ISBN 9952-8091-0-7

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

The modern achievements of Azerbaijan medicine

Современные достижения азербайджанской медицины

Rüblük elmi- praktiki jurnal

Квартальный научно- практический журнал

№4 / 2008

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

Rüblük elmi- praktiki jurnal

Jurnal 2006- cı ildən təsis olunmuşdur.

Nəşr edən:
Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası

Baş redaktor:
M.Q. Məmmədov

Redaksiya kollegiyası:

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

Redaksiya heyəti:

B.A. Ağayev
F.F. Ağayev
Ç.A. Əlizadə
E.M. Əliyeva
N.M. Musayev
N.M. Hüseynov
T.H. Hüseynova
S.B. İmamverdiyev
A.Ə. Kərimov
Q.Ş. Qarayev
Z.Q. Qarayev
E.M. Qasımov
H.Ə. Qədirova
F.Ə. Quliyev
M.O. Məsimov
R.N. Məmmədhəsənov
Ə.V. Musayev
S.K. Musayev
Q.N. Nəsrullayeva
Ç.R. Rəhimov
O.S. Seyidbəyov
R.K. Şirəliyeva
V.G. Verdiyev

İCMALLAR - ОБЗОРЫ

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МОЛЕКУЛЯРНО-КЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА ДИСФУНКЦИЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ, ВЫЗВАННЫХ ИОНИЗИРУЮЩИМ ИЗЛУЧЕНИЕМ

Г.М.Мамедов, Т.А.Семененко
Национальный центр онкологии, г. Баку; НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи РАМН, г.Москва

Эволюция взглядов на механизмы действия ионизирующего излучения (ИИ) на иммунную систему (ИС) предопределялась двумя объективными обстоятельствами. Первое из них было связано с развитием научных представлений о его биологическом действии, реально начавшимся с середины 20-х гг XX в, после того, как было открыто мутагенное действие рентгеновских лучей и заложены основы радиобиологии. В основе второго, не менее важного, обстоятельства лежало то, что представления об иммунитете, существовавшие вплоть до конца 40-х гг XX в, ограничивались концепцией об антигенах и антителах, развитой еще в начале XX в и сформировавшимся несколько позднее патофизиологическим учением о реактивности [9].

Поэтому не удивительно, что вплоть до начала второй половины XX в представления об этих механизмах оставались умозрительными, а первые гипотезы, высказанные в конце 40-х и начале 50 -х гг XX в все эффекты воздействия ИИ на обнаруженные к тому времени внешние проявления функционирования иммунной системы трактовались как вторичные - они считались результатом угнетающего влияния ИИ на активность гипофизарно-надпочечниковой системы или нарушеннием нервно-вегетативной регуляции процессов, лежащих в основе реактивности, вообще и т.д. [12].

Лишь к концу 50-х гг прошлого столетия, благодаря использованию точных методов дозиметрии ИИ и применению разработанных к тому времени нескольких иммунологических методов, удалось феноменологически идентифицировать ряд типовых реакций, развиваемых ИС при воздействии на нее ИИ и установить несколько общих, и в том числе, количественных закономерностей, отражающих изменения функций ИС, происходжящие под воздействием ИИ [4].

Эти данные имели важное теоретическое значение не только для развития радиобиологии, но и формирования представления об ИС, как о самостоятельной функциональной системе организма. Вместе с тем, раскрыть природу механизмов и идентифицировать факторы, предопределяющие характер реакций, формируемых ИС в ответ на воздействие проникающей радиации оказалось под силу лишь "новой" иммунологии, "рождение" которой ознаменовалось двумя, почти одновременно сделанными в самом начале 60-х гг XX в важнейшими открытиями: 1) роли тимуса в качестве центрального органа ИС и 2) роли лимфоцита, как реализатора важнейших функций приобретенного иммунитета, а также разработкой, в тот же период, концепции о иммунологическом надзоре [7].

В дальнейшем пониманию природы дисфункций ИС, развивающихся под действием ИИ в немалой степени имели: а) идентификация различных популяций иммуноцитов и установление их функций; б) установление определяющей роли пролиферации дифференцировки иммуноцитов в формировании реакций иммунологической реактивности и идентификация лежащих в их основе регуляторно-метаболических процессов; в) раскрытие механизмов кооперации иммуноцитов в процессе формирования иммунного ответа и цитокиновой регуляции их функциональной активности и г) установление важной роли апоптоза в процессе формирования функционально активных клонов иммуноцитов и, в итоге, в регуляции интенсивности иммунного ответа [3].

Благодаря этим и ряду других открытий в иммунологии и на основе достижений в области исследования молекулярно-генетических механизмов регуляции клеточного деления и развития современных радиобиологических концепций о действии ИИ на биологические объекты сегодня можно говорить о том, что важнейшие механизмы патогенеза дисфункций ИС,

обусловленных ИИ уже известны. Краткое рассмотрение этих механизмов и последствий их реализации является целью настоящего сообщения.

Поставив эту цель, мы попытались систематически охарактеризовать наиболее важные аспекты указанной проблемы, начиная с механизмов радиационного повреждения клеток и органов иммунной системы сизавершая его отдаленными последствиями для организма.

В первую очередь, необходимо подчеркнуть, что в основе патогенного воздействия ИИ на ИС лежит радиационное повреждение клеток иммунной системы - иммуноцитов и вспомогательных клеток, приводящее либо к их гибели (при летальном повреждении), либо к изменению их функциональной активности (при сублетальном повреждении). В конечном итоге, именно оно и его последствия находят внешнее проявление в форме дисфункций ИС. Это позволяет считать радиационное поражение иммуноцитов инициальным моментом патогенеза радиообусловленных дисфункций ИС [1].

Сегодня ясно, что молекулярно-клеточные механизмы радиационного повреждения клеток ИС, не имея принципиального отличия от таковых в случаях воздействия ИИ на любые другие клетки, сводятся к ионизирующему воздействию квантов (или частиц) на молекулы.

Последнее реализуется посредством двух процессов, именуемых прямым и непрямым повреждающими действиями ИИ на биологические объекты. Прямое действие сводится к ионизации биологических молекул, приводящей к изменению их нативной структуры и, соответственно, функциональной активности. Непрямое действие, оказывающее на клетку наиболее существенное по последствиям воздействие, состоит в массовой ионизации низкомолекулярных веществ (прежде всего, молекул воды) и образованием, в итоге, химически высокоактивных свободно-радиакальных соединений, способных альтерировать многие структурные элементы клетки и входящие в их состав биологические субстраты.

Необходимо особо подчеркнуть, что как к прямому, так и непрямому действиям ИИ наиболее уязвимы лишь определенные внутриклеточные "мишени", представленные не только макромолекулами, но и субклеточными структурами.

Основными по значению молекулярными мишенями, воздействие на которые ИИ может иметь важное патогенетическое значение, являются нуклеиновые кислоты и, в первую очередь, клеточная ДНК - вызванные прямым действием ИИ, изменения же первичной структуры ДНК есть ни что иное, как мутации. Возникновение таких мутаций может быть вызвано как прямым, так и непрямым действием ИИ на клетки.

Существенные патогенетические последствия может иметь воздействие ИИ на белки, обладающие ферментативной активностью - снижение или утрата последней, особенно, у ферментов, оирающих ключевую роль, в той или иной цепи, метаболических превращений биосубстратов, может стать причиной серьезных, по последствиям, нарушений не только в функционировании, но и жизнеобеспечения клеток.

Важнейшим суммарным метаболическим итогом воздействия ИИ на клетки является вызванное ионизацией резкое повышение интенсивности окислительных реакций (оксидативный взрыв), в основе которого лежит активация свободнорадикального окисления, обусловленная сверхактивными метаболитами кислорода [8].

Последние инициируют развитие перекисного окисления липидов (ПОЛ), сопровождающегося множественными химическими повреждениями не только липидных, но и белковых компонентов биомембран. Поэтому указанные процессы ведут к деструкции внутриклеточных мембран (в том числе, оболочечной цитомембраны) и мембранных органелл - лизосом и митохондрий.

Повреждение лизосом ведет к выходу в цитоплазму большого количества различных гидролитических ферментов и аутолизу внутриклеточных структур. Повреждение митохондрий закономерно ведет к энергетическому "голоданию" клетки, дальнейшей стимуляции ПОЛ, а также к запуску апоптоза посредством "митохондриального" пути.

Повреждения внутриклеточных мембранных структур приводят к трансформации их биологических свойств и нарушению выполняемых ими функций: обеспечения компартментализации клетки, сохранения физиологически целесообразных внутриклеточных градиентов пластических, энергетических регуляторных веществ и, в результате, к грубым изменениям внутриклеточного транспорта веществ и энергии и, в итоге, метаболизма в целом.

При этом весьма существенным моментом является, что повреждение внешней клеточной мембраны сопровождается вовлечением в патологический процесс и надмембранных структур, что ведет коформационным изменениям молекул гликокаликса (молекул адгезии, коммуникации и др.) и изменениея не только функций клеточной оболочки, но и иммунологических (рецепторных и антигенных) свойств.

Последнее находит выражение в том, что изначально характерные для клетки антигенные, надантигенные (обусловленные супрамолекулярными комплексами клеточных стенок) и иные свойства клеток изменяются. Эти процессы становятся инициальными, с одной стороны, в развитии изменений тех свойств клеток, которые обеспечивают их как антиген-зависимое, так и антиген-независимое распознавание клетками ИС, а с другой стороны, в формировании иммунопатологических (аутоиммунных), в том числе, аутоагрессивных цитотоксических реакций.

Именно совокупность названных выше и ряда других процессов лежит в основе абсолютного большинства вызванных ИИ немедленных патогенетических эффектов ИИ и, соответственно, их клинических и, в том числе, иммунообусловленных, проявлений.

Очевидно, что быстрота развития и интенсивность указанных выше процессов и, соответственно, выраженность их клинико-лабораторных проявлений непосредственно зависят от ряда факторов.

Важнейшим из этих факторов является величина поглощенной дозы ИИ - чем она выше, тем быстрее и интенсивнее развивается повреждение и даже деструкция клеток-"мишеней". Оценивая ее значение как патогенного фактора не следует упускать из виду возможность ее кумуляции при многократных (сублетальных) воздействиях.

Важным фактором является уровень интенсивности метаболических процессов, протекающих в клетке в момент (или на протяжение периода) воздействия ИИ и вскоре после него. Чем интенсивнее протекают реакции метаболизма, тем в большей степени выражено повреждающее воздействие радиации (модифицирующий эффект).

На конечный результат действия ИИ на клетки и выраженность его патогенных последствий существенное влияние оказывает и комплекс радиозащитных (репарационных) систем, включающих механизмы, реализуемые на клеточно-молекулярном уровне (механизмы молекулярной репарации повреждений генома), а также механизмы, ослабляющие патогенное значение непосредственных и отдаленных последствия радиационного воздействий действующиех на уровне целого организма.

Среди последних наиболее важным является наличие и уровень в клетке естественно-химических систем анти-свободнорадикальной (антиоксидантной) защиты, обеспечивающих немедленную инактивацию накапливающихся в клетке активных метаболитов кислорода (прямой эффект) и осуществляющие захват этих метаболитов и их выведение их из организма в химически преформированной форме (непрямой эффект). Очевидно, что при ослаблениеидеятельности этих систем клетки становятся более уязвимыми к действию ИИ.

Конкретизируя значение упомянутых выше процессов для радиационного повреждения клеток ИС, надо особо подчернуть, что характер и последствия воздействия ИИ на ИС имеет ряд особенностей, наличие которых предопределяется особенностями реализации "надзорных" функций, выполняемойхИС и их исключительной важности для организма.

Важнейшая особенность функционирования ИС состоит в том, что часть ее клеток постоянно находится в состоянии "готовности" к формированию адекватного иммунного ответа на постоянно происходящие "атаки" со стороны генетически чужеродных агентов - патогенных биоагентов и трансформированных клеток, возникающих в самом организме [11]. В силу этого рецепторные и эффекторные иммуноциты, а также вспомогательные клетки ИС, будучи готовы к пролиферативной активации (поскольку в основе любых типов иммунного ответа лежит пролиферация иммуноцитов), все время находияся в состоянии повышенной активации. Соответственно, в них стимулируется обмен веществ, возрастает потребность в энергии, ускоряются мембранн-активационные процессы и т.д.

Более того, в основе таких эффекторных иммунообусловленных реакций, как фагоцитоз и контактный киллинг, лежит кратковременный "всплеск" интенсивности окислительных и, главное, свободнорадикальных реакций (оксидативный взрыв). Очевидно, что воздействие ИИ на соответствующие клетки (макрофаги, нейтрофилы, естественные киллерные клетки и

цитотоксические лимфоциты), в условиях нарушения компартментализации этих клеток, с легкостью может инициировать чрезмерную активацию свободно радикальных окислительных процессов до уровня, при котором они способны привести не только к нарушению жизнедеятельности клетки, ее дистрофии, но и гибели.

Вместе с тем, несмотря на то, что ИС, в целом, как и кроветворная система, относитья к наиболее радиационно чувствительным и повреждаемым, "критическим", по отношению к воздействию ИИ, функциональным системам, радиочувствительность разных ее отделов и разных типов иммуноцитов не одинакова.

Как следует из известного "закона" Бергонье-Трибондо (1903), наиболее чувствительными являются ее активно пролиферирующие клетки, а наименее чувствительными к ИИ - клетки, завершившие дифференцировку и готовые к выполнению своих адекватных функций [12]. Значит, к наиболее чувствительным должны быть отнесены все костномозговые клетки-предшественники иммуноцитов (клоногенные клетки, которые уже вступили в митотическое деление), а к наименее чувствительным - стволовые клетки костного мозга, которымене начали пролиферировать, а также иммуноциты, завершившие свою дифференцировку (естественные киллерные клетки). Промежуточное место отводится тем иммуноцитам, которым, в процессе дифференцировки предстоит пролиферация (прелимфоциты и лимфоциты).

Именно поэтому при радиационном воздействии на ИС на первый план выходит поражение не самих иммуноцитов, а их предшественников - клоногенных клеток костного мозга. Именно их повреждение приводит к быстрому "опустошению" периферической крови зрелыми и функционально полноценными иммуноцитами [11].

Для того, чтобы раскрыть значение генетического и эпигенетического компонентов радиационного повреждения имммуноцитов, достаточно остановиться лишь на ряде важнейших обстоятельств.

Важнейшую роль в радиационном повреждении зрелых иммуноцитов в периферической крови и в их физиологических депо несомненно играют описанные выше эпигенетические механизмы, обусловленные, в основном, непрямым воздействием ИИ на структуры этих клеток и составляющие их вещества.

Патогенетическое значение же радиоиндуцированных сублетальных мутаций в иммунорцитах в развитии дисфункций ИС ограничено, поскольку иммуноциты относятся к соматическим клеткам и возникшие изменения в их геноме наследственно не фиксируются. Вместе с тем, мутации, возникшие в геномах их клеток-предшественниц (стволовых и клоногенных) и сохранившиеся в зрелых иммуноцитах, все же могут иметь вполне определенное патогенетическое значение. Они могут не только индуцировать апоптоз и последующую гибель этих клеток, ведя к "ампутации" соответствующих клеточных клонов, но и влиять на функциональную активность "созревающих" из них иммуноцитов.

В частности, такие мутации могут затрагивать гены, непосредственно отвечающие за регуляцию клеточного деления (пролиферации и дифференцировки), а также обеспечивающие генетический контроль стабильности генома. Такие мутации могут приобретать важное значение, поскольку именно пролиферация и дифференцировка иммуноцитов и, особенно, их предшественников лежат в основе функциональной активации иммуноцитов и, соответственно, практически любого иммунного ответа [5].

К аналогичному результату могут приводить и мутации в генах, детерминирующих синтез и активацию ферментов, непосредственно участвующих в метаболизме нуклеиновых кислот, поскольку в основе депрессии функций иммуноцитов и снижениях их способности формировать эффекторные реакции иммунного ответа всегда предшествуют нарушения синтеза нуклеиновых кислот, а затем и биосинтеза белка. В качестве примера можно назвать ключевые ферменты катаболизма пуриновых нуклеозидов- аденозиндезминазу, пуриннуклеозидфосфорилазу и 5'-нуклеотидазу, нормальное функционирование которых в иммуноцитах и их клеточных предшественниках обеспечивает физиологические процессы пролиферации и дифференциации иммуноцитов и их нормальное функционирование.

Это означает, что подобные мутации в клоногенных клетках, в итоге, способны приводить к дисфункции иммуноцитов.

Кроме того, мутации, затрагивающие структурные гены иммуноцитов, могут приводить к изменению структуры синтезируемых этими клетками белков и, скорее всего, их

функциональной активности. Последнее может иметь важное значение в отношение продуцируемых иммуноцитами антител, а также макромолекул, непосредственно участвующих в иммунологических процессах (белки рецепторов гормонов и факторов роста и др.) и белковой части ферментов, катализирующих развитие этих процессов.

В заключение необходимо отметить, что существенное значение в углублении существующих представлений о механизмах воздействия ИИ на иммунную системыуимели открытия в области регуляции функций клеток иммунной системы. Оказалось, что качественная и количественная оптимизация процесса формирования иммунного ответа и рациональная сбалансированность участвующих в нем факторов обеспечивается тесной кооперацией клеток иммунной системы, опосредуемой способностью иммуноцитов вырабатывать и распознавать особые "короткоживущие" пептиды - цитокины.

Очевидно, что радиообусловленная сублетальная альтерация иммуноцитов приводит к изменению режимов продукции ими, тех или иных, цитокинов, что и становитья причиной дисфункции других иммуноцитов. Однако, несмотря на определенные успехи в изучении роли отдельных цитокинов в формировании дисфункции иммунной системы, обусловленной воздействием на нее ИИ, многое в этой проблеме все еще остается ясным не до конца.

Дело в том, что в настоящее время известно более двухсот цитокинов и подобным им веществ, действие (причем, как правило, кратковременное) которых осуществляется на принципах, обеспечивающих физиологически целесообразное динамическое равновесие, но довольно сложных для оценки роли каждого из цитокинов, в регуляции функций конкретных иммуноцитов, а именно, на принципах, с одной стороны "синергизма", "дублирования" и "необходимого разнообразия", а с другой стороны - "антагонизма" и "обратной связи". Тем не менее, углубление представлений в этой области современной иммунологии, по-видимому, позволит глубже проникнуть в суть механизмов воздействия ИИ на функционирование иммунной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронин Е.С., Петров А.М., Серых М.М. и др. Иммунология. - М.: Колос-пресс, 2002, 407 с.

2. Гудратов Н.О., Мамедов М.К. Активность аденозиндезаминазы в иммуноцитах как показатель иммунологического статуса // Азерб. Ж. онкологии, 1996, №1, с.31-33

3. Игнатьева Г.А. Современные представления об иммунитете: контуры общей теории // Патол. физиология и эксперимент. терапия, 2003, №2, с.2-7

4. Мамедов Г.М. Развитие представления о воздействии ионизирующего излучения на функции иммунной системы // Современные достижения азербаджанской медицины, 2008, №3, с.59-65

5. Мамедов М.К. О роли протоонкогенов, онкогенов и геновсупрессоров в регуляции жизнедеятельности клетки и в процессе канцерогенеза и развития злокачественных опухолей // Азерб. Ж. онкологии, 2007, №1, с.90-99

6. Мамедов М.К. Апопотоз: роль в обеспечении гомеостаза и значение в патологии //Азерб. Ж. онкологии, 2007, №2, с.135-145

7. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Клеточная теория иммунитета - этапы эволюции за 125 лет // Биомедицина, 2008, №1, с.55-60

8. Основы медицинской радиобиологии. Под ред. И.Б.Ушакова.- СПб.: Фолиант, 2004, 381 с.

9.Тимофеев-Ресовский Н.В., Савич А.В., Шальнов М.И. Введение в молекулярную радиобиологию.- М.: Медицина, 1981, 320 с.

10. Хаитов Р.М. Иммунология. -М.: Геотар-Медицина, 2005, 311с.

11. Яриллин А.А. Основы иммунологии.- М.: Медицина, 1999, 607 с.

12. Ярмоненко С.П., Вайнсон А.А. Радиобиология человека и животных.- М.:Выс. школа, 2004, 549с.

SUMMARY

MODERN VIEWS TO PATHOGENESIS OF IMMUNE SYSTEM DYSFUNCTIONS CAUSED WITH IONIZING IRRADIATION

G.Mamedov, T.Semenenko

The review contains basic information reflected modern views to pathogenetic mechanisms of immune system dysfunction is due to ionizing radiation. The authors presented data concerning of radio-mediated immunocytes alterations mechanism, main typical ex- pressions of immune system damages with ionizing irradiation and characterized process of its immediated and further complications development.

Daxil olub:22.08.2008

О БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ, СПОСОБСТВОВАВШИХ ГЛОБАЛЬНОМУ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А.А.Кадырова, А.Э. Дадашева, М.К.Мамедов
Республиканский центр по борьбе со СПИД, Национальный центр онкологии, г. Баку

В начале октября текущего года научный мир облетело известие о том, что очередной Нобелевской премии были удостоены Люк Монтанье и Франсуаза Барре-Синуасси, французские вирусологи, которые четверть века назад впервые сообщили об идентификации вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), а спустя еще 2 года открыли второй вид этого вируса - ВИЧ-2 [10, 12].

Значение этого открытия имело исключительно важное значение для медицинской науки - вызываемая этими вирусами инфекция (ВИЧ- инфекция), не способная распространяться респираторным путем, всего за двадцать лет распространилась по всему миру и поразила десятки миллионов людей, хотя в момент регистрации первых случаев заболеваний (1981 г), были выявлены лишь несколько десятков больных. Очевидно, что подобная эпидемиологическая ситуация не имела аналогов в прошлом и человечество уже сегодня оказалось перед беспрецедентной биологической угрозой мирового масштаба, отдаленные социально-экономические последствия которой можно представить лишь частично [1, 4].

Это ставит на повестку дня целый ряд вполне закономерных вопросов о причинах столь стремительного распространения ВИЧ-инфекции за столь короткий промежуток времени, ответы на которые достаточно неоднозначны.

Сегодня ясно, что в необычайно интенсивном развитии обусловленного ВИЧ эпидемического процесса, охватившего все континенты, немалую роль сыграли ранее рассмотренные нами: 1) некоторые патогенетические и эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции, затруднившие эффективное использование традиционных методов локализации источников инфекции и ограничение эпидемиологической роли факторов передачи ВИЧ при реализации как полового, так и парентерального механизмов инфицирования; 2) технологический прогресс в медицине и широкое использование инвазивных лечебно-диагностических процедур; 3) либерализации взглядов на проституцию и гомосексуализм, а также сдвиг общественно-государственной политики в сторону проксентеизма, выражающегося в лояльности законов, прямо или косвенно, регулирующих взаимоотношения людей в сексуальной сфере; 4) расширение международных связей и широкое использование скоростных средств передвижения по всей планете; 5) распространение практики потребления инъекционных наркотиков, масштабы которого стали резки увеличиваться особенно после Второй мировой войны [2, 3, 8].

Эти и некоторые другие процессы, связанные с развитием цивилизации, в целом, накладываясь друг на друга и взаимно потенцируя эпидемиологический потенциал каждого из них, закономерно привели к быстрому увеличению в общей популяции числа инфицированных лиц и, соответственно, резко повысили вероятность их контакта со здоровыми лицами [5].

Однако, даже приняв во внимание важную роль процессов и обстоятельств, не удается дать удовлетворительный ответ на важнейший вопрос о том, почему пандемия ВИЧ-инфекции разразилась именно в конце XX в?

В этой связи необходимо подчекнуть, что сегодня не вызывает сомнений то, что помимо упомянутых выше и ряда других факторов, связанных с активной деятельностью человека, развитие глобуаьной эпидемии ВИЧ-инфекции на протяжение последней четверти минувшего столетия имелаосерьезную биологическую подоплеку, рассмотрение которой и стало нашей целью.

Более того, за минувшие годы ученым удалось приблизиться к пониманию важнейших биологических механизмов и экологических факторов, способствовавших столь быстрому распространению ВИЧ в человеческом обществе именно в конце XX столетия. Ниже мы кратко охарактеризуем важнейшие биологические факторы, предопределившие глобальное распространение ВИЧ-инфекции.

В первую очередь отметим, что несмотря на то, что вопросы филогении ВИЧ и его происхождения все еще не решены до конца, наибольшее число сторонников имеет гипотеза Л.Монтанье, согласно которой ВИЧ ближе к "медленным" вирусам и, скорее всего, имеет "обезьянье" происхождение. Сегодня она косвенно подтверждается молекулярно-генетическими данными, позволяющими полагать, что предок ВИЧ зародился на территории Африки и вероятно долгое время циркулировал в популяции обезьян, а затем каким-то образом обрел способность инфицировать человека, вызывая у него тяжелое заболевание. Очевидно, что возможность преодолеть межвидовой барьер, по всей вероятности, ему обеспечили, с одной стороны, мутации и случайные рекомбинации генетического материала с ретровирусами человека и близкородственными вирусами животных, а с другой стороны, какие-то, не совсем ясные, изменения в окружающей природно-социальной среде [11].

Однако, став на эту точку зрения, приходится отвечать на несколько закономерно возникающих вопросов.

Вопросы о том, как проник ВИЧ в людскую популяцию человека и, в частности, каким способом был впервые инфицирован человек не так сложны. Скорее всего, вирус иммунодефицита обезьян (ВИО), преодолев межвидовой барьер, инфицировал человека при непосредственном контакте с инфицированными обезьянами, тем более, что в сельской местности ряда африканских стран такие контакты не являются редкостью, а в недалеком прошлом мясо обезьян использовалось как продукт питания. Вероятно, первым инфицированным человеком был охотник, убивший и освежевавший инфицированную обезъяну (ВИО обычно не вызывает заболеваний у своих природных хозяев) [7,9].

Труднее дать определенный ответ на вопрос о том, где и когда это произошло? Не приводя здесь многочисленных и разноречивых данных по этому вопросу, отметим, что большинство ученых, исходя из результатов сравнительного анализа нуклеотидных последовательностей в геномах ВИЧ, ВИЧ-2, ВИО и других ретровирусов человека и обезъян, полагает, что общий предок ВИЧ обрел патогенность для человека не позднее, чем в середине XVIII в., причем это произошло в регионах Африки, расположенных к югу от Сахары.

Но тогда неясно почему циркулировавший около двухсот лет в Африке ВИЧ не был занесен в цивилизованный мир с миллионами вывозимых из нее рабов, некоторые из которых должны были бы быть инфицированы? Возможно, что "экспорту" инфекции препятствовала полная изолированность некоторых сельских районов африканского континента, а также короткая продолжительность жизни местного населения. Однако более вероятным представляется существование иного фактора, сдерживавшего широкомасштабное распространение ВИЧ.

Возможно, что роль такого фактора могла сыграть натуральная оспа. Во-первых, население тех стран, где сейчас повсеместно распространена ВИЧ-инфекция, к началу XX в было поражено вирусом оспы в значительно большей степени, нежели в других регионах этого континента. Во-вторых, предположительное начало процесса распространения ВИЧ-инфекции по времени совпадает с началом спада заболеваемости оспой в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, для которых эти инфекции были эндемическими. В-третьих, первые случаи СПИД были выявлены лишь через год после официального заключения ВОЗ о глобальной ликвидации натуральной оспы [6].

Существование реципрокной связи ВИЧ-инфекции и оспы легко объяснить с позиций концепции саморегуляции эпидемического процесса, сопоставляя особенности эпидемиологических процессов, вызванных ВИЧ и поксвирусом среди населения одного и того же региона.

Относительно продолжительные инкубационный период и период заразности заболевших оспой, вместе с высокой контагиозностью инфекции обеспечивали не только поддержание эпидемического процесса в эндемических районах в течение тысячелетий, но и "экспорт" поксвируса за их пределы (при миграции инфицированных лиц, находящихся как в инкубационном, так и реконвалесцентном периодах).

Сравнительно медленное, но неотвратимое распространение вируса оспы приводило к увеличению в общей популяции доли лиц, перенесших инфекцию и ставших иммунными к ней и уменьшению числа восприимчивых к ней лиц и, в итоге, к закономерному стиханию эпидемического процесса и ограничению ареала единичными носителями вируса. В

дальнейшем в условиях отсутствия заболеваний подрастало новое восприимчивое к оспе поколение и интенсивность эпидемического процесса в данной популяции вновь возрастала. Иначе говоря, формирование иммунной к оспе прослойки населения выступало как фактор, периодически оказывающий своеобразное "давление" на интенсивность циркуляции поксвируса.

ВИЧ-инфекция же отличается значительной продолжительностью латентного периода, на протяжение большей части которого инфицированные лица являются источниками возбудителя. При этом, длительность периода "вирусоносительства", способность ВИЧ передаваться от инфицированных матерей новорожденным и отсутствие постинфекционного иммунитета, компенсируют низкую инфекционность самого вируса и его отсутствие в окружающей среде. Поэтому распространение ВИЧ не требует высокой плотности населения, необходимой для поддержания непрерывности эпидемий, вызываемых вирусами оспы или гриппа, а растянутость эпидемического процесса во времени, в данном случае, не формирует устойчивой популяции, а лишь увеличивает ее инфицированность.

В условиях циркуляции в одной и той же популяции, обитающей на одной и той же территории (регионы, находящиеся к югу от Сахары) обоих вирусов - ВИЧ (или его биологического предшественника) и поксвируса между ними неизбежно формировался некий антагонизм. При этом, часть индивидов, инфицированных вирусом оспы погибала, причем те из них, которые были инфицированы ВИЧ и, соответственно, имели иммунологическую недостаточность, умирали чаще и быстрее - в подобной ситуации больные СПИД не могли существовать сколько-нибудь долго.

Изложенное демонстрирует тот факт, что эндемический поксвирус оспы обрывал цепочки распространения эндемического для данного региона ВИЧ. В результате резко сокращалась не только циркуляция ВИЧ, но и его возможность эволюционировать – его "законсервированные" варианты ничем не успевали проявляться у древних людей на фоне оспы и других массовых инфекций, имевших более короткий инкубационный период и высокую и "быструю" смертность.

Отмеченное на протяжение XVIII-XIX столетий снижение вирулентности вируса оспы и расширение вакцинации против нее и последовавшее за этим сокращение заболеваемости населения оспой также одновременно способствовали продлению жизни людей, больных СПИД и, тем самым, и распространению ВИЧ. С другой стороны, ослабление иммунообусловленного селективного "давления" на ВИЧ, а также подавление в развитых странах с помощью вакцинопрофилактики и антибиотикотерапии других инфекций - также потенциальных конкурентов ВИЧ - благоприятствовали распространению в человеческих популяциях ВИЧ, вызвавшего в конце XX в глобальную эпидемию.

Эти факты подтверждают высказанное ранее предположение, что характер вызываемых ВИЧ (и, вероятно, другими ретровирусами) эпидемических процессов как нельзя лучше соответствует направленности селективного отбора патогенных видов в условиях жесткого давления (иммунопрофилактики и др.) на возбудителей других инфекций.

Отвечая на следующий вопрос - когда же ВИЧ вышел за пределы своей "родины"? - можно было бы привести опубликованные данные, полученные при ретроспективном анализе случаев заболеваний, клинически похожих на СПИД и лабораторном исследовании сохранившихся "старых" образцов сывороток крови. Однако, здесь мы ограничимся лишь выводами, сделанными на основе анализа этих данных.

Скорее всего, непосредственный предшественник ВИЧ, весьма близкий к современному вирусу, проник в современное сообщество в конце 30-х гг. прошлого столетия (в литературе часто фигурирует условная дата - 1940 г.). Соответственно, процесс распространения инфекции начался в период интенсивных миграционных потоков, связанных со Второй мировой войной, хотя в литературе высказывается мнение о том, что его начало должно быть отнесено к середине 60-х гг. XX в. Разумеется, сегодня однозначно определить время, когда инфекция начала свое шествие по миру достаточно сложно, хотя попытки реконструировать историю этой эпидемии продолжаются.

Однако, независимо от того, какая из точек зрения окажется правильной, можно, приняв во внимание среднюю продолжительность латентного периода инфекции (около 5 лет), с

определенностью заключить, что лица, у которых выявились первые случаи СПИД были инфицированы в начале первой половине 70-х гг.

Более того, до сих пор обсуждается гипотеза о первом жителе Нового света, инфицированным ВИЧ, ставшим причиной распространения инфекции в США, а затем в других странах Европы и Азии, названном "пациентом ноль". Проведя весьма непростой ретроспективный эпидемиологический анализ большого массива данных, специалисты из CDC пришли к выводу о том, что "пациентом 0", по-видимому, являлся Гаэтан Дега, стюард канадских авиалиний, часто бывавший не только в Африке, но и в Нью-Йорке и Лос-Анджелесе. В частности, были получены доказательства того, что летом 1976 г он имел гомосексуальные контакты с лицами, которые были в числе половых партнеров первых американцев, заболеваших СПИД еще в 1981 г (сам Дега умер в 1984 г.).

Завершая рассмотрение процесса глобального распространения ВИЧ-инфекции, необходимо подчеркнуть, что анализ динамики показателей инфицированности ВИЧ на протяжение последних 25 лет отмечено два периода распространения ВИЧ-инфекции.

Особенностью первого периода является то, что на его протяжение ВИЧ передавался преимущественно половым путем и распространялся "по цепочке", от человека к человеку. Поэтому число инфицированных лиц возрастало в арифметической прогрессии, а эпидемический процесс развивался относительно медленными темпами.

Начало второго периода ознаменовалось массивным проникновением ВИЧ в среду потребителей инъекционных наркотиков, в которой один человек становился источником инфицирования нескольких людей, а число инфицированных стало увеличиваться в геометрической прогрессии. В итоге циркуляция вируса ускорилась, а эпидемический процесс обрел эксплозивный "лавинообразный" характер, а распространение ВИЧ-инфекции в мире все отчетливее обретало черты, свойственные продолжающейся в наши дни пандемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Е.С., Буланьков Ю.И. ВИЧ-инфекция.- Элиста: АПП Джангар, 2006, 224 с.

2.Дадашева А.Э., Мамедов М.К., Кадырова А.А. Роль инъекционной наркомании в распространении трансфузионных вирусных инфекций // Биомедицина (Баку), 2008, №2, с.9-13.

3. Кадырова А.А. ВИЧ-инфекция: проблемы профилактики и лечения // Инфекции и иммунитет (Баку), 2008, №1, с.18-24

4.Кадырова А.А. Иммунообусловленные последствия глобального распространения ВИЧ-инфекция / Мат-лы 3-го Национ. конгресса Азербайджана по аллергологии, иммунологии и иммуноренабилитации.- Баку, 2008, с.176-179

5.Кадырова А.А., Дадашева А.Э., Мамедов М.К. Четверть века в борьбе с ВИЧ-инфекцией // Современные достижения азербайджанской медицины, 2006, N.2, с.3-9

6. Мамедов М.К. К 25-ти детию глобального уничтожения натуральной оспы // Биомедицина, 2005, №4, с.53-57;

7. Мамедов М.К. Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека: успехи, перспективы и проблемы // Биомедицина, 2006, №1, с.41-47

8.Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Глобальное распространение трансфузионных вирусных гепатитов как непредвиденное последствие технологического прогресса в медицине // Биомедицина, 2008, №2, с.3-8

9. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Вирус иммунодефицита человека - итоги изучения за четверть века // Биомедицина, 2008, №2, с.57-64

10. Barre-Sinoussi F., Chermann J., Rey F. et al. Isolation of T-lymphtropic retrovirus from a patients at risk for AIDS // Science, 1983, v.220, p.868-871

11. Gallo R. Historical essay. The early years of HIV/AIDS // Science, 2002, v.298, p.1727-1730

12. Montagnier L. Lymphoadenopathy-associated virus: from molecular biology to pathogenicity // Ann. Int. Med., 1985, v.103, p.689-693

SUMMARY

ABOUT BIOLOGIC FACTORS PROMOTED GLOBAL SPREADING OF HIV-INFECTION

A.Kadiyrova, A.Dadasheva, M.Mamedov

The brief review contains the basic information reflected main biologic factors promoted quickly spreading of HIV-infection in the world and forming its global pandemic for two decades only.

Daxil olub: 05.09.2008

ДИАРЕЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ МИКРОБАМИ РОДА ИЕРСИНИЯ (Y. PSEUDOTUBERCULOSIS И Y.ENTEROCOLITICA)

Р.А.Ахмедов, М.С.Касымов, А.Н.Талыбзаде, Н.М.Устун
Республиканская Противочумная Станция, г.Баку

Среди острых кишечных инфекций широкое распространение, особенно в детском возрасте, получили Иерсиниозы. Клинические проявления кишечного иерсиниоза, по данным ВОЗ, широко варьируются в зависимости от возраста и протекают с различными синдромами.

Ученые всего мира изучали диарейные заболевания, вызываемые микроорганизмами рода Yersinia, имеющие разнообразные клинические проявления Иерсиниоза у детей – гастроэнтерит и у взрослых - энтероколит, псевдоаппендикулярный синдром, артрит, Erithema nodozum, сепсис.

В ФРГ и Канаде иерсинии как этиологический фактор энтеритов заняли одинаковое место с сальмонеллами, в районах с теплым климатом (Иран, Израиль, Северная Африка, Бразилия, Индия). Иерсиниозные энтериты регистрируются постоянно и имеют тенденцию к росту.

Тяжелые формы связаны с серьезным обезвоживанием или геморрагическими илеоцекальными некрозами. Длительное течение инфекции - явление редкое.

При терминальном илеите отмечается отек кишечной стенки с гиперплазией лимфоидной ткани, язвами в слизистой оболочке. В аппендиксе – воспаление, язвы слизистой, значительная лейкоцитарная инфильтрация. Имеются сообщения о хронических колитах. Возможны интраабдоминальные абсцессы, все названные заболевания могут продолжаться несколько месяцев. Псевдоаппендикулярные боли могут быть лидирующими, изменения отростка - минимальные. Инкубационный период 4 -10 дней, преобладает биотип 4, сероварианта 03, затем 09, 05. Чаще микроб изолируют из кала. При серотипировании в первые 6 дней титры не более 1: 100, наибольшие титры на 21-28 день и держатся на этом уровне не более 30 дней [5]. Однако есть сообщения о возможности бактерионосительства в течение 5 месяцев, а дети, получившие антибиотикотерапию, могут быть бактерионосителями более длительное время [6]. Абдоминальные боли отмечают у 84% больных, диарею у 7-8%, лихорадку у 43%, анорексию, снижение мышечного тонуса, головокружение, тошноту, головную боль, артриты, фарингиты, Erythema nodozum у 8-22% больных.

Выделяют два основных варианта течения инфекции, вызванной Y.enterocolitica: энтеротический и псевдоаппендикулярный. На основании обследования 37 больных авторы приводят данные о клинических симптомах и частоте их обнаружения при иерсиниозной инфекции. Рентгенологически и при лапаротомии, предпринятой по поводу ошибочного диагноза «аппендицит» часто находят признаки терминального илеита, афтозные изъязвления, диффузное набухание слизистой и другие изменения, напоминающие болезнь Крона. Однако в отличие от болезни Крона никогда не бывает нарушений эластичности стенки кишечника, фистул или фиброзных стенозов [14].

Некоторые исследователи [8,9] изучали частоту встречаемости Иерсиниоза у больных с острыми заболеваниями брюшной полости. Из 205 больных, поступивших с диагнозом острый аппендицит у 5.4% был выделен 4 биотип Y.enterocolitica. У 22 больных (включая бактериологические подтвержденные случаи) были установлены высокие титры агглютининов (более 1/100) к антигенам иерсиний. В 14% случаев выявлены агглютинины к биотипу О3. При патогистологическом исследовании червеобразного отростка, в случаях подтвержденного иерсиниоза обнаруживалось в основном катаральное воспаление и редко – выраженный гнойный процесс. В других случаях (без иерсиниоза) чаще выявлялись флегмонозное воспаление, язвенное поражение и перфорация. Псевдоаппендикулярные боли могут быть лидирующими, изменения отростка - минимальные. При терминальном илеите отмечается отек кишечной стенки с гиперплазией лимфоидной ткани, язвами в слизистой оболочке.

У больных детей с острой диареей и оперированных по поводу аппендицита, выявляется культура Y.enterocolitica (0.7% дети с энтеритами и 3,4% - с аппендиктомией). Титры антител достигали от 1/320 до 1/1280. Штаммы принадлежали 03, 09 и 06 сероварианам [10].

В течение 3 лет больных в возрасте от 4 до 14 лет, госпитализированных по поводу острых болей в животе исследовали кровь и фекалии серологическим и бактериологическим методами. Диагноз устанавливали на основании выявления специфических антител и выделения культуры Y.enterocolitica [8].

Клиника иерсиниоза у детей младше 6 лет, инфекция протекает в виде энтероколита и сопровождается поносом, иногда с кровью (10-20% больных), высокой температурой (75%), тошнотой, рвотой, головной болью и миалгией. Без лечения антибиотиками болезнь проходит в среднем за 2 недели, но в некоторых случаях может продолжаться 2-3 месяца [9]. При изучении рентгенологической картины гастроэнтеритической формы иерсиниозов установили нарушения функции тонкого кишечника и органические изменения, локализованные главным образом в подвздошной кишке [3].

В Италии при обследовании детей с диареей выделил (1,4%)больных, изолировав от них культуру Y.enterocolitica сероваров 03; 09; 06, при этом сероваринат 03 составил 94% от выделенных штаммов [7].

В Индии от больных диареей выделил штаммы Y.enterocolitica.[11].

При заболевания сопровождающихся лихорадкой, болями в правой подвздошной области, изменениями в формуле крови, следует подозревать аппендицит. В плане дифференциальной диагностики следует иметь в виду болезнь Крона и иерсиниоз. Считают, что диагностика иерсиниоза возможна только на основании серологических и бактериологических данных [14].

В Азербайджане регистрируется большой процент диарейных заболеваний неустановленной этиологии. Нашей целью было способствовать снижению этого показателя за счет диарейных заболеваний иерсиниозной этиологии.

Наши наблюдения также касаются изучения клинического течения кишечного иерсиниоза в детском возрасте. За 3 –летний период бактериологически исследовали материал 3732 пробы кала детей больных диареей. Все они поступали с диагнозами: гастроэнтероколит, энтерит, дизентерия, сальмонеллез, инфекционный гепатит и др. У 0,7% больных был обнаружен возбудитель Yersinia enterocolitica. По некоторым данным [4], дети болеют с 4-х месячного возраста, однако мы [1,2] наблюдали больных детей даже периода новорожденности (с первых часов после рождения). Так до I месяца больных было 6, до 2-х месяцев – 4, до 3-х месяцев – 3, до 4-х месяцев – 1, до 1-го года- 4, до 2-х лет – 2, до 3-х лет – 3, до 4-х лет – 1, до 5-ти лет – 1.

Из общего количества больных детей 20% находились на естественном вскармливании, 32% - на искусственном и 48% - на смешанном.

Общими клиническими проявлениями при госпитализации детей были: катаральные явления или двухсторонняя мелкоочаговая пневмония, интоксикация, диспепсические явления, гипертермия. Начало заболевания у всех острое – резкий подъем температуры, беспокойство, кашель, насморк, рвота (до 5 раз), учащенный жидкий стул (от 2-х до 10-ти раз) желто-зеленого цвета со слизью (у одного больного с прожилками крови). Общее состояние больных от средней тяжести до очень тяжелого. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, имелась болезненность при пальпации. Печень увеличена на 1-3,5 см., селезенка – на 1-1,5 см. (у 24 больных). Температура носила неправильный характер, наиболее высокая была у половины больных – от 38° С до 40° С, у двух детей – в пределах нормы, у остальных – субфебрильная. Зев у большинства детей гиперемирован. В легких жесткое дыхание, влажные и сухие хрипы, выраженный цианоз, одышка, игра крыльев носа. Всегда отмечался учащенный пульс до 140 ударов в минуту, даже при нормальной температуре. Нередко имелась тахикардия, небольшие изменения со стороны сердца в виде инфекционного миокардита. Полиморфная сыпь наблюдалась на общем гиперемированном фоне у одного больного, у другого – мелкоточечная розеолезная сыпь, у одного наблюдали уже шелушение, у 20% детей – гепатит с желтушной окраской кожных покровов и слизистых оболочек, с ахоличным калом. Увеличение шейных и подмышечных лимфатических узлов – у одного ребенка. Изменения со стороны периферической крови в основном однотипны: у всех детей отмечается анемия, резко выраженный лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитопения, эозинофилопения, снижение процентного содержания сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов (лишь у одного – лейкопения), ускоренная СОЭ до 13-14 мм в час [1,2].

