olmuş xəstələrin əsas qrupu "Dərman

zəhərlənməsi" (T36 – T50) diaqnozu ilə olan xəstələrdir – 472 (39,1%).

İkinci yerdə «Dəm qazı və digər toksiki tüstülər ilə zəhərlənmələr» (T58/T59) diaqnozu ilə daxil olan xəstələr – 185 nəfər (15,3%). 2007-ci ilnən müqayisədə bu xəstələrin sayı artmışdır (2007-ci il ildə - 173 xəstə və ya 14,6%). Bu zəhərlənmələrin əsas səbəbi ilk növbədə qızdırıcı və isidici cihazlardan istifadə etdikdə təhlükəsizlik qaydalarına əməl olunmamasıdır.

Daxil olan xəstələrin sayına görə 3-cü yerdə "Medikamentoz allergiya, anafilaktik reaksiyalar və dərmanların digər əlavə təsirləri" (T78.4, T88.6, T88.7) diaqnozları ilə olan xəstələr olmuşdurlar – 112 (9,3%).

Stasionar müalicəsinə daxil olmuş xəstələrdən 182 nəfəri, yəni 15,1% uşaq kontingenti olmuşdur. Uşaqlarda əksər hallarda zəhərlənmələrin əsas günahı valideynlərin üzərinə düşür – uşaqları nəzarətsiz qoyular, dərman və müxtəlif məişət kimyəvi vasitələr uşaqların əlləri çatan yerdə, açıq halda, etiketsiz saxlanılır; dərman həbləri uşaqlara oyuncaq kimi verilir, həkimin təyinatı pozulur və s. Lakin eyni zamanda uşaqlar arasında suiqəsd hallarının da qeydə alınması xüsusi narahatlıq doğurur. Hospitalizasiya olunmuş üşaqların nozologiya və XBT-10 üzrə bölünməsi aşağıdakı cədvəldə (Cədvəl 3) verilmişdir.

Bu cədvəldən göründüyü kimi, daxil olan uşaqlardın əsas qrupu "Dərman zəhərlənməsi" (T36 – T50) diaqnozu ilə olan xəstələrdir – 79 (43,4%).

II yerdə «Üzvü həlledicilərlə zəhərlənmələr» (T52) diaqnozu ilə daxil olan uşaqlardır – 27 nəfər (14,9%).

Cədvəl 3

Daxil olan uşaqların nozologiya və XBT-10 üzrə bölünməsi

№	Nozologiya (XBT-10)	Cəmi:	%
1	Dərman zəhərlənməsi (T36 – T50)	79	43,4
2	Dəm qazı və digər toksiki tüstülər ilə zəhərlənmələr (T58 /T59)	19	10,4
3	Medikamentoz allergiya, anafilaktik reaksiyalar və dərmanların digər əlavə təsirləri (T78.4, T88.6, T88.7)	3	1,6
4	Yandırıcı məhlullardan zəhərlənmə (T54)	17	9,3
	onlardan turşularla zəhərlənmə (T54.2)	12	
	o cümlədən sirkə turşusu ilə zəhərlənmə	10	
	digər yandırıcı məhlullardan zəhərlənmələr (T54.9)	1	
5	Etanolla və alkohol surroqatları ilə zəhərlənmə (T51)	1	0,5
6	İlan zəhəri ilə zəhərlənmələr (T63.0)	12	6,6
7	Üzvü həlledicilərlə zəhərlənmələr (T52)	27	14,8
	o cümlədən neft məhsulları ilə zəhərlənmə (T52.0)	12	
	o cümlədən ketonlarla zəhərlənmə (T52.4)	1	
	digər həlledicilərlə zəhərlənmələr (T52.8; T52.9)	14	
8	Pestisidlər (FÜB) ilə zəhərlənmə (T60)	10	5,5
10	Zəhərli göbələklərlə zəhərlənmə (T62.0)	6	3,3
11	Qeyri-üzvü maddələrlə zəhərlənmələr (T57)	5	2,7
	o cümlədən arsen birləşmələri ilə zəhərlənmər (T57.0)	2	
	manqan birləşmələri ilə zəhərlənmər (T57.2)	3	
14	Məişət kimyasına aid maddələr ilə zəhərlənmə (T55)	1	0,5
15	Zəhərli bitkilərlə zəhərlənmə (T62.2)	1	0,5
17	Diqər kimyəvi maddələrlə zəhərlənmələr (T65.9)	1	0,5
	CƏMİ:	182	100

Daxil olan 15 yaşına qədər xəstələrin sayına görə III yerdə «Dəm qazı və digər toksiki tüstülər ilə zəhərlənmələr» (T58/T59) diaqnozu ilə daxil olan xəstələr– 19 nəfər (10,4%).

Hospitalizasiya olunmuş xəstələrin yaşı və cinsinə görə bölünməsi isə aşağıdakı cədvəldə (Cədvəl 4) verilmişdir. Cədvəldən göründüyü kimi hospitalizasiya olunan xəstələrdən sayca ən çoxu - 20-29 yaş qrupuna aiddir (29,5%).

2008-ci ildə toksikologiya şöbəsində 38 xəstə ölmüşdür, onlardan 4-ü uşaq olmuşdur. Letallıq 3,1% təşkil etmişdir. 2007-ci ildə letallıq eyni ilə 3,1% təşkil etmişdir. Uşaq letallığı isə 2008-ci ildə 2,2% (4 xəstə) təşkil etmişdir. Vəfat edən xəstələrdən 24-ü birinci sutka ərzində ölmüşdürlər, bu da 63,2% təşkil etmişdir.

Ölən xəstələrin nozologiya üzrə bölünməsi aşağıdaki cədvəldə verilmişdir (Cədvəl 5). Bu cədvəldən göründüyü kimi, vəfat etmiş xəstələrin əsas qruplar "Alkoholun toksiki təsiri" (T51) və "Qatı turşularla zəhərələnmə" (T54.2) diaqnozları daxil olan xəstələr olmuşdur (hər qrupda 7 xəstə və ya ümumi letallığın 18,4%-i).

Cədvəl 4

Daxil olan xəstələrin yaşına və cinsinə görə bölünməsi

Yaşı	<1	1-2	3-4	5-9	10-14	15-17	18-19
Sayı	2	50	34	41	55	112	84
%-ı	0,2	4,1	2,8	3,4	4,6	9,3	7,0
Kişi	2	35	19	18	22	23	18
Qadın	0	15	15	23	33	89	66

20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80>	Cəmi
356	202	145	78	22	23	3	1207
29.5	16,7	12,0	6,5	1,8	1,9	0,2	100
140	113	85	47	11	13	2	548
216	89	60	31	11	10	1	659

Qatı turşular qrupunda ilk növbədə məişət suiqəsd hadisəsində istifadə edilən "sevimli" vasitə olan sirkə turşusu üstünlük təşkil edir. Dünya ölkələrinin çöxunda, o cümlədən keçmiş SSRİ respublikalarının bir qismində bu problem kardinal həll olunub – qatılaşdırılmış sirkə turşusu ("essensiya") sərbəst satışdan yığışdırılmışdır.

"Dərman zəhərlənməsi" (T36-T50) diaqnozu ilə ölən xəstələr bütövlükdə ümumi letallığın 15,8%-ni təşkil edirlər. Ardınca «Dəm qazı ilə zəhərlənmə» (T58) və "Narkotik maddələrlə zəhərlənmə" (T40.6) diaqnozu olan xəstələr gedirlər (hər qrupda 4 xəstə və ya ümumi letallığın 10,5%-i).

2008-ci ildə toksikologiya şöbəsində vəfat edın xəstələrin coxu (26 xəstə və ya 68,4%) kişi cinsindən olan pasientlər təşkil etmişdir. Ölüm hadisələri ən çoxu (Cədvəl 6) 40-49 yaş arasındakı qrupda rast gəlirdi – 10 xəstə və ya ümumi letallığın 26,3%-i.

Cədvəl 5

Ölən xəstələrin nozologiya üzrə bölünməsi

Diaqnoz	BXT-10 kodu	Sayı	Cinsi	
			K	Q
Narkotik maddələr	T40.6	4	4	
Trisiklik antidepressantlar	T43.0	1		1
Antipsixotik və neyroleptik preparatlar	T43.3	1	1	
Kalsium kanalı blokatorları	T46.1	1		1
Digər preparatlar	T50.9	3	1	2
Etanol	T51.0	7	6	1
Üzvü həlledicilər	T52.9	1	1	
Qatı turşular	T54.2	7	1	6
Arsen birləşmələri	T57.0	1	1	
Dəm qazı	T58	4	4	
Zəhərli göbələklər	T62.0	3	2	1
İlan zəhəri	T63.0	2	2	
Digər toksiki maddələr	T65.9	2	2	
Anafilaktik reaksiya	T88.6	1	1	
	Cəmi	38	26	12

Cədvəl 6
Ölən xəstələrin yaş üzrə bölünməsi

Yaşı	<1	1-2	3-4	5-9	10-14	15-17	18-19
Sayı	0	0	0	2	2	4	1
%-ı	-	-	-	5,3	5,3	10,5	2,6

20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80>	Cəmi
5	4	10	6	1	3	0	38
13,1	10,5	26,3	15,8	2,6	7,9	-	100

Əvvəlki illərdə olduğu kimi bu ildə də hospitalizasiyaya qədərki dövrdə zəhərlənmədə ilk yardın göstərilən zaman çoxsaylı səhvlər qeydə alınmışdır. Bu vəziyyəti aradan qaldırmaq məqsədi ilə hal-hazırda ÜST-nın ölkə ofisi ilə əməkdaşlıq zəminində toksikologiya şöbəsinin bazasında informasion-konsultativ toksikoloji xidmətin ("Poison Information Cabinet") təşkili üzrə iş aparılır. Eyni zamanda toksikoloji xidmətin fövqəladə vəziyyətlərə hazırlığını artırmaq məqsədilə Azərbaycan FHN-i ilə birqə "Kütləvi zəhərlənmə və digər kimyəvi xarakterli fövqəladə hallarda toksikoloji yardımın təşkili" adlı metodik vəsait hazırlanmışdır və Səhiyyə Nazirliyinin kollegiya qərarı ilə nəşr olunmuşdur.

NƏTICƏLƏR:1**.**Azərbaycanda dəyişilən, özünə məxsus, başqa ölkələrə bənzəməyən toksiko-epidemioloji vəziyyət xarakterdir. 2008-ci ildə burada medikamentoz zəhərlənmələr, dəm qazı və digər tüstülərin toksiki təsiri və müxtəlif medikamentoz fəsad reaksiyalar və dərmanların digər əlavə təsirləri üstünlük təşkil edirdi. **2.**Toksikoloji şöbədə nəzərdə tutulan informasiya-məlumat xidmətinin təşkili Azərbaycanda kəskin və xroniki kimyəvi zəhərlənmələr üzrə məlumatların toplanmasına və genişlənməsinə imkan verərcək, səhiyyənin ilkin bölməsinə yardım dəstəyi olacaq. **3.**Kimyəvi mənşəli ağır allerqik və başqa fəsad reaksiyalar, o cümlədən Layel və Stivens-Conson sindromu hallarının artması muasir cəmiyyətin ümumi "allergizasiyasının" artmasının göstəricisidir. Ekoloji durumun pisləşməsi, nəqliyyət vasitələrinin sayının artması, atmosfer havasının toz hissəcikləri və kimyəvi maddələrlə çirklənməsi, qida məhsullarında konservant maddələrin mövcudluğu kəskin allerqik xəsəliklərin çoxalmasında öz rolu oynayır.

ƏDƏBIYYAT

1. Əzizov V. Ə., Əfəndiyev İ. N., Maqsudov A. S. Kliniki toksikologiya. Bakı: Azərbaycan Tibb Universiteti, 2004, 284 s.
2. Лужников Е. А. (под ред.) Неотложная клиническая токсикология. М. Медпрактика-М. 2007. 608 с.
3. The world health report 2000. WHO. Geneva. p.164-169
4. The world health report 2004. WHO. Geneva. p.120-124

SUMMARY

ANALYSIS OF PERFORMANCE OF AZERBAIJAN'S SPECIALIZED TOXICOLOGICAL MEDICAL SERVICE IN 2008

I.N.Afandiyev

This investigation was performed on data of poisoned patients admitted to Republican Toxicology Center of Ministry of Health of Azerbaijan in Baku city from 1st January to 31st December, 2008. Total were 1207 hospitalizations in Republican Toxicology Center's intensive care unit. The most frequent reason of hospitalizations was pharmaceuticals poisonings (T36-T50) – 39,1%. The other frequent cases of poisonings were inhalation of carbon monoxide and toxic gases (T58/T59) - 15,3% and chemical

inducted acute toxic-allergy, anaphylactic and adverse reactions to pharmaceuticals and other chemical agents (including Lyell's and Stevens-Johnson's syndromes) – (T78.4, T88.6, T88.7) – 9,7%. The mortality rate was 3.1%. Corrosive liquids (especially – concentrated acetic acid) poisonings and toxic effect of alcohol were the most often fatal. These data provide information about toxicoepidemiological situation in Azerbaijan and could help to develop program of prevention of acute chemical poisonings. The staff of Republican Toxicology Center and World Health Organization are currently joining efforts to establish toxicological information service in Azerbaijan.

Daxil olub: 15.12.2008

MÜASİR MÜAYİNƏ METODLARININ TƏTBİQİ İLƏ ENDOKRİN HÜCEYRƏLİ SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİNİN DİAQNOSTİKASI

H.Q.Vəliyeva
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Son illərdə apudomaların rastgəlmə tezliyi yüksəlmişdir ki, bu da diaqnostik texnologiyanın inkişaf etməsi ilə əlaqədardır. Xərçənglərin bu qrupu histoloji qruluşundan və lokalizasiyasından asılı olaraq ən müxtəlif adlarla təsvir edilməkdədir ki, bu da çox böyük terminoloji qarışıqlıga səbəb olmuşdur.Belə ki, mahiyyətcə, eyni bir nozoloji qrupa aid proseslər apudoma, xırda hüceyrəli xərçəng, karsinoid və s. kimi işarə edilir [1,2,3]. Apudosit daşıyan endokrin hüceyrəli süd vəzi xərçəngi (EHSVX) də müxtəlif adlarla adlandırılır: süd vəzisinin musinoz xərçəngi, argirofil hüceyrəli xərçəngi, neyroendokrin xərçəngi və s[4,5,6,7]. Göründüyü kimi, ədəbiyyatda anlayışların müəyyən bir qarışıqlıgı mövcuddur və ümumi qəbul olunmuş terminlər hələdə yoxdur. Endokrin hüceyrəli şişlərin təbiəti və mənşəyi barədə vahid fikir yoxdur. Bəzi müəlliflər səhvən belə hesab edirdi ki, bu şişlər bədxassəli olmayan "karsinomaya bənzər" törəmələrdir. E.D.Staren və əməkdaşları neyroendokrin differensiasiyalı, yüksək differensiasiya etmiş, zəif bədləşmə potensialı olan şişləri karsinoidlər adlandırmagı təklif edirlər. Lakin bir çox müəlliflərin fikrincə, bu şişlər potensial bədxassəli şişlərdir və onların metastaz verməsi üçün ancaq zamana ehtiyac var. Ədəbiyyatda endokrin hüceyrəli xərçəngin metastazlarının az rast gəlinməsi və adətən regionar limfa düyünlərində lokalizə edilməsi haqqında da məlumatlar vardır [8,9].

EHSVX-nin metastatik artımı, residivləri və xəstələrin yaşama göstəriciləri barədəki məlumatlar ziddiyyətlidir Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq, EHSVX-ndə müasir tədqiqatlar aparmaqla, bu patologiyanın diaqnostika, proqnoz və müalicəsinin optimallaşdırılmasını vacib bilirik.

İşin MƏQSƏDI histokimyəvi və elektron mikroskopik müayinələrin tətbiqi ilə EHSVX-nin təyini və onun hormonal profilinin müəyyənləşdirilməsidir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqatın xüsusiyyəti nəzərə alınaraq, 1995-2005-ci illərdə A.T.Abbasov adına Bakı şəhər Onkoloji Dispanserində süd vəzi xərçəngi diaqnozu ilə müalicə almış 739 xəstənin hazır parafin blokları arxivdən çıxarılaraq təkrari, daha dolgun və məqsədyönlü müayinələrə götürülmüşdür. Bütün xəstələrdə süd vəzi xərçəngi (SVX) diaqnozu morfoloji-mikroskopik müayinələrlə təsdiqlənmişdir.Bu zaman həm sitoloji, həm də histoloji üsullardan istifadə olunmuşdur. Həmin müayinələr ATU-nun Sitologiya, Histologiya və Embriologiya kafedrasının elmi-tədqiqat laboratoriyasında və ŞOD-un patohistoloji laboratoriyasında və ATU-nun Onkoloji Klinikasının laboratoriyasında aparılmışdır.