Установление диагноза «кишечный иерсиниоза» представляла определенные трудности, если учесть то, что диарея в наших наблюдениях была обусловлена различными микробными ассоциациями, а именно Yersinia enterocolitica в сочетании с Salmonella typhi murium, Proteus vulgaris, Staphylococcus aureus или вирусом гепатита.

В таких случаях заболевание протекало тяжелее. Лишь у шести детей не были обнаружены другие возбудители инфекционной диареи.

Многочисленные случаи диагностирования кишечного иерсиниоза у детей больных диареей в г. Баку подтвердило данные мировой и отечественной литературы о широкой распространен-ности этого возбудителя в Азербайджане

ВЫВОДЫ: 1.Исследованиями ученых разных стран вновь подтверждается широкое распространение иерсиниозной инфекции среди детей, начиная с первых дней жизни; 2.Среди желудочно-кишечных заболеваний невыясненной этиологии значительный удельный вес занимают инфекции иерсиниозной этиологии; 3.Заболевания встречаются в виде гастроэнтерита, аппендицита, пневмонии, лихорадки, осложнений в виде артритов, гепатитов; 4.При диареях, обусловленных микробными ассоциациями, заболевание иерсиниозом протекало значительно тяжелее; 5.Диагноз иерсиниоза устанавливают на результатах бактериологического и серологического исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1.Алиев М.Н., Ягодзинская Е.М, Ахмедов Р.А., Закутинская Н.А. К клинике кишечного иерерсиниоза в детском возрасте // Азерб. Мед. Журнал, 1985, №12

2.Ахмедов Р.А., Алиев М.Н., Ягодзинская Е.М., Закутинская Н.А. Тепляков А.Б. «Клинико-эпидемиологическая характеристика кишечного иерсиниоза у детей в г. Баку / Сборник научных работ «Актуальные вопросы мед. Паразитологии и тропической медицины», МЗ. Азерб. ССР, НИИ мед. Паразитологии и тропической медицины.-Баку,1984, вып.4, с.42-43

3.Залмовер И.Ю. К вопросу о клинической диагностике ДСЛ / Сборник: Природно-очаговые болезни Урала, Сибири и Д.Востока.- Свердловск, 1969

4.Ющенко Г.В. Кишечные иерсиниозы / Научный обзор, серия: Эпидемиололгия и инфекционные болезни, 1977.

5.Antalik I. Рентгенологическая картина при инфекции, вызванной Yersinia enterocolitica // Bratisl., lek.Listy,1976,65,#6, 680-686,МРЖ., 1977, №1711, Р3, с.6

6.Yepsen O.B., Korner B., Lan-Christiansen P.M., Yohansen A. Инфекции, связанные с Yersinia enterocolitica, у больных с острыми характерными заболеваниями органов брюшной полости // Scand.J. inf. Diz,1976, 8, #3,189-194 //МРЖ,1977, №1414, №5, Р3

7.Grenier B. Острый гастроэнтерит, обусловленный Yersinia enterocolitica у детей // Med. et malad inf.,1982, #12 bis, 685-689, РЖБ,1983,7, Ц431

8.Smidt M, Levy A. Выделение Yersinia enterocolitica при синдроме абдоминальных болей у детей // Med. et malad inf.,1982, #12 bis, 696-697; РЖБ, 1983, 7, Ц432.

9.Piemont Y., Clavert T.J. Энтероколиты и ложноаппендикулярный синдром, вызванные Y.enterocolitica. Диагностика и лечение // Rev.med.,1982, 23,#39,2065-2072; МРЖ.,1983, №5,1452;

10.Migrone M.G., Fantasia M., Figura N.,Guglimetti P. Характеристика Y.enterocolitica изолированных от детей с диареей в Италии // J.clin.microbiol.,1187, 25,#25, #7, 1301-1304; МРЖ,1988, Р3, №4,1334.

11.Ram.S., Khurana S., Singh R., Sharma S., Vadehra D.V. Диареи в северной Индии, вызванные Yersinia enterorocolitica // Ind. J. med.Res.,1987,86, #july, 9-13;МРЖ,1988,Р3,№4, №1333.

12.Constantiniu S., Buzgudan I., Cismaru M. et al. Кишечные инфекции, вызываемые Yersinia enterocolitica на территории Молдавии в 1975-1085 гг // МРЖ.,1989, Р3, №4,1193.

13.Morrison I.O., «Yersinia и вирусы при острой неспецифической боли в животе и аппенди-ците // РЖБ,1983, 4, Ц466;

14.Herharn I., Otte M., Smitz-Moormann R., Sack K. Острый иерсиниоз-болезнь Крона- аппендицит // Toglich Prox.,1986, 27, #1, 67-76; МРЖ,1987, Р3, №1, №171

SUMMARY

DIARRHEA DISEASES BY YERSINIA MICROBE (Y. PSEUDOTUBERCULOSIS AND Y.ENTEROCOLITICA).

R.A. Ahmedov, M.S. Gasimov, A.N. Talsbzade, N.M. Ustun

Researches of the scientific different countries wide distribution Yersinia infections among

children, since the first days of a life again proves to be true.Among gastroenteric diseases obscure etiological significant densities was borrowed with infections Yersinia etiological. Diseases met as pneumonias, fevers, complications as arthritis's, hepatitis. The diagnosis yersinioses established on results bacteriological and serological researches

Daxil olub: 24.07.2008

ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI VENTRAL YIRTIQLARIN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

P.H.Nəcəfquliyeva
Azərbaycan tibb universitet, Bakı

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların (ƏSVY) effektiv müalicə problemlərinin həllinə dair məsələlər müasir cərrahiyyədə aktual müzakirə mövzularından hesab olunur. ƏSVY – ın rastgəlmə tezliyinin faiz göstəriciləri yüksək olmaqda davam edir və yırtıqların ümumi sayının 20-22%-ni təşkil edir. Qarın boşluğu orqanları üzərində aparılan müxtəlif növ əməliyyatlardan sonra yırtıqların baş verməsi 5-15% [23,38], əməliyyatdan sonrakı ilkin residiv ventral yırtıqlar 10-45% [19], təkrari residivlər 20-61,8% hallarda rast gəlinir [33,36].

ƏSVY-ın etioloji amilləri meyltörədici və icraedici olmaqla iki qrupa bölünür. Meyltörədici amillərə xəstənin yaşı, cinsi, çəkisi, hamiləlik, əməliyyatdan sonra erkən fiziki yüklənmə; icraedici amillərə qarındaxili təzyiqin artması, bağırsaqların parezi, ağır fiziki iş, yara nahiyəsinin irinləməsi, eventerasiya, hematoma, limforeya, toxumaların dartılma şəraitində tikilməsi, qeyri-rasional travmatik kəsiyin aparılması aid edilir [13,18]. Ədəbiyyat məlumatlarına görə, postoperasion ventral yırtıqlara əməliyyat yarasındakı irinli-iltihabi proseslər 31,4-63,4% [1,26], yaradan qarın boşluğunun qeyri adekvat drenə olunması və tamponadası 35,1% [34], eventerasiya 4,3-10,7% [32] hallarda səbəb olur. İ.F.Borodina görə 73,5% xəstələrdə ventral yırtıqların yaranmasına yaradakı iltihabi proseslər səbəb olub [4]. A.İ.Korşunov 19% hallarda postoperasion ventral yırtıqların sakit əməliyyatdan sonrakı dövrdə rast gəldiyini qeyd edib [19].

Əməliyyat zamanı texniki qüsurlar, qarın boşluğu orqanlarının iki tikiş arasından interpozisiyası, toxumalara əməliyyat zamanı qeyri-düzgün münasibət, əməliyyat yarasının qeyri-adekvat tikilməsi, hernioplastika zamanı aponevrozun plastikasında sorulan tikiş materiallarından və fasiləsiz tikişlərdən istifadə ƏSVY-ın yaranmasında əsas amillərdən sayılır [9,41].

Ventral yırtıqların yaranmasına piylənmə xüsusi şərait yaradır ki, bu da əzələ və aponevroz qatının yığılma və karkas funksiyalarının itirilməsi, aponevroz kənarındakı tikişlərin arasından piy toxumasının interpozisiyası, infeksiyaya müqavimətin azalması, qarındaxili təzyiqin artması ilə izah olunur [29,43].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə ventral yırtıqla olan xəstələrin ümumi sayının 70%-ni ahıl və qoca yaşlı şəxslər təşkil edir ki, bu da yaşlı şəxslərdə reparativ proseslərin zəif getməsi və tez-tez yanaşı xəstəliklərin - hipertoniya xəstəliyi, ürəyin işemik xəstəliyi, ağciyərin xroniki xəstəlikləri, şəkərli diabet, III-IV dərəcəli piylənmə, hissəvi bağırsaq keçməməzliyinin və s. olması ilə əlaqələndirilir [8,35,44].

ƏSVY 67,8-71,6% hallarda qadınlarda rast gəlinir ki, bu da piylənmə, hamiləlik, ginekoloji əməliyyatlardan sonra laporotom yaraların ketqutla tikilməsi ilə izah edilir [7,22].

ƏSVY cərrahi müdaxilələrdən sonra müxtəlif müddət ərzində yarana bilər. Ədəbiyyat məlumatlarına görə 54-96,5% hallarda ilk bir il ərzində, 13,6-34,5% hallarda bir ildən iki ilə qədər müddətdə, 4,9-19,7% hallarda üç il ərzində rast gəlinir [10,31]. Bəzi cərrahlar 47,7-84% hallarda ƏSVY-ın ilk üç ay ərzində yaranmasını qeyd edirlər [11,24,40].

ƏSVY ginekoloji əməliyyatlardan sonra - 26-50%, öd yollarında aparılan əməliyyatlardan sonra - 20-30%, mədə və bağırsaq rezeksiyasından sonra - 12%, ağ xətt yırtığına görə əməliyyatdan sonra - 17%, appendektomiyadan sonra - 6-14%, qarnın travmasından sonra - 9%, uroloji əməliyyatlardan sonra - 2% hallarda rast gəlinir [3,15].

ƏSVY ölçülərinə, yırtıq defektinin lokalizasiyasına, klinik əlamətlərinə görə klassifikasiya olunurlar. Ölçüsünə görə kiçik (yırtıq qabarmasının diametri 10 sm-ə qədər olub,

qarnın ön divarının defekti 5 sm-ə qədərdir); orta (qabarma 10-20 sm, defekt 5-10 sm); böyük (qabarma 21-25 sm, defekt 11-15 sm); iri həcmli (qabarma 25 sm-dən çox, defekt 15 sm-dən çox) ƏSVY təyin olunur. Lokalizasiyasına görə ventral yırtıqlar orta xətt boyunca (yuxarı orta; orta orta; aşağı orta; total) və yan sahələrdə (sağ qabırğaaltı; sağ qalça çuxuru; bel-yan (sağ tərəfli, sol tərəfli, iki tərəfli)) olur. Kliniki əlamətlərinə görə sərbəst və ya yerinə düzələn, yerinə düzələ bilməyən və ya fiksəolunmuş, hissəvi yerinə düzələn, residiv, çoxsaylı residiv, boğulmuş, hissəvi və kəskin bağırsaq keçməməzliyi ilə müşayiət olunan əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlar ayırd olunur [19,33].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, kiçik və orta həcmli ventral yırtıqlar -58,8-70,9%, böyük və qiqant həcmli yırtıqlar isə 33,3-41,2% hallarda rast gəlinir [26,38].

Ventral yırtıqların orta xətt boyunca lokalizasiyasına daha tez-tez rast gəlinir -73-93,5% xəstələrdə [34]. A.İ.Korşunov 57% xəstələrdə ƏSVY-ın orta çapıq nahiyəsində, 38,7% hallarda yan sahələrdə, 4,3% hallarda köndələn çapıqlarda rast gəlməsini qeyd edib [19]. İ.F.Borodina görə orta yırtıqlar 69,6%, yan 27,9%, kombinə olunmuş 2,5% təşkil edir [4].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, boğulmuş ventral yırtıqlar 7,2-17% [19,36], yerinə düzələ bilməyən ƏSVY 26,5-36,6% hallarda rast gəlinir [26]. İ.F.Borodina görə yerinə düzələ bilməyən ventral yırtıqlar 28,3% xəstələrdə rast gəlinir [4].

ƏSVY-ın cərrahi müalicə metodları müxtəlif olub, hər bir metod əsaslı və ətraflı şəkildə tədqiq olunmuşdur. Həmin metodların əsasında 200-dən artıq cərrahi əməliyyat üsulunun işlənib hazırlanmasına baxmayaraq, onlardan demək olar ki, heç biri cərrahları tam qane etmir [12,21,39,42].

Yırtıqlar zamanı çoxsaylı əməliyyat metodları qarnın ön divarının bu və ya digər toxumalarından və digər plastik materiallardan istifadə prinsipi ilə sistemləşdirilir [3,9,16].

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlar zamanı icra olunan hernioplastikanın aşağıdakı növləri qeyd olunur [14,20]: I Yerli toxumalarla plastika - autoplastika; II Sintetik torların istifadəsi ilə plastika - alloplastika.

50-ci illərin sonlarına qədər yırtıq qapısının plastikası yerli toxumalar hesabına aparılırdı ki, bu da dartınma ilə müşayiət olunur, bu zaman əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların, ilk növbədə residivlərin rastgəlmə tezliyi yüksək olub, 10%-ə çatırdı [9,17,28].

Residivlərin başvermə tezliyini azaltmaq istiqamətində aparılan axtarışlar plastika üçün sintetik materialların tətbiqini nəzərdə tutan yeni əməliyyat üsullarının yaranmasına gətirib çıxarmaqla residivlərin 2,4-6% azalmasına səbəb olmuşdur [25,30]. Daha səmərəli hernioplastika əməliyyatları üçün tələb olunan yeni materialların axtarışları hələ XX əsrin əvvəllərində eksplantların tətbiqinə gətirib çıxarmışdır. Francisco (1900) qarnın ön divarının yırtıqlarının plastiki əməliyyatlarında qızıl məftildən istifadə etməyi təklif etmişdir. Witzel (1900) gümüş məftildən hazırlanmış tordan istifadə etməyi məsləhət görmüşdür.

May, Naeman (1857) plastiki əməliyyatlarda paslanmayan poladdan olan toru istifadə etməyi tövsiyə etmişdir.

Qeyd olunan materialların istifadəsi ilə aparılan əməliyyatların nəticələrini təhlil edərkən müəyyən edilmişdir ki, onlar fraqmentasiyaya məruz qalmaqla toxumaların təzahür etməsinə səbəb olmuşlar. Bununla yanaşı xəstələr yara sahəsində yad cismin mövcudluğunu hiss etmişlər [2,8,39].

Qeyd olunan çatışmamazlıqlara baxmayaraq, bir sıra müəlliflər hal-hazırda ƏSVY-ın plastikası üçün «forma yaddaşlı» nikelid-titandan hazırlanmış tordan istifadə edirlər.

Q.İ.Veronskiy və həmmüəllif 12 xəstədə nikelid-titan implantatdan istifadə etmiş, 3 xəstədə yaranın ikincili sağalması müşahidə olunmuşdur. 3 il ərzində aparılan dinamik müşahidə zamanı 1 xəstədə residiv qeyd olunmuşdur [5].

ƏSVY-dan əziyyət çəkən xəstələrin müalicəsi göstəricilərinin yaxşılaşdırılması istiqamətində həkimlərin müəyyən səyləri sintetik materialların tətbiqinə gətirib çıxarmışdır. Bu məqsədlə bu növ xəstəliklərin müalicəsində polietilen, dakron, parolon, kapron, lavsan, marleks, eləcə də polipropilen və mersilendən hazırlanmış torlar və digər materiallardan istifadə olunurdu. Müəlliflərin bir qismi kapron, polivinilalkoqol, lavsan, parolon, digərləri isə neylon, nerlon, teorlan, ayvalon, marleks, terilen, polipropilen kimi materiallara üstünlük verirlər [1,1,8,12,31,40].

Son illərdə ƏSVY-ın müalicəsində regenerasiya stimulyatorları geniş istifadə olunmuşdur [7].

İ.M.Rolğikov və həmmüəlliflər ƏSVY-la olan 48 xəstə üzərində tədqiqat aparmışdırlar. Belə ki, onlar xəstələri 2 qrupda yerləşdirmişdir. 1-ci qrup 42 xəstədən təşkil olunmuş, bu qrup xəstələrin plastikasında "Karbonikus-İ" - karbohidrat eksplantatdan (eksplantatın 98%-ni karbohidrat təşkil edir, sorulma 2 ilə qədər), 2-ci qrup 6 xəstədən ibarət olmuşdur ki, bu xəstələrdə MK-7M-tibbi kley və tikiş-kley metodundan istifadə olunmuşdur. Kley α sianakril turşusunun efirindən ibarət olub, sorulma polimerin 4-6 ay ərzində sərt birləşdirici toxumaya qarışmasıyla gedir. Aparılan tədqiqatların nəticələrinə əsasən 1-ci qrup xəstələrin 27,9%-də yara ağırlaşmaları qeyd olunmuş, 2-ci qrupda yalnız 1 xəstədə liqatur fistulası - şəkərli diabetin dekompensasiyası fonunda baş vermişdir [27].

A.E.Borisov və həmmüəlliflər 42 xəstədə hernioplastika məqsədilə "Etikon" firmasının istehsalı olan polipropilen tor istifadə etmişdir ki, xəstələrin 17-də tor periton ilə əzələ-aponevroz qatı arasına, 25 xəstədə yırtıq kisəsinin iki səhifələri arasına qoyulmuş, sonrakı dövrdə 17 xəstədən 3-də, 25 xəstədən 4-də yara ağırlaşmaları qeyd olunmuşdur [3].

O.V.Qalimov və həmmüəllif 42 xəstədə hernioplastika məqsədilə "regenerator stimulyator" olan – allotransplantatın inyeksion forması "Alloplant" istifadə etmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə 4 xəstədə yara ağırlaşmaları qeyd olunmuş, dinamik müşahidə 1 il-3 il ərzində aparılmış, 1 xəstədə residiv müşahidə olunmuşdur ki, bu da təcili əməliyyat olunan xəstələrdə erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə yaranın irinləməsi ilə izah olunmuşdur [7].

A.S.Ermolov və həmmüəlliflər 121 xəstənin 103-ndə polipropilen torla plastika aparmış, dinamik müşahidə 37% xəstədə 6 ay-1 il ərzində, 63%-də 1-2,5 il ərzində aparılmış, 1 xəstədə residiv qeyd olunmuşdur [14].

Gillion J.F. və həmmüəlliflər (1997) 158 xəstədə hernioplastika məqsədilə ftoretilen tordan istifadə etmişdir. 60 xəstədə inlay, 98 xəstədə onlay metodu tətbiq etmişdir. Erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə 6(4%) xəstədə ciddi ağırlaşmalar müşahidə olunmuşdur. 12(8%) xəstədə periproses: seroma (4), dərialtı hematoma (4), dərialtı abses (4) qeyd olunmuşdur. Uzaq nəticələrin müzakirəsi zamanı 7 xəstə ilə əlaqə itirilmiş, 9 xəstə əməliyyatla əlaqədar olmayan digər xəstəliklərdən vəfat etmişdir. 142 xəstə 1 ildən 7,5 il müddətində nəzarətdə olmuş, gecikmiş ağırlaşmalar 8 xəstədə olmuşdur ki, onlardan 2-si sepsisdən ölmüş, 2 yanaşı olaraq şəkərli diabeti olan xəstədə torun irinləməsi ilə əlaqədar tor çıxarılmış, 6(4%) xəstədə residiv qeyd olunmuşdur [37].

İstənilən hernioplastika üsulunun səmərəliliyinin əsas göstəricisi yırtıq residivinin olmamasıdır. Bu problemin həlli ƏSVY-ın patogenezinin öyrənilməsindən, eləcə də yeni texnologiyaların istifadəsi ilə hernioplastikanın metod və üsullarının işlənib hazırlanmasından ibarətdir. ƏSVY-ın müalicəsinə kompleks yanaşma residivlərin faizini maksimal şəkildə azaltmağa imkan verə bilər.

Beləliklə, əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların cərrahi müalicəsi barədə qeyd olunanlar bir daha problemin aktuallığına dəlalət etməklə, bu sahədə aparılan tədqiqatların vacibliyini şərtləndirir.

ƏDƏBİYYAT

1.Hadıyev S.İ., Cəlilov R.Ş. Qarın divarının əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarında alloplastika // Cərrahiyyə, 2005, № 2, s. 20-23

2.Абасов Б.Х., Аслан-заде Р.А.,' Гаджиев Дж.Н.. Новый способ пластики больших рецидивирующих грыж живота // Аз. мед. журнал, 1988, №4, с. 12-15

3.Борисов А.Е., Малкова С.К., Тоидзе В.В. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки // Вестник хирургии, 2002, № 6, с. 76-78.

4.Бородин И.Ф., Скобей Е.В, Акулик В.П. Оперативное лечение срединных послеоперационных грыж живота // Вестник хирургии, 1982, № 12, с. 29-31.

5.Веронский Г.И., Веронский Г.И., Зотов В.А. Применение никелид-титановых сплавов при пластике передней брюшной стенки // Вестник хирургии, 2000, № 5, с. 92-97

6.Гасымов Э.М. Современные подходы к хирургическому лечению послеоперационных грыж передней брюшной стенки: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Баку, 2006, 17с.

7.Галимов О.В., Мусин Р.З. Применение «стимулятора регенерации» при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж // Вести, хирургии, 2001, № 4, с. 84-81

8. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентье Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж // Здоровя, 2001, с. 97-98.

9. Губа О.А. Применение биоматериала «Аллоплант» в хирургическом лечении вентральных грыж: Автореф. дис. .. .канд. мед. наук. - Уфа, 1998, с.20

10. Гузеев А.И. Пластика при грыжах брюшной стенки с использованием синтетических материалов // Хирургия, 2001, № 12, с. 38-40

11. Джафаров Ч.М., Гасымов Э.М. Лечение послеоперационных и рецидивных грыж брюшной стенки // Saqlamlıq, 2005, №1, с.107-110

12. Джафаров Ч.М., Гасымов Э.М Современные подходы хирургического лечения грыж передней брюшной стенки // Səhiyyə, 2006, № 1, с. 6-9

13. Егиев В.Н., Рудаков М. Н., М. В. Сватковский. Герниопластика без натяжения тканей в лечении ПВГ // Хирургия, 2000, № 6, с. 18-20

14. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В. и др. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми эндопротезами // Хирургия, 2005, № 8, с. 16-21.

15. Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н.. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии, 1996, № 2, с. 105-108

16. Зубцов В.Ю., Шулутко А.М., Моисеев А.Ю. и др. Полипропиленовые сетчатые эндопротезы – метод выбора при послеоперационных вентральных грыжах. Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов / Материалы I международной конференции.- М., 2003, с. 49 – 50

17. Кармазов Ю.Е.. Ибатуллин Р.Д., Сауткин А.Г. Эндопротезирование сеткой из пролена при вентральных и паховых грыжах. / Мат. Симпоз. Актуальные вопросы герниологии. –М., 2001, с. 24-26

18. Корнилаев П. Г. Хирургическое лечение послеоперационных грыж живота // Клиническая хирургия, 1990, № 2, с. 1-3.

19. Коршунов А. И. Послеоперационные грыжи брюшной стенки и их лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1978. - 16 с.

20. Кравченко А.В., Гурсенова И.В., Дорошенко Г.Т. Хирургическое лечение больших и гигантских срединных послеоперационных грыж живота // Клиническая хирургия, 1992, № 2, с. 66-67

21. Лукомский Г.И., Шулутко А.М., Антропова Н.В. Частные аспекты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия, 1995, №1, С.51-53

22. Любянский В.Г., Насонов С.В., Кожемяцкий В.И.. Хирургическое лечение рецидивных после операционных вентральных грыж // Хирургия, 2004, № 11, с. 22-23

23. Мазурик М. Ф. Послеоперационные вентральные грыжи // Хирургия, 1985, №2, с. 113-116

24. Мариев А.И., Демьянюк Д.Г., Мазурик С.М. Хирургическое лечение больших послеоперационных вентральных грыж / Актуальные проблемы хирургии. Сборник науч. тр. Всерос. науч. конф. - Ростов-на-Д., 1998, с. 197-198.

25. Музальков В.А. Безнатяжная пластика послеоперационных грыжевых дефектов передней брюшной стенки полипропиленовым сетчатым эндопротезом:: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Воронеж, 2007, 24с.

26. Нарциссов Т.В., Брежнев В.П/ Послеоперационные вентральные грыжи // Сов. Медицина, 1991, № 1, с. 35-41

27. Рольщиков И.М., Кравцов Ю.А., Григорюк А.А. Применение рассасывающихся полимеров для пластики послеоперационных вентральных грыж // Хирургия, 2001, № 4, с. 43-45

28. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки // Клиническая хирургия, 2001, № 6, с. 59-64

29. Тимошин А.Д., Голота Е.А., Шестаков А.Л. Сравнительная оценка хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж //Герниология, 2006, №3, с.43.

30. Федоров В.Д., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия, 2000, № 1, с. 11-14

31. Яцентюк М.Н. Классификация послеоперационных грыж передней брюшной стенки // Вестник хирургии, 1978, №4, с. 28-31

32. Adloff M., Arnoud J.P.// Surgical management of large incisional hernias by an intraperitoneal Mersilene mesh and aponeurotic graft // Surg.Gyn. Obst., 1987, v.165, p.204-206

33. Eisner L. Incisional hernias // Chirurg, 1997, v. 63, p.304-309

34. Ellis H., Gajraj H., George C.D Incisional hernias: when do they occur? // Br.J.Surg, 1983, v. 70, p.290-291

35. Farthmann E.H., Mappes H.J. Tension-free suture of incisional hernia // Chirurg., 1997, v. 68, p.310-316.

36. Gecium I.E. Recurrence after incisional hernia repair: results and risk factors / I.E.Gecium, S.Kocak, S.Ersoz et al. // Surg.Today.- 1996.-Vol.26.- N8.-P.607-609.

37. Gillion J.F. Expanded polytetra-fluoroethylene patches used in the intrap-eritoneal or extraperitoneal position for repair of incisional hernias of the anterolateral abdominal wall // Am.J.Surg., 1997, v. 174, p.16-19

38. Hope T.K., Pless J.E.Giant ventral hernias and their repair. A 10 year follon up study // Scan.J. Plast. Reconstr. Surg. Hand. Surg., 1993, v27, p.311-315

39. Israelsson L.A., Jonsson T. Closure of midline laparotomy incisions with polydioxanone and nylon: the importance of suture technique // Brit. J.Surg., 1994, v.81, N 11, p. 1606-1608

40. Klinge U., Klosterhalfen B., Conze J. et al Modified mesh for hernia repair that is adapted to the physiology of the abdominal wall// Eur J. Surg., 1998, 164, 12, p.951-960

41. Majeski J. Migration of wire mesh into the intestinal lumen causing an intestinal obstruction 30 years after repair of a ventral hernia // South Med.J. 1998, v.91, N5, p.496-498

42. Molloy R.G., Moran K.T., Waldron RP. et al.. Massive incisional hernia: abdominal wall replacement with Marlex mesh // Br.J.Surg.., 1991, v. 78, N2, p.242-244

43. Whiteley M.S. Combined fascia and mesh closure of large incisional hernias // J.R.Coll.Surg.Edinb., 1998, v. 43, Nl, p.29-30

44. Young J.C., Goco I., Pennell T. A new technique for repair of large ventral hernias using the "starburst" meshclosure technique // Am.Surg.., 1994, v. 60, N3, p.160-162

SUMMARY

THE SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

P.H.Najafguliyeva

The purpose of present review article was to evaluate literature dates about the surgical treatment of postoperative ventral hernias. The author discuss about this problem. there were analised literature information about this problem. there were showed the russian and other materials.

Daxil olub: 05.09.2008

UŞAQLARDA BRONXİAL ASTMANIN YARANMASINDA SİTOKİN STATUSUNUN ROLU

A.A Əyyubova. N.H.Sultanova

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Müasir dövr üçün bronxial astma uşaqlar arasında sosial-tibbi problem olması ilə yanaşı, geniş yayılan allergik xəstəliklər sırasına da daxildir. Bu xəstəlik bronxların xroniki allergik iltihabı xəstəliyi olub, tənəffüs yollarının müxtəlif dərəcəli reporasiyası ilə səciyyələnən xəstəliyi kimi şərh olunur [1,5,18]. Bir çox alimlər bronxial astmanın xronikləşməsində immun sistemi tərəfindən yaranmış disbalansın rolunun böyük olmasını qeyd edirlər. Beləki, immun sistemi orqanizmin antigen hemostazının mütənasib saxlanmasında əsas sayılan sistemdir [2,7].

N.M.Berejnaya görə bronxial astmanın yaranmasında immunoloji çatışmazlığın əsas səbəbi T-limfositləri ilə sitokinlərin sekresyasına təsir göstərən iltihabı mediatorlarla qarşılıqlı əlaqənin olmasıdır.

Sitokinlər iltihabi prosesin erkən fazasında ifraz olunan,qan zərdabında çox kiçik konsentrasiya ilə (50 n/kq/ml-dən çox olmayaraq) təyin olunan, qısa müddətli immun müdafiəsinin formalaşmasına kiçik distantlı təsir göstərən molukullardır [12].

Hal-hazırda 32 interleykin aşkar olunmuşdur ki, onlar da bioloji effektliyinə və müxtəlif resseptorlarla əlaqələrinə görə fərqlənirlər [2]. Bizi alimlır sitokinləri allergik iltihabı proseslərdə polifunksional olmasını nəzərə alıb 3 əsas kateqoriyaya bölürlər [15].

Birinci kateqoriya-bütün iltihabı proseslərə təsir göstərən əsas iltihabönü sitokinlərdir ki, bunlara İL-1 ; ŞNF$_{\alpha}$ aiddir.

İkinci kateqoriyaya –İgE-nin əsas induktoru olan İL-4-ün sekresiyasını tormozlayan antiallergik effektə malik olan İFNγ və İL-10 sitokinləridir.

Üçüncü kateqoriya-allergik iltihabın gecikmiş fazasını saxlayan sitokinlərdir. Bunlara allergik iltihabın əsas simvolu və final effektoru olan eozinofillərin mobilizə və differensə olunmasını gücləndirən İL-2; İL-6; İL-8; İL-3; İL-4; İL-5 və s. aiddir (8, 13).

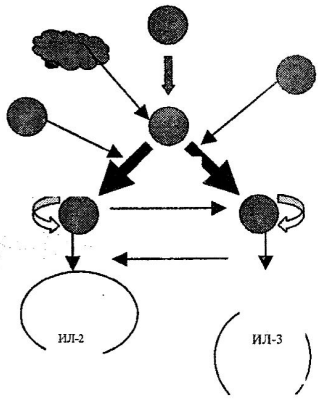
Sitokinlər bir-birinin funksiyalarını və hasil olmaqlarını gücləndirməklə yanaşı, əks təsir

də göstərə bilərlər. Beləki, sitokirnlərin hasil olmasından asılı olaraq T-limfositlərin subpopulyasiyaları olan Th_1 ilə Th_2 arasında əks əlaqənin yaranması qeyd olunur [16,22] (Şək. 1).

Müəyyən olunmuşdur ki, bronxial astmanın patogenezinə daxil olan iltihabı proseslərin koordinasiyası T-helper limfositlərinin Th_2 hüceyrələri tərəfindən aparılır [10,17].

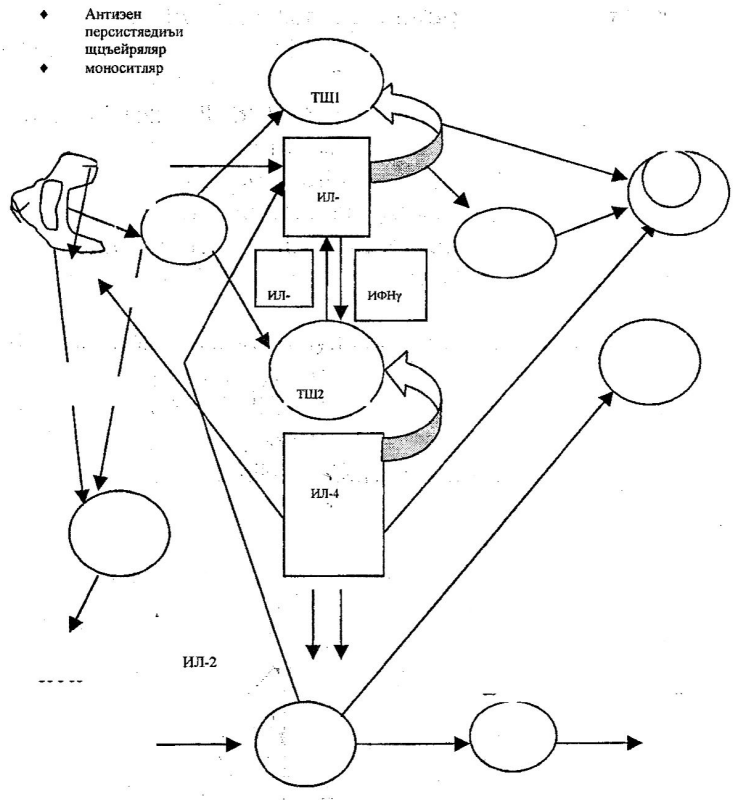
Th_2 hüceyrələri membran birləşdirən molekullarla (gp 39), tosqun hüceyrələri ilə, eozinofillərə oxşar profili sitokinlərlə (İL-4; İL-5 və b.) və eləcə də T limfositləri tərəfindən sekresiya olunan İgE antitelləri ilə qarşılıqlı əlaqə yaratmaqla yanaşı, pozitiv siqnallar yaradaraq allergik iltihabın saxlanmasına səbəb olur [3,15].

Səbəb yaradan allergenlər Th-2 ni aktivləşdirməsi nəticəsində TNF_α; İL-3; İL-4; İL-5; İL-6; İL-10 sintez və sekresiyalarının artmasına səbəb olurlar. Bununla yanaşı bir çox elmi-tədqiqatlarda qeyd olunur ki, yuxarıda adı çəkilən sitokinlərlə yanaşı iltihabönü sitokinlərdə, xüsusən İL-1β; İL-8; İL-2 –də immun reaksiyaların yaranmasında da əsas mediator hesab edilirlər [9].



Şək. 1. Sitokinlərin hasili

Belə ki, İL-2 antigen stimulyasiyasına cavab olaraq T limfositlərinin Th_1 subpopulyasiyası tərəfindən produksiya edilir. İL-2, Th_1 limfositlərinin proliferasiya və differensə olunmasını aktivləşdirərək İFNγ-nın produksiyasını artırır. Bunun nəticəsi olaraq Th_2 hüceyrələrinin qovulması baş verir [14,19,21]. Bu interleykin həmçinin TNFα stimulyasiya edərək neytrofillərin antimikotik aktivliyini artırır (20).



Şək. 2. İL-2- nin immun cavabın tənzimlənməsində rolu (A.M.Popov, 2004)

CD4 və CD8 limfositləri tərəfindən aktivləşmiş antigenlərin proliferasiyasını stimulə edilməsində İL-2 əsas rol oynayır. Bununla yanaşı İL-2 bir çox sitokinlərin sekresiyası ilə yanaşı, onların reseptorlarına ekspresiv təsir göstərir. (şəkil2). Beləki, İL-2 İFNγ-nın sintezini artıraraq, aktivlşmiş T-hüceyrələrini apoptozdan qoruyur.

Bronxial astmalı uşaqların immunoloji müayinəsi, immunokompetent hüceyrələrin differensə olunmasının pozulması nəticəsində immun sistemin çatışmazlığını aşkara çıxararaq allergik iltihabı prosesin əmələ gəlməsinə səbəb olurlar [7]. Bununla yanaşı yaranmış iltihabı proses zədələnmiş toxumaya iltihabönü sitokinlərin iştirakı ilə patogenlərin toplanması nəticəsində baş verir. Bu cür iltihabönü sitokinlərə İL-1; ŞNFα; İL-6 və başqaları aiddir. Bu sitokinlər xüsusən də İL-6 iltihab yerinə makrofaqlar, monositlər tərəfindən sintez olunaraq, damar divarının keçiriciliyini artıraraq, adqeziyaya uğramış molekulların ekspresiyasını çoxaldır. Bunun nəticəsi olaraq kiçik molekulu iltihabı mediatorlardan histamin, prostoqlandinlərin və s. azad olması çoxalaraq iltihabı prosesin böyüməsinə səbəb olurlar [11]. İl-6 B limfositlərin proliferasiyasının kofaktoru olaraq, bütün növ immunoqlobu- linlərin hasil olmasını bərabər stimulə edir.

Müasir ədəbiyyatlarda qeyd edilir ki, İFNγ və İL-2 faqositozun güclü aktivatoru olmaqla, hüceyrə tip immun cavabında mərkəzi yer tutduğu halda, İL-4; İL-5; İL-10 isə humoral tip immun cavabın formalaşmasında iştirak edirlər. Müəyyən olunmuşdur ki, İFNγ Th_0 limfositlərin Th_1 hüceyrələrinə istiqamətlənməsini differensə olunmasını induksiya edərək, Th_2 hüceyrələrin formalaşmasını ingibə edir.İL-4 isə Th_0 limfositləri Th_2 hüceyrələrinə differensə olunmasını istiqamətləndirir. İL-10 isə İL-4 ilə birlikdə Th_1 limfositlərin əmələ gəlməsini və makrofaqların funksiyasını inqibə edir [6,23].

Beləliklə, İL-10 Th_1 hüceyrələrinin aktivliyini aşağı salmaqla, iltihabönü sitokinlərin produksiyasını azaldaraq iltihabəleyhinə sitokinlər qrupuna aid edilir.

Bir çox elmi işlərdə bronxial astmalı xəstələrin tənəffüs yollarının bakterioloji analizində mikrobların göbələk mənşəli olması aşkarlanmışdır [18,21].

Guman edilir ki, bir çox potoqenlər, xüsüsen hüceyrədaxili bakteriyalar və viruslar, makrofaqlar, təbii killer hüceyrelerini aktivləşdirərək İL-12 və İFNγ-nın produksiyasına səbəb olurlar [4,9].

İL-12 makrofaqlarla, limfositler arasında qarşılıqlı əlaqəni yaradaraq, T-helperlerin Th_1 istiqamətdə differensə olunmasını stimulaşdırır .Bunun nəticəsi olaraq bronxial astmalı xəstələrdə İL-12 hüceyrə və humoral immunitetlərin qarşılıqlı əlaqəli münasibətlərini requlyasiya edir. Bununla yanaşı İL-12 təbii killerlərin aktivliyini stimulə etməklə yanaşı, B limfositlərini aktivləşdirmək qabiliyyətinə də malikdirlər [9].

Beləliklə, bronxial astmalı uşaqlarda sitokinlərin bioloji effektivliyinin öyrənilməsi, onlar arasında olan kompensator çatışmazlığını korrelyasiya xarakter daşımasına şərait yaradaraq, bu cür xəstələrə yeni profilaktik və müalicəvi tədbirlərin işlənib hazırlanması üçün müasir zəmin yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Алексеева Л.Г., Свирицевская Е.В. Новые направления в иммунотерапии аллергических заболеваний // Иммунология, 2007, №5, с.310-317

2. Бережная Н.М. Цитокиновая регуляция при потологии стремительное развитие и неизбежные вопросы //Цитокины и восполение, 2007, №2, с.26-34

3. Белова О.И. Клинико-патогенетическое значение интерлейкина-4 и γ-интерферона при бронхиальной астме у детей / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / Под ред. Ю.Л. Мизерницкого и А.Д. Царегородцева.- Москва-Иваново, 2002, Вып.2, с.129-130

4. Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика / Научно-практическая программа.- М., 2004, 48 с.

5. Геппе Н.А., Волков И.К. Перспективы развития и проблемы детской пульмонологии в России // Пульмонология, 2007, №4, с.5-6

6. Зайцева О.В. Бронхиальная астма и респираторные инфекции у детей // Пульмонология, 2007, №4, с.106-111

7. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Торшхоева Р.М. и др. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций // Педиатрическая фармакология, 2005, Т.2, №1, с. 3–7

8. Попович А.М., Егорова В.Н. Интерлейкин-2: опыт клинического применения.- СПб: Издательский дом "Новости правопорядка", 2006, . 39 с.

9. Просекова Е.В., Деркач В.В., Шестовская Т.Н., Нетесова С.Ю. Аллергические заболевания у детей: особенности цитокинового и иммунного статуса // Имм/нология, 2007, №3, с.157-161

10. Струкова В.И. Бронхиальная астма. Современный взгляд на лечение и профилактику.- СПб.: Весь, 2006, 160 с.

11. Александрова Ю.Н. О системе цитокинов // Педиатрия, 2007, №3 с

12. Ковальчук Л.В, Ганковская Л.В., Мазо Е.Б., Вирясов А.В. Факторы врожденного иммунитета и цимуннотерапия у больных хроническим бактериальными инфекциями. //Аллергология и иммунология, 2006, №4, с.509

13. Adner M., Rose A.C., Zhang Y. et al. An assay to evaluate the long-term effects of inflammatory mediators on murine airway smooth muscle: evidence that TNF upregulates 5-HT(2A)-mediated contraction // Br J Pharmacol., 2002, v.137, p.971–982

14. Bates J.H.T., Cojocaru A., Haverkamp H.C. et al. The Synergistic Interactions of Allergic Lung Inflammation and Intratracheal Cationic Protein // Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2008, v.177, N3, p.261-268

15. Flood-Page P.T., Menzies-Gow A.N., Kay A.B., Robinson D.S. Eosinophil's role remains uncertain as anti-interleukin-5 only partially depletes numbers in asthmatic airway // Am J Respir Crit Care Med., 2003, v.167, p.199–204

16. Kumar R.K., Foster P.S. Modeling allergic asthma in mice: pitfalls and opportunities // Am J Respir Cell Mol Biol., 2002, v.27, p.267–272

17. Lee J.J., Dimina D., Macias M.P. et al. Defining a link with asthma in mice congenitally deficient in eosinophils // Science, 2004, v.305, p.1773–1776

18. Moore W.C., Peter S.P. Update in Asthma 2006 // Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2007, v.175, No7, p.649-654

19. Ochkur S.I., Jacobsen E.A., Protheroe C.A. et al. Coexpression of IL-5 and Eotaxin-2 in Mice Creates an Eosinophil-Dependent Model of Respiratory Inflammation with Characteristics of Severe Asthma // J. Immunol., 2007, v.178, N12, p.7879-7889

20. Osborne M.L., Pedula K.L., O'Hollaren M. et al. Assessing Future Need for Acute Care in Adult Asthmatics: The Profile of Asthma Risk Study: A Prospective Health Maintenance Organization-Based Study // Chest, 2007, v. 132, N4, p.1151-1161

21. Rolph M.S., Sisavanh M., Liu S.M., Mackay C.R. Clues to asthma pathogenesis from microarray expression studies // Pharmacol. Ther.,2006, v.109, p. 284–294

22. Yamashita S., Tanaka Y., Tsutsumi S. et al. Analysis of mechanism for human gammadelta T cell recognition of nonpeptide antigens // Biochem. Biophys. Res. Commun., 2005, v.334, p.349–360

23. Yang G., Li L., Volk A. et al. Therapeutic dosing with anti-interleukin-13 monoclonal antibody inhibits asthma progression in mice // J Pharmacol Exp Ther., 2005, v.313, p.8–15

SUMMARY

THE ROLE OF INTERLEUKINS IN THE CHILDREN HAVING BRONCHIAL ASTHMA.

A.A. Eyyubova, N.Q.Sultanova

Article deals with pathogenetic role of interleukins in the regulation of immune response in the children having BA. Chronic allergic inflammation of respiratory tract is followed by disorder of differentiation of immunocompetent cell and particularly in cytokines.

Daxil olub: 23.06.2008

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Ф.Ф.Агаев, Н.Н.Саттарова

НИИ легочных заболеваний МЗ Азербайджанской Республики, г. Баку

Туберкулез периферических лимфатических узлов занимает одно из ведущих мест в структуре внелегочного туберкулеза. Данная форма туберкулеза является самой частой среди внелегочных форм (38%). Диагностика туберкулеза периферических лимфатических узлов остается актуальной проблемой фтизиатрии [4,20,22]

В настоящее время актуальным для фтизиатрии является разработка новых диагностических методов с целью повышения эффективности лечения. Особое значение

эта проблема приобрела в связи с ухудшением эпидемической ситуации по туберкулезу. Верификация специфической этиологии лимфаденита на основании одного из исследований: клинического, морфологического или бактериологического нередко бывает затруднена. Учитывая данный факт, комплексное использование вышеперечисленных технологий являются актуальными проблемами оптимизации диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов [1,18,19].

Хорошо известны трудности, возникающие при диагностике туберкулеза периферических лимфатических узлов, особенно на ранней его стадии, поскольку отсутствуют клинические, патогномоничные признаки этого заболевания. До настоящего времени, сложности диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов на амбулаторном этапе приводят к позднему направлению больных в противотуберкулезные учреждения и в связи с этим к прогрессированию и осложненному течению специфического процесса [2,6].

Важное значение имеют указания на контакт с больным туберкулезом, перенесенные лимфадениты, полисерозиты, обнаружение рубцов на коже в зоне заживших свищей. Более чем в 80% случаев одновременно с поражением периферических лимфатических узлов выявляют характерные для туберкулеза изменения в легких, внутригрудных лимфатических узлах, бронхах или в других органах [8]. При рентгенологическом исследовании в периферических лимфатических узлах обнаруживаются мелкие петрификаты, крошковидные тени и обызвествления с выраженными узорами по краям [10].

Большое значение для диагностики и определения активности туберкулезного процесса в лимфатических узлах имеют подкожная туберкулиновая проба Коха, микробиологическое исследование пунктата лимфатического узла и отделяемого из свищей, позволяющее обнаружить микобактерии туберкулеза. Наибольшую информацию получают при цитологическом исследовании материала, полученного при пункции лимфатического узла или, что достовернее, при гистологическом изучении биоптата. Биохимическое и иммунологическое исследование крови имеют важное, но вспомогательное значение, как и результаты туберкулиновых проб Манту и Пирке, которые обычно бывают положительными или гиперергическими [5,19]. Несвоевременное выявление внелегочного туберкулеза, в том числе и туберкулеза периферических лимфатических узлов можно объяснить сложностями его диагностики [6,11,20]

Для выявления внелегочного туберкулеза не существует такого метода, как флюорография, который используется для своевременного выявления больных туберкулезом органов дыхания. В 50% случаев бактериологическое подтверждение диагноза происходит при изучении операционного материала. В диагностике туберкулеза периферических лимфатических узлов важное значение придаётся анамнезу [7,9,1218].

Все диагностические методы можно разделить на 2 основных типа. К первому, общему для всех заболеваний, относятся методы, основанные на определении тех или иных характерных для данного заболевания изменений в организме. В случае туберкулеза прямыми методами этого типа являются морфологические и лучевые методики, косвенными- классические методы непосредственного обследования больного, различные лабораторные исследования (клинические, биохимические, некоторые иммунологические и пр.), методы функциональной диагностики.

Второй тип диагностических методов, применяемых только при инфекционных заболеваниях, составляют методы, направленные на поиск и идентификацию возбудителя заболевания. Это могут быть либо прямые методы (микроскопия диагностического материала, выделение культуры микроорганизмов), либо методы, позволяющие определить его присутствие в организме косвенно (например, по наличию специфических антител). Косвенные методы определения наличия микобактерий туберкулеза в организме больного основаны в основном на выявлении специфических антител.

Традиционно первым методом является туберкулинодиагностика, заключающаяся в выявлении антител, фиксированных нами клеток (лимфоциты, мононуклеары), при взаимодействии их с туберкулином. Методы туберкулинодиагностики сохранили свое значение только среди пациентов детского и подросткового возраста, когда результат

пробы Манту является одним из диагностических критериев [3,9]. Кроме того, некоторое вспомогательное значение в диагностике внелегочного туберкулеза имеют пробы с подкожным введением туберкулина, когда ориентируются на характерную очаговую реакцию [11]. Следующим этапом диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов является биопсия узла, выполняемая при пункции или его удалении. Пункция лимфатических узлов с цитологическим исследованием полученного материала получила значительно меньшее признание, чем хирургическая биопсия, что связано с меньшей информативностью и с определенными трудностями получения патологического материала [2,5,13,15].

Одним из методов в дифференциальной диагностике туберкулеза периферических лимфатических узлов является использование полимеразной цепной реакции (ПЦР) на материале ткани лимфатического узла [13]. Методы молекулярной биологической диагностики, основанные на ПЦР, вызывают по сравнению с другими методами большой интерес, так как гораздо чаще обнаруживают МБТ. Эта реакция обладает преимуществом в случаях ограниченных форм туберкулеза и малого количества МБТ, выделяемых больными [10,16,27].

В связи с этим ПЦР-диагностику МБТ представляется целесообразно использовать в практике диагностических лабораторий противотуберкулезных учреждений только как дополнительной экспресс-метод для получения ориентировочных результатов при обязательном параллельном применении классических микробиологических и цитоморфологических методов диагностики туберкулеза [2,20,23].

Необходимо подчеркнуть, что наиболее разработанным и надежным методом дифференциальной диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов является гистологическое исследование. Однако и здесь встречаются известные трудности. Туберкулезная гранулема имеет то же морфологическое выражение, встречающееся при многих патологических процессах. С другой стороны, в ряде случаев явный туберкулез, не дающий никаких оснований сомневаться в этом диагнозе, проявляется в лимфатическом узле в виде гиперплазии неспецифического типа, предшествующей дифференцировке эпителоидных и гигантских многоядерных клеток [14,15,21].

С другой стороны морфологическое исследование, являясь ответственным этапом дифференциальной диагностики туберкулезного лимфаденита, не может определять весь комплекс исследований. Заболевание распознается при том условии, когда приняты во внимание все клинические данные с учетом патологического процесса в других органах [2,17,19,28]

Как показали данные исследований последних лет, для современной диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов значимость лабораторных методов распределяется следующим образом: гистологический метод – чувствительность 94,4%, специфичность 99%; иммунологический метод – определение противотуберкулезных антител в ткани лимфатического узла чувствительность 88,2%, специфичность 92,3%; выявление микобактерий туберкулеза в ткани лимфатического узла методом ПЦР, чувствительность 84,0%, специфичность 82,4%; цитологический метод – исследование мазков-отпечатков ткани лимфатического узла- чувствительность 55,6%, специфичность 83,1%; бактериологическое исследование ткани лимфатического узла методом бактериоскопии микобактерий туберкулеза выявлены в 8.3%,методом посева – в15%, в отделяемом из свищей бактериоскопией и посевом положительные данные определялись в 25% случаев [23,26].

Бактериологический (культуральный) метод более значим, чем микроскопия. Для выявления МБТ путем посева достаточно 20 МБТ в материале. Если сравнить эту цифру с возможностями бактериоскопии, то выяснится насколько выше возможности посева патологического материала. С помощью посева можно выявить не только МБТ, но и определить их чувствительность к лекарственным препаратам, устойчивость, вирулентность и другие особенности [15,28].

Бактериологический метод имеет и недостатки: выявление МБТ требует значительного времени, метод очень сложен, для его осуществления нужно создавать специальные лаборатории. Все эти материалы следует доставлять в лабораторию в

стерильных и плотно закрытых упаковках. Процесс диагностики ТПЛУ должен включать обязательные, последовательно проводимые этапы. Рекомендуется применение усовершенствованной схемы-алгоритма диагностики туберкулеза периферических лимфоузлов, состоящей из трех этапов: 1) установление этиологии заболевания, поддающейся гистологической и бактериологической верификации; 2) установление степени вероятности туберкулезной этиологии заболевания; 3) верификация туберкулезной этиологии лимфаденита с помощью использования новых методик [11,16,17].

В компоненты современного диагноза туберкулеза входят нозологический диагноз, история случая (анамнез), клиническая форма, локализация и протяженность, контагиозность, осложнения, функциональные расстройства, фоновые заболевания, свойства возбудителя [23,24].

В практической медицине единственным общепринятым методом, позволяющим установить точный диагноз, принято считать гистологическое исследование удаленных лимфатических узлов, а также поиски в их ткани МБТ путем окраски гистологических препаратов, изучения мазков и посева операционного материала на питательные среды. Этот метод эффективен при типичных, выраженных и далеко зашедших туберкулезных поражениях лимфатических узлов [8,11,12]. Для уточнения диагноза из лимфатического узла аспирируется гной и некроз. Иногда лимфатический узел разрезают и убирают, а затем проводят морфологическое обследование. В инфильтративной и казеозной формах при обострении болезни наблюдается повышение температуры тела, интоксикация и соответствующие изменения в крови: нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитоз, лимфопения. При многочисленных казеозных лимфатических узлах может развиваться гипохромная анемия [19,22].

Дифференциальный диагноз проводится с лимфаденитами нетуберкулезной этиологии, бруцеллезом, туляремией, лимфогранулематозом, срединными и боковыми кистами шеи, метастазами злокачественных опухолей в лимфатические узлы [3,10,27]

При деструктивных формах туберкулезного лимфаденита обнаруживаются начальные или распространенные изменения, иногда сочетающиеся с наличием свищевых ходов. В таких случаях в пораженной ткани имеются мелко- и крупноочаговые скопления распадающихся нейтрофильных гранулоцитов с пикнотическими ядрами, ядерного детрита, макрофагов с мелкими базофильными включениями в цитоплазме [2,14,18].

Показаниями к ультразвуковому исследованию являются случаи увеличенных шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов, а также для дифференциальной диагностики кист шеи или злокачественных опухолей [9,18]. В наиболее сложных случаях для этих же целей используют компьютерную томографию, ядерно-магнитный резонанс [3,15].

Следует отметить, что информативность бактериологического метода диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов не высокая [25]. Так, при бактериологическом исследовании заведомо пораженных туберкулезом периферических лимфатических узлов, не всегда удается выделить микобактерии туберкулеза.

Таким образом, общепринятым методом, для уточнения диагноза туберкулеза периферических лимфатических, принято считать гистологическое исследование содержимого узла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова В.А., Шилова М.В., Хрулева Т.С. Пособие для специалистов общей лечебной сети по своевременному выявлению больных туберкулезом.- М., 1995

2. Аникина Ф.С., Филалаева Т.М., Ципленкова А.П. и др. Внелегочный туберкулез – актуальные проблемы здравоохранения.- СПб., 1997, с. 33-34

3. Аренский В.А., Самусевич Л.И., Царева В.В. / Актуальные проблемы организации борьбы с туберкулезом: Тр. Моск. НИИ туберкулеза.- М., 1990, Т.119, с. 19-23

4. Ахметов А.А / Вопросы диагностики и лечения туберкулеза на современном этапе.- Алматы, 1983, с. 19-23

5. Баринов В.С., Ариэль Б.М., Прохорович Н.А., Потапенко и др. Общие и местные особенности туберкулезного лимфаденита при специфическом процессе в органах дыхания / Актуальные вопросы диагностики и лечения туберкулеза: Науч. труды Всерос. Науч.- практ. конф. / Под ред. Ю.Н. Левашева.- СПб., 2005, с. 68-70

6. Баринов В. БС., Прохорович Н.А., Рогозов Л.И. Особенности клиники и лечения туберкулеза периферических лимфатических узлов / Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения.- СПб.: ВМА, 1999, с.299-300

7. Баринов В. БС., Прохорович Н.А., Рогозов Л.И. Дифференциальная диагностика лечение туберкулезного лимфаденита / Акт. вопр. клиники, диагностики и лечения.- СПб.:ВМА, 1995, с.326

8. Баринов В.С., Прохорович Н.А., Семенченко П.В. Ролб хирургического вмешательства в комплексном лечении туберкулеза периферических лимфатических узлов /Сб. науч. работ, посвящ. 120-й годовщине открытия Р. Кохом возбудителя туберкулеза. Комитет по здравоохранению администрации Санкт- Петербурга.- СПб., 2002, с. 114-118

9. Беллендир Э.Н., Шендерова Р.И. и др. Особенности иммунопатогенеза внелегочного туберкулеза различных локализации по данным экспериментальных и клинических исследований / Внелегочный туберкулез. Актуальная проблема здравоохранения.- СПб., 1997, с. 25

10. Беллендир Э.Н., Шендерова Р.И. Патогенетический аспект диагностики туберкулезного лимфаденита // Пробл. туб., 1998, № 4, с. 46 - 48

11. Беллендир Э.Н, Савина Т.А. Диагностика туберкулезного лимфаденита с помощью иммунологического теста: Методические рекомендации.- СПб., 1998

12. Бубочкин Б.П., Ободзинский В.Н., Харламов А.А. Некоторые проблемы диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов // Проб. Туб., 1998, №1, с. 26

13. Васильев А.В., Шендерова Р.И., Вербов В.Н. Тест-система диагностическая иммуноферментная для выявления антител к возбудителю туберкулеза.- СПб.: М., 1993

14. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез.- 2000, с. 399-409

15. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез.- 2000, с.4

16. Васильев А.В., Гарбуз А.Е., Тиходеев С.А. и др. Активное выявление больных внелегочным туберкулезом в учреждениях общей лечебной сети: Мет. рек.- СПб., 1995, 25с

17. Г.С.Гаджиев, Г.М.Исмайлов, А.А. Мусаева и др. Ошибки позднего выявления туберкулеза органов дыхания у подростков лечившихся в соматическом стационаре / Сборник тезисов II съезда фтизиатров и пульмонологов Азербайджана.-Баку , 2004, с.58

18. Иргутанова О.А. , Смирнова Н.С. Лабораторная диагностика туберкулеза / Под ред. В.И. Литвинова, А.М. Мороза.- М., 2001, с.40

19. Ковальчук Л.В., Павлюк А.С. // Иммунология, 1996, № 1, с. 10-15

20. Охорзина Н.А. Диагностика и эффективность комплексного лечения туберкулеза периферических лимфатических узлов у детей и подростков: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- СПб., 2002, 22с.

21. Савина Т.А. Лимфаденопатии различной этиологии в клинике туберкулеза периферических лимфатических узлов: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- СПб., 1997, 25 с.

22. Семенченко П.В., Ариэль Б.М., Баринов В.С. Патоморфологические особенности туберкулеза периферических лимфатических узлов / Актуальные вопросы выявления, диагностики и лечения внелегочного туберкулеза: Науч. труды Всерос. науч.-практ. конф.- СПб., 2006, с. 231-233

23. Шендерова Р.И., Беллендир Э.Н., Савина Т.А. Диагностика туберкулеза периферических лимфатических узлов с применением иммунологических тестов / Сб. трудов науч. сессии института.- Екатеринбург, 1996, с 25-27

24. Шилова М.В., Кучеров А.Л., Хрулева Т.С. и др. Организация выявления больных туберкулезом с применением лучевых, клинических и микробиологических методов: Метод. Указания.- М., 2000, с. 3-8

25. Щерба Б.В., Беллендир Э.Н., Надежников Т.А. Патогенез, ранняя диагностика и лечение туберкулеза периферических лимфатических узлов // Пробл. туб., 1993, № 2, с.39

26. de Beenhouwer H., Lhiang Z., Jannes G. et al. // Tub. Lung Dis., 1995, v. 76, p. 425-430

27. Chemtob D., Goldbatt D., Lavy A. // Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2000, v. 5, Sup. 1, p. 36

28. Lilleback T. // Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2001, v. 5, N 11, Suppl.1, p. 35

SUMMARY

MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS OF A TUBERCULOSIS OF PERIPHERAL LIMPH NODES

F.F. Agayev, N.N. Sattarova

It is necessary to note, that informations a bakteriological method of diagnostics of a tuberculosis of peripheral lymph nodes is not higs. So, at bacteriological research of peripherial limph nodes obviously amazed by a tuberculosis, it is not always possible to allocate micobacterias a tuberculosis. Thus, the the standart method, for specification of the

diagnosis of a tuberculosis periferal lymphatic, it is considered to be histologic research of the contained unit.

Daxil olub: 11.08.2008

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И СИМПТОМАТИКА ПАРАЛИЧЕЙ ГОРТАНИ

Р.М. Гашимли
Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева

ЭТИОЛОГИЯ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ. Паралич голосовых складок может быть врождённым или приобретённым. Это вторая после врожденной дисплазии, по встречаемости врождённая патология гортани, составляющая приблизительно 10% от общего числа. Врождённый паралич голосовых складок может наблюдаться как при неврологической, сердечной либо ларингеальной патологии.

У большинства детей с врождённым параличом голосовых складок, сопряжённым с иной патологией паралич в большинстве случаев вторичен по отношению к врождённым аномалиям [20]. В 100% случаев паралич гортани встречается в синдроме Арнольда-Киари (гидроцефалия, компрессия ствола мозга, сирингомиелия). Гидроцефалия с или без синдрома Арнольда-Киари наиболее частая самостоятельная аномалия у таких детей [20,46]. Аномалии ствола мозга могут вызвать паралич голосовых складок позже в юности либо в период зрелости, если аномалии были не столь резко выражены, чтобы вызвать паралич складок в период новорожденности [11]. Остальные случаи включают родовую травму и хирургические вмешательства. Некоторые причины всё ещё остаются неизвестными, или относятся к идиопатическим [35]. Инфекции, неоплазмы, синдром Гильена-Барре [20], полиомиелит, травма шеи [49], сифилис [16], утопление, пневмония, инфаркт ЦНС [51], опухоли ствола мозга [38], синдром Reye [48] и синдром Эпштейна [23] довольно редко встречающиеся случаи у детей.

В большинстве изученных случаев число врождённых двухсторонних параличей преобладает над односторонними параличами [16,20]. Emery et al. описали большое число случаев одностороннего паралича ввиду того, что включили родовую травму в число врождённых случаев [13].

У взрослых большая часть случаев паралича голосовых складок является приобретеной и образуется в результате болезней или хирургических вмешательств на областях, смежных с блуждающим нервом или его гортанными ветвями, по ходу его от мозга до гортани. Периферические поражения, повреждающие блуждающий нерв или его ветвление ответственны за 90 % всего паралича голосовой складки [15]. В большинстве этиологических обзоров паралича голосовых складок случаи параличей разделяются на следующие категории: идиопатические, хирургия щитовидной железы и злокачественные новообразования [8,53]. В связи с ростом количества оперативных вмешательств на щитовидной железе и других органах шеи и грудной клетки, а так же расширением их объема, послеоперационных реанимационных мероприятий категория подобных больных, в том числе и детей стала увеличиваться [1,3,5,6,9]. Hirano et al. сообщают о 111 случаях паралича гортани из 684 пациентов, оперированных по поводу рака желудка [50]. По данным Ковалевской Л.С. и Гашимли Р.М. чаще всего причиной двустороннего паралича гортани служили оперативные вмешательства, выполнявшиеся на шее [2,4]. Случаи паралича голосовых связок (ПГС) в результате респираторной инфекции относятся к идиопатическим. По данным некоторых авторов, доля идиопатических случаев от общего количества удивительно мала [33,52]. Можно предположить, что такая разница может быть обусловлена лучшей диагностикой. С другой стороны, Yamada et al. опубликовали результаты их исследований по этиологии паралича голосовых складок, они пишут, что 41 процент всех случаев параличей голосовых складок приходится на идиопатические случаи [56]. Про этиологию ПГС написано много, но эта область была оценена практически всего лишь в двух исследованиях [54,56]. Средняя годовая заболеваемость, начиная с 1952 года по 1957, была около 0,08% от общего числа всех новых пациентов в Королевском Национальном Госпитале Оториноларингологии Лондона [54]. По результатам Yamada et al., приблизительно

у 1-2% всех пациентов госпиталя Университета Kurume был зарегистрирован паралич возвратного гортанного нерва [56]. Годовая заболеваемость за 10 лет с 1971 по 1980гг составила 50,4*10-7. Число пациентов было наибольшим в седьмой декаде, и после усреднения данных заболеваемость была сведена по возрастной шкале к цифрам (3,2-164,3)*10-7.

Таким образам, несмотря на многочисленные работы по этому вопросу, этиология параличей гортани до сих пор так и не ясна; и хотя у взрослых есть какие-то определения, у детей этиология параличей гортани нуждается в доработке.

ПАТОГЕНЕЗ ПАРАЛИЧЕЙ ГОРТАНИ. Блуждающий и возвратный гортанный нервы могут быть повреждены при травмах шеи [37] или при хирургических операциях на шее [31] или средостении [50]. Наиболее часто они повреждаются при операциях на щитовидной железе или при инфильтративном росте злокачественного новообразования шеи, или средостения [6]. Zitsch и Reilly в 1987 г. выдвинули 4 теории о связи между повреждением возвратного гортанного нерва и болезнью сердца [57]. Паралич голосовых складок может быть вызван перекрутом и сдавливанием нерва сердцем, сдавливанием расширенной лёгочной артерией и заросшим лёгочным протоком либо дугой аорты [47], растяжением возвратного нерва аневризмой дуги аорты [55] или вторичными местными факторами такими, как увеличенный лимфоузел или кальцинированная бляшка аорты. Блуждающий или гортанный нерв могут быть сдавлены или растянуты злокачественной опухолью в области: основания черепа [28], щитовидной железы [39], паращитовидной железы [45], или лимфоузлом в средостении [27]. Ясно, что те же механизмы могут иметь место и при саркоидозе [40], верхушечном или средостенном туберкулёзе [42], аневризме сонной артерии [7], аневризме подключичной артерии. Подозревается, что вирусы [26] и Borrelia Burgdorferi [41] являются этиологическими агентами в развитии параличей голосовых складок, так как предваряют респираторные заболевания и позитивируют серологические тесты. Вовлечение дорсальных корешков и ганглиев, а также возвратного нерва при их поражении было продемонстрировано у пациента с параличом голосовых складок в случае с синдромом приобретённого иммунодефицита [14].

Согласно некоторым исследованиям, идиопатический паралич голосовых складок предположительно может быть связан с нарушениями в центральной нервной системе и, по всей вероятности, схож по механизму развития с идиопатическими параличами черепных нервов такими, как паралич лицевого нерва, потеря обоняния и внезапная глухота [52].

Назогастральные зонды [43], а также пищеводные бужи [25] могут вызывать паралич голосовых складок, как следствие воспаления перстневидного хряща и нейроапраксии задней ветви возвратного гортанного нерва.

Считается, что при постинтубационном параличе голосовых складок механизм повреждения возвратного гортанного нерва заключается в его сдавливании между щитовидной пластинкой и перстневидным хрящом надувной манжеткой зонда [12]. Другой возможный механизм – это переразгибание шеи в процессе интубации или оперативного вмешательства, которое может вызвать растяжение и паралич блуждающего нерва, который фиксирован возвратным нервом в средостении [34]. Hirose et all. предположили, что постинтубационный паралич с большей степенью вероятности обусловлен нейрапраксией ишемического происхождения, вероятно вследствие механического сдавливания кровеносных сосудов, питающих возвратный нерв на уровне надувной манжетки зонда [19].

Предполагается, что у пациентов с сахарным диабетом патофизиологическим механизмом паралича является очаговая ишемия или инфаркт, вследствие тромботической или эмболической окклюзии сосудов возвратного гортанного нерва или какого-либо проксимального сегмента блуждающего нерва, несущего волокна возвратного нерва [21].

У больных с системной красной волчанкой может быть перекрёстная реакция антител на фосфолипиды с антигенными детерминантами фосфолипидов центральной нервной системы такими, как, например, сфингомиелин, также возможна тромбоэмболическая реакция или васкулит, поражающий сосуды, питающие возвратный гортанный нерв. Указанные процессы ведут к параличу.

Определённые препараты, особенно гидралазин, могут вызывать побочные эффекты фактически схожие с клиническими проявлениями системной красной волчанки, в частности одна из форм поражения гортани – это паралич голосовых складок [18].

При тяжелой миастении, которая является наиболее общим случаем поражения

мышечной ткани вызывающей дисфонию, слабость и внезапные параличи вызываются иммуноглобулином, реагирующим с рецепторами ацетилхолина в нейромышечных синапсах. При боковом амиотрофическом склерозе происходит гибель двигательных нейронов на всех уровнях центральной нервной системы, демиелинизация пирамидного пути и гибель клеток передних рогов спинного мозга и бульбарных двигательных ядер [44]. Также некоторые другие неврологические заболевания, такие как синдром Ши-Дрэгера, болезнь Паркинсона и синдром Гильена-Барре, были отмечены как вызывающие ПГС. Giese et al., отмечали клинические случаи параличей вследствие лучевой терапии для всех черепных нервов за исключением III, IV и V [17]. Дозы облучения, вызывающие паралич, превышали 60Гр. Было сделано предположение что нейропатия вследствие облучения развивается в две фазы [32]. Первичный прямой эффект включает изменения в электрофизиологии и гистохимии. В более поздней фазе отмечается фиброз окружающих нерв тканей и повреждение сосудов, питающих нерв. Takimoto et al., предоставили сведения о вызванном радиацией параличе подъязычного нерва и голосовых складок [36]. Кроме того, был отмечен ПГС в результате терапии радиоактивным йодом.

СИМПТОМАТИКА ПАРАЛИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ. При одностороннем ПГС отмечаются изменения в качестве голоса такие, как хриплость, гнусавость, диплофония, снижение громкости, сокращение продолжительности звучания и сужении диапазона [24]. Согласно Luchsinger et al., паралитическая дисфония зависит от следующих факторов [30]: начало паралича; положения обездвиженной складки; постоянных структурных изменений в складках; формы надгортанника; разницы уровней складок; положения черпаловидных хрящей; тип и степень компенсации, достигаемой незатронутыми структурами гортани; эмоциональная реакция пациента на нарушение его способности к речи, также как и его навыки в преодолении этого.

Хотя неполное прикрытие входа в гортань надгортанником является одним из важнейших факторов в возникновении охриплости, было предположено, что больше внимания следует уделить ригидности голосовых складок как фактору ответственному за охриплость [29].

Считается, что дыхательные пути при одностороннем параличе возвратного гортанного нерва не затронуты [44]. Kashima напротив же докладывал, что более половины пациентов с односторонним ПГС страдают умеренным диспноэ [22].

При двустороннем ПГС наиболее значимым симптомом является респираторная обструкция, проявляющаяся стридором, диспноэ, ретракцией крыльев носа.

В острой фазе ПГС имеет место неполное закрытие входа в гортань надгортанником и как следствие развивается аспирация, полная компенсация восстанавливается постепенно с течением времени, хотя имеется и противоположное мнение. У более половины пациентов с односторонним или двусторонним параличом может быть преходящая дисфагия [22]. Аспирация происходит большей частью при сочетании паралича возвратного и верхнего гортанного нервов [44].

Состояние изолированного паралича верхнего гортанного нерва или перстнещитовидной мышцы редко распознаётся, поскольку при нём не всегда бывает ярко выраженная симптоматика [10]. Симптомы большей частью вокальные и включают слабость, сокращенное время звучания, снижение высоты речи и сокращения вокального диапазона. Потеря музыкального голоса и замена его вокальной монотонностью – прямой итог снижения голосового диапазона. Хотя и наличествующие при одностороннем параличе, все эти признаки намного более ярко выражены при двустороннем процессе. Аспирация обычно не столь отмечается при параличе верхнего гортанного нерва, за исключением случаев двустороннего поражения [44].

ЛИТЕРАТУРА

1. Банарь И.М. Хирургическое лечение больных с перефирическими параличами и сочетанными (рубцово-паралитическими) стенозами гортани: Автореф. дис. ... докт.мед.наук.- Л., 1990, 39 с.

2. Гашимли Р.М. Хирургическое лечение врожденных и приобретенных параличей гортани у детей: Автореф. дис. … канд. мед. наук.- СПб., 2006, 21 с.

3. Жолобов В.Т., Третьяк Д.Н, Бондаренко Э.А. Стенозы гортани и трахеи после трахеотомии у детей / Всесоюзная научно- практическая конференция оториноларинголог./ Тез. Док.- Л., 1991, с. 22-24

4. Ковалевская Л.С. Функциональная хирургия при стенозе, обусловленном нарушением иннервации гортани: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- М., 1976, 22 с.

5. Павлык Б.И. Лечебная тактика при паралитических стенозах гортани / Частные проблемы оториноларингологии: Сб.тр. Укр. НИИ оториноларг.- К., 1993, с. 217-223.

6. Lacoste L, Gineste D., Karayan J. et al. Airway complications in thyroid surgery // Ann Otol. Rhinol. Laryngol., 1993, v.102, p. 441-446

7. Anzola G.P., Gualandi GF, Orlandini A, Scipione V Lower cranial nerve palsy produced by internal carotid artery dilatation. Report of two cases // Ital. J. Neurol Sci., 1987, N 8, p. 375-379

8. Benninger M.S. Gillen J.B, Altman J.S. Changing etiology of vocal fold immobility // Laryngoscope, 1998, v.108, p. 1346-1350

9. Benjamin B.N., Gray S.D., Bailey C.M. Neonatal vocal cord paralysis // Head Neck, 1993, v, 15, N3, p.1-8

10. Bevan K., Griffiths M.V., Morgan M.H. Superior laryngeal nerve injury: an overlooked entity in the surgery of the head and neck // Br. J. Surg., 1988, v.75, p. 817.

11. Blevins N.H.,. Decshler D.G., Kingdom T.T. et al Chiari-I malformation presenting as vocal cord paralysis in the adult // Otolaryngol. Head neck surg., 1997, v.117, p. 191-194.

12. Ellis P.D. Pallister W.K. Recurrent laryngeal nerve palsy and endotracheal intubation // J. Laryngol Otol., 1975, v.89, p. 823-826

13. Emery P.J. Vocal cord palsy in pediatric practice: a review of 71 cases / P.J. Emery, B. Fearon // Int. J. Ped. Otorhinolaryngol., 1984, v.8, p. 147-154

14. Small P.M., McPhaul L.W., Sooy C.D Cytomegalovirus Infection of the Laryngeal Nerve Presenting as Hoarseness in Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome // Am. J. Med., 1989, v..86, p. 108-110

15. Fitzpatrick P.C., Miller RH. Vocal cord paralysis // J La State Med. Soc., 1998, v.150, p. 340-343

16. Gentile R.D., Miller R.H., Woodson G.E. Vocal cord paralysis in children 1 year of age and younger // Ann Otol. Rhinol. Laryngol., 1986, v.95, N6, p. 622-625

17. Giese W.L. Radiation injury to peripheral and cranial nerves.- New York: Raven Press, Ltd, 1991

18. Hari C.K., Ali Raza S., Clayton M.I. Hydralazine-induced lupus and vocal fold paralysis // J. Laryngol. Otol., 1998, v.112, p. 875-887.

19. Hirose H., Sawashima M. Clinical observations on 750 cases of laryngeal palsy.- Jyvaskyla, 1982, p. 63-80

20. Holinger L.D. Holinger P.C., Etiology of bilateral abductor vocal cord paralysis // Ann Otol. Rhinol. Laryngol.,1976, v.85, p.428-436

21. . Kabadi U.M. Unilateral vocal cord palsy in a diabetic patient // Postg.. Med., 1988, v.84, p. 53-56

22. Kashima H.K. Documentation of upper airway obstruction in unilateral vocal cord paralysis: Flow-volume loop studies in 43 subjects // Laryngos.,1984,v.94,p. 923-937

23. Krishnamurthy S.N., Paulose K.O. Vocal cord paralysis with Ebstein.s anomaly //J. Laryngol. Otol., 1989, v.103, p. 626-628

24. LaBlance G.R., Maves M.D. Acoustic characteristics of post-thyroplasty patients // Otolaryng. Head Neck Surg., 1992, v.107, p. 558-563

25. Friedman M., Baim H., Shelton V. et al. Laryngeal injuries secondary to nasogastric tubes // Ann Otol Rhinol Laryngol., 1981, v.90, p. 469-474

26. Nishizaki K., Onoda K., Akagi H. et al. Laryngeal Zoster with unilateral laryngeal paralysis // ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec., 1997, v.59, p. 235-237

27. Left recurrent nerve paralysis: An unusual presentation of Histoplasmosis / E.H. Gilbert, K.D. Murray, J. Lucas et al. // Ann Thorac. Surg.-1990.-Vol.50.-P. 987-988.

28. Leonetti J.P., Brackmann D.E. Glomus vagale tumour: The significance of early vocal cord paralysis //Otolaryngol. Head Neck Surg., 1989, v.100, p. 533-537

29. Lindestad P.A., Persson A. Quantitative Analysis of EMG Interference Pattern in Patients with Laryngeal paresis // Acta Otolaryngol. (Stockh), 1994, v.114, p. 91-97

30. Luchsinger R., Arnold G.E. Voice-Speech-Language.- Wadsworth Publishing Co., 1965

31. Maniglia A.J., Han D.P. Cranial nerve injuries following carotid endarterectomy: an analysis of 336 procedures // Head Neck, 1991, v.13, p. 121-124

32. Mendes D.G., Nawalkar R.R., Eldar S. Postirradiation femoral neuropathy // J. Bone Joint Surg., 1991, v.73A, p. 137-140

33. Meurman O.H. Theories of vocal cord paralysis // Ac. Otolar., 1950, v.38, p. 460-472

34. Nuutinen J., Karja J. Bilateral vocal cord paralysis following general anesthesia // Laryngoscope, 1981, v.91, N1, p. 83-86

35. Fan L.L.,. Campbell D.N, Clarke D.R. et al.Paralyzed left vocal cord associated with ligation of patent ductus arteriosus // J. Thorac. Cardiov. Surg. 1989, v.98, p. 611-613

36. Takimoto T., Saito Y., Suzuki M. et al. Radiation-induced cranial nerve palsy: hypoglossal nerve and vocal cord palsies // J. Laryngol. Otol., 1991, v.105, p. 44-45

37. Reece G.P., Shatney C.H. Blunt injuries of the cervical trachea: review of 51 patients // South Med. J., 1988, v.81, p. 1542-1548

38. Ross D.A., Ward P.H. Central vocal cord paralysis and paresis presenting as laryngeal stridor in children // Laryngoscope., 1990, v.100, p. 10-13

39. Rowe-Jones J.M., Leighton S.E., Rosswick R.P. Benign thyroid disease and vocal cord palsy // Ann R. Coll. Surg. Engl., 1993, v.75, p. 241-244

40. Salmi I., Kava T. Paralysis of the left vocal cord – an unusual manifestation of sarcoidosis // Duodecim.,1993, v.109, N21, p. 1951-1953

41. Schroeter V., Belz G.G., Blenk H. Paralysis of recurrent laryngeal nerve in Lyme disease // Lancet, 1988, v.2, p. 1245

42. Shah P., Ramakantan R. Hoarseness of the voice due to left recurrent laryngeal nerve palsy in tuberculous mediastinitis // Arch. Otolar. Head Neck Su., 1990, v.116, p. 108

43. Sofferman R.A., Kirchner J.A. The nasogastric tube syndrome // Laryngoscope, 1990, v.100, p. 962-968

44. Stringer S.P., Shumrick D.A., Gluckman J.L., Meyerhoff W.L. Disorders of laryngeal function Otolaryngology.- Philadelphia: W.B.Saunders co., 1991, p. 2257-2272

45. Zohar S., Turani H. et al. Sudden dysphonia due to parathyroid apoplexy: A rare case of recurrent laryngeal nerve palsy // Head and neck surgery, 1990, v.12, p. 355-356

46. Swift A.C., Rogers J. Vocal cord paralysis in // J. Laryn. Otol., 1987, v.101,p. 169-171

47. Thomson K.J., Wardlaw A.J. Vocal cord paralysis in association with pulmonary emboli // Br. J. Dis. Chest., 1986, v.80, p. 88-89

48. Thompson J.W., Rosenthal P., Camilon F.S. Vocal cord paralysis and superior laryngeal dysfunction in Reye.s syndrome // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg., 1990, v.116, N1, p. 46-48

49. Tucker H.M. Rehabilitation of the immobile vocal fold: paralysis and/or fixation The larynx: a multidisciplinary approach.- St. Louis: Mosby,1996, p. 209-219

50. Hirano M., Tanaka, S., Fujita M. et al.Vocal cord paralysis caused by esophageal cancer surgery// Ann Otol. Rhinol. Laryngol., 1993, v.102, p. 182-185

51. Rosin D.F., Handler S.D., Potsic W.P. et al Vocal cord paralysis in children // Laryngoscope, 1990, v.100, p. 1174-1179

52. Ward P.H., Berci G. Observations on so called idiopathic vocal cord paralysis // Ann Otol. Rhinol. Laryngol., 1982, v.91, p. 558-563

53. Willatt D.J., Stell P.M. The prognosis and management of idiopathic vocal cord paralysis // Clin. Otolaryngol., 1989, v.14, p. 247-250

54. Williams R.G. Idiopathic recurrent laryngeal nerve paralysis / R.G. Williams // J. Laryngol. Otol.-1959.-Vol.73.-P. 161-166.

55. Woodson G.E., Kendrick B. Laryngeal paralysis as the presenting sign of aortic trauma // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg., 1989, v.115, p. 1100-1102

56. Yamada M., Hirano M., Ohkubo H. Recurrent laryngeal nerve paralysis. A 10-year review of 564 patients // Auris Nasus Larynx., 1983, v.10 (Suppl.), p. 1-15

57. Zitsch R.P., Reilly J.S. Vocal cord paralysis associated with cystic fibrosis // Ann Otol. RhinolLaryngol., 1987, v.87, p.80-683

SUMMARY

ETIOPATHOGENESIS AND SYMPTOMS OF THE VOCAL CORD PARALYSIS.

R.M. Hashimli

The purpose of present review article was to evaluate literature dates. The author discuss about this problem etiopathogenesis and symptoms of the vocal cord paralysis. There were analised literature information about this problem. There were showed the Russian and other materials.

Daxil olub: 10.04.2008

САНАЦИЯ ОЧАГОВ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

М.А.Сафаров

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Алиева

На протяжении последних 25 лет в пародонтологии наблюдается значительный прогресс в понимании патофизиологии процессов, протекающих в полости рта, и их взаимосвязи с остальными органами и системами. При этом в настоящее время ученые уделяют большое внимание не только воспалению десен и пародонта как местным реакциям, но и влиянию последних на функционирование человеческого организма в целом [24,26,37,45,48,49].

Наиболее часто заболевания пародонта встречаются при гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и их сочетаниях [15,16,23,36,42].

Ежедневная клиническая практика показывает, что очаговые инфекции одонтогенного происхождения могут вызвать или провоцировать экстрасистолические аритмии сердца как у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, так и у клинически здоровых людей [20].

Сердечно-сосудистые заболевания занимают одно из первых мест среди заболеваний человека. Имеется тесная функциональная взаимосвязь сердечно-сосудистой системы с органами дыхания, желудочно-кишечного тракта, почками.

При нарушении сердечно-сосудистой системы могут наблюдаться изменения и в органах полости рта: некроз мягких тканей, развитие долго незаживающих язв, кровотечения и т.д. [7,22,42,43].

При недостаточности кровообращения с явлениями декомпенсации отмечали гиперемию слизистой оболочки полости рта, заболевания пародонта. Развитие трофических язв было обусловлено, по-видимому, длительным нарушением периферического кровообращения. Нередко изъязвления слизистой оболочки полости рта сопровождались некрозом альвеолярной кости [32,42].

По данным других авторов [7] компенсированные формы сердечно-сосудистой недостаточности не сопровождаются какими-либо специфическими для данного вида патологии изменениями со стороны слизистой оболочки полости рта. Эти изменения не развиваются и в случаях устойчивости барьерных функций слизистой оболочки, даже при тяжелой форме сердечно-сосудистых расстройств и в активном лечении основного заболевания. Однако в этих условиях могут отмечаться обострения хронических стоматитов и перманентный характер их течения, особенно у больных с несанированной полостью рта и страдающих хроническим тонзиллитом. В то же время сердечно-сосудистая недостаточность с явлениями декомпенсации имеет четкие клинические проявления в полости рта. При стойкой декомпенсации сердечно-сосудистой системы некротические поражения слизистой оболочки могут прогрессировать и распространяться на подлежащие участки костной ткани, что приводит к локальному остеомиелиту с последующей секвестрацией.

В результате исследования некоторых сторон развития заболеваний пародонта различной степени тяжести и пародонтоза было выявлено наличие особенностей поражения пародонта у больных, страдающих сердечно-сосудистыми поражениями (ССП). Они проявляются прежде всего особенностями повреждения сосудов регионарного гемомикроциркуляторного русла с первичным поражением резистивного отрезка и характером развития метаболических и структурных компенсаторно-приспособительных и альтернативных процессов. Важнейшим из них является ранний срыв метаболической компенсации повышенным гликолизом. Совокупность данных реопародонтограмм, парциального давления кислорода Po_2, углекислого газа pCO_2 крови десны, морфологических исследований свидетельствует о раннем развитии в пародонте больных этой категории признаков тканевой и циркуляторной гипоксии. Выявленные нарушения энергетического обеспечения метаболизма тканей, изменение их химизма формируют раннее изменение их толерантности к гипоксии, следствием которого и является быстрое прогрессирование у этих больных патологического процесса с разрушением тканей пародонта [41].

Развитие гингивита и пародонтита ассоциируют с массивной деструкцией коллаген-

протеогликанового матрикса соединительной ткани [47].

Существует два основных независимых патофизиологических механизма данных заболеваний. Как в острой, так и в хронической фазе процесса, симптомы могут быть вызваны непосредственно внедрением микроорганизмов в ткани с последующей выработкой токсических продуктов, приводящих к воспалению, гибели клеток и некрозу тканей. Повреждение тканей развивается в связи с действием воспалительных и иммунопатологических механизмов, активируемых в ходе реакции организма-хозяина. Сюда относятся угнетение функции фибробластов, активация макрофагов с выбросом коллагеназы и других литических ферментов, активация лимфоцитов, регулирование роста фибробластов и выработки коллагена и стимуляция резорбции костной ткани [27,33,47].

Патологические изменения в челюстно-лицевой области, по поводу которых больные впервые обращаются к стоматологу, могут оказаться проявлением скрыто и медленно протекающей коллагеновой болезни. Нередко такие больные лечатся без учета общего состояния организма и основного заболевания [27].

Коллагенозы объединяет иммунообусловленный системный воспалительный процесс. Основной особенностью коллагеновых болезней является прогрессирующая дезорганизация межклеточных компонентов соединительной ткани- коллагена, аморфной субстанции. Это сочетается с повышением тканевой и сосудистой проницаемости, обменными нарушениями, повышением содержания фибриногена, гамма-глобулинов, мукополисахаридов в плазме крови и тканях. Процессы дезорганизации основного вещества проявляются мукоидным набуханием, фибриноидным набуханием, фибриноидным некрозом, гиалинозом, склерозом и клеточными реакциями. Воздействие хронических одонтогенных очагов инфекции на организм является результатом цепной реакции ауто агрессии. Пусковое сенсибилизирующее значение имеет стрептококк. Тканевые продукты из очага воспаления и ферменты усиленно размножающихся стрептококков поступают в кровь. Наиболее ярко в этот период проявляется действие стрептогиалуронидазы, которая деполимеризует мукополисахариды в капиллярных стенках, повышая их проницаемость, и в основном веществе соединительной ткани, вызывая его распад.

При повышении проницаемости капилляров крупномолекулярные продукты распада тканевых белков, мукополисахаридов и других комплексов поступают в кровоток. Воздействие стрептококка, помимо самого распада тканей, вызывает и некоторое изменение антигенной структуры продуктов их распада. Они воспринимаются организмом как "чужеродные" вещества или аутоантигены. Особенно страдает соединительнотканная строма различных органов, которая непосредственно окружает капилляры и поэтому в первую очередь подвергается воздействию стрептококковых метаболитов [4].

Для всех коллагенозов характерна полисиндромность течения. Одними из наиболее важных синдромов являются кожно-мышечно-суставной, сердечно-сосудистый.

Среди заболевших преобладают женщины до 30 лет или женщины в климактерическом периоде. Коллагеновые болезни, если говорить о всей группе в целом, занимают значительное место в заболеваемости населения. Это происходит за счет широкого распространения ревматизма и ревматоидного артрита [28,33].