Bu müayinə üsulları istifadə olunmuşdur: hemotoksilin-eozin; van Gizon üsulu ilə hemotoksilin-pikrofuksin; metil göyü-eozin; buferləşdirilmiş 0,05 %-li tionin; toluidin abısı; hemotoksilin-natrium-flüoressin (uranin); PAS-reaksiya; tionin + PAS-reaksiya; dəmirli hemotoksilinlə inkubasiya; uranilasetatın buferləşdirilmiş məhlulunda inkubasiya (uranaffin reaksiya; para-endokrin xassəli hüceyrələrin ümumi təyini); L.Qrimelius (1968, 1990) üsulu ilə argirofil gümüşləmə (oliqopeptidlər sekresiya edən para-endokrin hüceyrələrin təyini); Masson-Hamperl argentaffin reaksiyası (serotonin); Təkmilləşdirilmiş paraldehid-fuksin reaksiyası (oliqopeptidlər və aminlərin sinxron sekresiyası); Qlükaqon, qastrin, insulin üçün kompleks gümüş-aldehid -fuksin reaksiyası; Bixromat məhlulunda fiksasiyadan sonra polixrom histokimyəvi reaksiya (adrenalin, noradrenalin, histamin və serotonin); Qlütar aldehidi, osmium 8-oksidlə fiksasiyalar, eponlarda qəlibləşdirmələr, qurğuşun-nitrat və

uranilasetat məhlullarında kontrastlaşdırmadan sonra para-endokrin hüceyrələrin ultranazik kəsiklərdə (450-470 nm) elektron mikroskopik öyrənilməsi.

TƏDQIQATIN NƏTICƏLƏRI VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI: Tədqiqatımızda 21(16,4 %) xəstədə amin profilli EHSVX qeydə alınmışdır. Histokimyəvi tədqiqatlarla aşkar edilmişdir ki, amin profilli EHSVX-də daha çox argentaffin xüsusiyyətli hüceyrələr üstünlük təşkil edir. Apudositlərə əsasən pay daxilində, az hallarda axarlarda rast gəlinir. Onlar vəzlərin bazal zarı ilə əlaqələnir, az hallarda isə bu əlaqə qeydə alınmır. Hüceyrələrin diametri 20-25 mkm civarında dəyişir. Quruluşca müxtəlilikləri ilə fərqlənirlər. Belə ki, bu apudositlərin üçbucaqvari, armudabənzər tipləri aşkar edilir. Əksər apudositlərdə sayı 1-4 ədəd arasında tərəddüd edən çıxıntılar müşahidə olunur. Hüceyrələrin sitoplazmasında kiçik argentaffin qranullar müşahidə edilir ki, onların da tərkibindəki histokimyəvi sekretin səviyyəsi +dən +++ə qədər dəyişir. Morfometrik tədqiqatlarla aşkar olunmuşdur ki, bu hüceyrələrin miqdarı histoloji kəsiyin 1mm^2-ində 27,5-28,7 arasında dəyişir.

Elektron mikroskopik olaraq argentaffin hüceyrələrin əsas sitospesifik əlaməti onların tərkibində olan sekretor dənələrdir. Dənələrin orta diametrləri 200-250 nm arasında dəyişir. Aşkar edilib ki, 48 % hüceyrələrdə sekretor qranula elektron sıxlıqlı matriksə malikdir, 27% qranulalarda sekret yarımçıqdır, 25% qranullar osmofil substansiyadan məhrumdur.

Tədqiqatımızda 24 (18,75%) halda həm amin, həm də oliqopeptid sekresiya edən EHSVX qeydə alınıb. Histokimyəvi metodlarla aşkar edilmişdir ki, bu endokrinositlər armudvari poliqonal formalı olub, çıxıntılara malikdir. Süd vəzinin həm axarında, həm də payında yerləşir. Hüceyrələrin sitoplazmasında argirofil qranullar var, onlar sitoplazmanın bazal hissəsi və çıxıntılarda, həmçinin nüvə ətrafında qeydə alınır. Morfometrik tədqiqatlarla aşkar olunmuşdur ki, bu hüceyrələrin miqdarı 1 mm ^{2} sahədə 31,5±0,25 təyin edilir.

Elektron mikroskopik olaraq aşkar edilib ki, bu endokrinositlər uzun çıxıntılara malikdirlər, hüceyrəarası əlaqələri interdigitasiyalardan və desmosomlardan ibarətdir. Dənələr osmofil olub, qeyri-düzgün formadadırlar ölçüləri 200-400 nm civarında olur. Apudositlərdə 45 % sekretor dənələr elektron sıxlıqlı matriksdən ibarət olur, 25 % qranulalar sekretlə yarımdolmuş haldadır, 30% sekretor dənələrdə osmofil substansiya seçilmir.

Histokimyəvi metodlarla oliqopeptid profilli EHSVX-ində endokrinositlərin quruluş, funksional xüsusiyyətlərində daha nəzərə çarpan dəyişikliklər qeyd edilir. Endokrinositlər bir-birindən forma, ölçü, miqdar, lokalizasiya və tinktoreal xüsusiyyətlərinə görə fərqlənirlər. Aparılan müyinələrə əsasən aşkar olunmuşdur ki, oliqopeptid profilli EHSVX-nin əsas hüceyrə tərkibi argirofil hüceyrələrdən ibarətdir.Belə ki, bu apudositlər oval, üçbucaqlı, piramidal, poliqonqal formalı olub, enli bazal səthə, vəzlərin mənfəzinə çatan nazik apikal qütbə malikdirlər. Onlar 1-4 sitoplazmatik çıxıntıya malikdir, vəzlərin epitelial lövhəsində yerləşir, ölçüləri 25-30 mkm olur, sitoplazmaları açıq boyanır, vakuollaşıb.. Sitoplazmalarında bazal hissədə yerləşən, intensivliyi zəif-yüksək civarında dəyişən sekretor məhsul aşkarlanır. Hüceyrələrin çıxıntılarında argirofil qranulalar əsasən onların genişlənmiş sahələrində yerləşir. Kiçik qaymaqcıqlar və kiçik qranulalar halında olan substratlar paraldehid-fuksin və gümüşləmə ilə pozitiv reaksiya verir. Histokimyəvi reaksiyanın intensivliyi orta-yüksək dərəcədə dəyişir. Morfometrik olaraq müəyyən edilmişdir ki, 1 mm2 kəsiyə düşən apudositlərin sayı 35,4±0,39 təşkil edir.

Elektron mikroskopik olaraq hüceyrələrin hüceyrədaxili quruluşu pozulmuş, onların forma və ölçülərində, ultrastruktur parametrlərində, sekretor dənələri və orqanellərində dəyişiklik müəyyən edilir. Apudositlərin səthində mikroxovlar qeydə alınır. Sekretor dənələr kəskin osmofildir, sitoplazmanın bazal hissəsihdə və nüvə ətrafında yerləşir, girdə, qeyri-düzgün formadadır, diametrləri 150-300nm-dir. Apudositlərin submikroskopik quruluşlarının analizi göstərir ki, əksər hüceyrələr funksional aktiv vəziyyətdədirlər. Morfometrik hesablamalara görə 40-44% sekretor dənələrdə elektron sıxlıqlı matriks tamdır, 20-30% sekretor dənələrdə matriks natamamdır, yerdə qalan 26- 40% qranulalarda ümumiyyətlə matriks qeydə alınmır. Beləliklə, bizim tədqiqatımızda 739 süd vəzi xərçəngi olan xəstənin materiallarının histoloji, histokimyəvi və elektron mikroskopik tədqiqi 128 (17,3 %) xəstədə EHSVX-nin oldugunu aşkar etmişdir. Aparılan müayinələr nəticəsində həmçinin EHSVX-nin müxtəlif hormonal profilli oldugu aşkar olunmuşdur. Belə ki, 128 xəstədən 21 (16,4 %) xəstədə şiş hüceyrələrinin aminlər, 24 (18,8%) xəstədə amin və oliqopeptidlərin sinxron sintezi, 83 (64,8%) xəstədə oliqopeptidlərin sintez

olundugu müəyyənləşdirilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, şiş toxumasının "hormonal statusu" prosesin proqnozuna birbaşa təsir göstərir. "Amin profilli" EHSVX zamanı proqnoz qənaətbəxşdir. Əksinə, "oliqopeptid profilli" EHSVX proqnozu birmənalı şəkildə pisləşdirir.

ƏDƏBİYYAT

1. Делекторская В.В., Ермилова В.Д., Смирнов А.В. и др. Рак молочной железы с нейроэндокринной дифференцировкой // Арх. Пат., 1997, Вып. 2, с. 53-57.
2. Сережин Б.С. Апудоциты, апудомы и эндокринно-клеточные раки предстательной железы, молочных желез и матки: Автореф. дисс. ..д. мед. наук.- СПб., 1993, 35 с.
3. Berruti A, Saini A, Leonardo E, et al. Management of neuroendocrine differentiated breast carcinoma // Breast, 2004, v.13, p.527- 9
4. Kaneko H, Sumida T, Sekiya M, et al. A breast carcinoid tumor with special reference to ultrastructural study // Acta Pathol Jpn , 1982, v.32, p.327-32
5. Maluf HM, Koerner FC. Carcinomas of the breast with endocrine differentiation: a review // Virchows Arch., 1994, v.425, p. 449-57.
6. Modlin İ.M., Sandor A. An analisis of 8305 cases of carcinoid tu // Cancer, 1997, v. 79 (4), p.813-829
7. Norheim J., Oberg K., Theodorsson-Norheim E. et al Malignant carcinoid tumors. An analysis of 103 patients withregard to tumor localization, hormone production and survival //An. S, 1987,v.206, N2, p. 115-125.
8. Silva E. G. Tumors of the diffuse endocrine system. Histochemical and electron-optic aids and pitfalls in diaqnosis // Crit. Rev. Clin. Lab. Sci., 1984, v.21, p.19-49.
9. Sridhar P, Matey P, Aluwihare N. Primary carcinoma of breast with small-cell differentiation // Breast, 2004, v.13, p.149-51

SUMMARY

DIAGNOSTIC OF ENDOCRINE CELL BREAST CANCER BY THE MODERN DIAGNOSTIC METHODS

H.G.Valiyeva

The purpose of the investigation is usage of histochemical and electron microscopic and determination of ECBC and it's hormonal profile. Thus, it's been determined by the histological, histochemical and electron microscopic investigations that 128 (17.3%) of 739 breast cancer patients are endocrine cell breast cancer (ECBC) cases. At the same time it's identified that endocrine cell breast cancer has different hormonal profiles. Therefore 21(16.4%) of 128 patients of ECBC have amine secreting tumor cells, 24 (18.8%) patients have amine and olgopeptide secreting cancer cells and 83(64,8%) patients have oligipeptide secreting cancer. Analyzes show that the hormonal status of ECBC has direct influence on the prognoses.

Daxil olub: 22.12.2008

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ОБСЛЕДОВАННЫХ ДВУМЯ МЕТОДАМИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Г.М.Мамедов, Ю.М.Эфендиев, А.Ю.Магамедли, А.А.Гулиева

Национальный центр онкологии, Мемориальная клиника Н.Туси, Азербайджанский институт усовершенствования врачей им.А.Алиева,г.Баку

В настоящее время в клинической практике все шире применяется рентгеновская компъютерная томография (КТ), которая, отличаясь широкими диагностическими возможностями, во многих странах мира уже успела обрести статус рутинного метода, заметно "потеснившего" традиционные рентгенологические методы [10, 13].

В то же время, в литературе имеются данные о том, что лучевая "нагрузка" на пациентов, проходящих КТ-исследования, может в десятки и даже сотни раз превышать таковую при использовании обычных рентгенологических (рентгенографических) методов обследования больных [11, 12]. И несмотря на непрекращающесся технологическое совершенствование компъютерно-томографической апапаратуры и, в частности, реально снизить лучевую нагрузку на организм обследуемых пациентов до уровня, свойственного рентгеноскопическим исследования, пока не удается [15].

Это обстоятельство ставит на повестку ряд вопросов о радиационной безопасности КТ-исследований, активное обсуждение которых в мировой литературе продолжается до сегодняшнего дня [14].

Последнее обусловлено тем, что вопрос о потенциальной опасности используемых в диагностических исследованиях "малых" доз ионизирующих излучений, действию которых продвергаются пациенты, проходящие обследование с помощью КТ все еще не нашел окончательного решения [6].

Учитывая, что иммунная система отличается высокой чувствительностью к действию ионизирующего излучения [2], можно предположить, что воздействие его "малых" доз на иммунную систему пациентов, проходящих упомянутые выше исследования может повлечь за собой изменения соответствующих иммунологических показателей.

Это предположение побудило нас осуществить наблюдение, специально посвященное сравнению некоторых иммунологических показателей у пациентов, которые были исследованы с помощью рентгеноскопического и компъютерно-томографического методов.

Определение избранных нами иммунологических показателей было обусловлено тем, что эти показатели отражали функциональное состояние неспецифической иммунологически обусловленной резистентности (НИР), непосредственно отвечающей за устойчивость организма к патогенным биологическим агентам и трансформированным клеткам самого организма [6].

Исследовать показатели именно НИР было решено с учетом того, что влияние ионизирующего излучения на НИР и, особенно, на используемые в настоящее время показатели, отражающие состояние НИР, изучено значительно в меньшей степени, нежели аналогичное влияние на показатели антиген-зависимого звена иммунологической реактивности [9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В наше наблюдение были включены 39 пациеньтов в возрасте от 29 до 52 лет, которые проходили обследование - 19 из них прошло компъютерно-томографическое исследование органов брюшной полости (2 из них прошло КТ исследование дважды, с перерывом в 6 и 10 дней), а 20 других - рентгеноскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта.

КТ исследование было проведено в Мемориальной клинике Н.Туси на мультислайсном компъютерном томографе Hitachi Presto 4, а рентгенологическое исследование было осуществлено на рентгеновском аппарате Philips Omnidiagnost.

У всех пациентов непосредственно до проведения лучевого исследования и через 1-2 суток после него была взята кровь для иммунологического исследования.

Оценку состояния НИР осуществляли, используя традиционный подход - путем исследования периферической крови и ее сыворотки [7,8]. Для этого был использован комплекс лабораторных методов, ранее рекомендованных для использования в профилактических наблюдениях и клинико-экспериментальных исследованиях [4].

В их числе были использованы: 1) метод визуально-микроскопического подсчета процентного содержания в крови естественных киллерных клеток (ЕКК), идентифицируемых как "большие гранулосодержащие лимоциты" в мазках крови, окрашенных по Романовскому-Гимзе; 2) НСТ-тест - для оценки фагоцитарно-метаболической активности нейтрофилов; последнюю выражали в процентах НСТ-позитивных нейтрофилов в крови; 3) цитотоксический тест с нерадиометрическим (биохимическим) учетом результатов – для оценки цитотоксической активности (ЦА) ЕКК в отношение аллогенных клеток; 4) иммуноферментный метод на основе соответствующих коммерческих наборов реагентов - для определения концентрации в сыворотке крови альфа-интерферона.

Помимо этих методов, при исследовании крови всех пациентов, прошедших лучевое обследование нами были использованы: 1) метод определения процентного содержания в крови иммуноцитов с фенотипами CD3, CD4 и CD8 с помощью люминисцентной микроскопии мазков крови, обработанных соответствующими моноклональными антителами, связанными с флуорохромом и 2) метод определения в сыворотке крови концентрации интерлейкина-1 (ИЛ-1), воспроизведенный на основе предназначенного для этой цели коммерческого набора необходимых реагентов для иммуноферментного метода [5].

И, наконец, при оценке результатов исследования во внимание принимали как общее число лейкоцитов в крови, так и процентное содержание в ней нейтрофилов и моноцитов - эти показатели были заимствованы нами из результатов общего анализа крови обследованных лиц.

Полученные данные математически обрабатывали, используя известные формулы вариационной статистики и критерий Стьюдента для малых выборок.

Различия между сравниваемыми показателями считали статистически устойчивыми только в случае, если они отличались друг от друга в интервале $p < 0,05$. В случаях же, когда различие оставалось значимым только в интервале $p < 0,1$, имели ввиду лишь тенденцию к изменению одного показателя относительно другого.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Первоначально мы вычислили средние величины иммунологических показателей, отражающих состояние НИР и определенных у обеих групп пациентов и установили, что эти величины не выходили за пределы диапазона физиологических колебаний этих показателей у здоровых взрослых лиц и хорошо согласовались с аналогичными показателями, ранее определенными при обследовании группы взрослых здоровых жителей г.Баку [3] и, в том числе, определенных с нашим участием [1].

Далее сравнили эти величины, определенные в каждой из групп обследованных пациентов до и после лучевого исследования. Подобное сравнение также не выявило существенных различий между средними показателями, исключая среднее значение ЦА ЕКК в группе больных, которые подвергались КТ исследованию - у них величина этого показателя после исследования оказалась примерно на 20% выше аналогичного показателя, определенного до проведения КТ. Возможно, что данный факт отражал стимулирующее влияние "малых" доз лучевого воздействия на данное звено НИР.

И наконец, мы сравнили средние значения иммунологических показателей, определенных в группе рентгенологически и компъютерно-томографически исследованных больных. Такое сравнение выявило два, важных на наш взгляд, факта.

Во-первых, ни у одного из пациентов, обследованных после лучевого исследования как с помощью традиционного рентгенологического метода, так и с помощью КТ не было выявлено признаков ощутимой депрессии НИР.

Во-вторых, попарное сравнение средних цифровых значений иммунологических показателей, определенных после лучевого исследования у пациентов, обследованных с помощью рентгенологического метода и у пациентов, обследованных с помощью метода КТ не выявило между ними статистически устойчивых различий. Более того, даже в интервале $p < 0,1$ эти показатели не отличались друг от друга.

Данное обстоятельство позволило придти к заключению о том, что однократное лучевое обследование с помощью КТ по характеру воздействия на важнейшие показатели НИР не имело ощутимых отличий от аналогичного воздействия, оказываемого на НИР при традиционном рентгеноскопическом исследовании.

В то же время, оказалось, что у пациентов, прошедших КТ-исследование средее содержание иммуноцитов с фенотипом CD4 оказалось почти на 15% ниже такового у больных, прошедних рентгенологическое исследование, хотя статистически устойчивое различие между этими показателями отсутствовало. Это означало, что факторы НИР отличались большей радиорезистентностью, по сравнению с более динамичным Т-хелперно-клеточным звеном антиген-зависимого иммунного ответа.

Разумеется, что вынесенное нами заключение о том, что происходящее во время компъютерно-томографического исследования облучение пациентов "малыми" дозами не оказывают значимого действия на показатели НИР у этого контингента лиц и не может считаться окончательным и все еще нуждается в более весомых подтверждениях, которые могут быть получены лишь в более представительных, по числу исследованных лиц, наблюдениях. Поэтому мы полагаем, что полученные нами результаты, основанные на использовании ныне существующих иммунологических методов, вероятно, правильнее рассматривать как предварительные.

В то же время, эти результаты позволили прийти к выводу о том, что режимы облучения больных при выполнении компъютерно-томографического исследования на современном оборудовании обеспечивают лучевую нагрузку на них, которая по воздействию на НИР не

имеет существенно значимых отличий от таковой, которую испытывают пациенты при обычном рентгенологическом исследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Ф.Г., Джавадов Ф.Г., Расулов Э.М., Мамедов Г.М., Гулиева А.А. Показатели иммунологической резистентности у лиц, участвующих в эксплуатации нефтяных скважин. // Биомедицина, 2008, N.4, с.9-12;

2. Бутомо Н.В., Гребенюк А.Н., Легаза В.И. и др. Основы медицинской радиобиологии / Под ред. И.Б.Ушакова.- СПб.: Фолиант, 2004, 381 с.;

3. Кадырова А.А., Дадашева А.Э., Гулиева А.А. и др. Показатели неспецифической иммунологически обусловленной резистентности у здоровых жителей г.Баку // Экоэ., 2004, N.1, с.24-27;

4. Комплекс лабораторных методов оценки состояния неспецифической иммунологической резистентности для использования в профилактических наблюдениях и клинико-экспериментальных исследованиях. / М.К.Мамедов, С.Р.Гиясбейли, А.А.Кадырова и др. Методи рекомен.- Баку, 2005, 17 с.;

5. Кондратьева И.А., Ярилин А.А., Егорова С.Г. и др. Практикум по иммунологии.- М,2004, 272 с.;

6. Мамедов Г.М. Используемое в диагностике ионизирующее излучение и неспецифическая иммунологическая резистентеность // Азерб. Ж. онкологии, 2007, N.1, с.80-82;

7. Семененко Т.А., Мамедов Г.М. Подходы к оценке значения ионизирующего излучения как потенциального фактора депрессии неспецифической иммунологически обусловленной резистентности // Современ. достижения азербайдж. медицины, 2006, N.1, с.54-56;.

8. Суворов Л.А., Нугис В.Ю., Гордеева А.А. Результаты динамического наблюдения периферической крови здоровых людей как основа диагностики воздействия облучения в малых дозах // Мед. радиология и радиационная безопасность, 2004, N.5, с.24-34;

9. Хаитов Р.М. Иммунология. М.: Геотар-Медицина, 2005, 216 с.;

10. Dawson P. Patient dose in multislice CT: why is it increasing and does it matter? // Brit. J. Radiol, 2004, v.77, p. S10-13S;

11. Dendy P. Radiation risks in interventional radiology // Ibid., 2008, v.81, p.1-7;

12. Ogundare F., Uche C., Balogun F. Radiological parameters and radiation doses of patients undergoing abdomen, pelvis and lumbar spine X-ray examinations // Ibid, 2004, v.77, p.934-940;

13. Procop M., Galanski M., Molen A., Cornelic M. Spiral and multisclice computed tomography of bodyю- NY:Thime Studgart, 2005, 1090 рю

14. Wall B. What needs to be done about reducing patient doses from CT? // Brit. J. Radiol., 2003, v.76, p.763-765;

15. Wall B., Kendall G., Edwards A. et al. What are the risks from medical X-rays and other low dose radiation? // Brit. J. Radiol., 2006, v.79, p.285-294.

SUMMARY

SEVERAL PARAMETERS OF NON-SPECIFIC IMMUNOLOGIC RESISTENCE AT PATIENTS EXAMINED WITH TWO METHODS OF LIGHT DIAGNOSTICS

G.Mamedov, Y.Efendiyev, A.Magamedlee, A.Guliyeva

The research was dedicated to comparing of main parameters of non-specific immunologically-mediated resistance (NIR) at patients examined with the help of X-ray examination and patients undergone computerized tomography (CT).

In observation 39 patients had been involved: 19 of them were examined with CT and other 20 - with help of X-ray. All patients had been immunologically investigated before and after light examination. Immunological investigation included quantitation of phagocytic activity of neutrophils, percentage of natural killer cells ant their cytotoxicity, and levels of interferon-alpha and interleukin-1.

Results obtained demonstrated the absence of any substantivial difference between determines immunologic parameters at patients examined with X-ray and patients examined with CT.

Daxil olub: 11.12.2008

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ГИНЕКОЛОГИИ

О.М. Гусейнова, Г.С. Мамедова

Центр общественного здравоохранения и реформ$ Клиника “ÖMÜR”, г. Баку

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа женщин с избыточной массой тела, предопределяя соответствующую ступень ожирения не только у женщин среднего и пожилого возраста, но и среди молодых. Данные нарушения обмена веществ снижают защитные и компенсаторно-приспособительные функции организма, оказывают содействие угнетению гормональной активности яичников и коры надпочечников, что в свою очередь влияет на показатели гинекологической заболеваемости.

Учитывая сложность патогенеза и многообразие клинических проявлений ряда гинекологических заболеваний, гинекологу необходима их чёткая дифференциальная диагностика.

Для установления правильного диагноза необходимо не только выяснить все симптомы болезни, но также путём объективного и субъективного обследования больной правильно оценить диагностическое значение любого из выявленных симптомов.

Кроме общепринятых методов (общий осмотр, бимануальное влагалищное, ректоабдоминальное исследование, осмотр с помощью влагалищных зеркал, кольпоскопия), для распознавания гинекологических заболеваний широко используются эндоскопические, цитологические, гистологические, рентгенографические методы исследования, определение гормонов в крови и их метаболитов в моче, медико-генетическое консультирование. Однако среди этих методов в последнее время наиболее доступным и информативным считается метод ультразвукового исследования. Причина такого подхода к этому методу заключается в неинвазивности и максимальной безопасности его применения. Противопоказаний данный метод не имеет. УЗИ может быть выполнено практически у любой больной независимо от её состояния. Быстрое и широкое внедрение ультразвукового метода исследования в работу гинекологических учреждений обеспечило резкий скачок в улучшении распознавания репродуктивной сферы женщин.

Безопасность метода сделала его одним из основных в контроле над состоянием плода. В гинекологической практике УЗИ используется для диагностики заболеваний и опухолей матки, придатков, выявления аномалий развития матки. Последние модели диагностических аппаратов имеют высокую разрешающую способность и успешно используются для контроля над ростом фолликула, овуляцией, регистрируют толщину эндометрия и позволяют обнаружить его гиперплазию и полипы.

Ультразвуковая диагностика позволяет выявить: заболевания матки (опухоли доброкачественные и злокачественны, гиперпластические процессы эндометрия, трофобластические процессы); заболевания яичников (кисты и кистомы, эндометриоз, рак яичников, кистозно-дегенеративные изменения); аномалии развития внутренних половых органов (аплазии органов, удвоение матки, двурогую матку перегородки в ней, рудиментарную матку); заболевания маточных труб (опухоли, воспалительные процессы, особенно мешотчатые образования, эндометриоз); тубоовариальные образования; внематочную беременность (трубную, яичниковую, брюшную, прогрессирующую и прервавшуюся); внутриматочные контрацептивные средства и их осложнения (расположение, сочетание с беременностью, перфорацию матки, отрыв частей и т.д.) [5].

Основным показанием к ультразвуковому исследованию в гинекологии является уточнение данных о размерах матки и яичников. С помощью УЗИ установлены нормальные размеры матки и яичников у женщин, девушек и девочек (Таблица).

Таблица

Размеры матки и яичников у девушек и девочек [2]

Возраст	Длина матки, см		Ширина матки, см	Передне-задний размер, см	Объём яичника, см
	тело	шейка			
2-7	3,19±0,8		1,5±0,05	0,9±0,7	1,7±0,25
8-9	3,5±0,06		1,7±0,06	1,1±0,04	2,5±0,3
10-11	4,9±0,2		2,0±0,1	1,5±0,1	3,3±0,2
14-16	4,25±0,1	2,57±0,03	3,8±0,8	2,82±0,1	6,9±0,3
17-19	4,8±0,11	2,6±0,1	4,1±0,1	3,3±0,04	8,8±0,4

У здоровых женщин репродуктивного возраста длина матки составляет 6-7 см при индивидуальных колебаниях, которые зависят от числа беременностей и родов, от 5,5 до 8,3 см; ширина – 5,1 (4,6-6,2)см, передне-задний размер – 3,6 (2,8-4,2)см. отмечены незначительные колебания размеров матки в зависимости от фазы цикла. К моменту овуляции величина матки уменьшается, а к моменту наступления очередной менструации увеличивается [2].

Эхография позволяет получить информацию о врождённых аномалиях развития внутренних половых органов. При наличии внутриматочной патологии (сращения, гиперпластические процессы, подслизистая миома матки, рак эндометрия) на эхограммах выявляются соответствующие эхо-структуры. Эхография подтверждает наличие ВМС в полости матки, а также определяет его локализацию. При ультразвуковом исследовании миом матки получают различные варианты эхограмм, зависящие от размеров, локализации узлов и характера морфологических изменений в опухоли. Эхография позволяет провести дифференциальную диагностику миомы матки и беременности [1]. Большую диагностическую ценность ультразвуковое исследование имеет при выявлении объёмных процессов в придатках матки (киста, кистома, рак). Ультразвуковое исследование используют при лечении эндокринного бесплодия для контроля эффективности стимуляции овуляции. Диагностические возможности эхоскопии значительно расширяются с использованием влагалищных датчиков. Трансвагинальная эхография разрешает использовать датчики высокой частоты вследствие своей высокой информативности, отсутствия предварительной подготовки (при этом нет необходимости в наполнении мочевого пузыря, который представляет неудобства для пациентки), относительной простоты и возможности многократных исследований.

К преимуществам трансвагинальной эхографии перед трансабдоминальным исследованием можно отнести следующие: использование акустических преобразователей с высокой разрешающей способностью при непосредственном их контакте с излучаемым объектом; возможность объективной оценки состояния органов малого таза при обширных спаечных процессах; точную топическую диагностику образований благодаря вспомогательным и ручным манипуляциям; отсутствие необходимости наполнения мочевого пузыря.

В настоящее время ультразвуковое исследование дополняется допплерометрией. В медицине эффект Доплера применяется в основном для измерения скорости кровотока. Причём отражающей поверхностью в данном случае служат клетки крови, и, в первую очередь, эритроциты. Под кривыми скоростей кровотока подразумевается графическое отражение изменений средней моментальной или максимальной скорости на протяжении сердечного цикла. Наиболее широкое применение допплерометрия получила в кардиологии и ангиологии, главным образом в целях диагностики и оценки степени тяжести окклюзивных поражений сосудов.

С конца 1980-х годов появляются данные о допплерометрическом исследовании кровотока при различных гинекологических заболеваниях. Уже первые исследования показали, что ему принадлежит будущее в ранней диагностике злокачественных новообразований и бесплодий, обусловленных нарушением процессов овуляции.

При допплерометрии возможно получение цветовых картограмм, отражающих сосудистую сеть органа или новообразования. При этом получают картину сосудов, по которым кровь притекает к органу или оттекает от него, разного цвета (например, красный и синий соответственно). Интенсивность кровоснабжения (сосудов) при злокачественных новообразованиях значительно выше, чем при доброкачественных, что имеет большое значение и повышает информативную диагностическую ценность допплерометрии по сравнению с обычным УЗИ [3,6].

Учитывая вышесказанное, отведение большого места методу УЗИ считается обоснованным. Поэтому в центре УЗИ клиники “ÖMÜR” создано специальное гинекологическое отделение, которое обследуя пациенток с различными жалобами на гинекологические органы, при необходимости обязательно консультирует их с другими специалистами здесь же.

Причины неудовлетворительного состояния УЗ-диагностики в гинекологии многообразны. Среди них как недостатки теоретической подготовки, так и недопустимо формальный подход к решению исследовательских задач – без сопоставления эхокартины с

клиникой заболевания, без УЗИ-морфологических параллелей, без учёта индивидуальных функционально-клинических особенностей и т.д. [7]. Поэтому подход к гинекологическим больным, обследующимся в клинике “ÖMÜR”, в частности методом УЗИ, коренным образом отличается от общепринятых мерок.

На рис. 1 приведена возрастная сетка пациенток, обратившихся в гинекологическое отделении указанного центра.

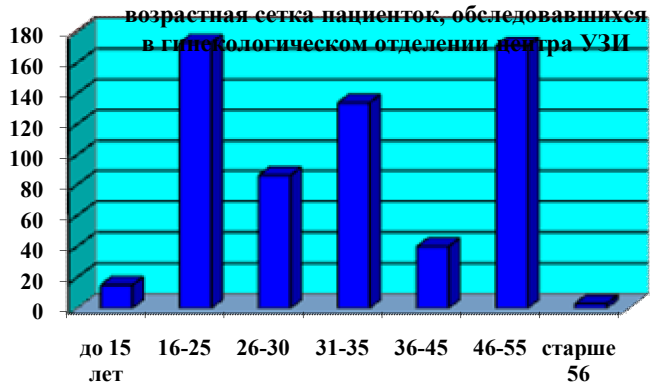


Рис. 1. Количественное соотношение пациенток, обследовавшихся в гинекологическом отделении центра УЗИ клиники “ÖMÜR”.