Большинство больных нуждается в санации в связи с очагами хронической одонтогенной инфекции. Всем больным перед началом санации должна проводиться терпеливая психотерапевтическая подготовка, потому, что функциональные и эстетические нарушения накладывают отпечаток на психику больных, делают их легко ранимыми. Серьезную проблему составляют очаги хронической, особенно скрытой одонтогенной инфекции. Интенсивная кортикостероидная терапия подавляет аутоиммунные процессы, но снижает естественный иммунитет и активирует очаги хронической инфекции. Удаление зубов в этот период представляет определенную трудность. Это связано с предстоящей травмой и обострением вторичной инфекции [4].

Санация в виде лечения кариозных зубов, заболеваний пародонта может быть начата под "прикрытием" антибиотиков и в острый период заболевания. Консервативные и хирургические вмешательства должны быть продуманными и согласованными с лечащим врачом. В процессе санации все зубы, осложненные хроническим гранулирующим и гранулематозным периодонтитом рекомендуется удалять [4,31].

Любые операции на челюстно-лицевой области лучше проводить в стационаре после тща-

тельного клинико-лабораторного исследования и заключения ревматолога, что больной находится в стадии минимальной активности или ремиссии основного заболевания. У этих больных необходимо тщательно исследовать сердечно- сосудистую систему и коагулограмму. [27,28].

Почти все исследователи, изучающие взаимосвязь одонтогенной инфекции с ревматизмом, указывают на важность проведения санации полости рта, подчеркивая ее благоприятное влияние на течение заболевания (уменьшение числа ревматических атак, улучшение биохимических показателей крови и т.д.). Придавая большое значение этому фактору, авторы пытаются даже связать этиологию ревматизма с действием очагов хронической аллергизации и интоксикацией организма одонтогенной инфекцией [44]. В то же время следует отметить, что при проведении санации полости рта у больных ревматизмом тактика стоматологов в отношении очагов одонтогенной инфекции неодинакова, и в этом вопросе нет единодушного мнения. Так, большинство авторов считает, что надо проводить хирургическую санацию, т.е. удалять многокорневые зубы с очагами хронического воспалительного процесса у верхушки корней [31,35]. Другие же отдают предпочтение консервативным методам лечения хронического периодонтита многокорневых зубов [46].

Таким образом, очевидно, что при ревматизме санации очагов одонтогенной инфекции придается немаловажное значение. Имеются многочисленные сообщения о благоприятном влиянии на течение ревматического процесса ликвидации очагов хронической одонтогенной инфекции [13,22]

Заболевания опорно-двигательного аппарата (ревматические заболевания) в основном связывают с такими возбудителями, как: стафилококки, стрептококки, гонококки, пневмококки, протеус, сальмонеллы, йерсинии, туберкулезные бактерии и др., причем в последнее время доля граммотрицательных бактерий возрастает, что затрудняет лечение. Накопленные в последнее время наблюдения иммунологов, работающих в этой области, формируют точку зрения, что для возникновения воспалительных заболеваний суставов основное значение имеет генетически или другим путем обусловленный иммунный ответ больного на определенную микробную или вирусную инфекцию. Рассматриваемый с такой точки зрения вопрос о роли и значении хронической очаговой инфекции, в общем, и, в частности, инфекции зубного происхождения в патогенезе многих хронических заболеваний включал заболевания невыясненной этиологии. Уже не спорный данный факт понимают врачи различных медицинских специальностей, и они активно ищут помощи стоматологов, занимающихся очаговой диагностикой. Все чаще встречаются утверждения, что девитализированные зубы и в особенности зубы с хроническими периодонтитами не дают возможности иммунной реактивности возбудителей этих очагов развиваться односторонне, то есть одни иммунные показатели повышают свое значение, в то время как другие ее понижают. Если при таких возбудителях очаговой инфекции одонтогенного происхождения возникнет или уже существует другое заболевание с доказанным иммунопатологическим генезисом (каким является ревматоидный артрит), логично думать о взаимном потенцировании местных и общих иммунных реакций и отсюда о затянувшемся ухудшенном развитии основного заболевания [20,22].

Критическим фактором разрушения тканей в ходе пародонтита является воздействие простогландиновицитокинов [20,48].

На основании иммунологического обследования больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, установлены выраженные изменения в показателях общего и местного иммунитета, заключающиеся в снижении количества Т-лимфоцитов, увеличении уровня В-лимфоцитов, циркулирующих иммунных комплексов, фагоцитарной активности нейтрофилов в крови, а также в увеличении содержания IgG и IgM, в снижении уровня IgA в периферической венозной крови и десневой жидкости. Выявление высокого титра в крови больных ХГП циркулирующих иммунных комплексов подтверждает предположение, что иммунопатологические реакции играют существенную роль в патогенезе заболеваний пародонта, в прогрессировании и хронизации процесса.

Эти изменения не являются специфичными для пародонтита, а отражают состояние иммунной системы человека при хронически текущем воспалительном процессе, связанном с действием инфекционного фактора [1,6,22,29,38].

Все это определяет важность первичной и вторичной профилактики заболеваний

пародонта у больных с ССП, а также определяет тактику при составлении лечебных схем с учетом особенностей их развития, не снимая значения микробной бляшки для воспалительных заболеваниях пародонта [11,15,43].

Санация полости рта – это ее оздоровление. При этом достигается профилактика заболеваний внутренних органов и систем организма, возникающих в результате заболеваний зубов и слизистой оболочки полости рта. Санацию полости рта нужно осуществлять комплексно и в сжатые сроки. В одно посещение нужно проводить максимальную работу. Однако основой должны быть медицинские показания. Применение обезболивания позволяет сразу вылечить несколько зубов [31].

Лечебные мероприятия при периодонтите, как известно, выходят за рамки лечения только причинного зуба и состоят в активном высвобождении организма от инфекционного процесса, чем достигаются предупреждение сенсибилизации организма, предотвращение развития воспалительных процессов челюстно-лицевой области и заболеваний внутренних органов и т.д. [31]. Тактика врача при лечении остро протекающего воспаления периодонта определяется этиологией и клинической картиной заболевания (стадийностью течения патологического процесса) [31].

Патоморфологические исследования показали, что в околозубных тканях возникают реактивные воспалительные и дистрофические изменения, происходят также отек, инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами костного мозга стенок альвеолы приводящие к лакунарной резорбции кортикальной пластинки альвеолы. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита являются хроническими очагами инфекции часто приводящими к развитию и поддержанию соматических заболеваний организма. [22].

Основной группой риска при неправильном определении показаний для выбора метода лечения периодонтита являются пациенты с фоновыми заболеваниями, у которых очень высока вероятность развития осложненной формы течения острой одонтогенной инфекции и обострения сопутствующего заболевания. Характерно, что даже при хорошо проведенном заполнении корневого канала зуба пломбировочным материалом ликвидация очага хронического воспаления в периодонте длится не один месяц и зависит от вирулентности бактерий и уровня иммунитета у больного (5) цемента корневой системы зуба, является основной причиной развития периодонтита. Рост анаэробной флоры с преобладанием Гр- бактерий в корневых каналах очень интенсивен. Ассоциативная флора продуцирует ферменты и эндотоксины, которые препятствуют процессам хемотаксиса, фагоцитоза в периодонте и ингибируют активность антибактериальных препаратов, применяемых для антисептической обработки корневых каналов. В связи с этим обстоятельством в некоторых случаях при лечении периодонтита сохраняется боль и отек мягких тканей даже после проведенного внутриканального лечения с использованием сильнодействующих средств. Изменения со стороны микробной флоры, либо нарушения в ее равновесии приводят к клиническому обострению периодонтита. Вместе с тем, основными условиями излечения патологического процесса являются санация и хемомеханическая обработка каналов корня зуба с их последующей плотной обтурацией [10,24].

Однако, даже самая тщательная медикаментозная обработка корневого канала не гарантирует от его реинфицирования. У больных с хроническим периодонтитом, имеющих сопутствующие заболевания органов и систем, наиболее важна инструментальная, медикаментозная обработка корневых каналов с целью качественной их дезинфекции и профилактики возможных осложнений, которые негативно отражаются на общем состоянии организма и отягощают течение фоновой патологии. Поэтому наряду с общепринятыми технологиями обработки корневого канала необходимо проводить временную корневую обтурацию с целью пролонгированного антисептического действия на систему корневых каналов.

После тщательного опроса врач приступает к общему осмотру. В процессе осмотра часто возникают дополнительные вопросы. Осмотр полости рта может выявить признаки заболеваний не только челюстно-лицевой области, но и различных органов и систем организма.

Прежде всего следует обращать внимание на внешний вид лица и прилежащих областей, осмотр которых проводят с целью определения общего состояния больного, положения головы, формы лица, цвета кожи, состояния склер, особенностей артикуляции.

Пассивность больного или чрезмерная его активность может о многом сказать врачу. Больные с воспалением пульпы нередко возбуждены, остро реагируют на вопросы врача. Больные с явлениями интоксикация (при периодонтитах, заболевания пародонта) пассивны, вялы, немногословны, их реакции на окружающее замедлены. При болезненности и тризме жевательных мышц наблюдается отведение головы в больную сторону.

Осмотр кожи лица имеет большое значение. Бледность, гиперемия, синюшность, желтушность характерны для заболеваний нервной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта. Проводя осмотр стоматологического больного, нельзя ограничиваться только осмотром челюстно-лицевой области [16,17,31].

Вопрос о взаимодействии организма с очагами хронической стоматогенной инфекции нельзя считать достаточно изученным во всех звеньях [3,18,19].

Стоматогенный очаг – локализованные хронические воспалительные заболевания органов и тканей полости рта, которые могут явиться причиной заболеваний внутренних органов или других систем организма либо усугубить их течение. Одонтогенный очаг-хронический воспалительный процесс, связанный с зубом. К числу одонтогенных очагов следует относить некоторые формы гингивита, пародонтит и пародонтоз [22]. Связь ряда общих заболеваний (эндокардит, миокардит, инфекционный полиартрит, невралгии, мигрень, холецистит, заболевания почек, крови, глазные, кожные, гинекологические заболевания и др.) со стоматогенными очагами давно доказана [3,14,30,43]. Важно отметить, что одонтогенная инфекция занимает второе место по частоте очагов в организме после тонзиллогенной [3,12,13, 29].

При очаговых заболеваниях первостепенная роль принадлежит источникам инфекции, расположенным в корневых каналах зубов, а точнее - таким формам осложненной инфекции как периодонтиты. 90% очагов располагаются выше уровня шеи. Из них в 72% случаев источником инфекции являются зубы, а в остальных миндалины, придаточные пазухи, нос. В общей структуре фокальных инфекций дентальные источники инфекции составляют 65%-х [22,43].

В свете различных теорий, объясняющих этиологию фокальных заболеваний, гангренозные и периодонтитные зубы рассматриваются как наиболее частые одонтогенные очаги [21].

С помощью микробиологических исследований были установлены различия в степени активности очага в зависимости от характера микрофлоры и ее локализации (периапекс, апикальная часть зуба, корневой канал), что имеет значение для выбора метода санации – эндодонтического или хирургического [8,34]. Значительную группу составляют также авторы, рассматривающие роль периодонтитных зубов в свете токсической теории. Оральный сепсис представляет собой вегетативно-септический синдром, возникающий по рефлекторному механизму, начальным звеном которого являются патологические элементы полости рта.

Выяснение ведущей роли одонтогенных очагов, а точнее, инфицирования корневого канала с последующим осложнением в форме периодонтита, в развитии очаговых заболеваний имеет практическое значение не только для диагностики, но и для лечения и профилактики этих нередко встречающихся заболеваний [21].

В процессе консервативного лечения следует контролировать состояние больных, периодически проводя тестирование санированных зубов с целью получения объективных данных об отсутствии активности в очагах.

Через месяц после санации наблюдался наилучший фокально-санационный эффект после пломбирования каналов зубов специально подобранными материалами. Следует учитывать, кроме того, что подвергающиеся лечению зубы должны быть на определенное время (3-6мес) освобождены от мостов, коронок или зажимов. После санации рекомендуется также дополнительный курс десенсибилизации.

Весьма важным является предупреждение формирования одонтогенных очагов, которое трактуется как первичная фокальная профилактика.

Возможность применения консервативной терапии определяется, прежде всего общим состоянием организма больного. Консервативные методы лечения противопоказаны больным, страдающим обостренной формой заболевания с фокальной этиологией и одновременно имеющим зубы с хроническими изменениями периодонта. У таких больных важнее добиться

стабилизации или хронизации течения общего заболевания, нежели сохранить периодонтитный зуб, тем более что не всегда возможно достоверно установить наличие и локализацию активного очага.

Консервативные методы вряд ли могут обеспечить условия для регенеративных процессов и достижения выздоровления больных, предрасположенных к частым обострениям и осложнениям.

Некоторые авторы считают абсолютно противопоказанным применение консервативных методов лечения у больных, имеющих кардиальную патологию с поражением клапанов.

Однако, при широко развитой сети стоматологической помощи и диспансерного наблюдения современные методы и средства позволяют успешно осуществлять консервативную терапию при периодонтитах и во многих случаях сохранять зубы, несмотря на противопоказания [9,21].

Лечение требует строго индивидуального подхода в каждом отдельном случае, с учетом общего состояния здоровья пациента, реактивных возможностей организма, характера и тяжести патологических изменений, активности бактериальной флоры, проходимости корневых каналов и др. При благоприятных условиях предпочтительно проводить лечение в два посещения. Если речь идет о хроническом периодонтите со свищом, оно может быть проведено в одно посещение, поскольку уже имеется выход для воспалительного экссудата и образующегося при повышенной активности анаэробной бактериальной флоры газа. В случае заболевания многокорневых зубов, при труднопроходимых каналах или обострении процесса число посещений может быть увеличено. Приведенная выше схема может быть, естественно, изменена в соответствии с особенностями лечения в том или ином конкретном случае [9,21,39].

Изменения функционального состояния сердечно-сосудистой системы в связи с различного рода оперативными вмешательствами изучены хорошо. Среди факторов, влияющих на изменение артериального давления и учащение сердечных сокращений, болевые ощущения и психоэмоциональный компонент занимают одно из ведущих мест [2].

Затяжной септический эндокардит отличается медленным развитием и течением. Возбудителем заболевания является зеленящий стрептококк, попадающий в сердце через кровь из первичных очагов инфекции (хронические одонтогенные очаги инфекции, хронический тонзиллит, гайморит и др.) Важным диагностическим признаком является поражение клапанов сердца с соответствующей симптоматикой. Нередки изменения ритма сердечной деятельности, поражения сосудистой системы в виде васкулитов, часто поражаются почки (нефрит, гломерулонефрит).

Профилактика заболевания заключается в своевременной ликвидации септических очагов и укреплении организма, при этом имеет значение применение антибиотиков; для укрепления организма необходимы полноценное питание, правильный и регулярный отдых. Всем больным рекомендуется тщательное устранение очагов хронической инфекции [47,48,49].

При санации полости рта следует особенно тщательно устранять очаги хронического воспаления в периапикальных тканях зубов. В периоды ремиссии основного заболевания многокорневые зубы с явлениями хронического периодонтита удаляют, в однокорневых зубах при необходимости производят резекцию верхушки корня [46].

При санации полости рта обращают внимание и на состояние пародонта: удаляют зубодесневые отложения, по показаниям проводят противовоспалительную и антисептическую обработку [7,46].

Расширение корневых каналов, использование гидроокиси кальция для временного пломбирования, а также плотная их обтурация позволит предупредить не только развитие острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их осложнений, но и возникновение очагово-обусловленных заболеваний, что, в свою очередь, будет способствовать более эффективному лечению сердечно-сосудистых заболеваний [25,26].

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипова О.А., Михальченко В.Ф., Яковлев А.Т. Иммунный статус больных пародонтитом / Мат. конф., посв. 40-летию каф. Тер. Стом. Волг.ГМУ. Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии.- Волгоград, 2005, с.27-33

2. Бажанов Н.Н. Боль и лечение зубов. - М.: Медицина, 1968, с.68-78, с.124-133

3. Бажанов Н.Н. Стоматология.- М.: Медицина,1990, с.108

4. Бажанов Н.Н., Гусейнова Т.Г. Особенности оказания стоматологической помощи больным с коллагеновыми заболеваниями // Стоматология, 1974, № 3, с. 60 - 64.

5. Бажанов Н.Н., Робустова Т.Г., Максимовский Ю.М. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Стоматология, 1997, №2, с.15-19

6. Бажанов Н.Н., Тер-Асатуров Г.П., Кассин В.Ю. и др. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения // Стоматология, 1996, №1, с. 15-18

7. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов.- М.: Медицина, 1979, с.145-151

8. Барер Г.М., Кочержинский В.В., Овчинникова И.А.. Влияние местного применения комплекса антибактериальных препаратов на течение хронического периодонтита. // Клиническая стоматология, 1997, №3, с.12-14

9. Безрукова И.В. Быстопрогрессирующий пародонтит.- М.,2006, 125 с.

10. Боровский Е.В.. Клиническая эндодонтия.- М., 1999, 176 с.

11. Вольвач С.И., Габышев В.К., Улятовский Н.В. и др. Исследование взаимосвязи кровообращения в пародонте с реактивностью сердечно-сосудистой системы организма /Стоматология.- М., 1985, с.32-35.

12. Горбачева И.А., Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита // Стоматология, 2001, №1, с.26

13. Гусейнова Т.Г., Бажанов Н.Н., Насонова В.А. Челюстно-лицевая область и коллагеновые заболевания.- Баку: Азерб. Гос. Из-во, 1978, с.9- 11

14. Жаков П .Значение очагов патологического раздражения в зубной системе в этиологии, патогенезе и лечении внутренних болезней. – М.: Медгиз, 1961, 118с.

15. Заболотный Т.Д., Колесова Н.А. Морфофункциональные изменения в тканях пародонта при сердечно-сосудистой патологии // Стоматология, 1991, № 6,с.17-20

16. Иванов В.С. Заболевания пародонта.- М.: Медицина,1989, с.39

17. Иванов В.С.Заболевания пародонта.- М.: Мед .инф., 2001, 300с.

18. Кирсанов А.И., Горбачева И.А. Механизмы взаимосвязи патологии внутренних органов и пародонта // Пародонтология, 1999, №1 с.35-36

19. Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Николаева Л.А. Оценка состояния внутренних органов у больных пародонтитом // Стоматология,1991, №5,с.32-34

20. Киселева-Янева А. Хроническая очаговая одонтогенная инфекция // Ежемесячная профессиональная газета «Дантист» (София), 2007, август

21. Кодукова А., Величкова П., Дачев Б. Периодонтиты.- М.: Медицина, 1989, с.100- 117

22. Лукиных Л.М., Лившиц Ю.Н. Верхушечный периодонтит. Учебное пособие.- Нижний Новгород, 1999, с.18-19

23. Луцкая И.К. Руководство по стоматологии.- Ростов-на-Дону: Феникс, 2002 с.156-157

24. Максимовский Ю.М. Эндодонтия и сохранение функции зуба // Новое в стоматологии, 2001, № 6, с.3-6

25. Мамедова Л.А. Кариес зубов и его осложнения. (от древности до современности) .-Н. Новгород, 2002, с.173

26. Митронин А.В. Отсроченный метод лечения хронического периодонтита с применением гидроксида кальция у больных, имеющих сопутствующие заболевания организма // Украинский медицинский журнал , 2003, № 9-10, с. 31

27. Михальченко В. Ф., Тёмкин Э. С., Калинина Н. В. и др. Диффузные болезни соединительной ткани: этиопатогенез, клиника, взаимосвязь с челюстно- лицевой областью. Учебно-методическое пособие.- Волгоград: ВолГМУ, 1998, 30 с.

28. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология.- М.: Медицина, 1989, 392 с.

29. Орехова Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. … д-ра мед. наук.- СПб, 1997, 34 с.

30. Рабинович А.С. Хроническая очаговая инфекция полости рта.- М.: Медгиз, 1960

31. Рыбаков А.И., Иванов В.С. Клиника терапевтической стоматологии.- М.: Медицина, 1980, с.35-.302

32. Салахов А.К. Комплексная оценка и коррекция нарушений регионарного кровообращения при острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваниях челюстей: Автореф. дис...канд.мед.наук.- Казань, 2003, 14с.

33. Сигидин Я.И., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани / Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1991, 544 с.

34. Соловьева А.М.. Совершенствование методов профилактики и лечения хронической очаговой инфекции: Автореф. дис. ... д.м.н.- СПб., 2000, с.35

35. Уваров В.М. Проявление одонтогенной инфекции и интоксикации при ревматизме / Ревматизм и ревматоиды.- Л.,1970, с.277-282

36. Хазанова В.В., Балашов А.Н., Загнат В.Ф., Дмитриева Н.А. Морфология микроорганизмов содержимого зубодесневого кармана в зависимости от тяжести пародонтита // Стоматология, 1993, № 3, с.16-18

37. Шаргородский А.Г. Профилактика одонтогенных воспалительных заболеваний // Клиническая стоматология, 1998, №1, с. 18-20

38. Шмагель К.В., Беляева О.В., Черешнев В.А. Современные взгляды на иммунологию пародонтита // Стоматология, 2003, №1, с. 61-64.

39. Шумский А.В. Дифференцированный подход в лечении глубокого кариеса // Клиническая стоматология, 2004, № 1, с.21-25

40. Beck J. D., Eke P., Heiss G., Madianos P., et.al. Periodontal Disease and Coronary Heart Disease: A Reappraisal of the Exposure //Circulation, 2005, v.112, p. 19 - 24

41. Czerniuk MR, Gorska R, Filipiak KJ, Opolski G. C-reactive protein in patients with coexistent periodontal disease and acute coronary syndromes // J Clin Periodontol., 2006, v.33, p. 415-420

42. Desvarieux M, Schwahn C, Volzke H, et.al. Gender differences in the relationship between periodontal disease, tooth loss, and atherosclerosis. //Stroke, 2004, v.35, №9, p.2029-2035.

43. Desvarieux M., Demmer R.T., Rundek T., et.al. Relationship between periodontal disease, tooth loss, and carotid artery plaque: the oral infections and vascular disease epidemiology study (INVEST) // Stroke, 2003, v. 34, № 9, p. 2120 - 2125

44. Jukka h. Meurman Oral health in patients with rheumatic diseases // Finnish Medical Journal, 2004, № 59, p.37–40

45. Shimazaki Y, Saito T, Kiyohara Y, Kato I, et.al Relationship between electrocardiographic abnormalities and periodontal disease: the Hisayama Study// J Periodontol., 2004, v.75, №6, p.791-797

46. Tu Y,K.,Gilthorpe M. S. Commentary: Is tooth loss good or bad for general health?// Int. J. Epidemiol., 2005, v.34, № 2, p.475 - 476.

47. Williams A.C. Periodontal disease // N Engi j Med, 1990, v.332, № 6, p 373- 382

48. Williams R.C., Paquette D.W. Periodontal disease diagnosis and treatment: An exiting future // J Dent Educ, 1998, v.62, № 10, p 871-881

49. Williams R.C. Воспалительные процессы в полости рта. // Проф.Рос. ежемесячная газета "Стоматология сегодня", 2005, № 6, с.47

50. Ylostalo P.V., Laitinen E.J., Knuuttila M.L. Optimism and Life Satisfaction as Determinants for Dental and General Health Behavior--Oral Health Habits Linked to Cardiovascular Risk Factors // J. Dent. Res., 2003, v.82, № 3, p 194 – 199

SUMMARY

SANITATION OF NIDUS OF THE ODONTOGENIC INFECTION OF THE ORAL CAVITY AT PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

M.A Safarov

Cardiovascular diseases occupy one of the first places among diseases of the person. At abnormality of cardiovascular system changes in organs of an oral cavity can be observed: soft tissues necrosis, development of for a long time not healing ulcers, bleedings, etc. Treatment demands strictly an individual approach in each separate case.

Daxil olub:22.08.2008

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ

И.М.Керимова

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей является самым распространённым заболеванием периферических сосудов. Высокий уровень распространённости среди трудоспособной части населения, достигающий по оценкам экспертов 40-50%, позволяет говорить о хронической венозной недостаточности как о важной

медико-социальной проблеме [7,8]. Большую тревогу вызывает постоянное «омоложение» хронической венозной недостаточности, которая ещё в прошлом веке считалась болезнью «пожилого возраста» [13]. Хроническая венозная недостаточность- самостоятельное заболевание, первопричиной которого является каскад патологических изменений на молекулярном, клеточном и тканевом уровне, вызванные венозным стазом. ХВН может быть первичной, вторичной, а так же врожденной и приобретенной [4,8,12]. Согласно данным последних исследований первичная венозная недостаточность отмечена в 64-79% случаев, врожденная 1-3%, вторичная ХВН, вследствие тромбозов глубоких вен нижних конечностей, обнаружена в 18-28% случаев [12].

В европейских странах тромбоэмболические осложнения занимают одно из первых мест в структуре материнской смертности и составляют в США 12%, в Швеции 15%, в Швейцарии 26,3%. Большинство этих женщин были родоразрешены оперативным путем. Важно отметить, что частота тромбоэмболических осложнений среди беременных в 5-6 выше, чем вне беременности, а в послеродовом периоде тромбозы возникают в 3-6 раз чаще, чем у беременных [6,9].

В основе развития этого заболевания лежит прогрессирующее затруднение оттока крови из нижних конечностей, вызванное развитием клапанной недостаточности, а в ряде случаев и нарушением проходимости различных отделов венозного русла. В последние годы отмечено появление новых форм хронической венозной недостаточности, связанных со снижением тонико-эластических свойств венозной стенки под воздействием эндогенных и экзогенных факторов, без каких-либо органических причин. Это, так называемые, флебопатии.

Известно, что адаптационной реакций для системы гемостаза во время физиологически протекающей беременности является повышение коагуляционного потенциала, главным образом, за счет увеличения концентрации факторов свертывания крови и функциональной активности тромбоцитов. Так, концентрация фибриногена в плазме повышается с 12 недель беременности и достигает пика (4-6 г/л) в конце беременности. Кроме того постепенно увеличивается активность факторов (VIII, IX, X, XII и XIII), составляющих внутренний путь свертывания крови, а также факторов внешнего пути (II, V, VII, X), вызывающих повышение протромбиного индекса.

В стенке варикозной вены в несколько раз уменьшается концентрация тканевого активатора плазминогена, что приводит к снижению местной фибринолитической активности и возрастанию риска спонтанного тромбообразования и развитие фибринозных тканей [10], вследствие чего в артерио-венозном сегменте нарушается проницаемость, затем возникает гипоксия. В результате происходит снижение венозного тонуса, на уровне биохимических процессов происходит разрушение норадреналина в синаптической щели за счет ингибирования фермента катехол-о-метилтрасферазы, в венозных клапанах просходит адгезия лейкоцитов к стенке, деформация клапанов и возникновение рефлюкса [11].

Происходят изменения и в тромбоцитарном звене гемостаза. Имеются данные, что агрегационная активность тромбоцитов пратически не изменяется, а адгезивность незначительно возрастает. В целом, в конце беременности постепенно возникает состояние повышенной свертываемости крови. При этом гиперкоагуляция не сопровождается активацией внутрисосудистого микротромбообразования и потреблением компонентов свертывания крови [5].

Изучение адаптивных изменений системы гемостаза при физиологическом течении беременности привлекает особое внимание исследователей в связи с важнейшей ролью нарушений функционирования гемостаза в генезе трмбогеморрагических осложнений у рожениц и родильниц.

Исследование системы гемостаза свидетельствует, что по мере прогрессирования неосложненной беременности (особенно, к концу III триместра) возрастает потенциал свертывания крови, что является уникальной особенностью гестацинного процесса, поддерживаемого фетоплацентарным комплексом [3].

Влияние на систему гемостаза таких тромбогенных факторов как экстрагенитальная патология, беременность и связанные с ней осложнения, нарушают баланс свёртывающей и противосвёртывающей систем и увеличивают вероятность венозного тромбоза. Беременность и послеродовый период создают благоприятные условия для тромбообразования, включающие

все элементы: стаз крови, гиперкоагуляция, повреждение сосудов.

Высокая частота, (в среднем до 10%) тромбозов и эмболий у беременных и родильниц объясняется возникновением в период гестации множества предрасполагающих факторов. К ним, прежде всего, относятся увеличение объёма циркулирующей крови и минутного объёма сердца, повышение венозного давления и замедление скорости кровотока в сосудах нижних конечностей, гормональная перестройка организма. Результатом длительного повышения венозного давления является расширение подкожных вен с перегрузкой лимфатических сосудов и микроциркуляторного русла, которые сопровождаются накоплением тканевых метаболитов, активацией лейкоцитов и макрофагов, появлением большого количества свободных радикалов, лизосомальных ферментов и местных медиаторов воспаления.

Клиника хронической венозной недостаточности достаточно характерна и проявляется рядом синдромов, выраженность которых зависит от стадии заболевания. Традиционной ошибкой является однозначное отождествление хронической венозной недостаточности и варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей. Дело в том, что варикозный синдром является хотя и частым (более 70% пациентов), но далеко не единственным. Один из самых ранних признаков хронической венозной недостаточности - это синдром «тяжёлых ног». Его характеризует чувство тяжести в икроножных мышцах, появляющееся к концу дня и исчезающее при ходьбе или во время отдыха в горизонтальном положении. У 35-40% больных хроническая венозная недостаточность проявляется отёчным синдромом. В отличие от сердечных и почечных отёков при хронической венозной недостаточности они локализуются на стопе и голени и сопровождаются выраженными суточными колебаниями – значительным уменьшением или полным исчезновением после ночного отдыха.

Хроническая венозная недостаточность является далеко не безобидным заболеванием, создающим, вопреки общепринятому мнению, не только косметические проблемы. Дело в том, что наиболее частым осложнением являются прогрессирующие нарушения трофики мягких тканей голени, быстро претерпевающие эволюцию от поверхностной гиперпигментации до обширных и глубоких трофических язв. Наряду с местными осложнениями хроническая венозная недостаточность может приводить к дистантным реакциям. В частности, результатом депонирования больших объёмов крови (до 2,5-3л) в поражённых венах нижних конечностей становится уменьшение объёма циркулирующей крови и, как следствие этого, развитие синдрома «недогрузки» сердца, проявляющегося снижением толерантности к физической и умственной нагрузке [1].

Таким образом, больные с хронической венозной недостаточностью нуждаются в как можно более раннем начале комплексного лечения, рационально сочетающего хирургические и терапевтические методики. При лечении хронической венозной недостаточности важное значение имеет оказание адекватной медицинской помощи, особенно при I и II стадиях хронической венозной недостаточности, когда хирургическое вмешательство считается преждевременным, а использование эластических колготок, медицинского трикотажа, местное мазевое лечение недостаточно эффективны. В этих случаях рекомендуется применение антикоагулянтов, дезагрегантов, флеботоников ангиопротекторов [2].

Фармакологическая терапия хронической венозной недостаточности при беременности основывается на применении флебопротекторов. Это разнообразные лекарственные средства, получаемые в результате переработки растительного сырья или путём химического синтеза, которые объединяет общее свойство – стабилизация структурных компонентов венозной стенки и повышение её тонуса. Современная генерация флебопротекторов представлена препаратами с поливалентным механизмом действия, т.е. демонстрирующим широкий спектр терапевтических эффектов, среди которых важнейшее значение имеет повышение тонуса венозных и лимфатических сосудов, улучшение метаболизма сосудистой стенки и окружающих тканей, а также угнетение клеточных и молекулярных механизмов заболевания. Подавляющее большинство флебопротекторов, использующихся в настоящее время, относятся к флавоноидам, препаратам растительного происхождения, за открытие которых венгерский химик и фармаколог Сент-Дьердьи получил Нобелевскую премию в области медицины. Для коррекции патологической активации системы гемостаза в настоящее время разработан ряд препаратов. Одним из таких препаратов является Детралекс. Это вазопротектор и венотоник, воздействует на систему возврата крови: уменьшает растяжимость вен и венозный застой,

улучшает микроциркуляцию. Стандартная терапевтическая дозировка Детралекса составляет 500мгх2 раза в сутки. Продолжительность приёма препарата при беременности – 1,5-2 месяца. Эффективность терапии следует оценивать по динамике маллеолярного объёма – длине окружности на уровне самой узкой части голени, над лодыжками. Маллеолярный объём измеряют с помощью обычного ленточного метра вечером и утром. Об адекватности лечения свидетельствует уменьшение суточных колебаний этого показателя. В наших наблюдениях маллеолярный объём уменьшался на 5-6см. Детралекс – один из немногих флебопротекторов, не проникающих через гематоплацентарный барьер.

Подытоживая вышеизложенное, следует подчеркнуть, что Детралекс является универсальным флебопротектором, который следует назначать больным с хронической венозной недостаточностью на разных стадиях. Выраженность симптомов заболевания определяет продолжительность приёма препарата (от 1,5 месяца и более) при его стандартной суточной дозировке. В этой связи уместно привести цитату из доклада, сделанного на XIV Всемирном съезде Международного общества флебологов руководителем отделения ангиологии лондонского госпиталя Святой Марии, профессора Николайдес, который назвал микронизированный диосмин «эталонным флеботропным препаратом».

ЛИТЕРАТУРА

1.Богачёв В.Ю. Современная фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Фармацевтический вестник, 2006

2.Бубнова Н.А. Роль и изменение лимфатических сосудов при заболеваниях вен нижних конечностей / Сателлитный симпозиум в рамках 2-ой конференции флебологов.- 1999, с.1-2

3.Макацария А.Д., Мищенко А.Л. Вопросы циркуляторной адаптации системы гемостаза при физиологической беременности и синдром дессиминированного внутрисосудистого свертывания // Акуш и гинекол., 1997, №1, с. 38-41

4.Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2001, 664 с.

5. Савельева Г.М., Дживелегова Т.Д., Шалина Р.И. и др. Гемореология в акушерстве.- М., 1997

6. Серов В.Н., Макацария А.Д. Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве.- М., 1987

7. Швальб П.Г. Системный подход к патогенезу хронической венозной недостаточности нижних конечностей //Ангиология и сосудистая хирургия, 2002, №3, с.30-36

8. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. - М.: Берег, 1999, 127 с.

9. Davids S., Mamelle N., Riviere O. / Int. J. Obstetric and gynecology.- 2001, v. 108, p. 919-326

10. Fowkes F.G.R. Rick factors for varicose veins. Chronic venous insufficiency supported by Servier.- 2001, p.6-7

11. Junger M., Steins A., Hahn M., Hafner H-M. Microcirculatory Dysfunction in Chronic Venous Insufficiency // Microcirculation, 2000, v.7, p.3-12

12. Labropoulos N. Гемодинамические изменения и классификация CEAP. //Флеболимфология, 2004, № 23, с.2-6

13. Marchitelli E. Can the effect of oestroprogestinic and hormone replacement therapy on Haemostasis Really Increase The Risk of Venous Thromboembolism? / International Angiology. 14-th World Congress.- 2001, p. 18-19

SUMMARY

CHRONIC VENOSE INCOMPETENCE DURING PREGNANCY AND ITS CORRECTION

I.M. Kerimova

The purpose of present review article was to evaluate literature dates about the diagnostic of venous incompetence during pregnancy and its correction. The author discuss about this problem. There were analised literature information about this problem. There were showed the Russian and other materials.

Daxil olub: 11.07.2008

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ТВОРЧЕСКОЙ КОМПОНЕНТЫ В ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ

Г.М. Мамедова
Центральная больница нефтяников Азербайджанской Республики, 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 и 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.

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 психологически 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.

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.

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 1
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

Мы старались, чтобы модифицированный нами опросник был прост и доступен в использовании, а также, чтобы он не был громоздким и утомительным.

Опросник-анкета (модифицированный опросник Рензулли)

Женщинам объясняли, 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков И.В. Основные направления перинатальной психотерапии и организация психотерапевтической помощи в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства / Материалы Форума «Репродукция 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 / 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: 26.04.2008

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR - ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

АБЕРРОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ОПТИКО-РЕФРАКЦИОННЫХ СВОЙСТВ ХРУСТАЛИКА ПРИ РАЗВИТИИ КАТАРАКТЫ

А.М. Годжаева, И.М. Корниловский
IV больница им. Эфендиева, Баку, Институт усовершенствования врачей ФГУ Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, Москва

Оценка оптических и рефракционных свойств хрусталика представляет практический интерес, поскольку позволяет объяснить причины снижения остроты зрения при развитии катаракты. Такие исследования в целом ряде случаев могут предопределить необходимость более раннего удаления хрусталика и его замены на искусственный.

Для объективного исследования прозрачности хрусталика применяется метод денситометрии. Суть данного метода заключается в определении оптической плотности различных слоев хрусталика по его изображениям, полученным путем видео- или фоторегистрации и компьютерным анализом снимков на специальных системах [1, 2]. Заслуживает внимания способ оценки прозрачности и плотности хрусталика путем проведения фотобиомикроскопических исследований с последующим векторным денситометрическим анализом полученных снимков среза хрусталика вдоль центральной переднее-задней оси глаза от передней капсулы хрусталика через все слои до задней капсулы [3]. Однако вышеизложенные методы не позволяют оценить изменения рефракции и возникающие при этом оптические аберрации, влияющие на состояние остроты зрения.

ЦЕЛЬЮ настоящей работы явилось обоснование применения динамической аберрометрии для оценки оптико-рефракционных свойств хрусталика при развитии катаракты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Клинические исследования проведены на 128 глазах 64 пациентов с начальной и незрелой катарактой в возрасте от 57 до 78 лет. Динамическая аберрометрия проводилась с интервалом 3-6 месяцев в сроки от 1 года до 3-х лет. При проведении динамических биомикроскопических исследований анализировалось состояние всех структур глаза, участвующих в формировании его оптической системы Определение клинической рефракции глаза, исследование остроты зрения для дали и близи выполнялись на автоматизированном оптометрическом комплексе AOC-21QO фирмы NIDEK. Компьютерная видеокератография и оптические аберрации исследовались на приборе OPD-scan (NIDEK). Для дифференциальной диагностика вклада роговичного и хрусталикового компонентов в аберрации оптической системы глаза был использован специальный программный пакет "OPD-Station", предназначенный для установки на внешние компьютеры. Это позволяло импортировать данные из базы прибора OPD-Scan ARK-10000 и быстро осуществлять углубленный их анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Проведенные исследования показали, что субъективный метод биомикроскопии не давал возможности количественно оценить изменения оптико-рефракционных характеристик хрусталика при прогрессировании катаракты. Последние индуцировали оптические аберрации и, в ряде случаев, предшествовавали появлению биомикроскопически видимых помутнений при субклинических начальных формах развития катаракты. При начальной и незрелой катаракте в зависимости от локализации и степени выраженности помутнений в хрусталике отмечалось появление аберраций высших порядков с большим разбросом их количественных показателей. Помутнения в хрусталике вызывали появление комаподобных аберраций 3-го и сфероподобных аберраций 4-го порядка, что согласовалось с ранее проведенными нами исследованиями [4] и было отмечено другими авторами [5].

При необскурационных помутнениях в хрусталике было выявлено, что из 128 глаз на 57 (44,53%) глазах аберрации высших порядков были связаны с помутнениями в хрусталике, а на 55 (42,97%) глазах они носили смешанный характер. Смешанный роговично-хрусталиковый

характер оптических аберраций был обусловлен наличием роговичного астигматизма и помутнений в хрусталике. На 16 (12,50%) глазах нами был выявлен асиметричный или неправильный роговичный астигматизм, который наряду с помутнениями в хрусталике, был одной из причин увеличения суммарных аберраций высших порядков. Именно это не всегда учитывается при прогнозировании и анализе результатов хирургии катаракты. Данный факт указывал на то, что в современной хирургии катаракты недостаточно ограничиваться только проведением офтальмометрии, а целесообразно выполнение видеокератографических и аберрометрических исследований. С позиций вышеизложенного, диагностический подход с проведением видеокератографии и аберрометрии имел важное практическое значение уже на этапе диагностического обследования пациентов с начальной и незрелой катарактой.

Известно, что в формировании аберраций оптической системы глаза принимают участие роговица, хрусталик и стекловидное тело. В ряде случаев возникновение аберраций может быть связано с патологическим процессом в центральных отделах сетчатки. Задняя поверхность роговицы, хрусталик, стекловидное тело и сетчатка формируют, так называемые, внутренние аберрации глаза. При этом необходимо отметить, что состояние кривизны задней поверхности роговицы можно рассматривать, как статическую составляющую, а хрусталик, как динамическую составляющую внутренних аберраций глаза. Проведенные нами динамические видеокератографические и аберрометрические исследования показали, что при отсутствии изменений со стороны роговицы, стекловидного тела и сетчатки, величина внутренних аберраций зависела от состояния оптико-рефракционных свойств хрусталика. Причём на формирование хрусталиковых аберраций оказывали влияние только те помутнения, которые располагались соответственно зрительной оси в зоне ограниченной зрачком. Данные аберрации увеличивались с расширением зрачка при переходе из фотопических в мезопические условия освещения. Этот факт мы учитывали при сравнительной динамической оценке индуцированных хрусталиковых аберраций. Во всех случаях для правильной интерпретации полученных результатов об оптических аберрациях на глазах с необскурационными помутнениями в хрусталике необходимо было их сопоставление с данными проводимых динамических биомикроскопических исследований. Более того, исследования показали, что наиболее информативным является проведение дифференциальной аберрометрии по данным видеокератографии и инфракрасного сканирования всей оптической системы глаза на приборе OPD-Scan. Только такой подход обеспечивал возможность определения внутренних аберраций глаза, дающих более достоверную информацию об оптико-рефракционных свойствах хрусталика и их изменении при развитии катаракты.

Всё вышеизложенное позволило нам предложить новый способ оценки изменений оптико-рефракционных свойств хрусталика при развитии и прогрессировании катаракты (заявка на патент № 2007135037/14(038308) с приоритетом от 27.09.07 "Способ оценки оптико-рефракционных свойств хрусталика и прогрессирования катаракты").

Суть предлагаемого способа сводилась к проведению динамической биомикроскопии и аберрометрии с последующей количественной оценкой оптико-рефракционных свойств хрусталика по состоянию оптических аберраций. Увеличение оптических аберраций указывало на прогрессирование катаракты. При этом с целью повышения точности нами было предложено проводить оценку оптико-рефракционных свойств хрусталика по изменению внутренних оптических аберраций глаза. Последние определялись на основании данных видеокератографии и инфракрасного сканирования оптической системы глаза на приборе OPD-Scan. В виду того, что при динамических аберрометрических исследованиях кривизна задней поверхности роговицы, участвующая в формировании внутренних аберраций, оставалась постоянной, увеличение внутренних аберраций происходило за счет изменения оптико-рефракционных свойств хрусталика. Повышение точности диагностики достигалось за счет того, что на величину внутренних аберраций не оказывали влияния прекорнеальная слёзная плёнка, состояние роговичного эпителия и передней поверхности роговицы. Во всех случаях, увеличение аберраций должно было превышать среднюю ошибку, допустимую для выбранного метода объективной аберрометрии. При детальном анализе тотальные и внутренние оптические аберрации представлялись по группам с графическим и цифровым выводом в виде коэффициентов Зернике (Zernike) или RMS коэффициентов .

Предлагаемый нами подход с оценкой оптико-рефракционных свойств хрусталика по

увеличению внутренних аберраций позволил в ряде случаев говорить о прогрессировании катаракты при биомикроскопически неизменной картине помутнений в хрусталике .

Определение внутренних аберраций оптической системы глаза стало возможным лишь при проведении видеокератографии и инфракрасного сканирования оптической системы глаза, что наиболее удачно реализовано в приборе OPD-Scan фирмы NIDEK и программном приложении "OPD-Station". Проведенные исследования показали, что прибор OPD-Scan является уникальным для проведения дифференциальной диагностики аберраций оптической системы глаза, поскольку позволяет измерить не только суммарные (Total) аберрации волнового фронта оптической системы глаза, но роговичные и внутренние аберрации [6]. Специальное программное обеспечение "OPD-Station" давало также возможность раздельно оценить аберрации высоких порядков (HO) и групповые (Group) аберрации, как для всего глаза, так и отдельно роговичные и внутренние аберрации. Более того, применение в приборе OPD-Scan принципа штрих-лазерной скиаскопии инфракраным излучением для оценки аберраций оптической системы глаза имело ряд преимуществ перед технологией волнового фронта. Данные преимущества заключались в нивелировании влияния на результаты исследований состоянием прекорнеальной слезной пленки, роговичного эпителия и аккомодации. Следует также заметить, что объективная пупилометрия, предусмотиренная в приборе OPD-scan, давала возможность корректно сопоставить данные динамических аберрометрических исследований при оценке индуцированных хрусталиковых аберраций, вызванных помутнениями в хрусталике.

Кроме того, специально разработанное программное обеспечение "OPD-Station" позволяла рассчитать, как их состояние влияет на функцию рассеяния точки (PSF), модуляцию передаточной функции (MTF) и остроту зрения (VAC). Фактически впервые стало возможным объективное определение роли различных структур оптической системы глаза в формировании контрастной чувствительности и остроты зрения глаза. Это значительно расширило информацию о влиянии аберраций всей оптической системы глаза, роговицы и хрусталика на разрешающую способность глаза, которая, как известно, предопределяет остроту зрения, характер восприятия окружающего нас мира и зрительную работоспособность.

ВЫВОДЫ: 1.Динамическая аберрометрия позволяет наиболее полно оценить оптико-рефракционные свойства хрусталика при его необскурационных помутнениях у пациентов с катарактой; 2.Дифференциальная аберрометрия с определением внутренних аберраций является наиболее информативной для оценки прогрессирования помутнений при катаракте и может быть реализована на основе видеокератографии и инфракрасного сканирования оптической системы глаза на приборе OPD-Scan с обработкой полученных данных по программе OPD-Station.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корниловский И.М., Годжаева А.М. Биоптический подход к хирургии катаракты на основе видеокератографии и аберрометрии // Офтальмохирургия и терапия, 2004, №1-2, с.34-36

2. Юсев Н.Ю., Макаров И.А. Способ количественной оценки плотности ядра хрусталика -Патент РФ RU (11) 2157082 (13) C1 с приоритетом от 21.02..2000

3. Hockwin O. Cataract classification // Doc. Ophthalmol., 1995, v. 88, N 3-4, p.263-275

4. Kuroda T.,Fujikado N.Maeda N.,Oshika T., Hirohara Y., Mihashi T. Wavefront analysis of higher-order aberrations in patients with cataract // J. Cataract Ref. Surg., 2002, v.28, p.438-444

5. Gatinel D., Hoang-Xuan T. Measurement of combined corneal, internal, and total ocular optical quality analysis in anterior segment pathology with OPD-Scan and OPD-station // J. Of Ref Surg., 2006, v.22, p. 1014-1020

6. Van den Berg T. J., Coppens J.C. Conversion of lens slit lamp photographs into physical light-scattering units // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 1999, v. 40, N 9, p. 2151-2157

SUMMARY

ABERROMETRY VALUE OF CHANGE OPTIC-REFRACTIVE PROPERTIES OF A CRYSTALLINE LENS DURING DEVELOPMENT OF A CATARACT

A.M. Gojayeva, I.M. Kornilovskiy

The Purpose was To substantiate the application of dynamic aberrometry for an estimation of optic-refractive properties of a crystalline lens during development of a cataract

Research has been done on 128 eyes of 64 patients with an initial and undeveloped cataract stages in the age category from 57 to 78 years. Dynamic aberrometry was done with an interval of 3-6 months to terms from 1 to 3 years. During the research NIDEK OPD-Scan ARK-10000, device, as well as special program appendix OPD-Station have been used.

At an initial and undeveloped cataract stages, depending on localization and a degree of clouding in a crystalline lens, the occurrence of coma-like and sphere-like aberrations of the maximum orders with a wide scatter of their quantity indicators were marked. Definition of the internal aberrations of eyes has appeared to be the most informative for an estimation of optic-refractive properties of a crystalline lens during the development of a cataract. Dynamic aberrometry with description of internal aberrations of optical system of an eye allows to receive fuller information on changes of optic-refractive properties of a crystalline lens during the development of a cataract.

Daxil olub: 24.07.2008

ВРОЖДЁННАЯ И НАСЛЕДСТВЕННАЯ ФОРМЫ ГЛУХОТЫ У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АСТАРИНСКОГО РАЙОНА АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

В.М. Панахиан
Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева.

Частота распространения врожденных и наследственных форм нарушений слуха, в различных странах мира имеет весьма разноречивые данные. В бывшем СССР данная патология составляла 78 на 100000 человек [4]. Анализ литературы последних лет показывает всестороннюю изученность состояния слухового аппарата как в отдельности, так и при различных заболеваниях. К 2007 году в России один из 600 детей рождается с диагнозом глухоты [4]. При изучении этиологических факторов врожденных нарушений слуха в условиях Бухарской области установлено, что встречаемость врожденных нарушений слуха существенно не изменилась и варьирует в пределах от 4,65 до 5,17 на 1000 населения, что является ниже средне республиканского уровня [2].

Комплексные медицинские осмотры, проведенные в различных зонах земного шара, показали, что более чем у 6% населения обнаружены изменения слуховой функции, причем у 0,65-2% из них выявлен неадекватный слух. Не менее важная проблема – генетическая гетерогенность наследственных нарушений слуха. Исследование генетической гетерогенности существенно как для изучения этиологии глухоты и выработки на этой основе подходов к патогенетическому лечению, так и для корректного медико-генетического консультирования [6,7].

Генетические аспекты наследственности нарушений слуха, особенно наследственности отосклероза, остаются нерешёнными. Статистические данные различных авторов в отношении наследственной передачи этого заболевания колеблются в весьма широких пределах. Так, по данным Nager (1939), процент таких случаев составляет 14 до 58% [8,9].

Таким образом, анализ литературных источников свидетельствует о генетической гетерогенности наследственных пороков развития органа слуха. Наблюдаются как генные нарушения, так и хромосомные изменения, сопровождающиеся со структурными и числовыми изменениями хромосом.

Нами в ходе экспедиционных работ и популяционно-генетических исследований, а также по данным статистической отчётности Министерства Здравоохранения, городских и районных ВТЭК и ВКК проведено исследование по выявлению лиц с врождённой и наследственной патологией слуха у населения Азербайджанской Республики. В результате исследований выявлено 6786 больных различного возраста, что составило 92 пациента на 100 тысяч населения. Данный показатель не превышает число больных в нашей Республике в сравнении со многими странами Европы и Азии [5,10]. Представленные выше данные литературы послужили основанием для проведённых нами исследований.

ЦЕЛЬЮ нашей работы явилось изучение частоты, структуры и распространённости врождённой и наследственной форм глухоты у сельского населения Астаринского района Азербайджанской Республики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. По данным Центрального

Статистического Управления Азербайджанского Республики в Астаринском районе проживает 88,5 тыс. человек. Среди них население города составляет 19,2 тыс. жителей, население села – 69,3 тыс.

С целью выявления больных с врождённой и наследственной формами глухоты проведены экспедиционные исследования в 2000 году путём обследования сельского населения Астаринского района Ленкорань-Астаринской зоны. Популяционным исследованиям подвергнуты сёла Арчиван, Тангеруд, Сиякю, Мики, Бурзубанд, Сумруд, Паликаш, Кижаба, Сюви, Сим.

Данные основаны на документации отдела статистической отчётности Министерства Здравоохранения ВТЭК и ВКК и ЦРБ Астаринского района. В работе использованы необходимые оториноларингологические и генетические методы исследования:

Методы исследования ЛОР-органов включали специальные инструментальные и функционально-лабораторные методы диагностики [2]. Генетические методы диагностики, включали генеалогический, цитогенетический, молекулярные методы исследования и методы биохимической генетики [3].

Частоту фенотипической и генной патологии выявленных врожденных и наследственных форм оториноларингологических заболеваний вычисляли по формуле Райта [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. По данным вышеуказанных учреждений и по данным проведённых нами экспедиционных работ у населения Астаринского района выявлен 51 пациент с врождённой и наследственной формами глухоты.

Из данного числа пациентов 23 (45%) – являлись детьми до 14 лет и 28 (55%) – взрослыми. Лица мужского пола составляли 30 (58,8%), женского пола – 21 (41,2%) пациент. Все больные составили изолированную форму патологии.

Таким образом, в сёлах Астаринского района на 100 000 населения имеется 73 пациента с врождённой и наследственной патологией слуха. В целом данный показатель составил 0.07% от населения исследуемой зоны. Соотношение показателя заболеваемости составило 1: 1358.

Генеалогический анализ проведённых исследований показал, что из 29 пациентов у 23 (45%) пробанда играл роль наследственный фактор с преобладанием аутосомно-рецессивного типа наследования. У 13 из них наблюдались семейные случаи патологии. В этиологии заболевания остального большинства - 28 (55%) были установлены экзогенные факторы /токсические, тератогенные, химические причины, влияние окружающей среды, патологическое течение беременности и родов матери, выкидыши и др/. В роду у всех из них установлены кровнородственные и эндогамные браки. Анализ частоты встречаемости кровнородственных браков в обследованном нами регионе показал, что одним из наибольших показателей родства выявлен у населения обследованного нами района.

Наиболее низкую частоту кровнородственных браков в наших исследованиях наблюдали населения Таузского района (14,1%) Гянджа- Казахской зоны, статистически достоверно отличающуюся от всех сравниваемых групп.

Таким образом, частота врождённой и наследственной форм глухоты у населения Астаринского района Ленкорань- Астаринской зоны Азербайджанской Республики составляет 0.07%. В результате проведённых исследований установлено, что в формировании врождённой и наследственной форм патологии слуха основную играет роль экзогенный фактор. Наследственный фактор с преобладанием аутосомно-рецессивного типа наследования имел место в этиологии 45% больных. Выявлена высокая частота кровнородственных браков у населения, обследованного региона.

Результаты проведённых исследований доказывают важную роль наследственного фактора в формировании врождённой тугоухости и глухоты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюмина М.Г., Московкина А.Г. Современные представления о роли наследственности в происхождении моносимптоматических нарушений слуха у детей // Вестник оторин., 1980, №1, с.67-73

2. Болтаев Х.А. Этиологические факторы врожденных нарушений слуха в условиях Бухарской области и их клинико-аудиологическая характеристика: - Автореф: дис. … к.м.н. - Ташкент, 1996, 16с.

3. Бочков Н.П. Клиническая генетика, Учеб.- М.: Геотар-Мед, 2002, с.61-66, 319-331

4. Маркова Т.Г., Поляков А.В. Генетическое тестирование как метод доказательной медицины / Мат. VI-Всероссийской конф. оториноларингологов.- М., 2007, с.93-94
5. Панахиан В.М. Распространение, частота и структура врождённых и наследственных форм ЛОР-заболеваний у населения Республики Азербайджан // Вестник оториноларинголог., 2005, №3, 37-39
6. Bergstrom L., Hemenway W.G., Downs W.E. A high risk to fined congenital deafness // Otolaryngol. Clin. North. Amer., 1971, v.4, p. 369
7. Fish L. Epidemiology of congenital hearing loss // Audiology, 1974, v.12, p.411
8. Goodall L. Incidens of deafness in children / Proc. First. Cong. Audiol. Soc. Austral.- Sydney: G. McHill Book Co., 1974, p.116
9. Livingstone G. Hearing and speech disorders in childhood // Dev. Med. Child. Neu., 1974, v.3, p.46
10. McKusick M.D. Mendelian inheritance in man. The John Hopkins University press.- Baltimore & London, 1992, 117p.

SUMMARY

CONGENITAL AND HEREDITARY FORMS OF DEAFNESS AT THE AGRICULTURAL POPULATION OF AREA ASTARA OF THE AZERBAIJAN REPUBLIC

V.M. Panahian

Researches of the population of area Astara of the Azerbaijan Republic have revealed high frequency of congenital and hereditary forms of deafness - 0.07 %. As a result of the lead researches it is established, that in formation of a pathology important plays a role экзогенный the factor. The hereditary factor with prevalence autosom-recessive such as inheritance took place in этиологии 45 % of patients. High frequency consanguinity and endogamy marriages in a sort of the surveyed patients, is revealed. Results of researches prove the important role of the hereditary factor in formation of congenital diseases.

Daxil olub: 24.07.2008

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Л.З.Ахмедова, С.Н.Ахмедова

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Алиева

Состояние сердечно-сосудистой системы при гломерулонефритах (ГН) у детей давно привлекало к себе внимание исследователей. Этой проблеме посвящен ряд работ, в результате которых изучены те или иные аспекты гемодинамических изменений. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы часто имеет определяющее значение в клинической картине ГН, а сердечная недостаточность порой является причиной летального исхода [1,2,3]. Особое значение придается повышению АД и электролитным нарушениям при нефротическом синдроме острого гломерулонефрита (ОГН) и нефротической форме хронического ГН, а также смешанной форме [4,5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами проведен анализ показателей ЭКГ у 2497 больных с различными вариантами гломерулонефрита. Больные были разделены на группы: I– с нефритическим синдромом ОГН - 1104 (44,0%), II - с нефротическим синдромом ОГН - 1188 (51,8%), III - с изолированным мочевым синдромом (ИМС)–105 (4,2%), IV– нефротическая форма хронического гломерулонефрита - 830 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Повышение АД было отмечено у 1020 (92,4%) из общего количества 1104 больных с ОГН с нефритическим синдромом.

В олигурическую фазу ОГН и при наличии отеков, когда возможна задержка калия в плазме крови, и при стойком повышении АД, несмотря на выраженную почечную патологию, на первый план выступал кардиальный синдром.

Нарушения ритма сердца встречались довольно часто, которые менялись в зависимости от формы и течения заболевания. Тахикардия и брадикардия чаще выявлялись при ГН с нефритическим синдромом, при котором чаще отмечалось повышение АД и сказывалось его влияние на ритм сердца. При нефротическом и изолированном мочевом синдроме они наблюдались примерно одинаково.

Изменения ЭКГ при ОГН заключались в увеличении отрезка Q-T и снижением зубца Т в одном или нескольких стандартных или грудных отведениях. Часто наблюдалось появление

нерезко выраженного левого типа ЭКГ, обусловленного повышенным АД. Вольтаж всех зубцов в связи с выраженными отеками резко снижен. По мере уменьшения отеков вольтаж зубцов ЭКГ постепенно возвращался к норме. Уменьшение вольтажа зубцов объясняется рядом факторов: набуханием волокон миокарда, скоплением жидкости в полости миокарда и повышенной электроемкостью кожи при отеках. Наряду с уменьшением величины зубцов изредка наблюдалось нерезко выраженное уширение зубца Р, незначительное увеличение интервала Р-Q и значительные изменения зубца Т, который уменьшается, зазубривается или становится двухфазным с первой отрицательной фазой. Наличие двухфазной и отрицательной волны Т говорит о глубоких дистрофических изменениях в сердечной мышце. В более поздней стадии ГН может играть роль и ранняя гипертрофия мускулатуры левого желудочка. В отдельных случаях имелась блокада правой ножки пучка Гиса. Иногда отрицательный ST располагался под изолинией, а зубец Т напоминал коронарный зубец при острой коронарной недостаточности. Эти изменения встречались довольно редко при нефритическом синдроме и совсем отсутствовали при изолированном мочевом синдроме.

Суммируя все изложенное об ЭКГ при ОГН, мы на основании своих наблюдений пришли к выводу, что между характером и степенью изменений зубцов ЭКГ и тяжестью почечного процесса параллелизма не имеется. ЭКГ картина определяется степенью поражения периферических разветвлений сосудистой системы сердца. Не меньшее значение в развитии дистрофии имеют белковые и электролитные изменения. При этом изменения ЭКГ в виде снижения амплитуды зубцов Т коррелируют с выраженностью белково-электролитных нарушений. При снижении калия в плазме амплитуда зубцов Т составляла 1/6 – 1/7 зубца R, а его повышение сопровождалось повышением амплитуды и заострением зубца Т.

ЭКГ картина чаще имеет характер правого типа. Реже наблюдался нормальный или левый тип ЭКГ. Правый тип связан с преимущественным расширением правого желудочка в результате поражения сосудистой системы сердца, а левый тип обусловлен преимущественно гипертрофией и расширением левого желудочка на почве длительной артериальной гипертонии. Изменения зубца Р непостоянны и нехарактерны. Обычно зубец Р уменьшался, реже зазубривался. Редко наблюдалось уширение и расщепление комплекса QRS. Отмечалось уменьшение вольтажа зубцов ЭКГ. Сегмент RS-T иногда смещался вниз во всех отведениях – конкордантное смещение. Наиболее резко выражены изменения зубца Т, который уменьшается, уплощается, иногда становится двухфазным с первой отрицательной фазой или отрицательным. Изменения зубца Т обычно носят конкордантный характер, значительно реже наблюдается дискордантность в направлении зубца Т. Длительность отрезка Q-T почти всегда увеличена по сравнению с должным. При ХГН наблюдалось нарушение ритма, чаще экстрасистолия, преимущественно желудочковая. При обострении гломерулонефрита изменения ЭКГ выступали значительно резче, главным образом изменялся зубец Т.

Таким образом, установлена взаимосвязь показателей ЭКГ и течения заболевания почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аткинс Р. К. Гломерулонефриты. // Нефрология и диализ, 2000, № 2, с. 124-128
2. Гасанов А.И., Ахмедова Л.З., Алиева Н.А. Гипертензионный синдром при гломерулонефритах у детей. // Аз. Тибб журналы, 1996, №7-8, с. 21-23
3. Козлов В.Г., Громов В.Л., Балкаров И.М. Поражение почек и артериальная гипертензия у лиц пожилого и старческого возраста // Тер. Архив, 1996, № 6, с. 54-57
4. Котова М.И., Мальченко А.М., Латышев Д.Ю. Поражение сердечно-сосудистой системы при гломерулонефритах у детей / Материалы 1 конгресса «Современные методы диагностики и лечения уронефрологических заболеваний у детей».- 1998, с.92.
5. Серов В.В., Пальцев М.А. Почки и артериальная гипертензия.- М. 345 с

SUMMARY

ECHOCARDIOGRAPHIC PARAMETERS IN CHILDREN WITH GLOMERULONEPHRITIS

L.Z.Ahmedova, S.N.Ahmedova

Data on functional changes of cardiovascular system and EKG at all forms of acute and chronical glomerulonephritis is given in the article. More significant EKG changes were monitored

with chronical flow of disease with frequent relapses. EKG change extent was also depend on the level of kidneys dysfunction.

Daxil olub: 19.08.2008

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У СОЛДАТ НОВОБРАНЦЕВ ИЗ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ

К.К. Кафаров
Госпиталь МВД, г.Баку

Патологии пародонта являются тяжёлыми заболеваниями, которые существенно ухудшают состояние здоровья и качество жизни человека, а также играют важную роль при возникновении и развитии атеросклероза, остеопороза, диабета и прочих хронических болезней [2,7,8]. Считается, что факторами риска возникновения патологий пародонта могут быть несбалансированность питания, курение, хронические заболевания, плохое гигиеническое состояние полости рта и прочие эндогенные и экзогенные факторы [3,6]. Современная системная концепция пародонтита даёт основание считать необходимость ранней профилактики патологий пародонта при наличии факторов риска [2,3,6]. Условия службы солдат в определённой степени порождают возможность распространения факторов риска возникновения патологий пародонта (курение, особенности питания, нервно-эмоциональная нагрузка, процесс адаптации и прочие). Поэтому для целенаправленной и адресной профилактики представляет научно-практический интерес изучение характеристики состояния тканей пародонта у солдат новобранцев из разных регионов страны.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследование проводилось направленным отбором единиц наблюдения- солдат срочной службы- новобранцев из 9 экономических регионов страны. В каждой группе было 30 человек и объём общей совокупности составлял 270 единиц наблюдения. Определились следующие стандартные показатели: Пародонтальный индекс (Pİ) для оценки распространённости и интенсивности поражения тканей пародонта; Индекс PMA для изучения степени воспаления десны; Индекс CPİTN для установления нуждаемости в пародонтологическом лечении [7]. Статистическая обработка результатов проводилась методами анализа качественных и количественных признаков [6].

Таблица 1

Показатели индекса Pİ у солдат новобранцев срочной службы и в зависимости от регионов призыва (в скобке абсолютные данные, рядом с ними относительные данные в %)

Наименование экономических районов	Величина баллов по индивидуальной оценке			Средняя величина баллов
	0	1,0 – 2,0	4,0 и более	
Баку	(15) 50,0	(12) 40,0	(3) 10,0	0,88 ± 0,11
Абшерон	(14) 46,7	(10) 33,3	(6) 20,0	1,14 ± 0,13
Губа-Хачмаз	(12) 40,0	(13) 43,3	(5) 16,7	1,17 ± 0,12
Горный Ширван	(11) 36,7	(15) 50,0	(4) 13,3	1,12 ± 0,14
Аран	(12) 40,0	(11) 36,7	(7) 23,3	1,25 ± 0,13
Шеки-Закатала	(11) 36,7	(13) 43,3	(6) 20,0	1,27 ± 0,15
Ленкорань	(12) 40,0	(13) 43,3	(5) 16,7	1,16 ± 0,13
Гянджа-Казах	(10) 33,3	(16) 53,3	(4) 13,3	1,12 ± 0,10
Нахичевань	(12) 40,0	(14) 46,7	(4) 13,3	1,13 ± 0.12
Итого	(109) 40,3 ± 2,98	(117) 43,3 ± 3,01	(44) 16,4 ± 2,25	1,13 ± 0,09

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Показатели пародонтального индекса у солдат новобранцев из разных регионов страны приведена в таблице 1. Очевидно,

что у 40,3± 2,98% новобранцев не были выявлены признаки воспаления дёсен. Признаки воспаления дёсен на свободных поверхностях и гингивита без повреждения прикреплённого эпителия (баллы 1 и 2) были отмечены у значительной части (43,3 ± 3,01%) обследованных. Доля солдат с признаками более тяжёлых поражений пародонта (резорбция альвеолярного гребня, выраженная деструкция тканей пародонта и прочие) составляла 16,4 ± 2,25%. При этом средняя величина баллов пародонтального индекса для общей совокупности колебалась в пределах 0,95 – 1,31 (95%-й доверительный интервал). В литературе отмечается, что у практически здоровых студентов величина пародонтального индекса колеблется в пределах 0,43 – 0,65 баллов [5]. Очевидно, что у новобранцев относительно высок риск поражений тканей пародонта.

Средняя величина пародонтального индекса у новобранцев из Баку (0,88 ± 0,11 баллов) была значительно ($P < 0,05$) меньше, чем у новобранцев из остальных экономических регионов страны (≥ 1,12 ± 0,10 баллов).

При этом величина этого показателя в этих регионах между собой достоверно не отличалась (минимальный показатель 1,12± 0,10, максимальный показатель 1,27 ± 0,15 баллов; $P > 0,05$).

Распределение групп призывников из разных регионов по величине индивидуального пародонтального индекса показало, что их структура не одинакова, но из-за относительно высокого уровня статистической ошибки (в связи с объёмом выборки) достоверность различия не доказывается.

Известно, что степень воспаления десны более адекватно отражает индекс PMA, величина которого у солдат новобранцев из разных регионов страны приведена в таблице 2. Очевидно, что у преобладающего большинства обследованных не выявляются изменения десны (74,7 ± 2,65%). Воспаление десневого сосочка (P – 1 балл), края десны и слизистой оболочки альвеолярного отростка (M- балла и A – 3 балла) было отмечено соответственно у 14,3 ± 2,13 и 11,0 ± 1,90% обследованных. Средняя величина индекса PMA для изучаемой общей совокупности составляла 0,24± 0,02 бала. В литературе [5] приведены данные (для студентов), которые колеблются в пределах 0,14-0,16 баллов. Очевидно, что у солдат новобранцев относительно высока степень воспаления десны.

Таблица 2

Показатели индекса PMA у солдат срочной службы в зависимости от регионов призыва (в скобке абсолютные данные, рядом относительные показатели в %)

Наименование экономических районов	Величина баллов по индивидуальной оценке			Средняя величина баллов
	0	1,0	2 и более	
Баку	(24) 80,0	(4) 13,3	(2) 6,7	0,13 ± 0,05
Абшерон	(22) 73,3	(5) 16,7	(3) 10,0	0,22 ± 0,06
Губа-Хачмаз	(22) 73,3	(3) 10,0	(5) 16,7	0,25 ± 0,05
Горный Ширван	(20) 66,7	(6) 20,0	(4) 13,3	0,26 ± 0,07
Аран	(21) 70,0	(6) 20,0	(3) 10,0	0,28 ± 0,07
Шеки-Закатала	(20) 66,7	(5) 16,7	(5) 16,7	0,29 ± 0,07
Ленкорань	(22) 73,4	(4) 13,3	(4) 13,3	0,23 ± 0,05
Гянджа-Казах	(21) 70,0	(6) 20,0	(3) 10,0	0,25 ± 0,04
Нахичевань	(22) 23,3	(4) 13,3	(4) 13,3	0,24 ± 0,04
Итого	(194)74,7 ± 2,65	(43)14,3 ± 2,13	(33)1,0 ± 1,90	0,24 ± 0,02

По величине среднего показателя PMA группа солдат новобранцев из Баку (0,13± 0,05) достоверно отличается только от группы из Шеки-Закатальского экономического района (0,29± 0,07). Между остальными группами солдат в зависимости от регионов призыва различия величины PMA не достоверные($P > 0,05$).

Для оценки нуждаемости обследованных в пародонтологической помощи был использован индекс CPİTN.

По нашим материалам средняя величина индекса CPİTN (среднее число поражённых

секстантов) колебалась в пределах 1,54-1,58 (95%-й доверительный интервал). В литературе [1,7]приведенные данные об этом индексе (0,60 у студентов, 2,30 у подростков) свидетельствуют о том, что наблюдаемая нами популяция по величине индекса CPİTN занимает промежуточное место. Средняя величина индекса CPİTN у солдат новобранцев из Баку (1,48 ±0,03) была существенно ниже чем таковой для солдат из ряда экономических районов (1,61± 0,04 у новобранцев из Горного Ширвана и 1,62 ± 0,04 – из Шеки – Закатальского экономического района). Группа солдат из остальных экономических районов по величине индекса CPİTN как между собой, так и по сравнению с новобранцами из Баку достоверно не отличались (показатель колебался в пределах 1,52 ± 0,04 : 1,58 ± 0,05).

Распределение обследованных по нуждаемости в пародонтологической помощи показало, что у 28,9 ± 2,76 % новобранцев имеется потребность в гигиеническом воспитании, а у 8,9 ± 1,73 % - необходимо снятие зубных отложений. В целом 37,8 % солдат новобранцев нуждаются в пародонтологической помощи. По данным [1] доля подростков, нуждающихся в пародонтологической помощи, составляла 78 %.Очевидно, что наблюдаемая нами популяция относительно меньше нуждается в лечении. Доля новобранцев, нуждающихся в пародонтологической помощи, среди солдат из отдельных регионов, колебалась в пределах: от 46,6 ± 9,1% до 33,3 ± 8,6 % (P>0,05). Это свидетельствует о сходном уровне нуждаемости в лечении солдат из разных регионов страны.

Резюмируя полученные результаты можно прийти к заключениям: признаки воспаления тканей пародонта выявляются у 59,7 ± 2,98% солдат новобранцев; средняя величина пародонтального индекса у новобранцев из Баку (0,88 ± 0,11 балла) достоверно ниже чем таковая у новобранцев из других экономических регионов (≥ 1,12 ± 0,10 балла); воспаления деснового сосочка, края десны и слизистой оболочки альвеолярного отростка выявляются соответственно у 14,3 ± 2,13 и 11,0 ± 1,90% обследованных. Региональные различия между группами солдат новобранцев более выражены по индексу PMA; в среднем 28,9 ± 2,76% новобранцев нуждаются в гигиеническом воспитании, а 8,9 ± 1,73% -в снятии зубных отложений; региональные различия нуждаемости солдат в пародонтологической помощи существенны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дахкильгов М.У.Г. Эпидемиологическое исследование распространённости и интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения Республики Ингушетии, определение потребности в стоматологической помощи. Автореф. дис. … канд мед. наук.- М., 2001, 20 с.

2. Ложарицкая М.М., Симакова Т.Г., Старосельцева Л.К. Воспалительные заболевания пародонта у больных с метаболическим синдромом // Стоматология, 2004, № 6, с.13-16

3. Окушко В.Р. Системная концепция пародонтита // Новое в стоматологии, 2002, №8, с. 14-19

4. Стентон Г. Медико-биологическая статистика.- М., 1999, 459 с.

5. Улитковский С.Б., Калинина О.В. Противовоспалительная эффективность использования зубных щёток и их влияние на гигиенический статус полости рта // Стоматология, 2006, № 3, с.64-66

6. Herbert M. О проблемах определения риска возникновения пародонтита // Новое в стоматологии, 2002, № 8. с.6-9

7. Michal Straka. Пародонтит и остеопороз // Новое в стоматологии, 2002, № 8, с.29-31

8. Michal Straka. Пародонтит и диабет // Новое в стоматологии, 2002, № 8, с.32-35

SUMMARY

THE FEATURES OF CONDITION OF PARODONT ON NEW CALLING SOLDERS IN DIFFERENT REGIONS

K.G. Kafarov

The condition of parodont tissue on new calling solders in different regions was studied on determining of PI, PMA and CPITN indexes. It was determined that the change interval of middle count of same indexes was wide and composed of: for PI index- 0,88± 0,11 : 1,27± 0,15 (P < 0,05); for PMA index- 13 ± 0,05 : 0,29 ± 0,07 (P < 0,05); for CPİTN index- üçün – 1,48 ± 0,03 : 1,62 ± 0,04 (P < 0,05). The frequency of injury of parodont tissue was determined. There change interval by regions was such: 50 ± 9,1 : 63,3 ± 8,8% (P > 0,05).

Daxil olub:22.08.2008

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТРАХЕИ КРЫС ПОСЛЕ КУРСОВОГО ДЕЙСТВИЯ ВАНН РАЗЛИЧНОГО СОСТАВА

Б.М. Гусейнов
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

В последние годы среди населения промышленно развитых стран мира отмечено широкое распространение получили заболеваний органов дыхания. Поэтому, применение физиотерапевтических воздействий в оториноларингологии постоянно нарастает, в особенности при лечении и профилактике острых и хронических ларингитов, трахеитов и бронхитов [7].

Следует учитывать, что в условиях Азербайджана и соседных государств в этом плане особенно значимо применение слабоминеральных битуминозных ванн (источник «Кала-алты») и термальных иодобромных ванн (источник «Джарлы», Кюрдамирский район Азербайджанской республики), применяемых более чем широко в клинике внутренних болезней при лечении респираторных заболеваний, патологии органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы [4]. Несмотря на доказанную медицинскую пользу этих воздействий, экономико-социальный их эффект [4], в научной литературе нет материалов о влиянии этих факторов на морфологию стенок трахеи. Тем самым отсутствуют научные обоснования адекватности применяемых воздействий. Лишь в последние годы в рамках научной школы академика В.Б. Шадлинского появляются работы, направленные на решение этой и других смежных научных проблем [1,6,9]. Подробное знание механизмов морфологии и физиологии лимфоидной ткани стенок трахеи после действии бальнеологических факторов может помочь выработать адекватные критерии для своевременной диспансеризации больных, нуждающихся в санаторно-курортной помощи.

Принимая во внимание вышеуказанных в данном исследовании нами изучены некоторые данные о морфологической изменчивости лимфоидных образований в стенках трахеи у экспериментальных животных в результате курсовых влияний иодобромных, битуминозных и концентрированных сульфидных ванн.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Работа выполнена на 90 половозрелых беспородных крысах (60 крыс в эксперименте, 30 – в контрольных сериях) в возрасте 3-4 месяцев, имеющих к началу эксперимента массу 180-320 г. Крысы выбраны в качестве биомодели, учитывая их физиологическую адекватность, устойчивость к инфекции, простоту содержания, недороговизну. Исследование проводились в трех сериях. В каждой из трех серий опытов задействовано по 20 крыс. В первой серии опытов крысы получали йодобромные ванны в виде Джарлинской термальной минеральной воды, добываемой на территории Кюрдамирского района Азербайджанской республики. Концентрация йода составляла в среднем 19 мг/л, брома – 80 мг/л, общая минерализация 35 мг/л, температура воды – 36-37,5^{0}С. Общий курс эксперимента состоял из14 ванн, принимаемых через день. Длительность воздействий в 1-й день составила 8 минут, продолжительность каждого из остальных воздействий – по 10 минут. Общая длительность эксперимента – 28 дней.

Вторая серия опыта включала крыс, подвергнутых действию слабоминеральных битуминозных (органических) ванн, из воды источника «Кала-алты» (Азербайджанская республика). По данным АзНИИ курортологии и физических факторов лечения, концентрация сероводорода в воде постоянно составляет менее 10 мг/л, величина общей минерализации – 0,7-0,9 г/л. Температура воды в течение всего эксперимента равнялось 36-37,5^{0}С. Крысы получали по одной ванне через день. Продолжительность первого воздействия 8 минут, второго 10 минут, остальных – по 12 минут. Общий курс составил 14 ванн, длился в течение 28 дней.

Третья серия опыта включила крыс, получавших ванны с водой, добываемой из источника «Шихова» (Азербайджанская республика). Это высококонцентрированная сероводородно-хлоридно-натриевая сульфатная вода с концентрацией 300 мг/л, что позволило рассматривать их как крепкие сульфидные ванны. Температура воды на протяжении

эксперимента равнялась 36-37,5^{0}С. Первая ванна длилась 2 минуты, а 2-ая – 4 минуты, остальные – по 6 минут. Общая продолжительность эксперимента составила 14 ванн (28 дней).

Для каждой серии опытов существовала своя контрольная группа, представленная 10 крысами каждая. Крысы контрольных серий соответствовали по возрастно-половым характеристикам экспериментальным сериям. На крыс контрольных групп оказывали аналогичные воздействия (по длительности и др.) в виде плавания в водопроводной воде (температура 36-37,5^{0}С).

После эвтаназии у крыс экспериментальных и контрольных групп из верхней, средней и нижней трети трахеи получали продольные и поперечные кусочки, из которых изготавливали микропрепараты. Лимфоидные узелки в стенках трахеи изучали по методу T.Hellman (1922). Для окрашивания лимфоидных узелков использовали гематоксилин Гарриса.

Статическая обработка данных включала подсчет среднеарифметических величин, их ошибок. Результаты обрабатывались с учетом рекомендации Г.Ф. Лакина [5].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Проводное исследование показало, что иммунные структуры и железы стенок трахеи крыс обладают существенной чувствительностью по отношению к бальнеологическим факторам – курсовому действию иодобромных, слабоминеральных битуминозных и концентрированных (крепких) сульфидных ванн. Высокая чувствительность иммунного аппарата трахеи крыс на действие разнообразных бальнеофакторов закономерна, так как, доказана высокая структурно-функциональная лабильность периферического звена иммунной системы стенок полых внутренних органов, отвечающих значительной количественной и качественной изменчивостью в ответ на разнообразные экологические и антропогенные воздействия [3,8].

Битуминозные (слабоминеральные, органические) и иодобромные минеральные ванны (концентрация иода 10 мг/л, брома – 100 мг/л) существенно отличаются друг от друга по химическим качествам. Употребление этих ванн вызывает качественно однотипные изменения со стороны лимфоидной ткани крыс. Определяются лишь количественные изменения этих структур, что свидетельствует о преимущественно неспецифическом эффекте указанных бальнеопроцедур. Доказано, что различные физические факторы воздействия (бальнеологические процедуры с радоновыми водами, грязевые аппликации, умеренная гипотермия) у экспериментальных животных вызывают стереотипные изменения со стороны соматических и висцеральных лимфатических узлов, что, главным образом, проявляется увеличением количества лимфоидной ткани [10].

В результате действия битуминозных и иодобромных ванн увеличивается и «масса лимфоидной ткани» в стенках трахеи крыс. После курса этих ванн наблюдается тенденция к увеличению длины лимфоидных узелков трахеи, располагающихся возле желез (в 1,07 и 1,09 раза, соответственно). В составе лимфоидной ткани возрастает общее содержание клеток лимфоидного ряда. В диффузной ее форме после битуминозных ванн этот показатель увеличивается в 1,33 раза, иодобромных ванн – в 1,12 раза. Количество клеток лимфоидного ряда после курса битуминозных влияний в лимфоидных узелках увеличивается в 1,42 раза, иодобромных влияний – в 1,30, по отношению к контрольной группе. Изменяется и клеточный состав лимфоидной ткани, свидетельствующий об активизации защитных процессов в стенках трахеи, активность лимфоцитоппоэтических, и напротив, ослабление клеточной деструкции лимфоидной ткани. Процентное содержание малых лимфоцитов после действия битуминозных ванн увеличивается в 1,32 раза, иодобромных ванн – в 1,23 раза;
возрастает число больших лимфоцитов в 3,5-4,0 раза, уменьшается число клеток с признаками деструкции в 1,34 раза.

Наши данные согласуются с результатами экспериментально-морфологических исследований В.Б. Шадлинского (2002) [10], З.Р.Сеидовой (2001) [9], которые показали, что при действии иодобромных и битуминозных ванн в стенках гортани крыс увеличивается количество лимфоидных узелков в среднем в 1,3 раза, их размеры в 1,1-1,25 раза, плотность расположения клеток лимфоидного ряда, процентное содержание клеток с картиной митоза в 2,6 раза.

Несмотря на качественную однотипность биологического эффекта использования иодобромных и слабоминерализованных битуминозных (органических) ванн, наличие лишь относительно небольших количественных расхождений показателей желез и лимфоидной

ткани в стенках трахеи, конкретные механизмы воздействий окончательно не выяснены и требуют дальнейшего изучения. Доказано [7], что применение битуминозных вод способствует активизации окислительно-восстановительных процессов. Кроме того, необходимо отметить, что положительный эффект влияние иодобромных и битуминозных ванн на состояние респираторных органов, органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, мочеполового аппарата убедительно доказан в многолетней бальнеологической практике, проводимых курортологических процедур у самых разных групп населения [7].

Таблица
Клеточный состав лимфоидных образований трахеи крыс после курсового действия различных ванн

Форма лимфоидной ткани, тип клеток			Битуминозные ванны	Иодобромные ванны	Крепкие сульфидные ванны
Диффузная лимфоидная ткань	Малые лимфоциты	Основная	58,2±0,99 (44-60)	54,3±0,72 (44-58)	26,6±0,65 (18-29)
		Контроль	44,0±0,70 (40-46)	44,0±0,52 (40-48)	42,4±0,7 (40-46)
	Средние лимфоциты	Основная	8,0±0,14 (6-8)	8,0±0,12 (6,8-8,5)	16,8±0,93 (9-24)
		Контроль	12,4±3,8 (9-15)	12,8±3,8 (9-15)	11,5±3,9 (6-16)
	Большие лимфоциты	Основная	2,0±0,12 (1-3)	2,0±0,12 (1-3)	–
		Контроль	0,5±0,06 (0-2)	0,5±0,06 (0-2)	–
	Клетки с картиной митоза	Основная	4,2±0,1 (2-5)	4,2±0,1 (2-5)	–
		Контроль	1,5±0,12 (1-3)	1,5±0,12 (1-3)	–
Лимфоидные узелки	Малые лимфоциты	Основная	56,5±0,49 (48-64)	56,0±0,37 (49-65)	–
		Контроль	50,0±0,86 (46-52)	51,0±0,86 (46-54)	–
	Средние лимфоциты	Основная	8,5±0,37 (4-10)	7,8±0,37 (3-11)	–
		Контроль	15,4±0,37 (12-18)	13,2±0,37 (12-18)	–
	Большие лимфоциты	Основная	3,5±0,19 (1-4)	4,2±0,19 (2-5)	–
		Контроль	1,0±0,19 (0-3)	1,2±0,19 (1-3)	–
	Дегенеративные клетки	Основная	0,5±0,19 (0-3)	0,5±0,19 (0-3)	–
		Контроль	1,5±0,19 (0-3)	1,5±0,19 (0-3)	–
	Клетки с картиной митоза	Основная	4,2±0,19 2-5	4,2±0,19 2-5	–
		Контроль	1,5±0,19 (0-3)	1,5±0,19 (0-3)	–

Примечание: после действия у крепких сульфидных ванн в стенках трахеи крыс лимфоидные узелки не определяются или единичны

Мы исследовали также морфологические последствия применения курса концентрированных сульфидных ванн на лимфоидные образования трахеи крыс. В результате наших исследований доказан настораживающий отрицательный эффект использования данных воздействий, которые применяются также в бальнеопрактике. По нашим данным, у крыс экспериментальной группы, по сравнению с контрольной группой, в стенках трахеи в составе диффузной лимфоидной ткани уменьшается абсолютное содержание клеток лимфоидного ряда в 1,62 раза, исчезают клетки лимфоидного ряда с картиной митоза и юные формы клеток лимфоидного ряда (эти клетки постоянные в контрольной группе), наблюдается увеличение процентного содержания клеток в состоянии дегенерации, снижается содержание малых и больших лимфоцитов. Аналогичные изменения лимфоидного аппарата гортани крыс в результате курсового действия концентрированных сульфидных ванн наблюдали Н.Т. Мовсумов (2004) [6] и З.С. Сеидова (1991) [9].

В научной литературе имеются данные о том, что сероводород в высоких концентрациях (800-1200 мг/куб.м) вызывает отравление, потерю сознания, даже прекращение дыхания [2]. У экспериментальных животных при хроническом воздействии сероводорода и других серосодержащих газов в существенно меньшей концентрации наблюдается внутрисосудистая агрегация эритроцитов, снижение уровня иммуноглобулинов, нарушается гемопоэз [2]. Поэтому необходимо дополнительно изучить влияние применяемых в клинической практике крепких сульфидных ванн в эксперименте и, возможно, пересмотреть имеющиеся рекомендации по использованию этих ванн в медицине при лечении больных и профилактике заболеваний.

Таким образом, подытоживая выше указанное можно придти к такому заключению, что клеточный состав лимфоидных структур трахеи у крыс всех экспериментальных групп, как и в контрольной группе, представлен однотипным набором клеток. Число малых и больших лимфоцитов, клеток с картиной митоза после действия битуминозных и йодобромных ванн увеличивается, После действия сульфидных ванн процентное содержание малых и больших лимфоцитов уменьшается, а клетки с картиной митоза в диффузной лимфоидной ткани трахеи не наблюдаются. Отмечается увеличение процентного содержания клеток в состоянии дегенерации.

Типичные для лимфоидной ткани межклеточные ассоциации (макрофаг в окружении лимфоцитов, лимфоциты вокруг плазматической клетки) после действия йодобромных и битуминозных ванн постоянны (как и в контрольной группе), после крепких сульфидных ванн эти морфологические структуры отсутствуют.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллахвердиев М.К. Структурнао – функциональная характеристика и закономерности морфогенеза железистого и лимфоидного аппаратов внепочечных желчевыводящих путей человека в постнатальном онтогенезе: Автореф. дисс... докт. мед. наук.- Баку, 2007, 40 с.

2. .Асфандияров Р.И., Бучин В.Н., Лазько А.Е. Острые отравления серосодержащими газами.- Астрахань, 1995, 157с.

3. Агоева С.Д. Клеточный состав и цитоархитектоника элементов небных миндалин в норме у взрослых людей // Морфология. 1992, вып. 9, с.7-12

4. Гаджимов А.М. Лечение больных хроническим гастритом минеральной водой «Кала-алты» / Сб. тр. АзНИИ курортологии и физических методов лечения.- Баку, 1975, с. 91-93

5. Лакин Г.Ф. Биометрия. -М.: Медицина, 1974, 343с.

6. Мовсумов Н.Т. Морфогенез желез гортани человека в норме и в эксперименте при некоторых бальнеологических воздействиях: Автореф. дисс... докт. мед. наук.- Баку, 2004, 35 с.

7. Олефиренко В.Т. Природные лечебние факторы и их значение.- М.: Кристалл, 1986, 124 с

8. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т. Малые железы пищеварительной и дыхательной систем.- М.: Элиста, АПП «Джангар», 2001, 135 с.

9. Сеидова З.Р. Лимфоидным аппарат гортани крыс при воздействии водных процедур с разным солевым составом: Автореф. дисс... канд. мед. наук.- Баку, 2001, 23 с.

10. Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т. Железисто-лимфоидный аппарат гортани при бальнеологических воздействиях: экспериментально-морфологическое исследование.- Баку: Нурлан, 2002, 131 с.

SUMMARY.
PECULIARITIES OF MORPHOLOGICAL CHANGES OF LYMPHOID STRUCTURES OF RAT TRACHEA AFTER EFFECT OF BALNEOLOGICAL TREATMENT
B.M.Guseynov

The aim of the present study is analysis of several data about morphological variability of lymphoid sytructures in the trachea walls in the experimental animals as a result of effect of treatment courses with iodobromide, bituminose and concentrate sulfide baths.

The study is carried out on 90 sex-mature albino rats (60 specimens in experimental group, 30 specimens – in control group) at the age of 3-4 months having body weight of 180-320 g. After sacrificing the animals from the both groups, from the upper, middle and lower trachea portions the longitudinal and crosscut parts which are used to making histological preparations. Lymphoid nodules in the trachea wall are studied on Hellman method (1922). The lymphoid nodules are stained by Harris's hematoxylin.

The studies show that cellular composition of trachea lymphoid structures in the rats of both experimental groups and in control group is presented with single-typed cells. Under the effect of iodobromide and bituminose baths the amount of small and big lymphocytes having mitosis pattern increases. Under the effect of sulfide baths the percentage amount of small and big lymphocytes declines, whereas cells with mitosis pattern are not detected in the diffuse lymphoid tissue of trachea. Increase of percentage amount of the cells in degeneration status is noticed.

Daxil olub: 17.07.2008

ПРИМЕНЕНИЕ МОКСОНИДИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Л.И. Абасова, А.М.Бабаев, Э.А.Гасанова.
НИИ кардиологии Минздрава Азербайджанской Республики, г.Баку

Метаболический синдром (МС) стал типичной чертой цивилизованного общества и распространённость его связана с ростом благосостояния населения и снижением физической активности. Частота заболеваний, связанных МС, особенно увеличилась за последние 20 лет. Объяснение этому видят в усилении действия таких свойственных современному образу жизни факторов, как избыточная масса тела, гиподинамия, неблагополучная наследственность, чрезмерное потребление с пищей насыщенных жиров [1,2]. Полная картина МС обуславливается совместным наличием: резистентности к инсулину, избыточной массы тела, преимущественным отложением жира на туловище, эссенциальной артериальной гипертензии (АГ), умеренным повышением уровня общего холестерина (ХС) при сниженном содержании ХС липопротеидов высокой плотности; толерантности к глюкозе, нарастающей до явного сахарного диабета; гиперурикемии [2]. Благодаря сочетанию всех этих признаков пациенты с МС имеют чрезвычайно высокий риск развития атеросклероза и сердечно сосудистых заболеваний. Основным компонентом МС принято считать инсулинорезистентность (ИР); при этом считается, что ИР и АГ патогенетически взаимосвязаны, и ключевым моментом этой связи является повышение активности симпатической нервной системы (СНС). Известно, что с усилением активности СНС связаны гипертофия миокарда левого желудочка, аритмии, которые также способствуют риску сердечно-сосудистых осложнений[3,4].

В связи с этим к антигипертензивным препаратам, используемым для лечения больных АГ предъявляется основное требование: метаболическая нейтральность[5].

Согласно последним данным препараты центрального действия – агонисты имидазолиновых рецепторов – снижают активность симпатико-адреналовой системы, а также уровень артериального давления благодаря уменьшению тонуса периферических сосудов, секреции катехоламинов, активности ренина и альдостерона[6]. Имеются также указания на то, что они оказывают положительное воздействие на некоторые метаболические показатели, в частности, уменьшают инсулинорезистентность, снижают уровень триглицеридов (ТГ) [7].

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования явилось изучение эффективности агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина у больных АГ с метаболическими нарушениями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 35 больных АГ разной степени тяжести в возрасте от 45 до 76 лет (в среднем 60,7±7,7 года) со средней продолжительностью заболевания 11,3±4,9 года (у 75% больных индекс массы тела (ИМТ) превышал 25кг/м$^{2)}$. У 85% пациентов была гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина выше 5,2 ммоль/л).

Критериями исключения из исследования были острые нарушения мозгового кровообращения и острые коронарные синдромы в течение 1 года до включения в исследование, вторичные формы АГ, стеноз почечных артерий, выраженные нарушения сердечного ритма и проводимости, выраженная сердечная недостаточность, декомпенсированный СД, выраженные нарушения функции печени и почек, психические расстройства.

Комплекс исследований включал инструментальные: суточное мониторирование АД (СМАД), ЭХО-КГ, ЭКГ и лабораторные (определение уровней креатинина, калия, натрия, сахара) методы исследования. У всех пациентов исходно и на 12-той неделе лечения определяли показатели липидного обмена – общий холестерин (ХС), α-холестерин (ХС ЛПВП), β-холестерин (ХС ЛПНП), уровень ТГ.

Изучение препарата проводилось поэтапно: за 2 недели до проведения лечения всем пациентам отменяли гипотензивную терапию В течение этих 2-х недель больные принимали только плацебо. В конце фазы плацебо проводили комплексное исследование больных, результаты которого считали исходными.

Всем больным в течение 12 недель проводилась терапия моксонидином в дозе 0,2-0,4 мг/сут.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программного пакета Statistica 5.0 Арбитражный уровень ошибки первого рода был принят за 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Анализ результатов исследований, проведенных до лечения, выявил у всех пациентов повышение среднесуточных значений систолического и диастолического АД. Исходное АД у пациентов составило в среднем 164,6 и 103,3 мм рт.ст. Через 4 недели приема моксонидина срднесуточное АД снизилось на 10 ,9%($p<0,01$), через 8 недель – на 19,6% ($p<0,01$), а через 12 недель – на 15,8%($p<0,01$). В ходе исследования в целом систолическое АД снизилось на 11,8% ($p<0,01$), а диастолическое на 9,9($p<0,05$). ЧСС на фоне лечения достоверно не изменялась.

Исследование биохимических параметров у наблюдаемых пациентов к концу 12 недели приема моксонидина показало, что уровень глюкозы в крови по сравнению с исходными данными снизился на 12,7% ($p<0,05$), инсулина – на 12,3% ($p<0,05$), отмечены тенденция к снижению содержания общего ХС (на 3,8%), ТГ (на 11,6%) и достоверное повышение уровня ХС липопротеидов высокой плотности – на 18,2%($p<0,01$) .

Таким образом, агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин является эффективным антигипертензивным средством у больных АГ с метаболическими нарушениями. Терапия моксонидином привела к достоверному снижению как систолического, так и диастолического АД без изменения ЧСС, наряду с положительными изменениями в липидном спектре плазы крови и углеводном обмене, а также улучшению клинического состояния больных.

ЛИТЕРАТУРА

1.Сидоренко Б. А., Угрюмова М. О. Применение препаратов центрального действия в лечении гипертонической болезни // Кардиология, 2002, №9, с. 97 -104

2.Трусов В.В., Аксенов К. В., Филимонов М.А. Клиническая оценка пролонгированной терапии агонистом имидазолиновых рецепторов моксонидином больных артериальной гипертонией в сочетании с сахарным диабетом // Кардиология, 2002, №2, с.50-53.

3.Ester M .Sympothetic activity in experimental and human hypertension / Handbook of hypertension, I l. 17.- Amsterdam, 1997, p.628-73

4.Julius S. Changing role of the autonomic nervous system in hum. // Hyperten., 1990, v.8, p. 59-65

5.Saab P, Cardiovascular responsibility to stress in adolescents // Hypertension, 2001, v.19, p.21-27

6.Sakata K. Shirolani, Yoshida li, Kurata. Cardiac sympathetic nervous system in early essential hypertension assessed by 1231-MIBG. // Nuclear Medicine, 1999, v 40, p.6 -11

7.Pamti G. Rienzo, Mancia G. How to assess baroreflex sensitivity: from the cardiovascular laboratory to daily life // Hypertension, 2000, p. 187- 2

SUMMARY
EVALUATION OF CLINICAL EFFECT OF MOKSONIDIN IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND METABOLIC DISORDERS.
Abasova L.I., Babaev A. M., Gasanova E. A.

The study was undertaken to evaluate the antihypertensive effect and influence on metabolic data of moksonidin in patients with arterial hypertension and metabolic disorders.35 patients with arterial hypertension were examined. The patients received therapy with moksonidin within12 weeks.The data of 24-hour blood pressure monitoring demonstrated good antihypertensive effects in most of patients. Moreover, antihypertensive effect of moksonidin in patients with arterial hypertension and metabolic disorders. was accompanied with positive influence on metabolic data.

Daxil olub: 26.04.2008

SİDİKLİK- SİDİK AXARI SEQMENTİNDƏ APARILAN CƏRRAHİYYƏ ƏMƏLİYYATLARIN OPTİMAL METODU

F.R Əlizadə, M.E Hüseynov, İ.H. Fiqarov
Ə. Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət həkimləri təkminləşdirmə institutu, Bakı

Sidik axarlarında aparılan plastik – rekonstruktiv əməliyyatlar urologiyanın ən çətin və aktual sahələrindən biri hesab olunur.60-cı illər plastik – rekonstruktiv cərrahiyə əməliyyatları üçün yeni dövr hesab olunur.Bu dövürdən başlayaraq tez-tez residiv verən, böyrəklərdə ağır destruktiv dəyişiklikləri törədən obstrukiv meqaureter və sidiklik-sidik axarı reflyuksuna görə aparılan yeni əməliyyatlar tədbiq olunmağa başladı .Politano-Leadbetter, Lix-Qrequar, Gil – Verne, Koen, Pakvin üsulu və onlara təklif olunmuş çoxsaylı modifikasiyalar tətbiq olundu [1,3,4].

Sidiklik – sidik axarı reflyuksu birtərəfli və ikitərəfli olmaqla ən çox uşaq yaşlarında rast gəlinən patalogi prosesdir.Xəstəliyin patagenezində ən əsas fikirlərdən biri anadangəlmə inkişaf qüsurunu mənsəbin lateral ektopiyalı olması ilə əlaqədar sidik axarının intravezikal hissəsinin qısa olmasında görürlər. İkinci səbəb sidik kisəsinin neyrogen disfunksiyası və uzun müddət davam edən xroniki sistitdir.Xəstəliyin müalicəsində konservativ və cərrahi üsullardan istifadə olunur. Konservativ müalicəyə göstəriş xəstənin yaşı, reflyuksun dərəcəsi sidik kisəsinin neyrogen disfunksiyası və iltihabi dəyişikliklərin ağırlaşmaları, aparılan terapiyanın effektliyidir.

Obstruktiv meqaureter urologiyanın çətin bölmələrindən biri hesab olunur.Bu termin klinik praktikaya Caulk (1923) tərəfindən gətirilib. Birincili obstruktiv meqaureter sidik axarının terminal hissəsinin sinir - əzələ displaziyası nəticəsində əmələ gəlir [3,4].

Öz klinik gedişinə görə birtərəfli obstruktiv meqaureterlərdə xəstənin vəziyyətində ağırlaşma olmaya bilər, təsadüf müayinə nəticəsində aşkar olunması mümkndür. Lakin xəstəlik ikitərəfli olduqda isə xəstənin vəziyyəti doğulduğu gündən başlayaraq gün-gündən ağırlaşır.

Obstruktiv meqaureterlərin müalicəsi ancaq cərrahi yolla mümkündür. Böyrəklərin funksional vəziyyəti zəifləmişsə, xroniki böyrək çatmamazlığı varsa, septik vəziyyət, sidik yollarının irinli xəstəliklərində əvvəlcə punksion nefrostomiyanın aparılması, sonra isə plastik rekonstruktiv əməliyyat məsləhət görülür.

Obstruktiv meqaureterin formaları içərisində ikincili nisbətən daha ağır hesab olunur. Detruzor- sfinkter dissinergiyası nəticəsində sidik kisəsinin evakutor fəaliyyətinin pozulması, nəticədə sidik çıxarıcı yolların diffuz zədələnməsinə, sidik axarının terminal hisssəsinin seqmentar daralmasına və kəskin piyelonefrit ilə əlaqədar böyrəklərin funksiyasının

azalmasına gətirib çıxarır. Bu zaman konservativ və cərrahi müalicələr paralel aparılmalıdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, xəstənin yaşı artdıqca sidiklik-sidik axarı reflyuksunun özbaşına və ya konservativ müalicə hesabına itməsi ehtimalı xeyli azalır.

Ədəbiyyatdan məlumdur ki, sidik axarı-sidik kisəsi seqmentinin antireflyuks müdafiə mexanizmləri maturasiya prosesləri hesabına daha da möhkəmlənir. Belə ki,yenidoğulmuş uşaqlarda sidik axarının intravezikal hissəsinin uzunluğu 5 mm, 12 yaşlı uşaqlarda 13 mm, böyüklərdə isə konstitusiyon bədən quruluşuna müvafiq 25-30 mm qədər olur (Mundi, 1984, A. Q. Puqaçov 1991).

Yaş artdıqca sidiklik-sidik axarı refluksunun özbaşına və ya konservativ müalicə hesabına itməsi ehtimalı azalır. Bu prosesə sidik kisəsinin funksional vəziyyəti, mikrob-iltihabi ağırlaşmalar, böyrəklərin funksional vəzıyyəti, parenximada gedən ikincili nefrosklerotik dəyişikliklər əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir və nəticədə sidiklik-sidik axarı reflyuksu formalaşır.

Klinikanın çoxillik təcrübəsi göstərdi ki, azyaşlı uşaqlarda aparılan antireflyuks əməliyyatların uzaq nəticələri böyük yaşlı xəstələrə nisbətən daha effektli və fəsadsız keçir. Bunun səbəbi yaşlı xəstələrdə böyrəklərdə gedən xroniki iltihabi proseslərin tez-tez kəskinləşməsi və çapıq-sklerotik fəsadları, sidik yollarının urodinamik pozğunluqları, sidik axarı mənsəblərinin yerli-trofik dəyişikliyi, bir sıra xəstələrdə xroniki böyrək çatışmazlığı kimi geridönməz proseslərdir.

Qeyd etmək lazımdır ki uşaqlardan fərqli olaraq böyuk yaşlı xəstələrdə aparılan ureterosistoneostomiya əməliyyatı zamanı sidik axarlarının kəskin genəlməsi və hipotonusu əzələ liflərinin çapıq-birləşdirici toxuması ilə əvəz olunması nəticəsində baş verir. Belə vəziyyətdə sidik axarlarının yığılma qabiliyyətinin pozulması boylama modelləşdirilmənin aparılmasına mütləq göstərişdir.

Çoxsaylı yeni əməliyyatlar və onlar tətbiq olunmuş modifikasiyaların praktikada geniş istifadə olunmasına baxmayaraq residivliyin faizi yüksək olaraq qalır.

Klinikamızda aparılan antireflyuks əməliyyatlarının uzaq nəticələrinin müqayisəli təhlili göstərdi ki, Palitano-Leadbetter əməliyyatı aparılarkən baş verən fəsadların əsas səbəbi lateral ektopiyalı mənsəbin Lyeto üçbucağından kənarda saxlanılmasıdır.Bunu da qeyd etmək lazımdır ki bu metod yeni modifikasiyalı əməliyyatların əsasını qoydu.

Lix-Qrequar üsulunda sidik kisəsinin arxa-yan divarında seroz əzələ qişasının kəsilməsi hesabına yaradılan tunelin zirvə istiqamətində aparılmasıdır. Yenə də lateral ektopiyalı mənsəb Lyeta üçbucağından kənarda qalır ki,bu da residivə səbəb olur. Bu üsul bəzi ədəbiyyat məlumatlarına görə yüksək residivliyə meyiliyi ilə xarakterizə olunur.

Bişoff üsulu ilə aparılan antireflyuks əməliyyatında sidik axarının çatışmayan hissəsi sidikliyin selikli qişası hesıbına formalaşdırılır ki, bu da əməliyyatdan sonrakı dövrdə yaranan iltihabi-trofik yerli dəyişikliklər yeni yaradılmış tunelin dağılmasına gətirib çıxarır. Bu xüsusiyyətinə görə klinikamızda bu əməliyyat tətbiq olunmur.

Digər metodlardan fərqli olaraq Koen üsulu daha effektiv metod hesab olunur. Sidik kisəsi açıldıqdan sonra reflyukslayıcı mənsəb tapılır, sidik axarının distal hissəsi mobilizə olunaraq ətraf toxumalardan ayrılır və mənsəblərarası bağa paralel selikli qişaaltı tuneldən keçirilərək ətraf toxumalara fiksə olunur. Bu əməliyyyatdan sonra residiv verməsinə səbəb "reflyukslayıcı" mənsəbin aydın təzahür edən lateral ektopiyası zamanı selikaltı tunelin Lyeto üçbucağından yuxarıda yerləşməsidir.

Pakvin üsulu obstruktiv meqaureterlərdə aparılır. Sidik axarlarının genişlənmiş hissəsi ekstravezikal olaraq tapılır və daralmış hissə rezeksiya edilir və intravezikal reimplantasiya olunur.

TƏDQİQATIN MATERİALLARI VƏ METODLARI. Böyrəklərin yuxarı sidik yollarının anatomik və funksional vəziyyətini təyin etmək üçün ultrasəs müayinəsi, ekskretor uroqrafiya, miksion sistoqrafiyadan istifadə olunur. Sidiklik- sidik axarı reflyuksunda miksion sistoqrafiya ,obstruktiv meqaureterdə isə ekskretor uroqrafiya daha informativdir. Sistoskopiya zamanı isə sidik axarı mənsəblərinin yerləşməsi və ölçüsü müəyyənləşdirilir.

1995-ci ildən başlayaraq RKUX-da Koen və Pakvin üsullarına yeni modifikasiya verildi bu üsullarla cərrahiyə əməliyyatları aparılmağa başladı.

Koen üsuluna təklif edilmiş modifikasiyada (1) sidik kisəsi açıldıqdan sonra

reflyuksedici mənsəb tapılıb kateterizasiya olunur .Sidik axarının distal hissəsi dairəvi kəsiklə ətraf toxumalardan ayrılır. Lyeta üçbucağına vertikal bucaq altında selikli qişaltı tunel yaradılır.Tunelin uzunluğu xəstənin yaşından və sidik axarı mənfəzinin diametrindən asılıdır. Mobilizə olunmuş sidik axarı tuneldən keçirilərək ətraf toxumalara 4\0 - 5\0 xrom. ketqutla düyünlü tikişlər qoyulmaqla fiksə olunur. Sidik axarında 5 -7 N-li sidik axarı kateteri saxlanılır, kişilərdə yaradan, qızlarda isə sidik kanalından xaric olunur. Sidik axarı katetri 9-10 gün,uretral katetir isə 12 -14 gün saxlanılır.

Pakvin üsuluna verdiyimiz modifikasiyada (2) sidik axarının daralmış və genəlmiş distal hissəsi ilə birgə ekstravezikal rezeksiya olunur. Sidik axarı çox genişlənmişdirsə boylama modelləşdirmə aparılır. Obstruktiv meqaureterdə mənsəblər adətən medial ektopiyalı olduğundan sidikliyə açılan dəlik mənsəblərlə bir üfqi xəttdə lateral vəziyyətdə yerləşməlidir. Əməliyyatın davamı Koen üsulunda olduğu kimi aparılır.

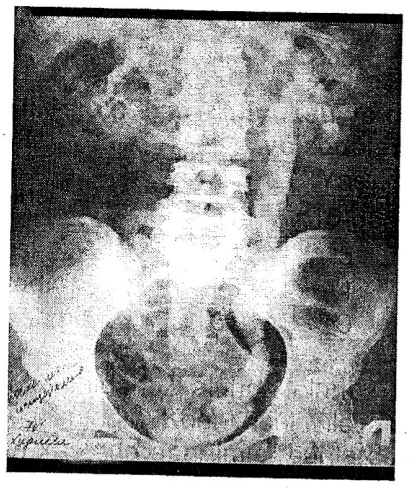
2000-ci il tarixdən 2007-ci ilə qədərki müddət ərzində RKUX-da 74 xəstə sidiklik-sidik axarı reflyuksu və obstruktiv meqauretera görə aparılmış rekonstruktiv- plastik əməliyyatlarla əlaqədar bizim müşahidəmiz altında olmuşdur (Cədvəl 1). Onlardan 33 nəfər obstruktiv meqaureterlə, 41 nəfər isə sidiklik-sidik axarı reflyuksuna görə cərrahiyə əməliyyatı olunmuşdur.Yaş həddi 1-dən 63-yaşa qədər olmuş (orta yaş -7,9). Bunlardan 40- ı (51,3%) kişi, 34-ü isə (48,7%) qadın cinsinə məxsusdur.Xəstələrdən 51-də (68,9%) bir sidik axarında, 23- də (31,1%) isə hər iki sidik axarında plastik cərrahiyə əməliyyatı aparılıb.

Cədvəl 1

Sidiklik-sidik axarı reflyuksu və obstruktiv meqaureterlə olan 74 xəstənin yaşa,cinsə və zədələnmə tərəfinə görə bölünməsi

Cinsi	Yaş			Birtərəfli	İkitərəfli	Ümumi
	1-14	15-35	36-70			
Kişi	34	5	1	27	13(26)	40(53)
Qadın	28	4	2	24	10(20)	34(44)
Ümumi	62	9	3	51	23(46)	74(97)

Müşahidəmiz altında olan 2 (2,7%) xəstə Koen üsulu ilə antireflyuks əməliyyatına məruz qalmışdır. Koen üsulu ilə antireflyuks əməliyyatı klinikanın modifikasiyasında 41 (55,4%) xəstədə aparılmış, bunlardan 16-sı kişi cinsinə məxsus olmuşdur. Pakvin üsulu ilə aparılan əməliyyat klinikanın modifikasiyasında 31 (41,9%) icra edilmiş, 23 xəstə kişi, 8 xəstə isə qadın olmuşdur (cədvəl 2)



Şək. 1. Əməliyyatdan əvvəl



Şək.2. Əməliyyatdan sonra

NƏTICƏ. Əməliyatdan sonrakı uzaq nəticələr 6 aydan 4 ilə qədərki müddət ərzində bütün xəstələr üzərində aparılmışdır. Kontrol müayinəyə xəstənin klinik vəziyyəti ,USM,

sistoskopiya, ekskretor uroqrafiya, miksion sistiqrafiya aiddir. Butun xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövürdə sidiklik sidik axarı reflyuksu aşkar edilməmiş və böyrəklər sidik yollarının funksional vəziyyətinin yaxşılaşması müşahidə edilmişdir. Öz klinik müşahidəmizi misal göstərək: Xəstə A. 16 yaşında klinikaya sol bel nahiyəsində küt ağrılar şikayəti ilə qəbul olunub. Klinikada müayinə olundu. USM-də sağda patalogi dəyişikliklər aşkar edilmir, solda sidik axarı, kasa ləyən sistemı kəskin genişlənib. Ekskretor uroqrafiya zamanı sağda fəaliyyət qənaətbəxşdir, solda kasa ləyən sistemi kəskin genişlənib sidik axarı intramural hissəyə qədər 2,5sm diametrindədir (Şək.1). 13/06/06 tarixdə Pakvin üsuluna tətbiq olunmuş klinikanın modifikasiyası ilə ureterosistoneostomiya əməliyyatı aparıldı. 7-ci sutka sidik axarı katetri ,13-cü sutka isə uretral katetir çıxarıldı. 5 aydan sonra kontrol müayinədə solda uretero-hidronefroz aşkar edilmədi, böyrəyin sekretor, ekskretor funksiyası qənaətbəxşdir (Şək. 2)

Sidiklik sidik axarı reflyuksunun və obstruktiv meqaureterə görə aparılan Koen, Pakvin əməliyyatlarına tətbiq olunan klinikanın modifikasiyasının ən əsas əhəmiyyətli xüsusiyyəti yaradılan sidik axarı seqmentinin anatomik uyğunluğudur. Çoxillik klinik praktikanın nəticələrinə görə məlum olur ki selikaltı tunelin uzunluğu, Lyeta üçbucağının möhkəmliyi antireflyuks müdafiədə əsas rol oynayır. Bu da klinikanın verdiyi modifikasiyada öz yerini tapır. Lakin bəzi faktorlar vardır ki, böyrəklərin funksional vəziyyəti ,yuxarı sidik yollarının urodinamik pozğunluğu, sidik kisəsinin neyrogen disfunksiyası, ektoziyanın dərəcəsi, irinli iltihabi ağırlaşmalar plastik əməliyyatın sonrakı nəticəsində mənfi rol oynayır.

Apardığımız plastik əməliyyatlardan sonrakı nəticələr müsbət olduğundan bu əməliyyatların klinik praktikada geniş tətbiq etməyə imkan verir.

Cədvəl 2

74 xəstədə aparılan rekonstruktiv-plastik əməliyyatların müxtəlifliyi

Əməliyyatlar	Cinsi		15-70 Yaş	
	Kişi	Qadın	Kişi	Qadın
Koen	1	1	-	-
Koen-klinikanın modifikasiyası	16	25	3	3
Pakvin-klinikanın modifikasıyası	23	8	2	2
Ümumi	40	34	5	5

ƏDƏBİYYAT

1. Гусейнов Э. Я. Отдаленные результаты оперативного лечения первичного обструктивного мегауретера // Урология, 2000, №5, с 35-40
2. Джавадзаде М.Д. Гусейнов Э.Р. Реконструктивно-пластические операции на мочевых путях у детей.- Баку, 2004, 291с.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология Руководство.- М.: Медицина, 1986, с.151-154
4. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно мочеточниковый рефлюкс.- М.: Медицина, 1990, с.140
5. Mundy A.R., Stephenson T.P., Wein A.J. Urodynamics (principles, practice and application). Butler and Tanner LTD.- London, 1984, p.394
6. Lyon R.P. Treatment of vesikoureteral reflux. Point system based on 20 years of experience // Urology, 1980, п. 16-38
7. Glenn J.F., Anderson E.E. Distal tunnel ureteral reimplantation // J.Urol.. 1967, п.97- 103

SUMMARY

THE OPTIMAL PRINCIPLES IN SURGICAL TREATMENT OF VESICO- URETRAL SEQMENT

F.R. Alizade, M.E.Guseynov, I.G.Fiqarov

Seventy four patients aged 1 to 63 years were examined after operation vesiko uretral reflux and obstructive meqaureter.From them 72 patients operated new modification of our clinic to Koen and Pakvin metod.Main aim in this new modification is descend the resedive to minimum after operation. Examination of the patients included excretory uroqraphy,ultrasonic investigation of the kidneys and urinary bladder, cystoscopy. After operation the residiv stenosis of the ureteral ostium and vesico-ureteral reflux were absent. This results give us to make use of metod in this disease.

Daxil olub: 12.8.2008

KƏSKİN VƏ XRONİK PERİOSTİTİN YÜKSƏK PRİORİTETLİ TÖRƏDİCİLƏRİNİN MÜXTƏLİF NƏSİL VƏ SİNİF ANTİBAKTERİAL VASİTƏLƏRƏ QARŞI HƏSSASLIQ SPEKTRİ

L.Ə.Mustafayeva
Respublika stomatologiya mərkəzi, Bakı

Böyük yaşlı əhali arasında parodontun iltihabi xəstəliklərinin yayılması çox yüksəkdir. Xüsusilə bu parodontitə aiddir, gingivit, periodontit, periostit ilə də xəstələnmə tez-tez baş verir. Ona görə də, bu xəstəliklərin vaxtında diaqnostikasına və yüksək effektiv konservativ (dişi saxlayan) müalicəsinə olduqca mühüm əhəmiyyət verilir [7,6,10].

Müasir nəşrlər göstərir ki, iltihabi xəstəliklərin müalicəsi proqressiv şəkildə azalır, bu isə əhalinin sağlamlığında və iş qabiliyyətində ciddi əks olunur [4,11]. Bu baxımdan periostit xüsusi seçilir, onun müalicəsində əksər hallarda radikal – cərrahi metod işlədilir ki, bu da diş sıralarında massiv itkilərə gətirib çıxarır [1, 9].

Antibakterial müalicənin effektivliyinin azalması onunla bağlıdır ki, ənənəvi antibiotiklərin (oksasillin, linkomisin, gentamisin, kanamisin, ampisillin və digərləri) uzunmüddətli istifadəsi nəticəsində parodontda iltihabi-infeksion proseslərin əsas törədiciləri onlara qarşı davamlı rezistentlik qazanmışlar [7,10].

Bunu nəzərə alaraq, son illərdə müalicə məqsədilə geniş spektrli antibakterial təsirli aşağıdakı müasir nəsil və sinif antibiotiklərdən istifadə edilir: sefatoksin, amoksisillin/klavulanat, roksitromisin, rifampisin, azitromisin, çefpirom və s. [3,12].

Belə hesab edilir ki, antibiotiklərin antiseptiklərlə (məsələn, xlorheksidin, hidrogen peroksidi və s.) birgə işlədilməsi antibakteril effektivliyi artırır [5, 7].

Lakin periostitin konservativ müalicəsində yararlı olan konkret məlumatlar nəşr olunmamışdır ki, bu da hazırkı işin aparılmasını şərtləndirmişdir.

TƏDQİQATIN MATERİALLARI VƏ METODLARI. Mikrobioloci müayinələr ÜST tərəfindən tövsiyə olunmuş BMSB [8] sxeminə müvafiq olaraq aparılmışdır ki, o da mikrooorqanizmlərin təmiz kulturalarının növ mənsubiyyətinin və onların antibakterial vasitələrə qarşı həssaslığının təyin edilməsinin yüksək effektivliyi və dürüstlüyü ilə fərqlənir [13].

İş 3 mərhələdə apırılmışdır. Birinci mərhələdə periostitin törədicilərinin strukturu öyrənilmiş, 29 kəskin və 68 xronik periostit ocaqlarından biomaterial tədqiq edilmişdir. Ocaqlardan irinli möhtəviyyat səbəbkar dişlərin köküstü hissəsinin toxumasının 3-5 mm uzunluğunda çərtilməsi, 3 mm diametrində drenac borucuğun irinin toplandığı ocağa yerləşdirilməsi və axan irinin filtr kağızına yığılması yolu ilə götürülmüşdür. İkinci mərhələdə kəskin və xronik periostitin törədicilərinin assosiasiyalarının kulturasına linkomisin, ampisillin, roksitromisin, azitromisin və çefpirom hopdurulmuş disklər qoyulmuşdur (müvafiq olaraq 256 və 231 nümunə). Üçüncü mərhələdə 57 nümunədə roksitromisin və xlorheksidin kombinasiyaları sınaqdan keçirilmişdir. Mikroorqanizmlərin koloniyalarının böyüməsindən və ya inkişafdan qlamasından asılı olaraq onların antibakterial vasitələrə qarşı həssaslıq səviyyəsi haqqında fikir yürüldülmüşdür.

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Kəskin və xronik periostit ocaqlarından mikroorqanizmlərin 12 növü ayırd edilmişdir. Təklif edilmiş təsnifata [2,13] əsasən yüksək prioritetli, yəni etioloci cəhətdən daha çox əhəmiyyətli (70%-dən artıq becərilmə) törədicilər kəskin periostit zamanı Staphylococcus aureus, Streptococcus haemolyticus, Prevotella intermedia, Actinobacillus actinomycetamcomitans və Haemophilus influensia sayılır. Xronik periostit zamanı yüksək prioritetli törədicilərin rolunu mikroorqanizmlərin elə həmin növləri oynayır, lakin cüzi fərqlərlə. Belə ki, S.haemoliticus Staphylococcus saprophiticus ilə əvəz olunur və əlavə olaraq Eikenella corrodens qoşulur. Aşkar edilmiş kəskin və xronik periostit törədicilərinin assosiasiyalarının müxtəlif nəsil və sinif antibiotiklərin daha səciyyəvi nümaəyəndələrinə qarşı həssaslığı cədvəl 1 və 2-də verilmişdir.

Kəskin periostitin əsas törədicilərinin sınaqdan keçirilmiş antibiotiklərə qarşı həssaslığı eyni deyildir. Konservativ müalicədə geniş işlədilən antibiotiklər – linkomisin, ampisillin və

çefpirom eksperimental şəraitdə yalnız 50,0±7,6-dan 63,5±6,7%-ə qədər törədicilərin ştamlarının ölümünə səbəb olmuşdur (χ^2 =1,38; p>0,05). Yəni kəskin periostitin törədiciləri orqanizmin müxtəlif iltihabi-infeksion xəstəliklərinin müalicəsi üçün bu antibiotiklərin uzunmüddətli istifadəsi nəticəsində onlara qarşı davamlı rezistentlik qazanmışlar. Bu, hər şeydən əvvəl, kəskin periostitin konservativ müalicəsinin aşağı effektivliyini izah edir. Görünür ki, analoci nəsil və siniflərdən olan çoxsaylı digər antibiotiklər də rezistentlik qazanmışlar. Törədicilərin həssaslığı azitromisinə qarşı daha yüksək olmuşdur (χ^2=2,78; p>0,05), eksperimentdə o, 77,8±5,7%-dən 83,3±5,1%-ə qədər ştamların məhvinə gətirib çıxarmışdır (χ^2=0,72; p>0,05). Törədicilərin həssaslığı roksitromisinə qarşı maksimal olmuşdur (χ^2 =2,39; p>0,05), onun təsiri altında 92,9±3,5-dən 96,4±2,5%-ə qədər ştamlar məhv olur (χ^2=0,86; p>0,05). Göründüyü kimi, roksitoromisin çox ehtimal ki, onlarla oxşardır və digər antibiotiklər kəskin periostitin əsas törədicilərinin maksimal ölümünə qadirdir və onların praktik tətbiqi bu xəstəliyin konservativ müalicəsinin effektivliyini yüksəldər.

Xronik periostitin konservativ müalicəsi kəskin periostitə nisbətən daha az effektivdir və ona görə də, əksər hallarda pasiyentlər cərrahi müdaxilələrə, çox vaxt xoşagəlməz nəticələnən, məruz qalırlar. Lakin onun əsas törədiciləri, həmçinin roksitromisinə qarşı yüksək həssas olmuşlar ki, esperimentdə o, 73,9±6,5-dən 82,6±5,7%-ə qədər ştamların ölümünə səbəb olmuşdur (χ^2 =0,69; p>0,05). Azitromisin daha az ölümə (χ^2=2,97; p>0,05) səbəb olmuşdur – 52,8±6,9-dan 58,5±6,8% ştam (χ^2=0,53; p>0,05), linkomisin, ampisillin və çefpirom isə cəmi 14,6±5,2-dən 37,5±7,1%-ə qədər ştamları məhv etmişdir (χ^2=6,14; p<0,02). Bu məlumatlar xronik periostitin konservativ müalicəsinin aşağı effektivliyinin səbəbini inandırıcı şəkildə izah edir. Yalnız geniş antibakterial spektrli müasir antibiotiklər, onlara roksitromisin də aiddir, müalicə üçün yararlıdırlar.

Cədvəl 1

Kəskin periostitin yüksək prioritetli törədicilərinin müxtəlif sinif antibiotiklərə qarşı həssaslıq spektri

Törədicilər	Antibiotiklərin təsiri altında məhv olmuş törədicilərin ştamlarının sayı, %-lə				
	Linkomisin	Ampisillin	Roksitromisin	Azitromisin	Çefpirom
	n=44	n=50	n=56	n=54	n=52
Staphylococcus aureus	50,0±7,6	62,0±6,9	92,9±3,5	81,5±5,3	55,8±7,0
Streptococcus haemolyticus	59,1±7,5	58,0±7,1	96,4±2,5	77,8±5,7	63,5±6,7
Prevotella intermedia	56,8±7,6	54,0±7,1	94,6±3,0	83,3±5,1	50,0±7,0
Actinobacillus actinomycetamcomitans	52,3±7,6	62,0±6,9	92,9±3,5	81,5±5,3	63,5±6,7
Haemophilus influenzae	61,4±7,4	52,0±7,1	92,9±3,5	77,8±5,7	57,7±6,9

Bununla belə, hətta roksitromisin də sınaqdan keçirilmiş törədicilərin ştamlarının maksimal ölümünü təmin etmir ki, bu da bizi esperimentlal tədqiqatları davam etdirməyə sövq etmişdir. Son illərdə antibiotiklərin antiseptiklərlə kombinasiyalarda işlədilməsinin məqsədəuyğunluğu haqqında fikirlər söylənilir, xlorheksidin onların içərisində ən çox işlədilən preparatdır.

Eksperimental şəraitlərdə sınaqdan keçirilmiş roksitromisin və xlorheksidinin kombinasiyaları əsasən antibakterial aktivliyi artırmış və 91,2±3,8-dən 98,2±1,8%-ə qədər ştamların ölümünə səbəb olmuşdur.

Yəni xronik periostitin müalicəsi zamanı roksitromisinin (və ya analoci digər antibiotikin) xlorheksidin ilə birgə işlədilməsi məqsədəuyğundur ki, bu da lazımi antibakterial effekti təmin edə bilər.

Beləliklə, eksperimental şəraitlərdə təyin edilmişdir ki, perisotitin əsas törədiciləri ənənəvi, uzun müddət istifadə olunan antibiiotiklərin geniş dairəsinə qarşı davamlı

rezistentliyə malikdir. Aktiv antibakterial xüsusiyyətlərə malik yeni nəsil antibiotikləri, onlara roksitromisin də aiddir, törədicilərin ştamlarının kəskin ölümünə səbəb olur. Onların, o cümlədən roksitromisinin aktivliyi xlorheksidinlə kombinasiyada xüsusilə güclənir ki, bu da periostitin konservativ müalicəsinin müvəffəqiyyətli həllində yeni imkanlar açır.

Cədvəl 2

Xronik periostitin yüksək prioritetli törədicilərinin müxtəlif sinif antibiotiklərə qarşı həssaslıq spektri

Törədicilər	Antibiotiklərin təsiri altında məhv olmuş törədicilərin ştamlarının sayı, %-lə				
	Linkomisin	Ampisillin	Roksitromisin	Azitromisin	Çefpirom
	n=43	n=41	n=46	n=53	n=48
Staphylococcus aureus	30,2±7,1	36,6±7,6	82,6±5,7	56,6±6,9	33,3±6,9
Staphylococcus saprophiticus	16,3±5,7	17,1±6,0	80,4±5,9	58,5±6,8	16,7±5,4
Prevotella intermedia	34,9±7,4	29,3±7,2	73,9±6,5	52,8±6,9	29,2±6,6
Actinobacillus actinomycetamcomitans	34,9±7,4	34,1±7,5	76,1±6,4	54,7±6,9	37,5±7,1
Haemophilus influenzae	39,5±7,5	34,1±7,5	80,4±5,9	56,6±6,9	33,3±6,9
Eikenella corrodens	18,6±6,0	14,6±5,6	82,6±5,7	58,5±6,8	14,6±5,2

ƏDƏBİYYAT

1.Бодров К.Т. Эффективность антибиотиков при лечении периостита / Соврем. проб. Стоматол.- Пенза, 2004, с.27-29

2.Ефимович О.И. Клинико-лабораторное обоснование терапии дисбактериоза слизистой оболочки полости рта: Автореф. дисс.... канд.мед.наук.- М., 2007, 23 с.

3.Жукова М.С., Амелин И.О., Ноткин Р.А. Спектр антибиотикорезистентности возбудителей периостита / Перспективы соверш.стомол.службы.- СПб, 2008, с.51-54.

4. Иванов В.С., Балашов И.И. Отдаленные результаты лечения периодон.- Саратов, 2006, 142 с.

5.Кухаренко Ю.В. Патогенетическое обоснование комбинированного лечения заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта: Автореф.дисс. канд.мед.наук.- Чита, 2007, 22 с.

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

7.Осин Т.К., Шехтман Р.Р., Пухов О.Л. и др. Состояние проблемы резистентности возбудителей стоматологической заболвеаний и пути ее решения // Обществ.здор. и проф. заболев., 2006, № 4, с.41-49

8. Bergey's manual Sistematic Bacteriology.- Geneva, 1984, 720 p.

9.Freedman S., O"Neil K., Miller O. Chematherapy of periostit and periodontal disease // J.Oral. Rehab., 2006, v.33, p.41-49

10. Haenet H. Human normal and abnormal mouth flora // Amer.J.Clin.Nutr., 2007, No51, p.1433-1439.

11. Platt T., Leo K., Abidal R. et al. Oral diseases: complex of treatment // J.Am.Med.Assoc., 2005, v.295, p.46-59.

12. Simon G., Gorbach S. Mouth microflora and her resistens // Med.Cl.Nor. Am., 2005, v.89, p.557-574.

13. Vandepitte J., Engback K., Piot P., Heuck C. Основные методы лабораторных исследований в клинической бактериологии. Женева, 1994, 132 с.

SUMMARY

SPECTRUM OF SENSITIVITY HIGHLY SIGNIFICANTY OF ACTIVATORS SHARP AND CHRONIC PERIOSTITS TO DIFFERENT GENERATIONS AND CLASSES ANTIBACTERIAL MEANS

L.A.Mustafaeva

As a result of microbiological researches are revealed highly significanty associations of activators periostitis. At its sharp form to them concern Staphylococcus aureus, Streptococcus haemolyticus, Prevotella intermedia, Actinobacillus actinomycetamcomitans and Haemophilus

influenzae, at the chronic form - the same activators, but S.haemolyticus it is replaced on Staphylococcus saprophiticus and in addition joins Eikenella corrodens. In experimental conditions it is established, that the basic activators periostits possess proof resistency to the broad audience traditional, is long used antibiotics. New generations of the antibiotics possessing active antibacterial properties to what concerns roxitromysini, cause the expressed destruction Kinds activators. Especially their activity, in particular roxitromysini, amplifies in a combination with khlorhexides, that opens new opportunities in the successful decision of a question of conservative treatment periostits.

Daxil olub: 11.08.2008

STRESLƏ BAĞLI SİDİK QAÇIRMASI OLAN XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ ATENZİON TRANSOBTURATOR BANDVƏATENZİON TRANSVAGİNAL BAND TƏTBİQİNİN EFFEKTİVLİYİ VƏ HƏYAT KEYFİYYƏTİNƏ TƏSİRLƏRİNİN MÜQAYİSƏSİ

M.N. Mehdiyev
Mərkəzi kliniki xəstəxana, Bakı.

Sidik qaçırma (Urinar inkontinansı) cəmiyyətdə, xüsusilə qadınlar arasında təsadüf edilən və yaşın artması ilə düz mütənasib olan funksional patoloji bir haldır.

Müasir dövrdə qadınların təhsil səviyyəsinin yaxşılaşması, cinsi həyat müddətinin uzanması və həyat keyfiyyətinə verilən əhəmiyyətin artması nəticəsində «bu şikayətin yaşla ortaya çıxması təbiidir» fikri əvəzinə, «bu şikayət müalicə edilməsi mümkün olan bir xəstəliyin əlamətidir» fikri formalaşır.Ona görə də son zamanlar sidik qaçırma şikayəti ilə həkimə müraciət edən xəstələrin sayı getdikcə artmaqdadır.

Sidik inkontinansının qadınlar arasında ən çox yayılmış növü olan streslə bağlı sidik qaçırılmasıdır(stres sidik inkontinansı-SSİ) ki, onun da müalicəsi əsasən cərrahi üsulladır. SSİ-nin cərrahi müalicəsində son 10 ildə suburetral asqı (slinq) əməliyyatları daha çox populyarlıq qazanmış və uretranın asma əməliyyatlarına nisbətən daha ön plana çıxmışdır. Atenzion Transobturator Band (TOT- tension free obturator tape) və Atenzion Transvaginal Band (TVT- tension free vaginal tape) yerləşdirmə əməliyyatları slinq əməliyyatlarındandır.

Bu araşdırmanın əsas MƏQSƏDİ TOT və TVT əməliyyatlarının effektliyini və xəstələrin həyat keyfiyyətinə təsirini müqayisə etməkdir.

TƏDQİQATIN MATERİALLARI VƏ METODLARI. Bu araşdırmada, Mart 2005-ci ildən – Noyabr 2006-cı il tarixinədək Türkiyənin İzmir şəhərində, Egey Universitetinin Tibb Fakültəsində stres sidik inkontinansı müəyyən edilmiş və cərrahi müalicə qərarı verilmiş 32 xəstə yer almışdır. Bu çalışma üçün icazə, Egey Universiteti, Tibb Fakültəsinin etik komitəsi tərəfindən verilmişdir. Bütün xəstələrə ətraflı məlumat verilərək və bu çalışmada iştirak etmək istədiklərini təsdiqləyən, könüllü məlumatlandırılmış razılıq ərizəsi oxudularaq imzalandırılmışdır.