Из рисунка видно, что чаще всего обращаются женщины из возрастных групп 16-25 и 46-55 лет. Анализ заключений ультразвуковой диагностики выявил следующие показатели: лишь 28 % обратившихся пациенток практически здоровы и 6 % - беременны. Из оставшихся – 26 % -патологии яичников и 40 % - патологии матки (рис. 2).

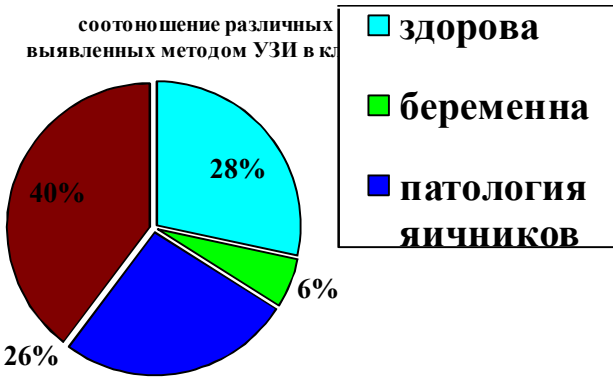


Рис. 2. Соотношение различных патологий, выявленных методом УЗИ в клинике “ÖMÜR”.

Резюмируя вышесказанное можно сказать, что метод ультразвуковой диагностики незаменим в силу неинвазивности, безопасности применения, высокой информативности, возможности наблюдения динамики процессов. Всё вышесказанное относится и к гинекологии, ввиду относительной простоты и доступности указанного метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василевская Л.Н., Грищенко В.И., Щербина Н.А., Юровская В.П. Гинекология. Учебники, учебные пособия.- Ростов н/Д: Феникс, 2002, 576 с.
2. Голота В.Я., Бенюк В.А. Гинекология.- М.: МЕДпресс-информ, 2005, 480 с.
3. Джафаркулиев Ф.Д. Особенности организации центра узи в частной клинике с интегрированной медициной // Sağlamlıq, 2006, №5

4. Дуда И.В. и др. Клиническая гинекология. В 2 т. / Т. 1.- Мн.: Выш.шк., 1999, 352 с.
5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство », 2005, 632 с.
6. Хачкурузов С.Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки. СПб., Изд. «ЭЛБИ - СПб», 2000, 656 с.

SUMMARY

THE ROLE OF ULTRASOUND DIAGNOSTIC IN GYNECOLOGY

O.M.Guseynov, G.S.Mamedova

This article about role of ultrasound diagnostic in gynecology. There were analyzed some researches of other authors and described their own experience on tis method of diagnostic in gynecology

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

ЧАСТОТА НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ У ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

А.Н.Ниязов, Г.Э.Керимова, Ю.Г.Ахундов
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

За последние годы во всем мире отмечается естественный процесс старения населения, связанный с улучшением жизни общества. В связи с этим совершенствование ортопедической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста – важнейшая задача, которая стоит перед стоматологической службой.

Многие исследователи концентрировали свое внимание на особенностях развития, клинического течения стоматологических заболеваний, на изменениях органов полости рта у лиц пенсионного возраста [1].

По данным Заксон М.Л. и соавт. [5] весь жевательный аппарат человека при старении претерпевает значительные изменения. О частоте кариеса и болезней пародонта сообщается в работах Козыревой И.И. (1999) [7], Гадаева М.С. [4], Леонтьева В.К. и соавт. [8] и др. В числе стоматологических заболеваний определенное место имеют и некариозные поражения зубов, требующие своего ортопедического лечения. Так, признаками возрастных изменений являются трещины зубов, в том числе на губных поверхностях передних зубов [6].

Эрозия твердых тканей – чашеобразная убыль эмали и дентина на вестибулярной поверхности передних зубов – возникает при воздействии на эмаль механических факторов и кислот: пищевых, лекарственных, производственных [3,4,9].

В связи с отсутствием данных о некариозных поражениях зубов среди лиц пенсионного возраста, проживающих в Азербайджанской Республике, нами проведено настоящее исследование, с одновременным изучением вопроса о зубном протезировании у этих лиц, связанным с некариозным поражением зубов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Клинические и эпидемиологические исследования проведены у 861 пенсионеров, проживающих в Западном регионе Азербайджанской Республики: г.Гянджа, г.Гек-Геле и г.Самухе. Все обследованные пенсионеры были распределены на 3 возрастные группы. Первую группу составили пенсионеры в возрасте 55-64 года, вторую группу – в возрасте 65-74 года и третью – в возрасте 75-85 лет и более. При стоматологическом обследовании пенсионеров, наряду с изучением частоты и интенсивности течения кариеса и болезней пародонта по общепринятым методикам, была изучена частота некариозных поражений зубов по их клиническим симптомам: частота гипоплазии, флюороза, клиновидного дефекта, некроз твердых тканей зубов и патологическая стираемость. На основании этих данных определена роль некариозных поражений зубов в вопросах протезирования зубов среди лиц пенсионного возраста.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При проведении эпидемиологического исследования лиц пенсионного возраста, нами диагностировались некариозные поражения тканей зубов, эмали и дентина: гипоплазия, флюороз, клиновидные дефекты, некроз твердых тканей зубов и патологическая стираемость зубов.

Частота некариозных поражений зубов в различных пунктах проживания пенсионеров показала их наибольшую встречаемость в г.Самухе. Так, у 28,45±2,92 обследованных пенсионеров обнаружены различные их нозологические формы, тогда как у пенсионеров из г.Гянджи этот показатель был на уровне 24,29±2,27%, а в г. Гек-Геле – 23,13±25,7%. Таким образом, выявляется статистически достоверно высокая встречаемость некариозных поражений зубов в Самухском районе ($p<0,001$). Что касается отдельных нозологических форм некариозных поражений зубов среди обследованных, гипоплазия зубов среди пенсионеров из

Самуха (7,11±0,65%) выше, чем у пенсионеров из г.Гянджи (4,52±1,10%) и пенсионеров из Гек-Геля (5,22±1,36%).

По частоте клиновидные дефекты зубов встречались чаще других некариозных поражений. Как правило, клиновидные дефекты наблюдались исключительно у лиц с воспалительно-дистрофическими поражениями в тканях пародонта. Статистически достоверной разницы в частоте клиновидных дефектов в различных пунктах проживания пенсионеров не обнаружено. Так, этот показатель среди пенсионеров из г.Гянджи был на уровне 13,84±1,83%, в г.Гек-Геле 12,69±2,03% и в г.Самухе – 12,97±2,17% ($p>0,05$). Такими же, статистически не достоверными показателями оказались и зубы, пораженные с флюорозом: соответственно – в г.Гяндже 1,2±0,55%, в г.Гек-Геле – 1,12±0,64% и несколько выше в г.Самухе – 2,09±0,92% ($p>0,05$).

Некроз твердых тканей зубов наблюдался чаще среди пенсионеров старческого возраста, но среди пенсионеров из г.Самуха выше (5,86±1,52%), чем среди пенсионеров из г.Гянджи (4,80±1,36%) и г.Гек-Геля (4,10±1,21%) ($p>0,05$).

Патологическая стираемость встречается в среднем у 14,7±1,2% обследованных пенсионеров.

Если частота патологической стираемости у обследованных пенсионеров из г.Гянджи и г.Гек-Геля статистически не достоверны ($p>0,05$), то у пенсионеров из г.Самуха отмечается статистически достоверная разница в патологической стираемости зубов по отношению к обоим другим населенным пунктам ($p<0,001$).

Патологическая стираемость зубов у мужчин статистически достоверно выше, чем у женщин ($p<0,001$). Однако статистически достоверной разницы в частоте локализованной и генерализованной формы стираемости зубов не обнаружено ($p>0,05$).

Результаты полученных данных свидетельствуют о том, что около 25% пенсионеров нуждаются в различных видах зубных протезов, связанных с некариозными поражениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А.В. Герантостоматология: настоящее и перспективы // Стоматология для всех, 1999, №1, с. 29-31.
2. Виллерсхаузен-Ценнихен Б., Гляйснер К. Заболевание пародонта у пожилых пациентов // Клиническая стоматология, 1998, №2, с. 56-63.
3. Виллерсхаузен-Ценнихен Б., Гляйсмер К. Изменения тканей ротовой полости в пожилом возрасте // Клиническая стоматология, 2000, №3, с. 58-63.
4. Гадаев М.С. Стоматологическая заболеваемость и потребность населения пенсионного возраста Чеченской Республики в ортопедической стоматологической помощи: Автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2003, 21 с.
5. Заксон М.Л. и соавт. Практическая геронтостоматология и гериатрия. Киев, 1993, 272 с.
6. Иванов С.Б. Заболевания пародонта. М., 2000, 271 с.
7. Козерева И.И. Стоматологическая заболеваемость и потребность в ортопедической помощи лиц пожилого возраста Краснодарского края: Автореф. дис. … канд.мед.наук. Краснодар, 1991, 21с.
8. Леонтьев В.К. и соавт. Состояние полости рта у лиц пожилого и старческого возраста. Сбор. тез. докл. по вопросам пожилых «Самарские лекции». Самара, 1998, с. 137-138.
9. Петрикас А.Ж. Обезболивание зубов. Тверь, 1994, 112 с.

SUMMARY

THE FREQUENCY OF NON CARIES LESION OF TEETH ON PERSON IN PENSION AGE

A.N. Niyazov, G.E. Kerimova, Y.G.Akhundov

За последние годы во всем мире отмечается естественный процесс старения населения, связанный с улучшением жизни общества. В связи с этим совершенствование ортопедической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста – важнейшая задача, которая стоит перед стоматологической службой.

Daxil olub: 22.11.2008

КИШЕЧНЫЙ ИЕРСИНИОЗ КАК ПРИРОДНООЧАГОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Р.А. Ахмедов, М.С. Касимов, А.Н. Талыбзаде, Н.М Устун
Республиканская противочумная станция, г. Баку

Вопрос о сапрофитическом существовании патогенных микроорганизмов имеет давнюю историю М. Петенкофер, В.А. Башенин {1936}, В.И.Терских {1958}. По структуре паразитарных систем, предложенной в классификации В.Н.Беклемишевым (1970) и дополненной для факультативных паразитов Литвин В.Ю. {1982;1983}; Сомов Г.П., Литвин В.Ю.{1988} характерна полузамкнутая паразитарная система, где имеется два типа циркуляции: паразитарная и сапрофитическая. Компенсаторные и дублирующие механизмы, обеспечивающие устойчивость паразитарной системы многообразны, сложны и взаимосвязаны.

Новое понимание механизма развития эпизоотического процесса предложил Беляков В.Д.{1980}, который является чаще простой двучленной паразитарной системой {по терминологии Беклемишева В.Н.,1970}, в то время как при антропонозах эпидемический процесс чаще относится к сложным двучленным или многочисленным паразитарным системам с различными переходными формами.

В соответствии с классическими канонами эпидемиологии естественной средой обитания паразита считался лишь организм теплокровного животного, а внешняя среда и членистоногие как «факторы передачи» возбудителя. В действительности же, внешняя среда и членистоногие для паразитов также являются средой обитания, жизненный цикл в которой соответствует одному из элементов в сложном процессе саморегуляции. Поэтому возбудители зоонозов, для которых внешняя среда является второй средой обитания (помимо теплокровных животных), относятся к факультативным паразитам или полупаразитам. В период полупаразитической фазы в организме теплокровного происходит интенсивное накопление возбудителя, что обеспечивает высокий уровень численности популяции, а длительное сохранение паразита во внешней среде и поддержание жизнедеятельности за счет сапрофитической фазы питания помогает его расселению в организме новых теплокровных животных.

Значение новой эпидемиологической концепции состоит в том, что она устраняет длительно существовавшую методологическую непоследовательность причин развития эпидемического процесса, позволяет выдвинуть иные методы борьбы с инфекциями и различные мероприятия по профилактике заболеваний.

В последние годы накоплен материал [7,8,9] о наличии у представителей рода Yesinia: в частности психрофильных свойств Y.enterocolitica, имеющих большое эпидемиологическое и патогенетическое значение. Это свойство позволяет, наряду с организмом теплокровных животных, размножаться во внешней среде с ее относительно низкой температурой. Исходя из предпосылки, что все патогенные микроорганизмы произошли от сапрофитов, то при встречах с организмом теплокровных животных, в результате мутации и отбора, приобрели патогенные свойства и способность вызывать инфекционный процесс. При этом они не утратили сапрофитические свойства, заложенные в генетическом аппарате. Это позволяет их относить к полупаразитам, жизненный цикл которых состоит в непрерывном переходе из сапрофитическиго состояния во внешней среде в паразитическое при проникновении в организм теплокровного и реверсия к сапрофитизму при попадании вновь во внешнюю среду. Инфекции, вызываемые ими носят название сапрозоонозов {Тимаков В.Д.1973; Беляков В.Д.,1976}. Эта циркуляция в природе обеспечивает его сохранение как биологического вида.

Так как нет обжективных критериев, позволяющих четко определить значимость паразитического и сапрофитического образа жизни, возникают частые разногласия в терминологии, отнести ли эти микроорганизмы к факультативным или случайным паразитам.

Исследования, проведенные в Сахалинской области Подболотовым К.В. и Сурковым В.С., {1984}, позволили выявить возбудитель кишечного иерсиниоза у 15 видов млекопитающих, что дает основание считать круг носителей в естественных биоценозах широким и механизм его циркуляции сложным. Авторы считают, что наряду с синантропизмом, возбудителю кишечного иерсиниоза характерен феномен природной очаговости, о чем свидетельствует факт выделения от диких грызунов в большом количестве, чем от синантропов.

За период с 1980 по 2006 гг. Азербайджанской Противочумной Станцией и ее отделениями, при нашем участии Ахмедов Р.А.с соавт. [1,2]., было исследовано более 80 тыс.

млекопитающих, относящихся к 21 виду отряда грызунов Rodentia, 2 видам отряда насекомоядных – Insectivora, 2 видам отряда хищных - Carnivora, 1 вид к отряду рукокрылых – Chiroptera, различные виды эктопаразитов. От 13 видов грызунов, 1 вида отряда насекомоядных, 1 вида отряда хищных и 1 вида эктопаразитов были изолированы микроорганизмы, относящиеся к роду Yesinia. Из вышеуказанного видно, что круг носителей возбудителя кишечного иерсиниоза в естественных биоценозах весьма широк. Так, для грызунов обитающих в «дикой» природе число выделенных культур на 1000 исследованных особей составлял для кустарниковых полевок - 71,4; лесных мышей - 27,4; лесных сонь - 22,3; в то время как для синантропных грызунов они составили: для черных крыс - 19,6; домовых мышей - 6,5; серых крыс - 6,3. Возбудитель изолировали в смывах почвы с овощей (картофель) -6 штаммов.

Проведенные нами исследования подтверждают позицию вышеупомянутых авторов, что наряду с синантропизмом, возбудителю кишечного иерсиниоза характерен феномен природной очаговости, о чем свидетельствуют данные о преимущественном выделении возбудителя от диких грызунов.

Важное значение в сохранении и поддержании природной очаговости играют низкая температура и повышенная влажность, в пользу чего свидетельствует частое обнаружение возбудителя у обитателей лесных, предгорных и горных участков.

Синантропные очаги носят характер микроочагов, где основным носителем является серая крыса. Ему принадлежит ведущая роль в транспортировке возбудителя из природных очагов в жилые постройки и, наоборот, в выносе из антропургических очагов в окружающие естественные ландшафты.