Çalışmaya daxil edilmə kriteriyaları: 1.Reproduktiv və postmenopauzal dövrdə urodinamik olaraq stres inkontinansı olduğu təsbit edilən xəstələr; 2. Cərrahi müalicə göstərişi olan stres inkonstinans xəstələri.

Çalışmadan xaric edilmə kriteriyaları: 1.Sidik kisəsi funksiyasına təsir edə biləcək nevroloji xəstəliklər; 2.Qarışıq və ya urge inkontinansı olan qadınlar; 3.Cərrahi müalicəyə ehtiyacı olan sistorektosel varlığı və ya ginekoloji səbəblərdən histerektomiya planlaşdırılan xəstələr; 4.Sidik yollarında anomaliyası olan xəstələr.

Bütün xəstələrdən ətraflı anamnez toplanmış, sidik gündəliyi doldurulmuşdur. Ayrıca fiziki müayinə edilmiş və sidik əkməsində bakteriya təsbit edilməyən xəstələrin urodinamik təhlili keçirilmişdir. Həyat keyfiyyətini dəyərləndirmək məqsədiylə Bushnell DM, Martin M və Patrik DL tərəfindən hazırlanmış və 22 sualdan (insanların davranışını, ictimai həyatını və psixoloji durumunu əks etdirən suallardır) ibarət urinar inkontinans həyat keyfiyyəti anketi (İ-QoL-incontinence-quality of life) tətbiq edilmişdir [1].

Bu, qəbul edilmiş, isbatlanmış və yüksək həssaslıqlı, həyat keyfiyyətinin dəyərləndirilməsi anketidir. Subyektiv olaraq, mövcud problemin, xəstələri nə dərəcədə narahat etdiyi 10 ballıq sistemlə dəyərləndirilmişdir: 1) «0» bal-heç narahat olmuram; 2) «10»

bal-çox şiddətli narahatlıq hiss edirəm. Xəstələr əməliyyatdan əvvəl və sonra öskürək- stres testindən keçirilmişlər. Göstərişi olan xəstələrə TOT və TVT əməliyyatları edilmişdir.

TOT ƏMƏLIYYATININ TEXNİKASI. Bütün TOT əməliyyatları intravenoz və ya intratraxeal ümumi anesteziya altında aparılır. Dorsal litotomiya vəziyyətində uretranın 1.5 sm. altında vaginanın ön divarı 2 sm. sagital olaraq kəsilir və parauretral sahə kəskin və küt disseksiya edilir. Metal troakarların köməyi ilə sintetik band uretranın altından, obturator foramenin medial kənarından keçəcək şəkildə gərginlik olmadan yerləşdirilir. Vaginanın selikli qişası tikildikdən sonra foley kateteri yerləşdirilərək əməliyyat sona yetirilir.

TVT ƏMƏLIYYATININ TEXNİKASI. Bütün TVT əməliyyatları intravenoz və ya intratraxeal ümumi anesteziya altında aparılır. Dorsal litotomiya vəziyyətində uretranın 1.5 sm. altında vaginanın ön divarı 2 sm. sagital olaraq kəsilir və parauretral sahə kəskin və küt disseksiya edilir. Metal troakarların köməyi ilə sintetik band uretranın altından, simfizis pubisin arxasından keçəcək şəkildə gərginlik olmadan yerləşdirilir. Troakarlar çıxarılmadan sistoskopiya ilə sidik kisəsinə ehtimal olunan travma yetirilib-yetirilməməsinə nəzarət edilir. Vaginanın selikli qişası tikildikdən sonra foley kateteri yerləşdirilərək əməliyyat sona yetirilir. Hər hansı bir problem, mürəkkəb vəziyyət ilə qarşılaşmadıqda kateter 3 saat sonra çıxarılır. Kateter çıxarıldıqdan sonra qalıq sidiyin miqdarı 100 ml-dən az olarsa və sərbəst sidiyə çıxa bilən xəstələr əməliyyatdan bir gün sonra evə yazılırlar. Sidik çıxarma aktı zamanı çətinlik çəkən xəstələrə təkrar kateter yerləşdirilir.

Xəstələr əməliyyatdan 45 gün sonra kontrol müayinə üçün çağrılır. Kontrol əsnasında urodinamik testlər təkrar edilir, həyat keyfiyyəti anketi tətbiq edilərək xəstələrin subyektiv olaraq vəziyyətləri qiymətləndirilir. Ayrıca fəsadların olub olmaması müəyyənləşdirilir.

Nəticələrin statistik analizləri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 13.0 (İnc. Chicago, İllinois, USA) paket programı və Exel (Windows Microsoft) programı istifadə edilərək yerinə yetirilmişdir. P dəyəri 0.05- dən az statistik olaraq dürüstlük kimi qəbul edilmişdir.

NƏTICƏLƏRIN TƏHLIL. 1-ci cədvəldə xəstələrin demoqrafik xüsusiyyətləri göstərilmişdir. İki qrupdakı xəstələrin demoqrafik xüsusiyyətləri arasında statistiki olaraq, mənalı fərq olmadığı görülür. Bütün xəstələrin əməliyyatdan əvvəl öskürək-stres testləri müsbət olmuş və daxili sfinkter çatışmamazlığına (DSÇ) rast olunmamışdır.

2-ci cədvəldə sidik kateterinin qalma müddəti, təkrar kateterizasiyanın lazım olub olmaması, əməliyyat əsnasında fəsad olub olmadığı göstərilmişdir. Bu parametrlər analiz edildikdə TOT əməliyyatının orta müddəti 13,5 dəqiqədir. TVT əməliyyatının isə 18,3 dəqiqədir ($P<0,05$). Əməliyyat əsnasında TOT qrupunda heç bir xəstədə fəsad müşahidə olunmamışdır. Əməliyyatdan sonra 1 xəstədə sidik tutulması nəticəsində, sidik kisəsinin şişməsi (qlob vezikale) əmələ gəlmiş və bu xəstə təkrar kateterizə edilmişdir. TVT qrupunda isə bir xəstədə sidik kisəsi divarının zədələnməsi və bir xəstədə sağ qasıq nahiyəsində dəri altı hematomanın əmələ gəlməsi muşahidə olunmuşdur. Əməliyyatdan sonra 3 xəstədə sidik tutulması nəticəsində, sidik kisəsinin şişməsi (qlob vezikale) əmələ gəlmiş və bu xəstələr təkrar kateterizə edilmişlər. Sidik kisəsi zədələnməsi olan xəstə kisənin divarının tikilməsi və sidik kateterinin 8 gün saxlanması ilə müalicə edilmişdir. Dəri altı hematoma, həcmi artmadığı üçün müşahidə edilmiş və əlavə qan transfuziyasına ehtiyac olmamışdır. Xəstələrin qan itkisi ölçülmüş və 150 ml-dən çox qan axma qeydə alınmamışdır. Xəstələrin xəstəxanada orta qalma müddəti 2 gündür.

Əməliyyatdan sonrakı ilk kontrol müayinəsində hər hansı qrupdaki xəstələrin əksəriyyəti yaxşılaşdığını bildirmişdir. 3-cü cədvəldə əməliyyatdan 45 gün sonra, kontrol müayinə zamanı öskürək – stres testinin nəticələri, şikayətlərin subyektiv dəyərləndirilməsi, qalıq sidik miqdarını, həyat keyfiyyətini ölçən anketin nəticələri göstərilmişdir. Obyektiv yaxşılaşma, mənfi öskürək – stres test nəticəsi olaraq elə alınmışdır. Bu da, TOT qrupunda 17 xəstədən 14-də (82,3%) müşahidə edilmişdir. TVT qrupunda isə 15 xəstədən 13-də (86,7%) müşahidə edilmişdir ($P=0,477$). Subyektiv yaxşılaşma isə xəstələrin həyat keyfiyyəti anketinin cavabları dəyərləndirilərək və şikayətin onlara verdiyi narahatlığın neçə bal olduğu soruşularaq müəyyən edilmişdir. Subyektiv yaxşılaşma TOT qrupunda 17 xəstədən 15-də görülmüşdür (88,2%) TVT qrupunda isə 15 xəstədən 13-də görülmüşdür (86,7%) ($P=0,367$). I-QoL anketinin nəticələrini dəyərləndirdikdə, davranışları məhdudlaşdırma halları elə alındıqda,

TOT qrupunda bütün xəstələrdə ballarda artma qeyd edilmişdir.TVT qrupunda isə bir xəstədən savayı bütün xəstələrdə ballarda artma qeyd edilmişdir (P=0,198). Psixoloji təsir balları ələ alındıqda, TOT qrupunda iki xəstədən savayı bütün xəstələrdə ballarda artma qeyd edilmişdir. TVT qrupunda iki xəstədən savayı bütün xəstələrdə ballarda artma qeyd edilmişdir (P=0,282). İctimai həyatı məhdudlaşdırma ballarına baxıldıqda, TOT qrupunda bütün xəstələrdə ballarda artma qeyd edilmişdir. TVT qrupunda isə bir xəstədən savayı bütün xəstələrdə ballarda artma qeyd edilmişdir (P=0,295).

Cədvəl 1

Xəstələrin demoqrafik xüsusiyyətləri, əməliyyatdan əvvəlki kliniki, urodinamiki parametrlərin və həyat keyfiyyətinin dəyərlindirilməsi

Göstəricilər	TOT(n=17)		TVT(n=15)		P
	müt	%	müt	%	
Yaş	48,7		48		0,612
BKİ (kg/m2) -bədən kütlə indeksi	27,3		28.6		0,289
Parite (doğuşların sayı)	3		2		0,229
Menopauza vəziyyəti	9	53	7	47	0,426
HRT -hormon replacement therapy	2/9	22	1/7	14	0,635
Dərman istifadə edənlər	5	30	9	60	0,055
Sigaret	8	47	6	40	0,699
Keçirilmiş antiinkontinans və ya ginekoloji əməliyyat	3	18	3	20	0,140
Əməliyyatdan əvvəlki kliniki parametrlər					
İnkontinans müddəti(il)	5.3		6.6		0,460
Nikturiya	5	30	9	60	0,035
İşəmə çətinliyi	0		0		
Prolapsus	3	18	5	33	0,322
Öskürək-stres testi müsbət olan xəstələr	17	100	15	100	
Əməliyyatdan əvvəl həyat keyfiyyətinin dəyərləndirməsi					
İnkontinansın subyektiv dəyərləndirilməsi (/10)	7.3		7.6		0,583
Davranışları məhdudlaşdırma (bal)	19		17.3		0,464
Psixoloji təsir (bal)	28		27		0,863
İctimai həyatı məhdudlaşdırma (bal)	12		11		0,472
Əməliyyatdan əvvəl urodinamik parametrlər					
Əməliyyatdan əvvəl Q max (ml/sn)	21		22.4		0,468
Əməliyyatdan əvvəl VLPP (cm H2O - vlsava leak point pressure	91		93		0,840
DSÇ (VLPP<30cmH2O)	0		0		
Qalıq sidik miqdarı (ml)	0		2.4		0,392

Əməliyyatdan 45 gün sonrakı kontrol müayinədə TOT qrupunda bir xəstədə de-novo urge inkontinans əmələ gəldiyi aşkar edilmişdir. TVT qrupunda isə üç xəstədə de-novo urge inkontinans əmələ gəldiyi aşkar edilmişdir. Bu xəstələrə tibbi müalicə (trospium chloride 2 x15 mq. P.O.) verilmişdir.

NƏTİCƏ VƏ MÜZAKİRƏLƏR. Qadınlarda stres urinar inkotinansın cərrahi müalicəsində, tibbi ədəbiyyatda bildirilmiş metodların heç birisinin tam müvəffəqiyyətli olamadığı və fəsadsız ötüşmədiyi müəyyən edilmişdir. Randomize prospektiv kliniki çalışmalarda TVT əməliyyatının açıq kolposuspensiya əməliyyatı qədər müvəffəqiyyətli olduğu, hətta laparoskopik tor qoyulan kolposuspensiyadan daha müvəffəqiyyətli olduğu göstərilmişdir [20,23].

Əlavə olaraq TVT əməliyyatının kolposuspensiyaya nisbətən əməliyyatdan sonra daha az fəsadlara səbəb olduğu bildirilmişdir [20]. Ancaq, nadir hallarda da olsa, TVT əməliyyatından sonra Retzius sahəsindən keçişin kor olması ilə əlaqədar olaraq o nahiyədəki damarların zədələnməsi nəticəsində ciddi qanaxma da ola bilər. Buna, xüsusilə, Retzius

nahiyəsində əvvəllər əməliyyat keçirilmiş xəstələrdə daha tez-tez rast gəlinir. Tez-tez rast olunan, lakin daha az ciddi fəsadlaşma isə, sidik kisəsinin yaralanmasıdır. Bunu təsbit etmək üçün troakarlar yerində ikən sistoskopiya olunaraq sidik kisəsi reviziya edilməlidir. Bizim kliniki çalışmamız əsnasında bir xəstədə sidik kisəsi yaralanması olmuşdur (6,7%), bu da ədəbiyyatda bildirilən nisbət çərçivəsindədir 6-15% [9,15,19,22].

Cədvəl 2
Əməliyyat zamanı və sonra baş verən fəsadlar

Göstəricilər	TOT(n=17)		TVT(n=15)		P
	müt	%	Müt.	%	
Əməliyyat fəsadları:					0,008
Sidik kisəsi yaralanması	0	0	1	6.7	
Hematoma	0	0	1	6.7	
Sidik kisəsi kateterinin qalma müddəti (saat)	8.9		27.5		0,153
Rekateterizasiya (dəfə)	0.06		0.2		0,242
Əməliyyat sonrası fəsadlar (dəfə)	0.08		0.42		0,036
De-novo urge inkontinansı	1	6	3	20	0,041

Cədvəl 3
Xəstələrin obyektiv və subyektiv sağalma nisbətləri və həyat keyfiyyətindəki dəyişikliklər

Göstəricilər	TOT(n=17)		TVT(n=15)		P
	müt	%	müt	%	
Obyektiv sağalma nisbətləri					
Öskürək-stres testi(-)	14	82	13	86	0,477
Qalıq sidik miqdarı (ml)	3.2		25.8		0,017
Q max(ml/sn)	17.4		18		0,532
Subyektiv sağalma nisbəti					
İnkontinansın subyektiv dəyərləndirilməsi(/10)	2		2.8		0,367
Çox razı	14	82	11	73	
Razı	1	16	2	14	
Razı deyil	2	12	2	13	
Davranışları məhdudlaşdırma (bal)	35		32		0,198
Psixoloji təsir (bal)	41.4		38.8		0,282
İctimai həyatı məhdudlaşdırma (bal)	22.2		20.3		0,295

Bəzi kliniki çalışmalarda bildirilmiş, vaginanın yan sulkus nahiyəsində perforasiya fəsadı bizim çalışmada baş verməmişdir. Bunun səbəbi troakarların keçmə istiqaməti ola bilər. Belə ki, bu fəsad əmələ gəlmiş xəstələrin əməliyyatında troakarlar xaricdən daxilə keçirilmişdir. Ancaq bizim metodumuzda troakarlar daxildən xaricə doğru keçirilmişdir. Əlavə olaraq sidik kisəsi perforasiyası fəsadının, cərrahın təcrübə qazanması ilə əlaqədar olmadığı bildirilməkdədir [8].

Bizim çalışmada rastlanmasa da, ədəbiyyatda, TVT əməliyyatı əsnasında meydana gələn və ölümlə nəticələnə bilən bağırsaq və retroperitoneal böyük damar yaralanmaları bildirilmişdir [21,24].

2001-ci ildə Delorme və həmkarları tərəfindən ilk dəfə tədbiq edilən və tibbi ədəbiyyatda müsbət nəticələri haqqında məqalələr çap edilən TOT əməliyyatının müvəffəqiyyətini və xəstələrin həyat keyfiyyətinə təsirlərini TVT edilən xəstələrin nəticələri ilə müqaisə etmək üçün bu çalışma planlaşdırılmışdır. Burada suburetral sintetik bandın daha üfüqi vəziyyətdə olması onun daha sonra dislokasiyaya məruz qalmağının qarşısını almaqdadır. Troakarların heliks şəklində olmağı səhv istiqamətdə irəliləyərək obturator sinir və damarların

yaralanmasının qarşısını almaqdadır. Parauretral və paravaginal defektlərin də birlikdə olduğu xəstələrdə tək başına suburetral asqı yerləşdirilməsinin uretranın qıvrılmasına səbəb ola biləcəyi bildirilməkdədir [17]. Bu xəstələrdə daha mürəkkəb əməliyyatlara ehtiyac vardır. Ümumiyyətlə TOT əməliyyatlarında TVT ilə müqaisədə sistoskopiya ehtiyacı olmur, yalnız geniş paravaginal defekti olan xəstələrdə troakarların sidik kisəsini yaralama ehtimalı olduğu üçün sistoskopiya edilməsi məsləhətdir [8]. Ümumiyyətlə TOT əməliyyatında görülən qanaxmalar uretrovaginal disseksiya əsnasında, venoz pleksusların zədələnməsindən meydana gəlməkdədir. Çalışmamızda əlavə tədbir görülməsinə ehtiyac yaradacaq qanaxmaya təsadüf edilməmişdir.

Bu kliniki çalışmadakı obyektiv müvəffəqiyyət nisbəti TOT qrupunda 82,3% olaraq əldə edilmişdir ki, bu da ədəbiyyatdakı nisbətlərə uyğundur. TVT qrupunda isə bu nisbət 86,7% olaraq əldə edilmişdir ki, bu da ədəbiyyatdakı nisbətlərə uyğundur [4,6,8,14].

Bizim çalışmada TOT qrupunda bir xəstədə qlob vezikale əmələ gəlmişdir (5,8%) və bu xəstə iki dəfə təkrar sidik kateteri yerləşdirilərək sağaldılmışlar. TVT qrupunda isə 3 xəstədə qlob vezikale əmələ gəlmişdir (20%) və bu xəstələr bir və ya iki dəfə təkrar sidik kateteri yerləşdirilərək sağaldılmışlar. Xüsusilə, əməliyyatdan sonra birinci gündə meydana gələn bu simptomun səbəbi, bandın təzyiqi deyil, əməliyyatdan sonrakı ödem və ağrıyla əlaqədar olduğu güman edilir. Bu simptomlar bir həftə müddətində keçməzsə əlavə proseduralar (bandın sərbəstləşdirilməsi) planlaşdırılmalıdır. Bizim çalışmada bu prosedurlara ehtiyac yaradacaq fəsad olmamışdır. Çalışmamızdakı TOT qrupunda bir xəstədə de-novo urge inkontinansı meydana gəlmişdir (5,8%). Bu nisbət Grise və həmkarlarının çalışmasında bildirilən nisbətdən (10,9%) azdır [10]. TVT qrupunda isə üç xəstədə de-novo urge inkontinansı meydana gəlmişdir (20%). Bu nisbət Groutz və həmkarlarının çalışmasında bildirilən nisbətdən (8%) yüksəkdir [11].

Çalışmamızda Sadəcə TVT qrupunda bir xəstədə sidik kisəsi yaralanması olmuşdur (5,8%). Bu da, daha çox xəstə sayı olan çalışmalarda bildirilən nisbətə uyğundur [8]. Ancaq, TVT ilə əlaqəli ədəbiyyatda göstərilmiş bağırsaq, böyük damar, sinir, uretra yaralanmaları kimi fəsadlar bizdə təsadüf edilməmişdir [5,18]. Bundan başqa ədəbiyyat məlumatlarında göstərilən qasıq absesi, infeksiyalaşmış hematoma, vaginal eroziya, nekrotizan fasiit və perineal sellulit kimi infeksion fəsadlara bizim çalışmamızda rast olunmamışdır [2,3,7,12,13,16].

YEKUN: 1.Bu çalışmada stres uriner inkontinansı olan qadınların cərrahi müalicəsində istifadə edilən TOT və TVT əməliyyatının nəticələrinin xeyli yaxşı olduğu müəyyən edilmişdir; 2. Obyektiv yaxşılaşma nisbətinin, mövcud hər hansı bir başqa əməliyyat və ya müalicənin nisbətinə nəzərən daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir. Və bu nisbət TOT və TVT qrupları arasında bənzər nisbətdə yüksək olaraq təsbit edilmiş; 3. Aparılan anket sorğusunda xəstələrin hər iki qrupdakı cavablarından aydın olur ki, əksər xəstələrin həyat tərzi və keyfiyyəti əməliyyatdan sonra əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşmışdır; 4. Nəticələrə əsaslanaraq, TOT əməliyyatının müvəffəqiyyətli və nisbətən asan bir müalicə metodu olduğu müəyyən edilmişdir və TVT əməliyyatına bənzər nəticələr əldə edilmişdir; 5.TVT əməliyyatı və sonrasında görülən fəsadlar TOT qrupunda görülmədiyi və əməliyyatın daha uzun davam edilməsi, sistoskopiya eytiyacı olması faktları TOT əməliyyatını TVT əməliyyatına nisbətən daha uyğun müalicə metodu olduğunu göstərməkdədir.

ƏDƏBİYYAT

1. Bushnell D., Martin M., Patrick D. Quality of life of women with urinary incontinence: cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL // Qual. Life Res., 2005, v. 14(8), p.1901-1913

2. Caquant F., Collinet P., Deruelle P.: Perineal cellulitis following trans-obturator sub-urethral tape Uratape. // Eur. Urol., 2005, v. 47, p.108—110

3. Cindolo L., Salzano L., Rota G.: Tension-free transobturator approach for female stress urinary incontinence // Minerva Urol. Nefrol., 2004, v. 56, p.89—98

4. Costaa P., Griseb P., Droupyc S., Monneinsd F., Assenmachere C., Ballangerf P., Hermieug J., Delmasg V., Boccon-Gibodg L., Ortunoh C.: SurgicalTreatment of Female Stress Urinary Incontinence with a Trans-Obturator-Tape (T.O.T.1) Uratape1: ShortTerm Results of a Prospective Multicentric Study // European Urology, 2004, v. 46, p. 102-107

5. Debodinance P., Delporte P., Engrand J.: Tensionfree vaginal tape (TVT) in the treatment of urinary stress incontinence: 3 years experience involving 256 operations // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2002, v.105, p.49—58

6. Delorme E., Droupy S., Tayrac R., Delmas V.: Transobturator tape (Uratape). A new minimally invasive method in the treatment of urinary incontinence in women // Prog. Urol., 2003, v. 13(4), p. 656-659

7. Domingo S., Alama P., Ruiz N.: Diagnosis, management and prognosis of vaginal erosion after transobturator suburethral tape procedure using a nonwoven thermally bonded polypropylene mesh // J. Urol., 2005, v. 173, p.1627—1630

8. Fischer A., Fink T., Zachmann S., Eickenbusch U.: Comparison of Retropubic and Outside-In Transoburator Sling Systems for the Cure of Female Genuine Stress Urinary Incontinence. // European Urology, 2005, v. 48, p. 799—804

9. Goran P., Ward K., Johnson D., Smirni W., Hilton P., Bibby J. Tension-free vaginal tape for primary genuine stres incontinence: a two-centre follow-up study // B.J.U.Int., 2000, v. 86, p.39—42

10. Grise P., Droupy S., Saussine C., Ballanger P., Monneins F., Hermieu J., Serment G., Costa P.: Transobturator tape sling for female stress incontinence with polypropylene tape and outside-in procedure: prospective study with 1 year of minimal follow-up and review of transobturator tape sling // Urology, 2006 , v. 68(4), p. 759-763

11. Groutz A., Gold R., Pauzner D., Lessing J., Gordon D.: Tension-free vaginal tape (TVT) for the treatment of occult stress urinary incontinence in women undergoing prolapse repair: a prospective study of 100 consecutive cases // Neurourol. Urodyn., 2004, v. 23(7), p.632-635

12. Hammad F., Kennedy-Smith A., Robinson R.: Erosions and urinary retention following polypropylene synthetic sling // Eur. Urol., 2005, v. 47, p.641—647

13. Johnson D., Elhajj M., O'Brien-Best E.: Necrotizing fasciitis after tension-free vaginal tape (TVT) placement // Int. Urogynecol. J., 2003, v. 14, p.291—293

14. Liapis A., Bakas P., Giner M., Creatas G.: Tension-free vaginal tape versus tension-free vaginal tape obturator in women with stress urinary incontinence // Gynecol. Obstet. Invest., 2006, v. 62(3), p. 160-164

15. Meschia M., Pifarotti P., Bernasconi F.: Tension free vaginal tape: analysis of outcomes and complications in 404 stress incontinent women // Int. Urogynecol. J., 2001. v.12, p.24—27

16. Neuman M. Infected hematoma following tension free vaginal tape implantation // J. Urol., 2002, v. 168, p. 2549

17. Petri E.: Komplikationen mit spannungsfreien Vaginalschlingen // Gynakol. Prax., 2005, v. 29, p. 7—15

18. Peyrat L., Boutin J., Bruyere F.: Intestinal perforation as a complication of tension-free vaginal tape procedure for incontinence // Eur. Urol., 2001, v. 39, p. 709—715

19. Ulmsten U., Falconer C., Johnson P.: A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of urinary stress incontinence // Int. Urogynecol. J., 1998, v. 9, p.210—213

20. Valpas A., Kivela A., Penttinen J., Kujansuu E., Haarala M., Nilsson C., Tension-free vaginal tape and laparoscopic mesh colposuspension for stress urinary incontinence // Obstet. Gynecol., 2004, v. 104, p.42—9

21. Vierhout M.: Severe hemorrhage complicating tensionfree vaginal tape (TVT): a case report. // Int. Urogynecol. J., 2001, v. 12, p.139—140

22. Wang A., Lo T.: Tension-free vaginal tape. A minimally invasive solution to urinary stress incontinence in women. // J. Reprod. Med., 1998, v. 43, p.429—434

23. Ward K., Hilton P.: UK and Ireland TVT Trial Group. A prospective multicentre randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stres incontinence: two-year follow-up // Am. J. Obstet. Gynecol., 2004, V. 190, p.324—331

24. Zilbert A., Farrell S. External iliac artery laceration during tension-free vaginal tape procedure // Int. Urogynecol. J., 2001, v. 12, p.141—143

SUMMARY

ASSESSMENT AND COMPARISON OF RESULTS AND EFFECTS ON QUALITY OF LIFE AFTER TENSION FREE OBTURATOR TAPE AND TENSION FREE VAGINAL TAPE APPLICATION PROCEDURES IN PATIENTS WITH STRESS URINARY INCONTINENCE.

M.N. Mehdiyev

This study was conveyed between March 2005 and November 2006 in gynecology policlinic department of Egean university faculty of medicine. Thirty two patients with urinary incontinence who were diagnosed to have genuine stress urinary incontinence and offered surgical treatment were included in this study. To assess their quality of life these patients were applied I-QoL questionnaire and were offered cough- stress test and urodynamic tests for objective assessment of the degree of their incontinence. Thereafter, all patients were either performed tension free obturator tape (TOT) or tension free vaginal tape (TVT) placement procedures. The patients were assessed just postoperatively

and also 45 days later on their first postoperative control were applied I-QoL questionnaire and performed cough- stress test together with urodynamic tests. Objective and subjective improvement were assessed. As a result, in patients with stress urinary incontinence treated with TOT and TVT placement procedures essential similar objective as well as subjective improvement were noted. But at the same time the rate of intraoperative and postoperative complications were significantly lower in TOT group. In the light of these results it was determined that TOT is a more preferable procedure than TVT and relatively more convenient method in treatment of patients with stress urinary incontinence.

Daxil olub: 31.06.2008

НЕКОТОРЫЕ РАЗМЕРНО-КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С.В. Шадлинская
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Рассмотрение научных материалов морфологии женских половых органов, опубликованных в последние десятилетия, показывают, что традиционно преобладающее внимание в этом плане уделяется структурно-функциональным особенностям яичников [10], матки [1,4], влагалища [5,11]. Достаточно подробно изучены структурно-функциональные характеристики органов наружной половой сферы женщин, их кровоснабжение и иннервация. Вместе с тем, общей морфологии маточных труб посвящены немногочисленные сведения. Фактически отсутствуют морфологические данные о лимфоидном аппарате маточной трубы [9,12]. Не известно, в частности, имеются или отсутствуют у маточной трубы лимфоидные узелки. Отсутствует информация о микроанатомии диффузной лимфоидной ткани, о количестве клеток лимфоидного ряда в стенках маточной трубы.

Почти нет материалов, тем более количественного плана, о структурных характеристиках лимфоидного аппарата маточной трубы при трубной беременности, являющейся, как известно [3] наиболее частой формой внематочной беременности, составляющей 99,5% случаев последней [6,8].

Принимая во внимание вышеуказанное, в нашем исследовании изучены размерно-количественные показатели лимфоидных образований маточной трубы при трубной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Гистологическими методами исследовался лимфоидный аппарат маточной трубы (в области ампулы) при трубной беременности у 6 женщин (экстирпация маточной трубы) с локализацией зародыша в области перешейка (4 случая) и маточной части этого органа (2 случая). Возраст женщин составил 22-35 лет. Группой сравнения служили женщины 1-го периода зрелого возраста (10 наблюдений, фаза секреции).

При трубной беременности гистологически изучались поперечные срезы толщиной 4-6 мкм, полученные в средней трети ампулы маточной трубы. Срезы окрашивали гематоксилином-эозином, по ван Гизону, по Браше, азур-2-эозином, по Гримелиусу. На микропрепаратах подсчитывали абсолютное количество клеток лимфоидного ряда в диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных узелков (ув. 900, площадь квадрата около сетки 980 кв.мкм, пересчитывали на площадь 1 кв.мм среза), процентное количество разных типов клеток лимфоидного ряда. При морфометрическом анализе лимфоидного аппарата маточной трубы, длину, толщину и площадь на срезе лимфоидного узелка, количество клеток лимфоидного ряда в пересчете на площадь 1 кв.мм среза (у диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных узелков). Эти же показатели исследовались в области ампулы, также как и в группе сравнения, где они рассматривались при фазе секреции овариально-менструального цикла.

Статическая обработка данных включала подсчет среднеарифметических величин, их ошибок. Результаты обрабатывались с учетом рекомендации Г.Ф Лакина [7]. Достоверность различий показателей оценивалась по методу доверительных интервалов [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Мы впервые выявили морфологические особенности лимфоидного аппарата маточной трубы при трубной беременности.



Рис. 1. Трубная беременность женщины 2 0 лет. Фото с препарата. 1- Маточная труба; 2- Ампула маточной трубы; 3- Бахромки маточной трубы

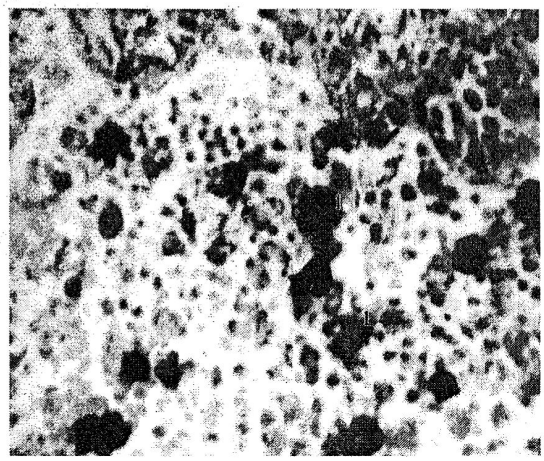


Рис.2.Макрофагально-лимфоцитарный островок в диффузной лимфоидной ткани в слизистой оболочке ампулы маточной трубы. Трубная беременность (в области перешейка маточной трубы) у женщины 27 лет. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 1000х. 1 – макрофагально-лимфоцитарный комплекс

Согласно полученным данным клеточный состав, как диффузной лимфоидной ткани, так и лимфоидных узелков, в качественном плане не отличаются от группы сравнения.

Лимфоидные образования слизистой оболочки маточной трубы представлены лимфоцитами, многочисленными юными формами клеток лимфоидного ряда (лимфобластами), клетками в состоянии митоза, плазмоцитами, ретикулярными клетками, макрофагами; определяются эозинофилы, нейтрофилы и тучные клетки. Клетки лимфоидного ряда образуют типичные межклеточные ассоциации, среди которых преобладают лимфоциты, располагающиеся группами; макрофагально-лимфоцитарные и лазмоцитарно-лимфоцитарные комплексы.

При изучении микроанатомии лимфоидного аппарата маточной трубы в случаях трубной беременности мы сопоставили полученные цифровые данные с аналогичными материалами, полученными у группы сравнения..

При трубной беременности в области ампулы маточной трубы длина лимфоидного узелка в 1,44 раза ($p<0,05$), толщина лимфоидного узелка – в 1,49 раза ($p<0,05$), площадь лимфоидного узелка на срезе – в 1,31($p<0,05$), количество клеток лимфоидного ряда у диффузной лимфоидной ткани – в 1,26 раза ($p<0,05$) и у лимфоидных узелков – в 1,61 раза ($p<0,05$) больше, чем в группе сравнения.

При изучении поперечных срезов маточной трубы у женщин 1-го периода зрелого возраста мы сравнили клеточный состав лимфоидных образований этого органа при трубной (внематочной) беременности и в группе сравнения, когда беременность отсутствовала. Результаты исследования показывают, что в составе диффузной лимфоидной ткани при трубной беременности процентное содержание малых лимфоцитов в 1,13 раза ($p>0,05$), средних лимфоцитов в 1,35 раза ($p>0,05$) меньше, чем в группе сравнения.

Таблица 1

Некоторые размерно-количественные показатели лимфоидного аппарата маточной трубы (область ампулы) при трубной беременности у женщин 1-го периода зрелого возраста ($X \pm S_X$; min - max)

Наименование показателя, размерность	Маточные трубы при трубной беременности (n = 6)	Группа сравнения (n = 6)
Длина лимфоидного узелка (мкм)	195,4±5,62 178,4-210,5	135,4±3,56 105,3-185,0
Толщина лимфоидного узелка (мкм)	64,2±2,30 56,2-69,2	43,2±2,16 30,0-50,2
Площадь лимфоидного узелка ($мм^2 \cdot 10^{-4}$)	68,5±2,12 62,2-74,2	52,2±3,24 40,2-70,2
Количество клеток лимфоидного ряда у диффузной лимфоидной ткани (на $1мм^2$ среза)	44,2±1,59 40-49	35,0±0,65 30-36
Количество клеток лимфоидного ряда в лимфоидном узелке (на $1мм^2$ среза)	64,2±1,77 60-70	40,0±1,29 33-45

Примечание: 1. n – число наблюдений;2. при подсчете количества клеток лимфоидного ряда в лимфоидных узелках при трубной беременности рассматривались те, где центр размножения отсутствовал; 3. у женщин группы сравнения наблюдалась фаза секреции овально-менструального цикла.

При трубной беременности содержание больших лимфоцитов в составе диффузной лимфоидной ткани в 1,2 раза ($p>0,05$), плазматических клеток – в 1,25 раза ($p>0,05$), бластов – в 1,5 раза ($p>0,05$), макрофагов – в 2,1 раза ($p>0,05$), клеток с признаками митоза – в 1,25 раза ($p>0,05$), клеток с признаками деструкции – в 2,0 ($p<0,05$), тучных клеток – в 1,59 раза ($p>0,05$) больше, а ретикулярных клеток – в 1,2 раза ($p>0,05$) меньше, чем в группе сравнения. В диффузной лимфоидной ткани у группы сравнения эозинофилы и нейтрофилы отсутствуют, их процентное содержание при трубной беременности соответственно составляет 2,4% и 1,2%.

Сопоставление клеточного состава лимфоидных узелков показало следующее. При трубной беременности количество малых лимфоцитов в 1,12 раза ($p>0,05$), средних лимфоцитов – в 1,6 раза ($p>0,05$), ретикулярных клеток – в 1,21 раза ($p>0,05$) в данной структуре меньше, чем у группы сравнения.

Напротив, при трубной беременности содержание больших лимфоцитов увеличивается в сравнении с контролем в 1,67 раза ($p>0,05$), плазмоцитов – в 2,0 раза ($p>0,05$), бластов – в 1,43 раза ($p>0,05$), - в 1,90 раза ($p<0,05$), клеток с признаками митоза – в 1,17 раза ($p>0,05$). Клетки с признаками деструкции, тучные клетки практически не меняются в сравнении с данными группы контроля.

Подытоживая выше указанное можно придти к такому заключению, что лимфоидные образования слизистой оболочки маточной трубы представлены лимфоцитами, многочисленными юными формами клеток лимфоидного ряда, клетками в состоянии митоза, плазмоцитами, ретикулярными клетками, макрофагами, эозинофилами, нейтрофилами и тучными клетками. Клетки лимфоидного ряда образуют типичные межклеточные ассоциации. При трубной беременности происходит активация лимфоидного аппарата маточной трубы. Это выражается в появлении значительного количества лимфоидных узелков с центрами размножения, увеличением длины, толщины и площади на срезе лимфоидного узелка и клеток лимфоидного ряда во всех лимфоидных образованиях органа, повышением содержания юных форм клеток лимфоидного ряда, плазматических клеток, макрофагов. Клетки с признаками деструкции, тучные клетки практически не меняются в сравнении с данными группы контроля.

Таблица 2

Клеточный состав лимфоидных образований маточной трубы (область ампулы) при трубной беременности у женщин 1-го периода зрелого возраста

($X \pm S_X$; min - max; в %)

Наименование клеток (%)	Группа наблюдений, форма лимфоидной ткани, значение показателя			
	Маточная труба при трубной беременности (n = 6)		Группа сравнения (n=10)	
	Диффузнаяя лимфоидная ткань	Лимфоидный узелок	Диффузнаяя лимфоидная ткань	Лимфоидный узелок
Малые лимфоциты	48,8±2,12 50,2-62,4	48,4±4,63 52,4-78,5	55,4±2,83 50,3-76,5	54,0±3,64 45,2-62,1
Средние лимфоциты	11,7±1,06 8,4-14,4	10,0±1,06 8,5-14,5	15,8±1,13 8,0-18,5	16,0±2,06 10,0-30,6
Большие лимфоциты	4,2±0,53 3,1-6,1	4,0±0,53 3,1-6,2	3,5±0,21 2,0-4,0	2,4±0,29 0,5-3,2
Ретикулярные клетки	9,0±1,23 7,1-14,2	9,8±1,59 7,1-16,4	10,8±0,65 8,0-14,2	11,9±0,97 7,1-16,2
Плазматические клетки	4,0±0,37 2,5-4,6	4,0±0,28 3,2-4,8	3,2±0,22 1,5-3,5	2,0±0,21 1,0-3,0
Бласты	3,0±0,18 2,5-3,5	3,0±0,18 2,5-3,5	2,0±0,32 0,5-3,5	2,1±0,22 2,0-3,5
Макрофаги	4,2±0,38 3,2-5,4	4,0±0,55 2,0-5,3	2,0±0,32 0,5-3,5	2,1±0,22 1,0-3,0
Клетки с признаками митоза	4,0±0,52 2,0-4,9	4,2±0,42 2,5-4,9	3,2±0,32 0,5-3,5	3,6±0,32 1,0-4,0
Клетки с признаками деструкции	4,0±0,25 2,0-5,0	4,0±0,52 2,5-5,5	2,0±0,22 1,0-3,0	2,0±0,22 1,0-3,0
Тучные клетки	3,5±0,35 2,0-3,9	3,0±0,35 2,0-3,9	2,1±0,27 0,5-3,0	2,9±0,32 1,0-4,0
Эозинофилы	2,4±0,44 1,0-3,5	2,1±0,26 1,5-3,0	- -	- -
Нейтрофилы	1,2±0,49 1,2-4,0	1,4±0,18 1,0-2,0	- -	- -

Примечание: 1. n - число наблюдений; 2. прочерк (-) означает, отсутствие признак

ЛИТЕРАТУРА

1. Баннова Д.А. Гемомикроциркуляторно-стромально-гладкомышечные взаимоотношения миометрия матки женщин в постнатальном онтогенезе: Автореф.дис. ..канд.мед.наук.- СПб.,2000,16 с.
2. Вентель В.С. Теория вероятностей.- М.: Мир, 1969, с.334-330
3. Гаджиева А.А. Клиническая морфология маточных труб у женщин репродуктивного возраста в условиях нормы, воспаления и трубной беременности: Автореф. дис. канд. мед. наук.- Баку, 2005, 20с.
4. Голдырева Е.В. Клинико-морфологическое обоснование метода лимфотропной терапии острого неспецифического метроэндометрита: Автореф. дис. .. канд. мед.наук.- Новосибирск, 2000, 23 с.
5. Жуковский Я.Г., Хренникова О.В. Опыт использования кимографической пертубации в диагностике и лечении бесплодия в условиях женской консультации // Мед.техника, 1995, вып.6, с. 39-4
6. Кулаков В.И., Селезнев Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. - М.: Медицина, 1990, 463 с.
7. Лакин Г.Ф. Биометрия.- М.: Медицина, 1974, 343с.
8. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. Акушерство.- М.:Медицина, 2000, 816 с.
9. Сотникова Н. Ю., Анциферова Ю. С. Фенотипический профиль лимфоидных клеток на системном и локальном уровне у женщин с внутренним эндометриозом // Акушерство и гинекология, научно-практический журнал, 2001, № 2, с.28-31
10. Acién P, Acién M, Sánchez-Ferrer M. Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification // Hum Reprod., 2004, v.19, No10, p.2377-2384

11. Edmonds D. Vaginal and uterine anomalies in the paediatric and adolescent patient // Obstet Gynecol., 2001, v.13, No5, p.463-467

12. Gaytán M, Morales C, Bellido C. Macrophages in human fallopian tube and ovarian epithelial inclusion cysts // J. Reprod Immunol., 2007, v.73, No1, p. 66-73

SUMMARY

SOME SIZE-QUANTITATIVE INDEXES OF THE LYMPHOID FORMATIONS OF THE UTERINE TUBE DURING THE TUBE PREGNANCY

S.V.Shadlinskaya

The aim of our investigation was to study size-quantitative indexes of the lymphoid formations of the uterine tube during the tube pregnancy. The lymphoid apparatus of the uterine tube (at the region of the ampulla) was investigated on 6 females (extirpation) with location of the embryo at the region of the isthmus (4 cases) and at the uterine part of this organ (2 cases) by histological methods.

The women were 22-35 years old. The obtained data compared with the data obtained from the women of first period of mature age (10 cases, phase of secretion).

The results show that the lymphoid formations of the mucosa of the uterine tube consists of the lymphocytes, numerous young forms of the lymphoid cells, cells on state of mitosis, plasma cells, reticular cells, macrophages, eosinophils, neutrophils and fat cells. The cells of the lymphoid row form typical intercellular associations. During the tube pregnancy the lymphoid apparatus of the uterine tube become active. Inside of more lymphoid nodules the germinal centers appear, the length, thickness and area at the section of the lymphoid nodule and the number of the lymphoid cells of all lymphoid formations of this organ, the young forms of lymphoid cells, plasma cells, macrophages increase. As compared with the compared group the number of the cells with destruction and fat cells doesn't change.

Daxil olub: 30.06.2008

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

А.Г.Гасанов

Научный центр здоровья детей Российской Академии медицинских наук, г. Москва

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за прошедшие годы, многие вопросы развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) окончательно не выяснены. По существующим представлениям, не вызывает сомнения факт патогенетической взаимосвязи сердечной недостаточности (СН) и повышенной экспрессии цитокинов. Так как, нарастающая гипоксия периферических тканей и самого миокарда, свойственные СН, могут стать первопричиной активации иммунной системы, которая является индуктором синтеза провоспалительных цитокинов, определяющей состояние структурных белков миофибрилл и степень дисфункции левого желудочка (ЛЖ) [6,7,8]. Среди прочих, к биохимическим маркерам повреждения миокарда относят кардиоспецифические белки – тропонин I и миоглобин.