На основании полученных нами данных, а также приведенных литературных сведений, мы полагаем, что кишечный иерсиниоз относится к сапрозоонозам с двумя типами циркуляции возбудителя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов Р.А., Агаев Г.М.,. Джабраилов Д.Д. и др. О выделении возбудителя кишечного иерсиниоза от грызунов в Азербайджане» Актуальные вопросы мед. паразитологии и тропической медицины / Сб. науч. тр.НИИ мед. паразитологии и троп. Медицины.- Баку, 1983, вып. 3.
2. Ахмедов Р.А., Ахундов М.Ф., Мамедов С.Д., Медведева Э. О выделении Yersinia enterocolitica в Ленкорань- Астаринской зоне и горах Талыша / Проблема инфекционных заболеваний на современном этапе.- Баку, 1988
3. Ахмедов Р.А., Джафаров А.Д. О выделении возбудителя кишечного иерсиниоза в горах Большого Кавказа в Азербайджане» Проблема инфекционных заболеваний на современном этапе.- Баку, 1988
4. Головачева В.Я. Сохранение возбудителя псевдотуберкулеза в почве из нор грызунов» ООИ в Сибири и на Д. Востоке / Доклад Иркут. ПЧИ.- Кызыл,1966, В 7, с.73
5. Кузнецов В.Г. Эпидемиологическая значимость путей и факторов передачи иерсиний в очагах псевдотуберкулеза // Воен. мед журнал, 1981, №11, с.37-39
6. Миронова Л.П., Недоросткова Н.М., Подболотов К.В. и др. К вопросу об обнаружении возбудителя псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза в различных экологических обжектах / Тез.докл. к науч.-практ.конфер.- Хабаровск,1986, с. 54-56.
7. Сомов Г.П. Изучение эпидемиологии дальневосточной скарлатиноподобной лихорадки (ДСЛ) в Приморском Крае. Зараженность овощей, корнеплодов и солений псевдотуберкулезными микробами // Жур. Микробиология,1975, №10, с.34-38
8. Сомов Г.П. Психрофильные свойства псевдотуберкулезного микроба и их значение в эпидемическом процессе при ДСЛ // ЖМЭИ, 1980, с.31
9. Сомов Г.П. Психрофильность возбудителей некоторых зоонозных инфекций и ее эпидемиологическое и патогенетическое значение / II Всесоюзная конференция по природноочаговым болезням.- М., 1984, с.157-159

SUMMARY

INTESTINAL YERSINIOSES AS NATURAL PESTHOLE DISEASES

R.A. Ahmedov, M.S. Kasimov, A.h. Talibzade, N.M. Ustun

Proceeding from the precondition, that all pathogenic microorganisms have taken place from saprophytes at meetings with an organism of warm-blooded animals, as a result of a mutation and selection have got properties and ability to cause infectious process, thus they have not lost asprotifical

the properties incorporated in the genetic device that allows to carry them to half hunting oscillation sentatives of sort Yesinia: in particular Y.enterocolitica psickrofiluse properties have the big epidemiological and pathogen tic value. This property allows, alongside with an organism of warm-blooded animals, to be made multiple copies in an environment from her {it} concerning low temperature. This circulation in the nature provides his {its} preservation as biological kind.

The researches lead {carried out} by us confirm a position of the above mentioned authors, that alongside with sinantropismus, to the activator intestinal yersinioses the phenomenon natural pesthole to what the data on primary allocation of the activator from wild rodents testify is characteristic. We believe, that intestinal yersinioses oncerns to saprozoonosis with two types of circulation of the activator. The final statement of this position demands the further researches.

Daxil olub: 20.10.2008

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ПОДАГРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Ф.З.Сардарлы, Р.Д.Багирова, Л.Б.Бахтиярова, М.Г. Гасанова, Ш.М.Джаббаров
Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Алиев, г.Баку

Изучение подагрической нефропатии является актуальной проблемой современной нефрологии [2,3,4]. Выделяют 4 клинико-морфологические формы подагрической нефропатии: 1) хроническая интерстициальная (интерстициальный нефрит), характеризующаяся перемежающейся протеинурией, уратурией, иногда патологическим клеточным осадком мочи, умеренной артериальной гипертензией; 2) гломерулонефритная (гломерулонефрит) с высоким уровнем протеинурии, лейкоцитурией, эритроцитурией, нередко отёками и артериальной гипертензией; 3) уролитиазная (мочекаменную болезнь); 4) нефроангиосклеротическая, которой свойственна упорная артериальная гипертензия с прогрессирующей почечной недостаточностью [1]. С учетом представленной классификации наблюдаемые нами больные были разделены на 5 групп: 1-я - 89 (43,0%) больных с интерстициальным нефритом, 2-я - 66 (31,9%) с мочекаменной болезнью, 3-я-31 (15,0%) с гломерулонефритом, 4-я-5 (2,4%) с нефроангиосклеротической формой и 5-я-16 (7,7%) со смешанной (уролитиазно-гломерулонефритной) формой нефропатии [3,5]. Несмотря на разные проявления этих вариантов нефропатии морфологические признаки поражения почек были примерно одинаковы и различались в основном количественно. Аналогичные, но менее выраженные морфологические изменения обнаружены у больных с клинически интактными почками. В этих случаях преобладали поражение клубочов и особенно стромы. По своему клиническому течению такие пациенты отнесены к группе с интерстициальным нефритом.

На основании изучения различных клинических форм подагрической нефропатии мы выделили 4 типа, которые наиболее полно отражают особенности течения и прогноза заболевания: уролитиазный, латентный, протеинурический и гипертензивный. Для уролитиазного типа свойственно появление почечных колик уже в дебюте нефропатии, часто с отхождением конкрементов. Латентному типу присущи отсутствие мочевого синдрома или преходящий его характер. Протеинурический тип сразу же проявляется возникновением стойкой протеинурии, иногда с развитием нефротического синдрома. Гипертензивный тип протекает в виде раннего развития упорного повышения артериального давления. При латентном и гипертензивном типах нефропатии преобладало тяжелое и среднетяжелое течение артрита. Если с уролитиазным типом хронический артрит установлен только у половины больных, то с гипертензивным более, чем у 2/3. Периферические тофусы обнаружены у 41,8% обследованных с уролитиазным типом, у 49,4% - с латентным, у 51,3% - с протеинурическим и у 55,0% - с гипертензивным. Представляет определенный интерес, что среди лиц с семейной предрасположенностью к заболеванию в 91,6% наблюдений имели место уролитиазный и латентный типы нефропатии и вообще не встречался гипертензивный тип. В группе больных с уролитиазным типом отягощенная наследственность по подагре выявлена в 25,4% случаев, с латентным - в 19,8%, с протеинурическим - в 7,7%. Артериальная гипертензия зарегистрирована в 56,4% наблюдений протеинурического типа (у половины из них стойкая), в 53,7% уролитиазного и только в 33,3% латентного. У больных с различными типами

нефропатии возраст в начале заболевания оказался примерно равным, составляя 36+1,1 лет при уролитиазном, 37+1,0 лет - при латентном, 35+2,1 лет - при протеинурическом и 38+2,4 лет - при гипертензивном типе. Мы проанализировали частоту появления мочевого синдрома в зависимости от типа нефропатии. Естественно, белок в моче выявляли во всех наблюдениях протеинурического типа. Средний уровень составил 3,3+0,59 г/сут. Что касается других вариантов подагрического поражения почек, то протеинурия оказалась более характерной для уролитиазного типа, тогда как при латентном ее можно было обнаружить у 2/3 обследованных, а при гипертензивном - лишь у половины больных. Потеря белка с мочой за сутки при уролитиазном варианте составила 0,7+0,27 г, при гипертензивном - 0,3+0,14 г, при латентном - 0,1+0,01г. Протеинурический тип чаще других сопровождался патологическим клеточным осадком мочи, уролитиазный - уратурией и бактериурией. Представляло определенный интерес изучение особенностей поражения почечной ткани у больных с различными типами нефропатии. С этой целью имеющийся морфологический материал был распределен по соответствующим группам. В 10 наблюдениях имел место уролитиазный вариант нефропатии, в 16-латентный, в 11-протеинурический, в 4 – гипертензивный. Характер поражения основных почечных структур при различных типах нефропатии оказался примерно одинаковым, хотя и выявлены определенные особенности. Уролитиазный тип чаще протекал с нарушениями целостности канальцев в виде атрофии и слущивания эпителия, протеинурический - с изменениями клубочков (особенно с утолщением базальной мембраны капилляров), гипертензивный - с повреждением сосудов (пролиферацией эндотелия, сужением просвета, миоэластофиброзом и склерозом). Для латентного варианта нефропатии в большей степени были присущи очаговый и сегментарный характер поражения клубочков с закономерной пролиферацией мезангиоцитов и нередким утолщением базальной мембраны капсулы Шумлянского-Боумена. Обращало на себя внимание наличие микрокальцинатов в канальцах исключительно у больных с уролитиазным типом нефропатии, плазмоцитарной инфильтрации стромы - с уролитиазным и протеинурическим, плазматического пропитывания сосудов - при протеинурическом и латентном. Несколько неожиданным стало отсутствие лейкоцитов в канальцах при уролитиазе, который, как известно, во многом ассоциируется с развитием вторичного пиелонефрита. К тому же, лейкоцитурия нами обнаружена более, чем у половины таких больных. Тофусы в строме найдены у всех 3 умерших людей с гипертензивным типом нефропатии и ни у одного из 5 с протеинурическим типом. Степень повреждения большинства почечных структур превалировала при протеинурическом типе нефропатии. Склеротические изменения клубочков, стромы и сосудов более выражены при гипертензивном типе. Однако нужно отметить, что длительность заболевания у этих больных также была наиболее продолжительной. Несмотря на большую частоту вовлечения в патологический процесс канальцев степень их морфологических изменений при уролитиазном типе оказалась наименьшей. У 17 (10,1%) больных на определенных этапах течения заболевания (в среднем через 14±1,8 лет от его начала) наблюдалась трансформация в протеинурический тип других вариантов нефропатии. Уролитиазный тип перешел в протеинурический в 5 наблюдениях (в среднем через 13±2,3 лет), латентный - в 6 (через 18±4,3 лет), гипертензивный - в 6 (через 11±1,3 лет). Кроме того, у 4 пациентов с протеинурическим типом (в среднем через 13±2,6 лет) и у 2 с гипертензивным (через 5 и 17 лет) отмечено возникновение почечных колик и прочих проявлений уролитиаза. Такие варианты нефропатии можно рассматривать как «смешанный тип». Трансформацию нефропатии в протеинурический тип нужно отнести к прогнознегативным признакам течения заболевания. Оценивая выживаемость больных установлено, что наиболее неблагоприятный прогноз при протеинурическом типе нефропатии. При гипертензивном типе выживаемость выше, при уролитиазном - еще выше, а при латентном случаев смерти вообще не было. Появление белка в моче и его уровень у больных подагрой практически являются эквивалентом тяжести нефропатии. Основные клинико-лабораторные признаки почечной недостаточности при подагре мы сравнили с таковыми у больных с ХПН, обусловленной другими заболеваниями почек. Существенные различия выявлены в характере артериальной гипертензии. Степень выраженности повышения давления при ХПН в обеих группах больных приобретает определенную диагностическую значимость. Уремический перикардит установлен у 4 больных подагрой (в 1 наблюдении - экссудативный геморрагический через год от начала лечения гемодиализом). Другие изменения сердечно-

сосудистой системы (кардиологии, тахикардия, систолический шум, различные нарушения проводимости и возбудимости на ЭКГ и пр.) у больных основной и контрольной групп наблюдались примерно одинаково часто и их диагностическая ценность была равной. Необходимо отметить, что при ХПН, связанной с подагрической нефропатией, только у 11 больных выявлялись признаки уремической интоксикации со стороны желудочно-кишечного тракта и лишь у 7 больных при рентгенологическом исследовании установлен интерстициальный отек легких. Отсутствовали кожный зуд, энцефалопатия, полинейропатия, реже и позднее развивалась анемия. У больных контрольной группы эти изменения наблюдались чаще, их значимость в клиническом течении ХПН была намного выше. Костные изменения (остеосклероз, периостальное образование новых зон, субпериостальная резорбция) существенного значения не имели. Артериальная гипертензия у больных подагрой с ХПН менее высокая и стойкая, чем при других заболеваниях почек в стадии ХПН, уремическая интоксикация и иные клинические проявления почечной недостаточности при подагрической нефропатии наблюдаются сравнительно редко и протекают более мягко.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сардарлы Ф.З. Опыт выявления и комплексного обследования больных подагрической нефропатией.// Saqlamlıq, 2003, № 6, с.54-58.

2. Сардарлы Ф.З. Допплерографические показатели почечной гемодинамики у больных подагрической нефропатией // Saqlamlıq, 2004, № 1, s. 32-34.

3. Drach G.W. Urinary lithiasis: Etiology, diagnosis and medical manacement.Jn: Walsh P.C., Walsh P.C., Retik A.B., Stameg T.A., Vanghan E.D. Jr.(eds.).Campbell`s Urology 6th ed.-Philadelphia,: W.B.Saunders.1992.

4.. Green E.R., Venters M.D., Avastchi P.S. et al. Noninvasial characterization of renal artery blood flow // Kidney jurtern, 1980, v.20.p.523-529

SUMMARY

EZPERIENCE OF STUDY OF DIFFERENT FORMS OF GOUTY NEPHROPATHY

F.Z. Sardarly, R.J. Bagirova, L.B. Bakhtiyarova

The submitted scientific investigation was undertaken with the object of the study characteristics and prognosis of different forms of gouty nephropathy patients. The results of investigation defined that proteinuric type is the dangerous type among four forms of gouty nephropathy (proteinuric, hipertensive, urolitiase, latent)

Daxil olub: 28.11.2008

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУБПОПУЛЯЦИЙ Т-ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ПРОНИКАЮЩИМИ РАНЕНИЯМИ ГЛАЗА

А.Р. Гулиев

Центральный военный клинический госпиталь, г.Баку

Известно, что сама травма, в том числе и хирургическая, оказывает иммуносупрессивное действие, однако роль вторичной иммунной недостаточности в травматическом процессе изучена не вполне. Проявления воздействия повреждающего фактора на иммунную систему организма зависят не только от силы и продолжительности этого воздействия, но и от исходной иммунореактивности [2,5]. Гипотеза многофакторного нарушения динамического равновесия иммунной системы лежит в основе современной концепции аутоиммунитета [3,7]. Степень аутореактивности сдерживается различными контролирующими механизмами [9]. Важную роль в развитии аутоиммунных состояний играют дисфункции иммунорегуляторного звена: аномальная активность Т-хелперов и угнетение супрессорной активности Т-лимфоцитов.Описан целый ряд аутоиммунных заболеваний, при которых выявлены иммунодефицитные состояния, прежде всего связанные с нарушением функции Т-клеток [6,8].

Неадекватная обжему хирургического вмешательства экссудативная реакция наблюдается в 14 -30,2% случаев [1]. Причины осложненного течения послеоперационного и посттравматического процесса, наблюдаемые несмотря на достижения микрохирургии,

стандартизацию микрохирургических технологией, следует искать в нарушениях иммунного статуса организма. Исследования последних лет направлены на изучение отдельных звеньев иммунопатогенеза посттравматического и послеоперационного воспалительного процесса в глазу и поиск возможностей иммунотропной терапии [4].

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что наименее изученными остаются вопросы касающиеся патогенетической роли типов иммунных нарушений в Т- и В-системе иммунитета на субпопуляционном уровне в динамике при различном течении посттравматического и послеоперационного периода.

Детекция Т-лимфоцитов периферической крови у больных с проникающими ранениями глаз, относящихся к субпопуляции Т-хелперов проводилась с мкАТ ИКО-86 (CD4), -к субпопуляции Т-хелперов с помощью мкАТ -31(CD8).

В анализах больных 1-й группы содержание Т-лимфоцитов с хелперной активностью составило 38,4±1,2 % (Р1-10<0,05), содержание Т-лимфоцитов с супрессорной активностью составило 18,7±0,8% (Р1-10>0,05), индекс Тх/Тс был равен 1,8±0,1 (Р1-10>0,05).

В анализах больных 2-й группы количество Т-хелперов соответствовало 7,3±1,7% (Р2-10<0,05), количество Т-супрессоров соответствовало 14,6+1,39(Р2-1О< 0,05), что свидетельствует о выраженном угнетении этих показателей по сравнению с контрольным уровнем. Индекс Тх/Тс соответствовал 2,5+0,2 (Р2-О<0,05), что указывает на преобладание субпопуляции Т-лимфоцитов с хелперно-индукторными свойствами.

Таблица

Количество Т-хелперов, Т-супрессоров и их соотношение в периферической крови больных с проникающими ранениями глаз при различном течении посттравматического периода

Сроки Исследований	Группы больных	Число больных	Т-хелперы	Т-супрессоры	Индекс Т-хелп Т-супр
1-3 сутки после травмы	1	216	30,4±1,2	18,7±0,8	1,8±0,1
	2	30	27,3±1,7	14,6±1,3	2,5±О,2
	3	33	26,6±2,0	10,2±1,2	2,1±0,2
10-12 сутки после травмы	1	216	36,2±0,8	23,1±0,9	2,0±0,1
	2	30	34,4±2,4	17,3±1,6	2,6±0,2
	3	33	39,6±1,1	9,7±0,8	2,8±О,1
25-30 сутки после травмы	1	216	43,6±1,4	20,3±1,1	1,9±0Д
	2	30	38,1±1,6	16,7*1,4	2,0±0,2
	3	33	49,5±1,3	13,8±2,3	3,09±0,7
Контроль		50	45,4±1,2	21,1±1,7	2,0±0,03

В анализах больных 3-й группы содержание Т-хелперов составило 26.6±2,0% (РЗ-10<0,05), количество Т-супрессоров достоверно не отличалось от контрольного уровня, соотношение субпопуляций Тх/Тс оставалось в пределах: контрольных значений (2.0±0,2 против 2,0±0,03 в контроле).

К 10-14 дню в анализах больных 1-й группы появляется тенденция к по—вышению количества иммунорегуляторных клеток, но отличия недостоверны, индекс Тх/Тс соответствует 2,0+0,1. В анализах больных 2-й группы отмечено повышение содержания Т-хелперов до34,4±2,4 % (Р2-5<0,05) и незначительный прирост субпопуляции Т-супрессоров, что привело к росту индекса Тх/Тс до 2,6±О,2. Преобладание Т-лимфоцитов с хелпернои активностью сопутствовало интенсивному, трудно поддающемуся терапии гнойному процессу в глазу. В анализах больных 3-й группы так же преобладало увеличение субпопуляции Т-хелперов до 39,6±1Д % (РЗ-6<0,05), при незначительном снижении количества лимфоцитов с супрессорной активностью, это привело к повышению индекса 8±0,1 (РЗ-6<0,05).

К 25-30 дню в анализах больных 1-й группы количество Т-лимфоцитов с хелперной активностью достоверно не отличалось от контрольных значений (Р7-)>0,05),содержание Т-лимфоцитов с супрессорной активностью повысилось ;р4-7<0,05),индекс Тх/Тс снизился до 1,9±0,1 (Р7-10<0,05), что совпадало с клиническим выздоровлением и стиханием воспалительного процесса в травмиро-ванном глазу.

В анализах больных 2-й группы количество Т-лимфоцитов с хелперной активностью составило 38.0±1,6 % (P8-10<0,05,P5-8>$0_5$05), содержание Т-лимфоцитов с супрессорной активностью практически не менялось, при этом иммунорегуляторный индекс соответствовал 2,0±0,2.

В анализах больных 3-й группы отмечалось повышение содержания Т-лимфоцитов с хелперной активностью до 49,5±1,3 % (P6-9<0,05,P9-10>0,05), и сохранялось сниженное значение Т-лимфоцитов с супрессорной активностью 3,8+2,4% (P6-9<0,05,P9-10<0,05), что неизбежно изменило индекс Тх/Тс 3.09±0,7 (P6-9<0,05). Это свидетельствует о депрессии субпопуляции Т- лимфоцитов с супрессорными свойствами, клинически у этих больных к 30-м суткам не отмечалось стабилизации воспалительного процесса.

Таким образом, анализ результатов исследований содержания иммуноре-гулирующих клеток с Т-хелперной и Т-супрессорной активностью свидетельствует о депрессивном воздействии травмы на количественное представительство этих клеток в периферической крови в ранние сроки травматического процесса. Соотношение субпопуляций нарушено в большей степени у больных с гнойными осложнениями в посттравматическом периоде.

В дальнейшем на 10-14 сутки при благоприятном течении посттравмати- периода намечается тенденция к нормализации показателей, тогда как у больных с осложненным течением посттравматического периода преобладает субпопуляция Т-лимфоцитов с хелперной активностью.

К 25-30 дню показатели в анализах больных 1-й группы близки к норме, при незначительном повышении содержания Т-супрессоров. У больных 2-й группы наблюдается снижение содержания Т-хелперов, при почти нормальном соотношении субпопуляций. В анализах больных 3-й группы отмечается дисбаланс субпопуляций за счет прироста Т-лимфоцитов с хелперной активностью.

Полученные данные свидетельствуют о количественных сдвигах в иммунорегуляторных субпопуляциях, которые могут отразиться на тонких механизмах взаимодействия этих гетерогенных субпопуляций, ответственных за продолжительность и характер ответного воспаления при травме.

ЛИТЕРАТУРА

1.Боброва Н.Ф.Система оказания первичной микрохирургической помощи при тяжёлых проникающих ранениях глаз у детей /Матер. Симп. Офтальмотравматология катастроф.- М.,199, с.51.

2.Карсонова М.И., Юдина Т.И., Пинегин Б.В. Некоторые общие вопросы иммунитета, иммунодиагностики и иммунотерапии на модели хирургических инф. //Мед. им., 1999, №1-2, с.119-132

3. Семенов Б.Ф. Концепция аутоиммунитета в редакции конца 80-х и начала 90-х годов //Микробиология и эпидемиология и иммунобиология, 1995, №3, с.42-47

4.Слепова О.С., Макаров П.В., Бордюгова Г.Г., Быковская Г.Н. Иммунологический контроль лечения больных с проникающими ранениями глаз / Повреждение глаз при экстремальных ситуациях.- М.,1995, с.34-35.

5.Ширинский В.С., Жук Е.А. Проблемы иммуностимулирующей тер.//Им., 1991, №3, с.97-106

6.Boyd A.W.Human leucocyte antigens // Pathol., 1987, v.l9, p.329-337

7.Herrmann D.B.J., Bicker U. Drags in Autoimmune Diseases // ZKliniscye Wochenschrift., 1990, v.68, supplXXI, p.15-25

8.Kelly C.J.,Neilson E.G.Contrasuppression in autoimmunity.Abnomal contra-suppression facilitates expression of nephritogenic effect T-cells and interstitial nephritis inkd/kd mice//J.Exp.Med., 1987, v.165, p.107-123

9.Smith H.R.,Steinberger A.D. Autoimmunity- a perspective//Ann.Rev.Immunol., 1983, v.1, p.175-210

Daxil olub: 28.11.2008

XRONİKİ SALPİNQOOFORİTLƏRİN MÜXTƏLİF MÜALİCƏ SXEMLƏRİNDƏ İNTERFERON STATUSUNUN VƏ ONUN DƏİYŞİKLİKLRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

F.C. Ceyranov, N.A. Səlimova
Mərkəzi hərbi kliniki hospital, Bakı

Orqanizmdə sitokin şəbəkəsinin fəaliyyəti onun immun sisteminin funksional vəziyyəti ilə müəyyənləşdirilir. İnterferon sisteminə immun sistemin bir hissəsi kimi baxmaq olar və o orqanizmində hasil olunan sitokin şəbəkəsinin bir hissəsidir. İnterferon ststeminin fəaliyyətinin pozulması bir tərəfdən immun sistemin funksiyasının pozulmasını əks etdirir, digər tərəfdən isə onun funksional vəziyyətinə təsir göstərir. Bir çox yoluxucu və somatik iltihabi xəstəliklərə orqanizmdə interferonun hasilatının disbalansı xarakterikdir. Bu disbalansın xarakteristikası üçün əvvəlcə leykositlərin interferon reaksiyası, sonralar isə interferon statusu adlandırılan test işlənilib hazırlanmışdır. İnterferon statusu anlayışına qan zərdabında interferon göstəricilərinin səviyyəsi və onun turşuyadavamsızlığı, həmçinin qan leykositlərinin indukatorsuz və alfa (virus indukatoru) və qamma interferon (antigen yaxud mitogen) ilə indukasiyasından sonra kultivasiyası mühitində interferonun aktivliyi daxildir. Zərdab interferonu onun orqanizmdə hasilatının kumulyativ göstəricisidir, spontan interferon isə qan leykositlərinin hasilatının kumulyativ göstəricisidir. Alfa interferon praktik olaraq qanın bütün hüceyrələri tərəfindən hasil olunduğu halda, qamma interferon isə köməkçi heceyrələrin iştirakı ilə T-limfositlər tərəfindən hasil edilir. Ona görə də interferon statusunun bütün göstəricilərinə yalnız interferon sisteminin fəaliyyəti nöqteyi-nəzərindən deyil, həm də immun sistemin müəyyən tip hüceyrələrinin funksional aktivliyinin xarakteristikası kimi baxılmalıdır [1,2,3,4,7].

Demək olar ki, bütün patogen mikroorqanizmlər, viruslar interferon hasil etdirmək aktivliyinə malikdir. Lakin, interferon hasil etdirən faktorun uzun müddət möcudluğu (məsələn, infeksiyanın xronikləşməsi) hüceyrələrin induktora cavab olaraq interferon hasil etmək qabiliyyətinin pozulması ilə müşayət olunan refrakter (hipoaktivlik) fazanın inkişafına gətirib çıxarır. Orqanizmdə interferonun hasilat səviyyəsi qeyri-spesifik rezistentliyin gərginliyini, xroniki prosesin aktivliyini, xəstələliyin sona çatma dərəcəsini göstərir [5, 6, 8, 9].

Aparılmış tədqiqatda məqsəd bakterial-virus və başlıca olaraq virus etiologiyalı xroniki salpinqooforitli xəstələrin qanında interferon sisteminin vəziyyətinin xüsusiyyətləri və onların müxtəlif sxemli müalicəsi zamanı bu sistemdə baş verən dəyişikləri öyrənməkdir.

Parametrik göstəricilərinə görə interferon statusu müəyyən olunmuşdur: 1.Qan zərdabında interferonun ümumi titri (zərdab interferonu); norma <2 İg2 V/ml; 2.Leykositlərin spontan interferon hasilatı titri (LSİH); 3.İnduksiyaya cavab olaraq lekositlər tərəfindən ifraz edilən alfa interferon-, norma > 7 İgo V/ml; 4.İnduksiyaya cavab olaraq lekositlər tərəfindən ifraz edilən qamma interferon-, norma > 6 İg2 V/ml;

Xroniki salpiqooforitli xəstələrdə müalicədən əvvəl və sonra (2-3 həftə sonra) interferon statusunun müayinəsinin nəticələri cədvəldə göstərilmişdir. Kontrol qrupda nisbi sağlam qadınların müayinəsinin göstəricilərindən istifadə edilmişdir. İnterferon statusunun parametrləri sxem üzrə: antibiotik+Vobenzim+Superlimf preparatları ilə müalicə olunan xroniki salpinqooforitli 57 nəfərdən ibarət I qrupdan 21 xəstədə, yalnız antibiotiklərlə müalicə alan 35 nəfər xroniki salpinqooforitli II qrupdan 18 nəfər, superlimf preparatının servikal-vagnal vannaları yaxud şamları şəklində monaterapiya alan və əsasən virus etiologiyalı xroniki salpinqooforitli 20 xəstədən ibarət III qrupun hamısında tədqiq olunmuşdur.

Cədvəl

Xroniki salpinqooforitin müalicəsinin müxtəlif sxemlərində interferon statusu və onun dəyişiklikləri

Göstəricilər	Norma	I qrup (n=32)		II qrup (n=24)		III qrup (n=9)	
		müalicədən qabaq	müalicədən sonra	müalicədən qabaq	müalicədən sonra	müalicədən qabaq	müalicədən sonra
Zərdab interferonu	≤2,0	<2,0	<2,0	<2,0	<2,0	<2,0	<2,0
LSİH	≤1,0	<1,0	<1,0	<1,0	<1,0	<1,0	<1,0
Alfa interferon	≥7,0	6,0±0,2	8,1±0,2	7,4±0,3	6,3±0,2	7,0±0,2	8,3±0,2*
Qamma interfero	≥6,0	3,6±0,2	5,9±0,2*	5,1±0,1	4,3±0,2	3,7±0,4	4,6±0,2*

n							

p<0,05 interferonun titri ikili loqarifmalarda əks olunmuşdur (İgo V/ml)

Orqanizmdə zərdab interferonun və LSİH-nın səviyyəsi infeksion presesin inkişaf xarakterini əsks etdirir. Belə ki, göstəricilər kəskin infeksiyalarda daha yüksək, persistent formalarda minimal, xroniki gedişli residivləşən formada isə orta səviyyədədir. Cədvəldəki məlumatlar göstərir ki, mikrob-virus (I və II qrup) və əsasən virus etiologiyalı (III qrup) xroniki salpinqooforitdə zərdab interferonun və LSİH-nin səviyyəsi müalicə presesində əhəmiyyətli dərəcədə dəyişilməmişdir və norma hüdudunda olmuşdur.

Cədvəldən göründüyü kimi, xroniki salpinqooforitli bütün xəstələrdə müalicəyə qədər orqanizmin qeyri-spesifik rezistentliyi leykositlərin qamma və alfa interferon hasil etmək qabiliyyətinin azalması hesabına aşağı düşmüşdür.

Əsas dəyişikliklər müalicəyə qədər hər üç qrupdakı xəstələrdə 1,2-1,7 dəfə aşağı düşmüş qamma interferonun səviyyəsində müşahidə olunmuşdur.

Qamma interferon mənbəyi aktivləşmiş T-limfositlər (CD_4, CD_8) və NK hüceyrələr (aktivator rolunda CEA iştirak edir) olan interleykinlərdir. Qamma interferon antivirus aktivliyinə malik olaraq limfokin sistemi ilə bağlıdır və immunitetin tənzimlənməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Limfosit və makrofaqlar arasında, həmçinin immun cavabı təşkil edən hüceyə və humoral immunitetin qarşılıqlı əlaqələrininin yaranmasında iştirakı qamma interferonun mühüm funksiyasıdır. Qamma interferon makrofaqları stimulə etməklə sitokinlərin hasilatını, antigenlərin əmələ gəlməsi də daxil olmaqla bu hüceyrələrin müxtəlif funksiyalarının meydana çıxmasına şərait yaradır. Həmçinin qamma interferon açar sitokindir və hüceyrə immun cavabının stimulyatorudur. Alfa, beta və qamma interferonlar virus genomunun transkripsiya və transduksiya proseslərini zəiflətmək qabiliyyəti hesabına güclü virus əleyhinə təsirə malikdir [4,6,8].

I qrupdakı xəstələrin sistem enzimoterapiya və təbii stokin komplekslərindən istifadə etməklə kombinasiyalı müalicəsi nəticəsində qamma interferonun hasilatı kifayət qədər yüksələrək normanın aşağı hüdudunadək qalxmış və 5,9+0,2İg2 V/ml təşkil etmişdir. Müvafik olaraq alfa interferonun səviyyəsi də 8,1+0,2 İg2 V/ml-dək yüksəlmişdir. I qrupdakı 6 xəstənin qanında alfa-turşuyadavamsız interferon tapılmışdır. Bu isə autoimmun prosesin, eləcə də alfa və qamma interferonun hasilatının ingibə olunmasının göstəricisidir. Lakin, müalicənin sonunda digər xəstələr kimi, bunların da qanında alfa-turşuyadavamsız interferon və inhibitorlar tapılmamışdır.

II qrupdakı yalnız antibiotiklərlə müalijə alan xroniki salpinqooforitli xəstələrdə müalijədən sonra alfa və qamma interferonun hasilatında azalan tendensiya müşahidə olunmuşdur.

III qrupdakı superlimf preparatı ilə vaginal müalijə alan xroniki salpinqooforitli xəstələrdə də qamma interferonun hasilatı yüksəlmişdir, lakin bu, normanın aşağı hüdudlarına çatmamışdır və müvafik olaraq 4,6+0,2 İg2 V/ml, alfa interferon isə 8,3+0,2 İg2 V/ml təşkil etmişdir.

Beləliklə, xroniki salpinqooforitli xəstələrin interferon statusunun normallaşması I qrupda etiotrop antibiotiklər və Vobenzim+Superlimf preparatları ilə kompleks müalijəsindən sonra, III qrupda Superlimf preparatı ilə monoterapiya alan xəstələrin interferon statusuna nisbətən daha ifadəli olmuşdur. Xroniki salpinqooforitli yalnız antibiotiklərlə müalijəsində II qrupdakı xəstələrin orqanizminə immunodepressiv təsir göstərməklə interferon statusunun defisitini daha da gücləndirmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Антонова Л, В, и др. Интерфероновый статус женщин с гинекологическими заболеваниями осложнёнными вирусной, хламидийной и грибковой инфекцией // Вестник Росс, ассоц, акуш.-гинек., 1996, N2, с. 80-83

2. Ганковская Л,В. //Иммуноцитокины: регуляция функций макрофагов, локальная иммунокоррекция. Автореф. дис…. докт. мед. наук.- М.,1993, 46с.

3. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и патологии.- М.: Медицина, 1998, 240с,

4. Ковальчук Л,В,, Ганковская Л,В,, Русакова Э.И. Система цитокинов.- М,, 1999, 78с.

5. Сухих Г,Т.//Применение индукторов интерферона при лечении урогенитальных инфекций /

Материалы 1-ой Всероссийской науч. практ. Конфер. Применение ПЦР для диагностики инфекционных заболеваний. Методы лечения.- Сочи, 1996, с, 17-21.

6. Щегловитова О.Н. //Интерфероновый статус-показатель неспецифической резистентности организма. //Медицинская газета, N81, 17 .10. 1997.

7. Ясниковская СМ. Результаты использования комплексной энзимотерапии при анемии у беременных / 1-я Междунар. конфер, молодых учёных: "Новые технологии в акуш. гинек. и перинат.- ,М.,2005, с,149-150.

8. Gankovskaya L.V., KovalchukL.V., Choroshilova-Maslova I.Y., Raduigina T.V., Ilatovskaya L.Y., Bachtulova M.E.KonstantinovaN.A. Natural Cytokin Complex Resxiliite Post-Burn Regenerationin Cornea // Russian Journal of Immunology, 1998, v,3, №1, P,54-60,

9. Schegiovitova 0., Scanio V., Fais S. et al.Antibodiesto ICAM-i mediates enhancement of HIV-1 infection of human endothelial cells // Arch Virol., 1995, v.140, p.951-958.

Daxil olub: 28.11.2008

ÜZ-ÇƏNƏ NAHİYƏSİNİN MİOFUNKSİONAL QÜSURLARININ MÜALİCƏ VƏ PROFİLAKTİKASI

N.A.Pənahov
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Qidanın çeynənilməsi zamanı çeynəmə təzyiqinin diş sıraları boyunca qeyri-bərabər paylanması, həmçinin tənəffüs, udqunma və nitq funksiyalarının pozulması üz-çənə nahiyəsinin miofunksional qüsurlarının nəticəsi olaraq, bu nahiyədə anomaliya və deformasiyaların əsas səbəblərindən hesab edilir [1,3,6,7]. Üz-çənə nahiyəsinin miofunksional qüsurları ciddi problem olaraq uşaq və yeniyetmələrdə daha tez-tez rast gəlinir [2,5]. Bu cür qüsurların profilaktikasına vaxtında fikir verilmədikdə həkimlər gələcəkdə onların nəticələrinin aradan qaldırılması ilə məşğul olmaq məcburiyyətində qalırlar [4,8,9,10]. Odur ki, miofunksonal qüsurların erkən aşkar edilməsi və vaxtında korreksiyasının aparılması üz-çənə anomaliyalarının müalicəsinin vacib və ayrılmaz bir hissəsinə çevrilməlidir.

İşin MƏQSƏDİ qarışıq dişləm dövründə üz-çənə nahiyəsinin miofunksional qüsurlarının treynerlərdən istifadə etməklə müalicə və profilaktikasını əsaslandırmaq olmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Diş-çənə sisteminin bu və ya digər anomaliyası olan qarışıq dişləmli 6-12 yaşlı 35 uşaqda miofunksional treynerlərlə müalicə aparmışıq. Bunlardan 4 nəfərdə yuxarı diş cərgəsinin sıxlığı, 7 nəfərdə aşağı diş cərgəsinin çıxlığı, 8 nəfərdə distal okklüziya, 3 nəfərdə yuxarı frontal dişlərin protruziyası, 4 nəfərdə yuxarı frontal dişlərin retruziyası, 5 nəfərdə dərin kəsici dişləm, 4 nəfərdə dərin kəsici qapanma olmuşdur. Uşaqların 16 nəfərində bu və ya digər zərərli vərdişlərin – barmaqların, qələmin, köynəyin yaxalığının sorulması, dodaqların dişlənməsi, dilin parafunksiyaları, infantil tip udqunma olması aşkar edilmişdir. 12 nəfərdə tənəffüs qarışıq tip olmuşdur. Müalicə zamanı «Myofunctional Research Co.» firmasının preortodontik elastiki başlanğıc treynerləri və daha sərt son treynerlərindən istifadə edilmişdir.

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏ. Uşaqların birinci gəlişində başlanğıc treyner ağız boşluğunda uyğunlaşdırılarkən distal və vestibulyar nahiyələrdəki aşkar edilən uzunluğu kəsilərək, hər bir uşağın diş-çənə sisteminin fərdi xüsusiyyətlərinə müvafiq edilmişdir. Aparatın təsiri diş-çənə anomaliyalarının səbəblərinin aradan qaldırılmasına yönəldiyindən, qarışıq dişləm dövründə əzələ disfunksiyalarının korreksiyası nəticəsində diş sırasının forma və eninin normallaşması baş verir. Preortodontik treynerlər elastik olduğundan diş-çənə sisteminin fərdi xüsusiyyətlərinə asanlıqla uyğunlaşdırıla bilir. Başlanğıc treyner zəif, yumşaq müalicəvi təsirə malik olub, minimal uyğunlaşdırma tələb edir. Müalicənin başlanmasından bir neçə gün sonra dişlər nahiyəsində ağrılar, çeynəmə əzələləri və ağız dibi əzələlərdə gərginlik qeydə alınmışdır. Bu hallar barədə pasiyentlər əvvəlcədən xəbərdar edilmişdir. Astenik konstitusiyalı uşaqlarda ağrılar treynerlərin istifadəsinin 2-3-cü günündə, hiperstenik konstitusiyalı uşaqlarda təxminən bir həftə sonra yaranmışdır. Pasiyentlərin söylədiyinə görə, treynerləri ağızdan çıxaran kimi ağrılar kəsirmiş. Bəzi hallarda trenyrerin istifadəsindən 10-15 dəqiqə sonra ağrılar yaranmış, sonra keçmişdir. Bu narahatlıqlar 7-10 gün ərzində, adaptasiya dövrü müddətində olmuş, sonra keçmişdir. Ağrının yaranması təbii hal kimi

qiymətləndirilmişdir.

Müalicənin gedişatından asılı olaraq, təxminən 6-12 aydan sonra başlanğıc treyner son treynerlə əvəz edilmişdir. Bu, konstruksiyası və ölçüsünə görə başlanğıc treynerə identik olan, lakin bir qədər sərt materialdan – poliuretandan hazırlanmış aparatdır. Bu aparat, miofunksional məşqdən savayı, çıxmaqda olan dişlərin vəziyyətinə daha da intensiv təsir edərək, onları ortodontik qövs prinsipi ilə düzəldir.

Müalicənin başlanmasından 6-12 ay sonra zərərli vərdişlər: barmaqların sorulması, dodaqların dişlənməsi, dilin parafunksiyaları, qarışıq tip tənəffüs aradan qaldırılmış, udma aktı normallaşmışdır. Diş sıralarının və çənələrin münasibəti yaxşılaşmış, ayrı-ayrı dişlərin diş sıralarında yerləşməsi anomaliyası aradan qaldırılmış, sifətin zahiri əlamətləri normallaşmışdır.

Treynerin daxili səthində yerləşmiş «dilçək» udma zamanı dilin düzgün vəziyyətini, nitq artikulyasıyasını və sakitlik fazasında dilin düzgün vəziyyətini formalaşdırılmışdır. Dilin aktivliyinin məhdudlaşdırılması dilin yuxarı və aşağı dişlər arasına qoyulması kimi pis vərdişi aradan qaldırır. Dodaq bamperləri aşağı dodağın ifrat təzyiqini aradan qaldıraraq ağızın dairəvi əzələsini stimulə etmişdir. Treynerin vestibulyar səthindəki xüsusi çıxıntılar apikal bazisin inkişafını stimulə etməklə yanaşı, ağızın dairəvi əzələsinin məşqini təmin edir, belə ki, ağızla nəfəs alan bir çox uşaqlarda bu əzələ zəif inkişaf edir.

Xəstənin yaşı, nizam-intizamlı olması, konstitusiyası, patologiyanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, treynerlə müalicə 0,5-2 il davam etmişdir.

Beləliklə, daimi dişlərin çıxmağa başladığı dövrlərdə diş-çənə anomaliyasının ilk əlamətləri meydana çıxan ərəfədə müalicə yaxşı nəticələr verir. Qarışıq dişləm dövründə, dişləm anomaliyalarının sklet formalarından başqa digər formalarında – yuxarı və aşağı çənənin frontal hissəsində dişlərin sıxlığı, distal dişləm fonunda frontal dişlərin protruziya və retruziyası zamanı, dərin dişləm və dərin kəsici qapanma zamanı, zərərli vərdişlər – barmağın və ya qələmin sorulması, infantil tipli udqunma zamanı stabil müsbət nəticə əldə olunmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Алимова М.Я. Клиника, профилактика и лечение аномалий и деформаций, вызванных ранним удалением молочных моляров: Автореф. дис. … канд. мед. наук.- Воронеж, 2000, 29 с.
2. Вакушина Е.А. Распространенность, диагностика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций в подростковом и юношеском возрасте: Авто. дис. … канд. мед. наук.- Воронеж, 1999, 18 с.
3. Гараев З.И. Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частоте распространения: Автореф. дис. …д-ра мед. наук. -М. 2000, 39 с.
4. Кулагина Е.Л. Обжем и последовательность ортодонтического лечения при костно-реконструктивном исправлении зубочелюстных аномалий и деформаций. Автореф. дис. … канд. мед. наук.- М., 2006, 21 с.
5. Образцов Ю.Л., Юшманова Т.Н. Динамика частоты и структуры зубочелюстных аномалий у детей Архангельской области за 20 лет // Российский стоматологический журнал, 2001, № 2, с. 29-31
6. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий.- М., 1998, 298 с.
7. Трезубов В.Н., Фадеев Р.А. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями.- М: Медпресс-информ., 2005, 224 с.
8. Хемагурова Л.К. Распространенность зубочелюстных аномалий и организация ортодонтической помощи детскому населению Республики Северная Осетия-Алания. Автореф. дис. … канд. мед. наук.- М., 2006, 27 с.
9. Чабан А.В. Эпидемиология зубочелюстных аномалий и деформаций у детей различных этнических групп, проживающих в Хабаровском крае: Автореф. дис. … канд. мед. Наук.- 1999, 25 с.
10. Wolford L.M. Identifying the functional and esthetics factors associated with dentofacial deformities // Texas Den. J., 2002, p. 1034

SUMMARY
TREATMENT AND PREVENTIVE MAINTENANCE OF MYOFUNCTIONAL INFRINGEMENTS IN MAXILLOFACIAL REGION

N.A.Panahov

Treatment by myofunctional treyner at 35 children at the age of 6-12 years with myofunctional infringements in maxillofacial region has been spent. Good, stable results of

treatment are received at initial signs of anomaly.

Daxil olub: 20.11.2008

XRONİKA- ХРОНИКА

F.Ə.Əfəndiyev- 100



F.Ə. Əfəndiyev 1909 – cu ildə Bakıda anadan olmuş, M.A. Topçubaşovun elmi məktəbinin layiqli davamçısı olmuşdur.

1944 – cü ildən ömrünün sonunadək (1963) Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunda 2-ci fakültə cərrahlığı kafedrasının müdiri olmuşdur. 1944- 1949- cu illərdə kafedra 1№li şəhər klinik xəstəxanasının 60 çarpayılıq 14 – cü binasında fəaliyyət göstərmişdir. Bu illər ərzində professor F.Ə, Əfəndiyevin rəhbərliyi və bilavasitə iştirakı ilə respblikada ilk dəfə olaraq ürəyin və magistral damarların rekonstruktiv əməliyyatları aparılmış, cərrahi kardiologiya və hemotologiyanın əsası qoyulmuşdur. O, müharibə dövründə hemotoraksların differensial- diaqnostikası üçün orijinal sınaq təklif etmişdir. Bu dövrdə xəstələr üzərində aparılan müşahidələrin və elmi- tədqiqatların nəticələri F.Ə. Əfəndiyevin 1947- ci ildə nəşr etdirilmiş «Döş xəfəsi yaralanmaları zamanı plevra boşluğuna qansızmanın patogenezi, klinikası və müalicəsi» adlı momnoqrafiyasında ümumiləşdirmişdir. Bu monoqrafiyaya görə 1949- cu ildə F.Ə.Əfəndiyev akad. N.N. Burdenko adına mükafata layiq görülmüşdür.

Tibb elmləri doktoru, professor (1943), Azərbaycan Elmlər Akademiyasının müxbir üzvü (1959), Azərbaycanın əməkdar həkimi (1942) və əməkdar elm xadimi (1956) Fuad Əfəndiyev hemotologiya və qanköçürmə sahəsində tədqiqat işləri aparmış, 1957 – ci ildə onun təşəbbüsü ilə Bakı şəhərində 4 №-li klinik xəstəxanada köks qəfəsi cərrahlığı şöbəsi yaradılmışdır. Professor F. Əfəndiyev plevra boşluğunda qanın infeksiyalaşmasını asanlıqla təyin etməyə imkan verən orijinal üsul təklif etmiş («Əfəndiyev sınağı»), ağ ciyər operasiyalarını asanlaşdırmaq üçün xüsusi alət və aparatlar yaratmış, hemotoraks və hemartrozların ekspres üsulla müalicəsinin mümkün olduğunu göstərmişdir. O, N.N. Burdenko adına mükafata layiq görülmüşdür.

Professor F. Əfəndiyev Azərbaycan SSR Ali Sovetinin (3-6-cı çağırış) deputatı olmuş, Qırmızı Əmək Bayrağı, Qırmızı Ulduz ordenləri və medallarla təltif edilmişdir. Bakıdakı 4№-li klinik Xəstəxana F. Əfəndiyevin adınadır.

Unudulmaz alim-cərrah, gözəl rəftar, xoş xasiyət sahibi, sözün əsl mənasında loğman – həkim, həqiqi ziyalı, novator – sənətkar. Fuad Ələddin oğlu Əfəndiyev 1963-cü ildə yaradıcılığının çiçkləndiyi dövrdə 54 yaşında ikən qəflətən vəfat etmişdir.

O, qısa ömrü ərzində 200- dən artıq elmi əsər, 3 monoqrafiya, 3 metodik vəsait, 2 səmərədəşqdirici təklif nəşr etdirmişdir. Onun rəhbərliyi altında 9 tibb elmləri doktoru, 14 tibb elmləri namizədi hazırlanmışdır.

S.M.SALİHOV- 100



Saleh Mustafa oğlu Salihov (1909-1976) əvvəlcə ali pedaqoji təhsil almış, 1933-cü ildən Bakı şəhərinin orta və orta ixtisas təhsili məktəblərində riyaziyyat müəllimi, Azərb SSRİ Xalq MaarifiKomissarlığında müfəttiş və b. vəzifələrdə işləmişdir. 1941-ci ildə S.M.Salihov tibb institutunu bitirərək bir müddət sahə həkimi, tibb texnikumunun müəllimi və direktoru vəzifələrində işlədikdən sonra, 1945-ci ildə II hospital terapiyası kafedrasının assistenti vəzifəsinə qəbul edilmiş, 1950-ci ildə namizədlik dissertasiyası müdafiə etmiş, 1956-cı ildə kafedranın dosenti vəzifəsinə seçilmişdir. 1966-cı ildə doktorluq dissertasiyası müdafiə edən M.S.Salihov həmin ildə professor vəzifəsinə seçilmiş və kafedraya rəhbərlik etməyə başlamışdır. M.S. Salihov 100-dən artıq elmi işin, o cümlədən 3 monoqrafiyanın, bir neçə elmi – kütləvi kitabın və səmərələşdirici təklifin müəllifidir. Onun rəhbərliyi altında 12 namizədlik və doktorluq dissertasiyası müdafiə edilmişdir. Tibb təhsili üçün çox vacib olan «Daxili xəstəliklər propedevtikası» (A.L. Myasnikov) dərsliyi M.S.Salihov tərəfindən Azərbaycan dilinə tərcümə edilmişdir.

.S.Salihov 1952-ci ildə dünya tibb praktikasında ilk dəfə olaraq ağ ciyər absesinin müalicəsi məqsədilə penisilinin venadaxili inyeksiyasından istifadə etmişdir. Bu manipulyasiyanın o vaxtlar qorxulu hesab edildiyini nəzərə alan S.M.Salihov preparatın venadaxili inyeksiyasını ilk dəfə öz orqanizmində sınaqdan çıxarmışdır. O, uzun illər ərzində «Naftalan» kurortunun direktoru, 1№-li BŞKX-nın baş həkimi, ATİ-nin müalicə-profilaktika fakültəsinin dekanı vəzifələrində işləmiş, Azərb. Sovet Ensiklopediyasının redaktorlarından biri, Azərb.SSR Səhiyyə Nazirliyinin baş terapevti olmuşdur.

M.S. Salihov 1959-cu ildə «Səhiyyə əlaçısı» döş nişanı ilə təltif edilmiş, 1966-cı ildə respublikanın əməkdar həkimi fəxri adına layiq görülmüş, 1969-cu ildə «Şərəfli əməyə görə» medalı ilə təltif edilmişdir.

Azərbaycanın həkimləri həmişə vətənpərvər, qayğıkeş, uzaqgörən olublar. Əfsuslar olsun ki, onların müqəddəs əməlləri lazımınca qiymətləndirilməyib. Xaricdə şöhrət qazanıb, öz Vətənində unudulan, hətta Azərbaycan Sovet Ensiklopediyasına belə düşməyən görkəmli alim, professor, gözəl insan, həqiqi müəllim Salihov Salih Mustafa oğlu haqqında sizə məlumat vermək istəyirəm.

S.Salihov məhsuldar , novator alim idi. O, 100-dən çox elmi əsərin, 3 monoqrafiyanın müəllifi olmuş, həmçinin plevra boşluğundan mayeni xaricə çıxarmaq üçün iynə-troakr, kardiopulmonotom tətbiq etmişdir. A.A.Myasnikovun «Daxili xəstəliklərin propedevtikası» dərsliyinin Azərbaycan dilinə tərcüməçisidir. Novator alim dünyada birinci dəfə olaraq ağ ciyərin irinli proseslərində penisilini vena daxilinə yeritmiş və gözəl nəticələr qazanmışdır. Maraqlıdır ki, bu təcrübəni S.Salihov öz üzərində aparmışdır. 1956-1959-cu illərdə Yəmən dövlətində xüsusi ezamiyyətdə olmuşdur. O, sovet dövlətindən ilk həkim idi ki, Yəmənə ezamiyyətə, ilk azərbaycanlı həkimi kimi xaricə göndərilmişdir. Onun təşəbbüsü ilə ilk dəfə Yəmən dövlətində feldşer məktəbləri yaradılmış və bu məktəblərdə S.Salihov özü ərəb dilində təbabətdən dərs demişdir. K.N. Suvorova «İki il Yəməndə» kitabında yazır:

1992-1993 – cü tədris ilində ATU-nun III-IV kurs tələbələrinin bir qrupu müsabiqə yolu ilə seçilərək, Türkiyənin müxtəlif universitetlərinə təhsillərini davam etdirməyə göndərilmişdir. Hazırda onların bir hissəsi təhsilini başa çatdırıb, praktik fəaliyyətə başlamışdır, bir hissəsi isə elmi – tədqiqat işlərini davam etdirir.

Professor S.Salihov 1976-cı ildə vəfat etmişdir.

«AZƏRBAYCAN TƏBABƏTİNİN MÜASİR NAİLİYYƏTLƏRİ» JURNALINA QƏBUL OLUNAN ƏLYAZMALARIN TƏRTİB EDİLMƏSİ HAQQINDA QAYDALAR

«Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalında klinik təbabət məsələrinə həsr olunmuş Azərbaycan, rus və ingilis dillərində orijinal məqalələr, qısa məlumatlar və redaktora məktublar dərc olunur. Bundan başqa jurnalda tibbin müxtəlif məsələlərinə dair elmi icmallar (redaksiya heyətinin sifarişi ilə) dərc olunur. Onların məzmununa məsuliyyəti bütövlükdə müəllif özü daşıyır.

1.Məqalələrin və qısa məlumatların əlyazmaları A4 formatlı vərəqdə 1 nüsxədə və diskdə aşağıdakı şərtlər daxilində çap olunmalıdır: sətirlər arasında interval- 1.5, vərəqin sol tərəfində 3.2 sm, sağ tərəfində- 1.8 sm, aşağı tərəfində-2.8 sm, yuxarı tərəfində- 2.3 sm boş sahə saxlanılır. Məqalələr kompüterdə Windows sistemində Word proqramında rus və ingilis dili Times New Roman, Azərbacyan dili isə Times AzLat şrifti ilə yığılmalıdır. Şriftlərin ölçüsü məqalə üçün 14, ədəbiyyat siyahısı üçün 12 olmalıdır. Hər səhifədə 30- dan artıq sətir, hər sətirdə 65- dən çox işarə olmamalıdır. Əlyazmaların həcmi ədəbiyyat siyahısı ilə birgə belədir: orijinal məqalələr- 8 səhifə, qısa məlumatlar- 3 səhifə, redaktora məktub- 40 sətirdən artıq olmamaq şərti ilə. Ayrı vərəqdə məqalə haqqında qısa məlumat verilir. Bu qısa məlumatlar məqalə Azərbaycan və rus dillərində olduqda ingilis dilində (summary), məqalə ingilis dilində olduqda isə Azərbaycan və rus dillərində (xülasə, rezöme) olmalıdır. Redaksiya heyətinə göndərillən əlyazma bütün müəlliflər tərəfindən imzalanmalıdır.

Məqalənin birinci səhifəsində məqalənin adı (böyük hərflərlə), müəlliflərin insialı və soyadı, müəssisə və şəhər göstərilməlidir.

2. İfadə dəqiq, uzun girişlərsiz və təkrarlarsız olmalıdır. Mətni giriş və işin məqsədi, material və metodlar, nəticələrə və müzakirələr, məqalə haqqında qısa məlumat (summary, xülasə, rezöme) və ədəbiyyat siyahısı rubrikalarına bölmək məsləhətdir. Bütün imstinad və şərhlər təndə mötərizədə verilir. Ədəbiyyata istinadlar isə mətndə ədəbiyyat siyahısındakı verilən rəqəmlərə uyğun ərəb rəqəmləri ilə kvadrat mötərizədə verilir. Formullar ya çap, ya da əlyazma şəklində olmalıdır.

İstənilən rəqəm materialını kiçik cədvəl şəklində vermək olar. Cədvəllərdə sütunların sayı 6-dan artıq olmamalıdır. İllüstrasiyaların (qrafik, diaqramm, foto və şəkil) ümumi həcmi 160X160 sm ölçülü kvadrat sahədən artıq olmamalıdır.

3. Ədəbiyyat siyahısı məqalənin mətnindən dərhal sonra verilir. Siyahıda əvvəl Azərbaycan və rus, sonra isə Qərbi Avropa dillərində olan nəşrlər verilir. Ədəbiyyat birinci müəllifin soyadına əsasən əlifba sırası ilə düzülür. Müəlliflərin sayı 3-dən çox olduğu halda 3 müəllifin adı yazılır sonra «və b», «и др.», «et al» işarələri qoyulur. Jurnalda dərc olunan məqalələrin adı tam göstərilir. Sonra mənbələrin adı verilir. Mənbə kitab və ya topludan ibarət olduqda mənbənin qarşısında bir yan xətt (/), jurnaldan ibarət olduqda iki yan xətt (//) qoyulur. Mənbənin adından sonra ili, nömrəsi, məqalənin dərc olunduğu birinci və sonuncu səhifələr verilir. Dissertarsiyalara istinadlar vermək düzgün deyil. Məqalələrdə istinadların maksimal sayı aşağıdakı kimi olmalıdır: icmallarda-50 istiand, orijinal məqalələrdə- 20 istinad, qısa məlumatlarda- 10 istinad, redaktora məktubda -2 istinad.

4. Redaksiya heyətinin çap olunan materialı onun həcmindən asılı olmayaraq qısaltmağa və onun üzərində düzəlişlər aparmağa səlahiyyəti var. Jurnalda qəbul olunmayan əlyazmalar müəllifə ancaq onun xahişi ilə qaytarıla bilər.

Jurnal özünü maliyyələşdirmə prinsipiə əsasında fəaliyyət göstərir.

Əlyazamalar AZ 1012, Aəzrbaycan Respublikası, Bakı ş., Şərif-zadə küçəsi, 196 «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalının məsül katibi Pirverdiyeva Rəna Ağababa qızına təqdim edilməlidir.

Jurnal ilə bağlı məsələlərlə əlaqdar olaraq qeyd olunan ünvana müraciət və (99412)

434 62 10 telefonuna zəng etmək olar.

MÜNDƏRİCAT

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Биоценоз кишечника у детей раннего возраста и его коррекция
З.М.Кулиева……...……..……3

Ağır yod defisiti olan bölgələrdə (endemik ojaqlarda) yod, yod preparatları ilə profilaktika və başqa müalijə tədbirləri haqqında
F.K. Əliyeva, R.İ.Hüseynova……..5

Поступление тяжелых металлов в змеиный яд в зависимости от их содержания в почвах
Г.А. Абиев……..….9

Возможности диагностики ранних послеоперационных осложнений после выполнения спленэктомии
Э.А. Кулиев, Г.Ш.Гасымзаде, П.С.Мамедов……...12

История развития ангионеврологии в Азербайджане
Д.Махмудова……...16

Qaraciyər rezeksiyalarından sonra orqanın regenerativ xüsusiyyətləri
B.A. Ağayev, E.A. İskəndərov, A.Ə.Müzəffərzadə……20

Перекисное окисление липидов при различных патологических состояниях
Г.Ш. Гараев, С.В. Гулиева, Т.А. Эйвазов……..….24

Трансфузионные вирусные инфекции и туберкулез - проблемы изучения
М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева, И.М.Ахундова……..…..27

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Гормонально-активные злокачественные опухоли коркового слоя надпочечников (клиника, диагностика и лечение)
Ф.И. Искендеров……..…32

Тактика хирургического лечения многоузлового эутиреоидного зоба
Ф.Х.Саидова……36

Condition of pulmonary circulation in patients with the nephrolithiasis
A.A.Guseynova……..41

Dəniz neftçilərində parodont və selikli qişanın dominatlıq edən nozoformalarının inteqrasiya edilmiş müalijə və profilaktikası
V.M. Həsənov……..……43

Метаболическая супрессия иммунологических показателей у больных с хронической почечной недостаточностью
Г.И. Азизова, Г.Р. Вагабова, С.А.Багирова……48

Клинические особенности генитального герпеса среди женщин г.Баку
Л.А.Сулейманова…….52

Bronxial astmalı uşaqlarda sitokin profilinin xüsusiyyətləri
A.Ə. Əyyubova, V.E. Əliyeva……56

Критерии проведения операции кесарево сечение при миоме матки
Н.М. Камилова, И.Ш. Магалов, С.Н. Мамедова, С.С. Сафарова……..…...58

Исследование терапевтической эффективности глазных капель рекомбинантного альфа-2β интерферона офтальмоферон на модели экспериментального герпетического кератита
М.Г. Гулиева……..…61

Keysəriyyə kəsiyi əməliyyati zamani spinal və ümumi anesteziyanin müqayisəli qiymətləndirilməsi
A.A. Məhərrəmova, S.H. Əliyeva, G.K. Ramazanova, F.R.Hacıyeva…….……66

Məktəbyaşlı uşaqlarda kəskin revmatik qızdırmanın sol mədəcik geometriyasında yaratdığı dəyişikliklər
M.R. Hacıyeva……68

Tənəffüs sisteminin xroniki obstruktiv xəstəlikləri olan şəxslərdə baş vermiş miokard infarktinin patogenezində böyrəküstü və cinsiyyət vəzləri hormonlarinin rolu
C.T.Məmmədov,
A.İ.Mürsəlova……..…73

Rektosele xəstəliyində dbqa-nin funksional vəziyyəti
X.N. Musayev, S.A. Əliyeva, Ş.A. Novruzova, N.İ.Məmmədov……77

Açiq və laparoskopik fundoplikasiya əməliyyatinin nəticələrinin müqayisəli təhlili
F.S. Rəfiyev……80

Динамика распространения афлатоксинов в разных регионах Азербайджана в зерновых культурах урожая 2008 года
Г.М. Сеидова……..…….83

Клинико-эпидемиологическая характеристика бронхиальной астмы у детей и подростков г. баку и обоснование противорецидивной терапии
Р.Ю.Мамедова……...……86

Dərin kariyesin müalijəsində sümük pastasının tətbiqi
M.V.
Dəmirçiyeva……..……89

Макро-микроскопическая характеристика лимфоидных структур трахеи и главных бронхов
Б.М. Гусейнов……92

Рациональный выбор терапии стафилакокковой инфекции у детей
С.М.Касумова……95

Изменения иммунного гомеостаза у больных при разлитом перитоните
Э.А. Кулиев, М.М. Сулейманов, П.С. Мамедов, А.Г.Аллахвердиев……...…98

Иммунокорригирующий эффект плазмафереза при хронических диффузных заболеваниях

печени
С.Д. Гасымов.....102

Целесообразность творческой компоненты в психопрофилактической подготовке беременных
Г.М. Мамедова……..…105

IL-1β-nin tez-tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəliklərin gedişinə təsiri
M.K.Kərimova……..……109

PH-1 nikoammonium bioloji fəal maddəsinin toksikliyinin təyininin nəticələri
Ş.M. Poluxova……..…112

Aşaği ətraflarin monolateral çoxsayli siniqlarinin xarici fiksasiya aparatlari ilə müalicəsinin optimallaşdirilmasi
Ş.B.Əkbərov……..…115

Распространенность факторов риска ишемической болезни сердца среди населения северо-западных районов Азербайджана
В.С.Мамедова……..….117

Eksperimental pararektal fistulalar zamani baş verən patomorfoloji dəyişikliklər və onun müalicəsində yeni metodun tətbiqi
H.Sultanov, A.Səfiyeva……120

Onikibarmaq bağirsaq xorasının müalicəsində antioksidant ilə birlikdə endoskopik aşaği intensivlikli lazer şüalanmasinin klinik effektivliyi
M.M. Məmmədov, İ.İ.Məmmədov……124

Ekstrakorporal mayalanmadan sonra hamiləliyin başa çatdirilmamasinin əsas səbəbləri
F.K. Əliyeva, N.A. Şahbazova……128

İnvaziv mikotik fəsadlaşmaları olan limfoblast leykemiyalı uşaqlarda iltihab sitokinləri
S.S. Cavadov……132

2008-ci il üzrə azərbaycanda ixtisaslaşdırılmış toksikoloji xidmətin fəaliyyətinin təhlili
İ.N.Əfəndiyev……136

Müasir müayinə metodlarinin tətbiqi ilə endokrin hüceyrəli süd vəzi xərçənginin diaqnostikasi
H.Q.Vəliyeva……141

Некоторые показатели неспецифической иммунологической резистентности у пациентов, обследованных двумя методами лучевой диагностики
Г.М.Мамедов, Ю.М.Эфендиев, А.Ю.Магамедли, А.А.Гулиева……143

Роль ультразвуковой диагностики в гинекологии
О.М. Гусейнова, Г.С. Мамедова……146

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

Частота некариозных поражений зубов у лиц пенсионного возраста
А.Н.Ниязов, Г.Э.Керимова, Ю.Г.Ахундов……151

Кишечный иерсиниоз как природноочаговое заболевание

Р.А. Ахмедов, М.С. Касимов, А.Н. Талыбзаде, Н.М Устун……...…152

Опыт изучения различных типов подагрической нефропатии
Ф.З.Сардарлы, Р.Д.Багирова, Л.Б.Бахтиярова, М.Г. Гасанова, Ш.М.Джаббаров……155

Количественная характеристика субпопуляций Т-лимфоцитов у больных с проникающими ранениями глаза
А.Р. Гулиев……...……...……..157

Xroniki salpinqooforitlərin müxtəlif müalicə sxemlərində interferon statusunun və onun dəiyşikliklrinin öyrənilməsi
F.C. Ceyranov, N.A. Səlimova……159

Üz-çənə nahiyəsinin miofunksional qüsurlarının müalijə və profilaktikası
N.A.Pənahov……..……162

XRONİKA- ХРОНИКА

F. Əfəndiyev- 100……...164

S.Salihov- 100……..….165

«Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalına qəbul olunan əlyazmaların tərtib edilməsi haqqında qaydalar……166

Çapa imzalanıb: 20.04.2009
Sayı 300. Həcmi 20,5 çap vərəqi

Formatı 60x841/8 əla növ kağız.
AztU- nun mətbəəsi, H. Cavid pr. 25