Вопросы прогнозирования поражения миокарда в большой степени изучены у взрослых при инфарктах миокарда и ишемической болезни сердца [1,4]. Однако, существуют лишь единичные публикации по прогнозированию гипоксически-ишемических состояний у детей [3,5]. В связи с этим наибольшее значение в механизме развития ХСН приобретают исследования о состоянии провоспалительных цитокинов в процессах деструкции миокардиальной ткани у детей в зависимости от стадии ХСН.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить патогенетическую роль цитокинов в процессах повреждения миокарда у детей с СН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Обследовано 126 больных детей с хронической сердечной недостаточностью. Из них с врожденными пороками сердца (ВПС) - 43 детей, с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) - 57 человек и с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) - 26 пациентов. Недостаточность кровообращения (НК) оценивали в

соответствии с классификацией Н.Д.Стражеско, В.Х.Василенко [2]. Согласно указанной классификации, при I стадии НК была выявлена бессимптомная дисфункция левого желудочка. При IIА стадии – адаптивное ремоделирование сердца и сосудов, при IIБ стадии - дезадаптивное ремоделирование сердца и сосудов, а III стадия характеризовалась необратимыми изменениями органов на фоне выраженных изменений гемодинамики. Возраст обследованных детей колебался от 2-х до 16 лет. Средняя продолжительность заболевания, сопровождаемая ХСН, составила 3 года. Контрольную группу составили 14 практически здоровых детей того же возраста.

Клиническая картина ДКМП определялась тяжестью НК и характеризовалась признаками левожелудочковой или тотальной недостаточности. НК I стадии была выявлена у 10 пациентов (17%); IIА стадии – у 32 (55%) и IIБ-III стадии НК у 16 (28%) больных с ДКМП.

При проведении ЭХО-КГ у детей с ДКМП отмечались изменения в виде дилатации полостей сердца практически у всех детей - больше левых, нарушение систолической функции (84%), регургитации через атриовентрикулярные клапаны (91%), диастолической дисфункции миокарда (60%), признаков легочной гипертензии (62%). При анализе электрокардиограммы (ЭКГ) и суточного мониторирования ЭКГ выявлены признаки гипертрофии миокарда предсердий и желудочков (чаще левого), синусовая тахикардия (79%), аритмии (73%), нарушение проводимости (61%), нарушение процессов реполяризации (84%), депрессия сегмента ST (32%).

Клинические проявления НК при ГКМП заключались в усилении верхушечного толчка (75%), систолического шума с максимумом в 3-4 межреберье слева от грудины (84%), усиливающегося в ортостазе. Характерным признаком ХСН у таких детей явилось раннее наличие (до появления жалоб) эхокардиографических (ЭхоКГ) изменений. К ним относились: гипертрофия стенки ЛЖ (44%), или межжелудочковой перегородки (83%) с уменьшением полости ЛЖ (80%), с обструкцией выводного тракта ЛЖ (67%), нарушением диастолической функции (79%) и относительным повышением фракции изгнания (ФИ) (88%). При анализе ЭКГ было отмечено: наличие признаков гипертрофии желудочков (85%), синусовая аритмия (58%), эпизоды атриовентрикулярной или желудочковой экстрасистолии (26%), нарушение проводимости (80%) и нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков у всех детей.

ВПС были диагностированы у 43 детей. Течение ХСН у этих пациентов определялось тяжестью гемодинамических нарушений, обусловленных пороком или наличием послеоперационных осложнений. Проявления НК выражались в наличии «сердечного горба» у 21 детей (49%), расширении границ сердца у 38 детей (88%). Эхокардиографическая картина у пациентов с ВПС была разнообразна и зависела от типа гемодинамических нарушений. При проведении ЭКГ признаки гипертрофии миокарда были выявлены у 28 человек (65%), нарушение проводимости (A-V блокады, блокады левой ножки пучка Гиса) - у 22 пациентов (51%), нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков - у 26 детей (56%).

В соответствии с целью работы всем детям было проведено определение ИЛ-2, растворимых рецепторов ИЛ-2 (р-ИЛ-2р), ИЛ-6, растворимых рецепторов ИЛ-6 (р-ИЛ-6р), неоптерина и концентрации тропонина I и миоглобина в сыворотке крови.

В работе использован метод твердофазного энзим-связанного иммуносорбентного анализа (ELISA). Постановку реакций проводили с помощью коммерческих наборов реактивов фирм: «Neopterin ELISA» (Германия), «IL-2 ELISA» (Бельгия), «IL-6 ELISA» (Бельгия), Humans «IL-2R» (Бельгия), «SIL-6R ELISA» (Бельгия), «Myoglobin Enzyme Immunoassay Test Kit» (США); «Troponin I (Human cardiac-specific) Enzyme Immunoassay Test Kit» (США) согласно инструкциям фирм изготовителей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При анализе проведенных исследований у больных с ХСН были обнаружены выраженные изменения продукции ИЛ-2, ИЛ-6 и их растворимых рецепторов, содержания неоптерина, тропонина I и миоглобина в зависимости от стадии НК. Как следует из таблицы 1, у детей с ХСН получены достоверные отличия концентраций указанных биохимических агентов от значений контрольной группы здоровых детей. Установлена гиперпродукция ИЛ-2 у пациентов с НК IIБ – III стадии при ДКМП, и с НК IIА – IIБ стадии, III стадии у больных с ВПС. У детей с СН уровень р-ИЛ-2р варьировал от

1525 до 264 пкг/мл. Наибольшая частота, выявленная повышенным содержанием р-ИЛ-2р отмечена у больных с НК IIБ – III стадии при ДКМП и у детей с НК II стадии и НК IIБ – III стадии при ВПС. Гиперэкспрессия этих рецепторов на фоне снижения концентрации ИЛ-2 обнаружена у пациентов с НК I- IIА стадии при ДКМП и НК II стадии при ВПС. Такой дисбаланс между синтезом ИЛ-2 и его растворимыми рецепторами может быть обусловлен способностью высоких концентраций р-ИЛ-2р снижать содержание ИЛ-2 [10]. При сравнении показателей ИЛ-6 и р-ИЛ-6р в большинстве случаев выявлен параллелизм между динамикой изменений самого цитокина и его рецепторов. Следует отметить,что усиление продукции ИЛ-2 и ИЛ-6 может быть одной из причин увеличения синтеза фактора некроза опухоли (ФНО-α) у таких больных. В этом случае ФНО-α может рассматриваться как аутокринный соучастник миокардиальной дисфункции при гипоксических состояниях. ФНО-α, ИЛ-2 и ИЛ-6 могут играть важную роль в реализации процессов гиперкоагуляции, нарушении регулирования сосудистого тонуса, в формировании эндотелиальной дисфункции. Причиной увеличения содержания указанных цитокинов является системная гипоксия и воспалительный синдром, проявляющийся в последних стадиях СН при глубоком нарушении микроциркуляции.

Таблица 1

Сравнительная характеристика содержания цитокинов, их растворимых рецепторов и неоптерина при различных стадиях недостаточности кровообращения у детей

Группы детей	Неоптерин нм/л	ИЛ-2 пкг/мл	Р-ИЛ-2р пкг/мл	ИЛ-6 пкг/мл	Р-ИЛ-6р нг/мл
ДКМП НК I ст.	n=10 7,6±1,1	n=10 1,3 ± 0,2 P2<0,001	n=10 874,3 ±14,1 P1<0,001 P2<0,001	n=10 8,4 ±1,2 P2<0,001	n=10 4,8 ±0,4 P1<0,001 P2<0,001
ДКМП НК I IA ст	n=32 7,8±0,7	n=32 1,7±0,4	n=32 692,6±11,33 P1<0,001 P2<0,001	n=18 24,6±1,6 P1<0,001 P2<0,001	n=32 7,3±0,8
ДКМП НК IIБ-III ст	n=16 9,7±1,3 P1<0,05	n=16 2,7±0,3	n=16 1626,8±14,36 P1<0,001	n=14 32,4±4,1 P1<0,001	n=14 11,0±1,7
ГКМП НК I ст	n=26 7,3±0,4	n=26 2,1±0,5	n=26 374,6±5,3 P1<0,001 P2<0,001	n=26 9,78±0,6 P1<0,05 P2<0,001	n=26 11,1±0,4 P2<0,001
ВПС НК I ст	n=11 6,8±06	n=11 2,2±0,4	n=11 821,6±4,6 P1<0,001 P2<0,001	---	n=11 5,2±0,2 P1<0,001 P2<0,001
ВПС НК IIA ст	n=19 8,8±0,9	n=19 2,5±0,4	n=19 1032,7±7,2 P1<0,001	---	n=19 9,8±0,7
ВПС НК IIБ-III ст	n=13 8,5±0,9	n=13 1,7±0,1 P2<0,05	n=13 1063,0±8,8 P1<0,001	---	n=13 10,2±0,4
Здоровые дети	n=14 6,9±0,7	n=14 2,2±0,5	n=14 481,9±9,4	n=14 6,2±0,7	n=14 8,9±0,5

Примечание: P1- достоверность различия показателя по сравнению с контрольной группой; P2- достоверность различия показателя по сравнению с группой детей с НК-IIБ-IIIст; --- - исследования не проводились

Увеличение содержания неоптерина отмечено у всех обследованных пациентов. Значительное повышение неоптерина в 1,4 раза по сравнению с его значениями в контрольной группе выявлено у детей с НК IIБ- III стадии при ДКМП. Можно полагать, что основным механизмом увеличения концентрации неоптерина при СН является интерферон-γ, стимулирующий его синтез. Продукция неоптерина является также результатом комплексного взаимодействия цитокинов и особенно информативно отражает активацию клеточного процесса. Гиперпродукция неоптерина, которая характерна для детей с НК IIБ-III стадии,

подтверждает патогенетическое значение клеточного иммунитета в развитии недостаточности кровообращения. Не исключено, что высокие концентрации неоптерина могут усиливать цитотоксичность, опосредованную свободными радикалами, играющими важную роль в повреждении кардиомиоцитов.

При анализе концентрации тропонина I и миоглобина в сыворотке крови детей с ХСН установлены определенные изменения в содержании кардиоспецифических белков, обусловленные экспрессией изучаемых цитокинов. Так, нами выявлено выраженное увеличение уровня тропонина I и миоглобина у детей с НК IIБ-III стадии. Снижение уровня миокардиальных белков у больных с ранними стадиями НК может быть следствием усиления катаболизма структурных и транспортных белков в результате гиперпродукции ИЛ-2 и ИЛ-6 и указывает на то, что у детей крайне редко развивается острый коронарный синдром и связанный с ним инфаркт миокарда. Кроме того, по данным ряда авторов [9,11] у больных с семейной ДКМП и ГКМП описаны мутации гена тропонина, что может привести к редукции тропонина и снижению его концентрации в крови. Повышение концентрации тропонина I и миоглобина у детей в конечной стадии сердечной недостаточности свидетельствуют о том, что терминальная стадия ХСН сопровождается гибелью кардиомиоцитов и выходом кардиоспецифических белков в кровь.

Корреляционный анализ сывороточного содержания изученных цитокинов, тропонина I и миоглобина показал тесную корреляционную зависимость их концентраций от степени эхокардиографических изменений сердца. У детей с СН при ДКМП выявлена зависимость степени дилатации левого желудочка (ЛЖ) от уровня ИЛ-2, ИЛ-6 и их рецепторов: конечного диастолического размера (КДР) от концентрации ИЛ-2, и р-ИЛ-6р (КДР-ИЛ-2, $r=0,56$; КДР–р-ИЛ-6р, $r=0,64$; $p<0,05$), конечного систолического размера (КСР) от содержания р-ИЛ-6р (КСР–р-ИЛ6-р, $r=0,52$); конечного диастолического объема (КДО) от уровня ИЛ-2 и р-ИЛ-6р (КДО–ИЛ-2, $r=0,60$; КДО–р-ИЛ-6р, $r=0,59$; $p<0,05$). Установлена обратная связь между параметром ФИ и ИЛ-2, $r=-0,41$; а также ФИ и р-ИЛ-2р, $r=-0,43$; $p<0,05$). Уменьшение соотношения амплитуд раннего и позднего наполнения левого желудочка (V1/V2), свидетельствующего о диастолической дисфункции также ассоциировалось с увеличением уровня ИЛ-2 и р-ИЛ-6р (V1/V2–ИЛ-2, $r=0,61$; V1/V2–р-ИЛ-6р, $r=0,42$; $p<0,05$). У пациентов с НК IIБ-IIIстадией отмечена зависимость содержания тропонина I от концентрации р-ИЛ-6р и ИЛ -2 ($r = 0,43$; $r = 0,57$ соответственно, $p<0,05$).

Таким образом, полученные результаты являются подтверждением концепции о механизмах развития СН, в основе которой лежит представление об иммунной активации и гибели кардиомиоцитов как маркерах неблагоприятного прогноза и формирования дисфункции ЛЖ. Не исключено, что цитокины играют важную роль в прогрессировании СН, определяя интенсивность процессов ремоделирования миокарда посредством регулирования уровня апоптоза и следующего за ними заместительного фиброза в сердце, что является причиной нарушения его структуры и несостоятельности сократительного аппарата при прогрессировании ХСН.

ВЫВОДЫ: 1. При ХСН у детей наблюдается повышение концентрации ИЛ-2, ИЛ-6 их растворимых рецепторов и неоптерина в сыворотке крови. Выраженность указанных сдвигов не зависит от этиологического фактора, который определяется стадией недостаточности кровообращения и её длительностью; 2.Концентрация тропонина I и миоглобина ассоциируется со степенью дисфункции миокарда и повышена у детей с выраженными симптомами недостаточности кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амельошкина В.А., Коткина Т.И., Титов В.Н. Биохимические маркеры пораженного миокарда // Клиническая медицина, 2000, №5, с.9 – 13.

2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. // Серд. Недостаточность, 2000, №3, с.1-7.

3. Бершова Т.В., Баканов М.И.. Чибисов И.В. и др. Роль фактора некроза опухоли ∀ и интерлейкина 6 в патогенезе недостаточности кровообращения у детей с кардиомиопатиями //Педиатрия, 2005, №2, с.8 – 12.

4. Кораткова А.А., Титов В.Н., Стараведов И.И. Прогностическая роль кардиального тропонина I больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента *ST*// Кардиология, 2002, №4, с.19 – 22.

5.Лазовская Е.В.Клинико-биохимические особенности поражения миокарда при врожденных

пороках сердца и гипоксически - ишемических кардиопатиях. Автореф. дис. канд. мед. наук-. 1998, 28с.

6.Скворцов А.А., Челмокина С.М., Пожаренная Н.И., Мареев В.Ю. Модилирование активности системы нейрогуморальной регульяции при хронической сердечной недостаточности //Рус. мед. жур., 2000, №8, с. 87-93.

7.Скворцов А.А., Мареев В. Ю., Носанова С.Н., и др. Необходимо ли тройная комбинация различных групп нейрогормональных модуляторов для лечения больных со стабильной умеренной хронической сердечной недостаточности //Тер.архив, 2006, №2,.с.14-20.

8.Christopher R., Daniel D. K., Steven E. L., Paolo R. Associations between neurohormonal and inflammatory activation and heart failure in children //American Heart Journal., 2008. v.155, p. 527-533.

9.Iorga B., Blaudeck N., Solzin J., Neulen A., Stehle I., Davila A. J. L., Pfitzer G., Stehle R. Lys184 deletion in troponin I impairs relaxation kinetics and induces hypercontractility in murine cardiac myofibrils //Cardiovasc Res., 2008, v.77, p.676 - 686.

10. Lowes B.D., Gilbert E.M., Abraham W.T. Minobe W.A. all Myocardial gene expression in dilated cardiomyopathy treated with beta-blocking agents // Endl. J. Med., 2002, v. 346, p.1357-1365.

11.Morimoto S. Sarcomeric proteins and inherited cardiomyopathies. //Cardiovasc Res., 2008, v. 77, p.659-66.

SUMMARY

IMMUNOCHEMICAL REGULATION OF DAMAGES OF A MYOCARDIUM IN CHILDREN WITH CHRONIC HEART FAILURE

A.G.Hasanov

In children with chronic heart failure (CHF), caused dilated cardiomyopathy (DCP), hypertrophic cardiomyopathy (HCP) and congenital heart diseases (CHD) investigated the maintenance of interlaikin-2 (IL-2), interlaikin-6 (IL-6), their soluble receptors (p-IL-2), (p-IL-6), neopterin, troponin I and myoglobin in blood to find-out a role specified cytokines in processes of damage of myocardial tissue.

Changes in maintenance of IL-2, IL-6, their receptors and neopterin, and also troponin I and myoglobin in children with CHF in comparison with data at healthy children are revealed. It is shown, that production of IL-2, IL-6, their receptors and neopterin are most expressed in patients with IIB-III stage of CHF in DCP and CHD. Dependence of change concentration of cytokines from the echocardiography parameters are established. Changes in the maintenance of troponin I and myoglobin are noted in children with IIБ-III a stage in DCP and CHD. Dynamics level of cytokines and their interrelation with the maintenance troponin I and myoglobin are noted, that can reflect important immunochemical mechanism studied cytokines, underlying in damage of myocardial tissue.

Daxil olub: 03.09.2008

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЛИНФАНТОМ

С.М. Касумова

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Острые диареи протекают с угнетением нормофлоры кишечника, в основном снижается содержание лакто- и бифидобактерий, что обусловливает патогенетическую обоснованность применения бактерийных биологических препаратов [2,5,6]. Биологические препараты постоянно усовершенствуются: от обычных, монокомпонентных, состоящих из нормофлоры или чужеродных конкурирующих микроорганизмов, до новых форм с сочетанием различных видов и штаммов бактерий или оптимизированной средой [3,5].

Разработка эффективных биологических препаратов теоретически обоснована более полной коррекцией нарушенной микрофлоры и тем самым интенсификацией антагонистической активности, нормализацией процессов пищеварения, иммуннностимуляцией и т.д. Это позволяет рассматривать их применение как один из путей повышения эффективности терапии острых кишечных инфекций (ОКИ) [1,3,4,7].

ЦЕЛЬЮ настоящей работы явилась оценка результатов включения нового биологического препарата (prohiotin) Colinfant nevborn в комплексную терапию ОКИ у детей раннего возраста с выявлением иммунных сдвигов при диареях и определением влияния на

иммунологические показатели.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Под наблюдением находились 93 ребенка в возрасте до 3 лет, обратившихся на 2-й день болезни для лечения острых диарей. Больные первого года жизни составили 41,9% в том числе до 6 месяцев- 21,5%, в возрасте года до 3 лет- 58,1%. Этиология острых кишечных инфекций была расшифрована в 66,7% случаев, при этом преобладала ротавирусная инфекция. В 77,4% случаев заболевание протекало в среднетяжелой и реже в легкой форме (21,5%).

Лабораторное исследование пациентов проводили двукратно при обращении и на 10-й день лечения. Определяли параметры клеточного и гуморального иммунного ответа, изучали показатели фагоцитоза. Сравнение результатов проводилось в трех рандромизированных группах, в каждой по 30 детей, получивших колинфант, бифидумбактерин и антибиотики (по возрасту, этиологии ОКИ, степени тяжести, преморбидному статусу).

Таблица 1

Продолжительность клинических проявлений (в днях) у больных ОКИ при различных видах терапии

Клинические симптомы	Группы больных ОКИ, получивших:		
	Colinfant nevborn n=30	Bifidam bacterin n=31	Antibiotics n=32
Интоксикация	2,36±0,20	3,39±0,28*	4,06±0,32*
Лихорадочная реакция	1,7±0,22	2,05±0,38	2,62±0,28*
Рвота	1,85±0,22	1,70±0,28	2,04±0,24
Эксикоз	1,39±0,12	1,13±0,99	2,44±0,35*
Метеоризм	2,36±0,19	3,05±0,25*	3,31±0,28*
Патологические примеси в стуле	2,24±0,35	3,81±0,62	4,54±0,48*
День нормализации стула	5,23±0,26	5,85±0,39	7.41±0,35*

* отличия достоверны при $p < 0,05$

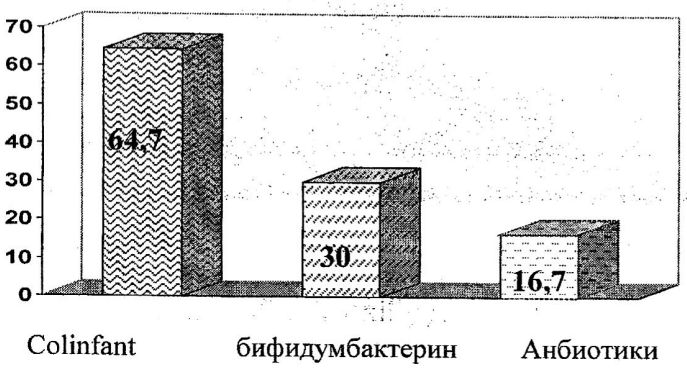
Colifant Newborn – биологический препарат (probioton) с иммуномодулирующим эффектом. Colifant лиофилизированный препарат для приготовления взвеси внутрь, одна дозы содержит Esherichia coli 083: К 24: 2131 в количестве от $0,8X\ 10^8$ до $1,6X10^8$. являясь составной частью нормальной микрофлоры кишечника стимулирует образование антител в кишечнике, слюне. Содержимое одного флакона разводят в 1 мл воды, взбалтывают и используют 3 раза в неделю в течении 4-х недель. адаптационного синдрома, сопровождающегося увеличением глюкокортикоидов, влияющих на циркуляцию лимфоцитов, приводя к их уменьшению в периферической крови.

Колинфант был включен в комплексную терапию острых диарей у 30 больных. Общие симптомы заболевания (интоксикация, эксикоз, температурная реакция) у больных этой группы исчезали раньше местных проявлений поражения желудочно- кишечного тракта к 2-3 суткам лечения. Окончательная нормализация стула отмечена к 6 дню терапии. До 6 суток устойчивый стул наблюдался у 86,7%, получивших изолированно колинфант.

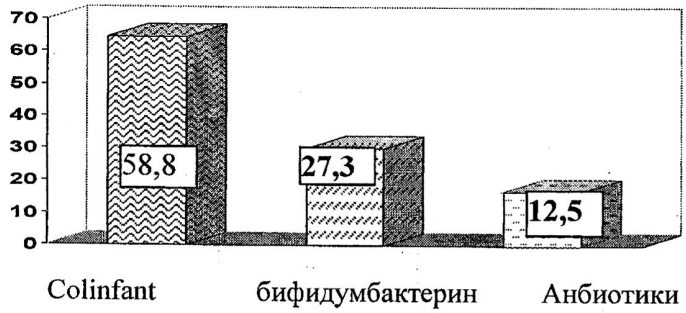
При сравнении продолжительности основных клинических проявлений в зависимости от вида терапии у больных выявлены достоверные различия. Как видно из таблицы 1, менее существенными были различия в результатах лечения детей пробиотиками. Однако, при назначении бифидумбактерина достоверно дольше сохранялись признаки интоксикации и метеоризма. У детей, получивших антибиотики, длительнее наблюдались как общие, так и местные симптомы заболевания, стул нормализовался лишь к 8 дню. Пристальное внимание уделялось темпам нормализации испражнений. До 6 дней стул нормализовали у 86,7% детей, получивших колинфант, 51,4%- получивших бифидумбактерин, 37%- антибиотики (Рис.1).

При микробиологическом исследовании нарастание уровня лактобактерий выявлено в основной группе в 64,7% случаев, а в группах детей, получивших бифидумбактерин и антибиотики- лишь в 30% и 26,7% случаев. Аналогичная тенденция отмечалась в динамике содержания бифидофлоры. При назначении колинфанта средние значения лакто- и бифидумбактерий достоверно увеличивались на порядок от исходного содержания. Прием

бифидумбактерина не оказывал столь выраженного влияния на рост количества бактерий, а после отмены антибиотиков отмечалось достоверное снижение бифидофлоры.



А



Б

Рис. 1 Нарастание уровня нормофлоры в зависимости от вида терапии: А- лактобактерин; Б- бифидобактерин

Показатели иммунного ответа до начала лечения у всех групп больных характеризовались снижением абсолютного числа Т- лимфоцитов и их субпопуляций, В-лимфоцитов в сочетании с недостаточным уровнем IgA и избыточным IgM, снижением параметров фагоцитарного звена иммунитета. Индекс иммунорегуляции соответствовал норме, что было обусловлено однонаправленностью изменений субпопуляций Т- лимфоцитов и состоянием компенсации сдвигов. Анализ формулы расстройств иммунной системы выявил иммуносупрессорную направленность параметров иммунограммы средней (1-2) степени выраженности. Развитие Т- лимфопений в острую фазу заболевания, является обычной реакцией иммунной системы на антигенное раздражение и связанно, с одной стороны, перераспределением и притоком клеток в иммунокомпетентные органы, с другой- с развитием

По сравнению с исходным уровнем в начальном периоде у детей основной группы при повторном исследовании установили достоверное увеличение количества общих Т-лимфоцитов, Т- хелперов, индекса иммунорегуляции, IgM.

Улучшились показатели фагоцитоза: достоверно выросло число фагоцитирующих клеток, отмечена тенденция к повышению поглотительной способности фагоцитов, повысился уровень IgA. При использовании бифидумбактрином установили только достоверное нарастание фагоцитарного показателя. Таким образом, применения колинфанта по сравнению с бифидумбактрина сопровождалось более выраженным положительным влиянием на показатели Т- клеточного звена иммунитета и фагоцитоза. В группе больных, получавших антибиотики, достоверно снизилось содержание Т-хелперов, фагоцитарный показатель, то есть ухудшились показатели имевшегося ранее иммунодефицитного состояния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Начальный период острых диарей ротавирусной этиологии у детей раннего возраста характеризуется снижением уровня лакто- и бифидобактерий, угнетением клеточного звена иммунитета, показателей фагоцитарной активности и снижением IgA. Назначение калинфанта способствует сокращению сроков интоксикации и диарейного синдрома Сравнение лабораторных результатов применения колинфанта, бифидумбактерина и антибиотиков свидетельствует в пользу назначения первого. У лечившихся детей антибиотиками углубляются дисбиотические расстройства и ухудшаются показатели иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков И.М. иммунная система слизистых // Иммунология, 1997, №4, с. 7-12
2. Касумова С.М. Современная концепция патогенеза и принципы терапии кишечного дисбиоза у детей// Биомедицина, 2007, №3, с.12-18
3. Касумова С.М. К порядку наблюдения детей после кишечной инфекции // Ъярращиййя, 2007, №3, с. 75-80
4. Касумова С.М. К вопросам прогноза кишечных инфекций у детей раннего возраста // Азярбайъан тябабятинин мцасир наилиййятляри, 2007, №4, с. 99-102
5. Титова П.В., Феклисова Л.В., Леонтьева О.Ю. и др. Применение лактосодержащих биопрепаратов при острых кишечных инфекциях у детей первого года жизни / Сборник научных трудов.- СПб., 2000, с.58-59
6. Хавкин А.И. Микробиоценоз кишечника и иммунитет // Детская гастроэнтерология и нутрициология, 2003, №3, с. 122-125
7. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Иммунная система и заболевания желудочно- кишечного тракта // Вестник РАМН, 1997, №11, с. 13-17

SUMMARY

THE IMMUNOLOGY ASPECTS OF THE TREATMENT THE INTESTINAL INFECTION WITH COLINFANT

S.M. Kasumova

The purpose was the value of the results including new biology preparat (prohiotin) Colinfant nevborn in complex therapy of acute intestinal infection in early age with determining immune drift during diarrhea and determining influencing to immunology indexes.

There were 93 children under observationat an age to 3 year, refered at second day of diseases for treatment of acute intestinal diarrhea.

Daxil olub: 23.08.2008

РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ, БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНО-ГЛОТКИ ПРИ УСИЛЕННОМ ГИПЕРФРАКЦИОННОМ РЕЖИМЕ ОБЛУЧЕНИЯ В САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ВАРИАНТЕ И В КОМБИНАЦИИ С 5-ФТОРУРАЦИЛ И ЦИСПЛАТИНОЙ

З.М.Гасанова

Национальный центр онкологии, г. Баку

Лучевая терапия злокачественных опухолей челюстно-лицевой области, в частности гортаноглотки, диктует необходимость включения в зону облучения значительных объемов тканей: патологического очага и зон регионарного метастазирования с подведением достаточно высоких очаговых доз, что связано с желанием достичь большего радикализма [1]. При этом под воздействие ионизирующего излучения попадают также нормальные ткани и органы, в частности, гортань, щитовидная железа, слюнные железы и т.д. В результате этого развиваются различные постлучевые реакции и осложнения [3,4,5]. Целью настоящего исследования является изучение этих побочных явлений, разработка способов их профилактики и лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами сравнительно проанализированы частота и выраженность побочных явлений лучевого лечения у 152 больных раком гортаноглотки, гамма-терапия которым осуществлялась в самостоятельном варианте (1- группа- 62

больных, классический режим облучения, 2 группа- 21 больных, лучевая терапия в ускоренном режиме фракционирования дозы) и в комбинации с фторурацилом и цисплатиной (3 группа- 69 больных).

Лучевые реакции и осложнения оценивались по критериям RTOG Acute Radiation Links, RTOG/EORTC Late Radiation Morbidity Scoring Schema и Common Terminology Criteria for Adverse Events v3.0-CTCAE,2006 [2]. Они разработаны для оценки побочных явлений лучевой терапии в течение 90 дней с момента начала лучевого лечения. RTOG/EORTC Late Radiation Morbidity Scoring Schema [2] показатели позволяют изучить побочные явления радиотерапии после 90 дней с момента начала радиотерапии. Разработки Национального центра рака США Common Terminology Criteria for Adverse Events v3.0 (CTCAE, 2006) [2,3,5] основаны на изменениях по анатомическим и патофизиологическим критериям. Сроки изучения побочных явлений по этим критериям исследователями отмечаются отдельно [4]. Во всех вышеуказанных классификациях степени тяжести побочных проявлений разделяются на 5 категорий:

0-побочных явлений нет; 1- слабовыраженные осложнения; 2- умеренно-выраженные осложнения; 3- выраженная реакция; 4- опасные для жизни осложнения; 5- смерть в результате осложнений проводимой терапии.

Следует отметить, что всем пациентам с первого дня пребывания в клинике проводилось симптоматическое лечение, и весь комплекс этих мероприятий был направлен на улучшение общего состояния больных, устранение местных воспалительных явлений и общей интоксикации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Для определения степени влияния фторурацил и цисплатины на частоту и выраженность острых реакций, развивающихся в процессе и после лучевой терапии в ускоренном гиперфракционом режиме фракционирования дозы, мы провели сравнительный анализ между группами 1-2 и 3. Пациентам вводили 5-фторурацил в первую неделю- 5 дней в ежедневной дозе 500-750 мг. Во вторую неделю была начата лучевая терапия в вышеуказанном режиме, однако в последние 2 дня каждой недели облучение сочеталось с внутривенным введением препаратов платидиама в дозе 15-20 мг/м^2. В указанной группе конституциональные симптомы наблюдали у 62 из 69 (89,9%) больных, из них у 57 (82,6%) 3 степени тяжести, то есть значительно больше, чем после одной лучевой терапии. У пациентов отмечались побочные эффекты в виде вялости, повышенной раздражительности, чувства тяжести в голове, головные боли, апатия. Указанные явления купировались с назначением симптоматической терапии и не препятствовали продолжению лучевой терапии.

Лучевая реакция со стороны кожных покровов выражалась в развитии в полях облучения при дозе 40,0 ± 5,0 Гр (ВДФ 70 ± 10 ед.) эпидермитов различной степени тяжести. По завершению радиотерапии у всех пациентов наблюдались лучевые эпидермиты: в первой группе в 8,1% случаях 1-й, 51,6%- 2-й и в 40,3% случаях 3 степени тяжести. Эти же показатели для пациентов 2 группы составили у 23,8% больных 2-й и 76,2% 3-й степени тяжести. В 3 группе, где лучевая терапия в ускоренном гиперфракционном режиме дозы осуществлялась в комбинации с химиопрепаратами, 2 и 3 степени эпидермиты встречались, соответственно, в 36,2% и 73,8% случаях.

При проведении лучевой терапии наиболее часто развиваются лучевые реакции со стороны слизистой глотки, гортани и шейного отдела пищевода, поскольку доза ионизирующего излучения на нормальную слизистую велика – аналогична дозе на опухоль. В 1-й группе мукозиты 2-й степени наблюдались у 25,8%, 3-й степени - у 74,2% пациентов. Подобные реакции наблюдались также и в 3-й группе. Таким образом, во 2-й и 3-й группах мукозиты 3-й степени встречались значительно чаще - у 90,5% и 88,4% больных, соответственно, что по сравнению с 1-й группой достоверно выше ($p< 0,05$). Пострадиационная ксеростомия 1 степени тяжести - небольшая сухость во рту, незначительная вязкая слюна, изменение вкуса, чувство металлического привкуса в 1-й группе наблюдалось у 3,2%, во 2-й группе 4,8% и 3-й группе- 13,0% больных. Как видно из таблицы 1 , частота и степень тяжести во всех 3-х группах достоверно не отличались.

Таблица 1

Острые лучевые реакции у больных раком гортаноглотки, получавших радиотерапию в самостоятельном варианте, через неделю поле завершения лечения (RTOG Acute Radiation Morbidity Scoring)

Острые побочные эффекты	Число больных		
	1 группа (62 чел.)	2 группа (21 чел.)	3 группа (69 чел.)
Кожа:			
-Фолликулярная, слабовыраженная или тусклая эритема, эпиляция и сухое шелушение, пониженная потливость (1 степени)	5-8,1%	-	-
-Нежная или яркая эритема, очаговое влажное шелушение, умеренный отёк (2 степени)	32- 51,6%	5-23,8%	25-36,2%
-Сливной, влажный эпидермит, шелушение, выраженный отёк (3 степени)	25- 40,3%	16- 76,2%	44-73,8%
Слизистая оболочка:			
• Очаговое воспаление слизистой с серозным выделением, умеренные боли, требуются аналгетики (2 степени)	16-25,8%	2- 9,5%	8- 11,6%
• Выраженный сливающийся фибриновый мукозит, требующий использования наркотиков (3 степени)…	46-74,2%	19- 90,5%	61-88,4%
Слюнные железы:			
-Небольшая сухость во рту, незначительная вязкая слюна, возможно изменение вкуса, металлический привкус - эти изменения не приводят к изменению привычного приема пищи, запивание жидкостей с пищей (1 степени)	2- 3,2%	1- 4,8%	9- 13,0%
-Выраженная сухость во рту, тягуче –вязкая слюна, заметно измененный вкус (2 степени)	41- 66,1%	12- 57,1%	36-52,2%
-Отсутствие слюны, извращение вкуса (3 степень)..	19- 30,6%	8- 38,1%	24-34,8%
Глотка/пищевод:			
-Слабая дисфагия или odynophagia, может требовать аналгетиков и мягкой диеты (1 степени)	8- 12,9%	-	-
-Умеренная дисфагия или odynophagia, могут требовать аналгетиков, жидкой диеты (2 степени). Выраженная дисфагия или odynophagia с обезвоживанием или потерей веса более 15 %. Требуется зондовое (назогастральное) или внутривенное парентеральное питание (3 степени).	53- 85,5%	19- 90,5%	62-89,8%
	1- 1,6%	2- 9,5%	7- 10,1%
Гортань :			
-Слабая или периодически возникающая охриплость, кашель, гиперемия, эритема слизистой оболочки (1 степени)	9- 14,5%	-	-
-Стойкая охриплость, боли, иррадирующие в ухо, боли в горле, очаговый отек, кашель. Требуются анальгетики, препараты против кашля (2 степени)	46- 74,2%	17- 80,9%	57-82,6%
-Речь шепотом, боли в горле или ушах, сливной фиброзный отек, необходимость в наркотиках (3 степени)	7- 11,3%	4- 19,1%	12-17,4%
Лейкоциты (Х 1000):3.0 - <4.0 (2 степени)	4- 6,4%	1- 4,8%	9- 13,0%
2.0 - <3.0 (3 степени)	1- 1,6%	-	3- 4,3%
Тромбоциты (Х 1000): 75 - <100 (1 степени)	3- 4,8%	-	1- 1,4%
Гемоглобин (г л %):			
11-9.5 (1 степени)	7- 11,3%	2- 9,5%	9- 13,0%
<9.5 - 7.5 (2 степени)	2- 3,2	3- 14,3%	11- 15,9%

При развитии лучевых эзофагитов и фарингитов 1 степени, которые встречались у всех пациентов при дозе 40 ± 3 Гр (ВДФ 56 ± 5 ед.), больные жаловались на жжение в горле и за

грудиной, незначительное ухудшение проходимости пищевода. При фиброфаринго-гастроскопии у этих пациентов отмечались катаральные изменения – гиперемия и незначительный отек слизистой, которая местами была покрыта белыми налетами. При фиброфаринго-гастроскопии со стороны слизистой оболочки глотки и шейного отдела пищевода наблюдались катаральные или же эрозивные (на фоне гиперемии и отека слизистой имелись множественные эрозии, легко кровоточащие и большей частью покрытые фибринозными налетами) изменения. При проведении лучевой терапии со стороны гортани у всех пациентов при дозе 40-45 Гр появлялись признаки ларингита 1 степени. Однако по окончанию радиотерапии симптомы 4 степени ларингита встречались: в 1 группе- 11,3%, во 2 группе- 19,1% и 3 группе - у 17,4% пациентов (р >005). Проведение симптоматической терапии позволяло купировать явления ларингита и успешно завершить запланированный курс радиотерапии.

Изучение гемопоэтической системы во время лечения особых изменений не показало. Однако в 3-й группе, где пациентам лучевая терапия проводилась в комбинации с фторурацил и цисплатиной, лейкоцитопения 2 степени тяжести наблюдалась значительно чаще, чем в других группах

Через 3 месяца и в более отдаленные сроки после завершения гамма-терапии, как показывают данные комплексного обследования, изменения со стороны облученных участков складывались из пострадиационных осложнений, или же, что встречалось наиболее часто, сочетания последнего с остаточной опухолью или же рецидивом опухоли. Поэтому побочные явления радиотерапии в отдаленные сроки мы изучали учитывая вышеуказанный фактор. В отдаленные сроки (от 1 года до 3-х лет) после окончания лучевого лечения осложнения со стороны кожи 3 степени тяжести наиболее чаще встречались во 2-й и 3-й группах, где радиотерапия проводилась в ускоренном гиперфракционном режиме фракционирования в отдельности и в комбинации с противоопухолевыми препаратами, по сравнению с классическим режимом (соответственно, 14,3% и 20,3%, 9,7%; р □0,05). Однако присоединение химиопрепаратов к лучевому лечению существенным образом не влияло на частоту и выраженность этих побочных явлений.

В отдаленные сроки после лечения постлучевые изменения со стороны подкожной клетчатки шейно-надключичной области различной степени тяжести - небольшое уплотнение и потеря подкожной клетчатки, умеренный бессимптомный фиброз, небольшая полевая контрактура (меньше 10%) или выраженный фиброз и потеря подкожной клетчатки, контрактуры более 10%, встречались более чем у 50% пациентов. В 3-й группе побочный эффект радиотерапии средней и тяжелой степени встречался значительно чаще, чем в остальных группах.

Изучение состояния щитовидной железы в процессе лечения и в различные сроки после ее завершения проводилось путем исследования органа ультразвуковым исследованием и уровня гормонов органа - Т3, Т4 и ТСГ. У более 60% пациентов были выявлены симптомы гипотиреодизма, из них у 25-30% пациентов снижение уровня гормонов было более чем на 25% от исходных значений.

Таким образом, при проведении лучевой терапии больным раком гортаноглотки, со стороны отдельных тканей и органов развиваются лучевые изменения и эти явления наиболее часто и более выражены при использовании агрессивных схем лечения - ускоренном гиперфракционном режиме фракционирования дозы в самостоятельном варианте и в комбинации с противоопухолевыми препаратами. Осуществление комплекса профилактических и лечебных мероприятий, в которых участвуют не только врачи-радиологи, онкологи, а также другие узкие специалисты (в частности, стоматологи, дерматологи, эндокринологи и др.), как правило, позволяет купировать побочные явления облучения и завершить запланированный курс лучевой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30; A quality of life instrument for use in international clinical trilas in oncology // Cancer (Philad.), 1991, v.67, p,839-843

2. Bjordal K, de Graeff A, Faers PM, et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (The EORTC QLQ-H&N35) //European Journal of Cancer, 2000, v.36, p.213-219

3. Cox JD et al. Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) // Int J Radiat Oncol Biol Phys., 1995, v.31(5)mp.1341-1346

4. Jong-Lyel Roh, Ah-Young Kim, Moon June Cho Xerostomija Following Radiotherapy of the Head and Neck Affects Vocal Function // Journal of Clinical Oncology, 2005, v.23, p.3016-3023

5. Trotti A, The biological basis of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment // J. Radiat Oncol., 2003, v13(3), p.182-188

SUMMARY

THE REACTIONS AND COMPLICATIONS OF RADIOTHERAPIY CARRIED OUT IN THE MODE OF ACCELERATED HIPERFRACTIONATION IN THE AUTONOMOUS VARIANT AND IN COMBINATION WITH ANTITUMORAL COMPOUNDS FOR PATIENTS WITH LARYNGOPHARYNX CANCER.

Z.M.Hasanova

Radiation changes of some tissues happen during radiotherapy of patients with a laryngopharynx cancer and those changes are the most pronounced white using aggressive approaches of the treatment such as an accelerated hiperfractionation alone or in combimation with antineoplastic drugs.

Daxil olub: 24.07.2008

КРИТЕРИИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Б.Р.Зейналов

Клинический медицинский центр, г.Баку

Основными клиническими формами инфекционных осложнений в хирургических стационарах являются послеоперационные осложнения, которые непосредственно ассоциируются с нарушением целостности кожных покровов, брюшинного или других слоев человеческого организма во время операции. Выделяются их следующие группы (согласно определениям CDC): кожи и подкожной клетчатки, мышечно- фасциального слоя, внутренних органов [1-2].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В качестве объекта исследования послужили контингенты пролеченных больных, перенесших различные хирургические вмешательства, технологии организации медицинской помощи, медицинские карты стационарных больных, карты выбывших из стационара, группы врачей и медицинских сестер, оказывающих помощь пациентам в хирургическом стационаре. Исходы лечения и клинические случаи исследовали по заключениям клинико-экспертной комиссии.

В работе использовались следующие методы исследования: информационно-аналитический, статистический, социологический, клинический, эпидемиологический, микробиологический. Статистическая обработка материалов исследования произведена с использованием алгоритмов следующих программ: табличный процессор Microsoft Excel, статистические пакеты SPSS и EpiInfo. Выделение чистых культур микроорганизмов и их идентификация производились в микробиологической лаборатории клинического центра.

Критериями для постановки диагноза поверхностного постоперационного инфекционного осложнения (кожи и подкожной клетчатки) являются: осложнение развилось в пределах 30 суток от момента проведения оперативного вмешательства и затрагивает кожу и подкожную клетчатку в месте проведения разреза. Также отмечается хотя бы один из следующих признаков: 1) выделение гноя (с или без лабораторного подтверждения), 2) получение культуры микроорганизма, 3) боль, болезненность, локализованный отек, покраснение, 4) вскрытие разреза хирургом по определенным им показаниям или диагноз данного инфекционного осложнения выставлен лечащим врачом (для ретроспективной

диагностики).

Критериями для постановки диагноза глубокого постоперационного инфекционного осложнения (мышечно-фасциального слоя) являются: осложнение развилось в пределах 30 суток с момента операции (если не вживлялся имплантант) или 1 года с момента операции (если имплантант вживлялся и имеется связь с операцией) и инфекция затрагивает глубокие слои мягких тканей (мышечно-фасциальный слой). Также отмечается хотя бы один из следующих признаков: 1) выделение гноя из мышечно-фасциального слоя в месте разреза (но не из более глубоких слоев или оперированного органа), 2) получение культуры микроорганизмов, 3) температура тела более 38 градусов Цельсия, боль, болезненность, локализованный отек, покраснение, 4) выявление абсцесса при обследовании, повторной операции или с использованием методов функциональной диагностики, 5) факт повторной операции или диагноз выставлен лечащим врачом (для ретроспективной диагностики).

Критериями для постановки диагноза постоперационного инфекционного осложнения, затрагивающего внутренний орган, забрюшинное или другое пространство являются: осложнение развилось в пределах 30 суток с момента операции (если не вживлялся имплантант) или 1 года с момента операции (если имплантант вживлялся и имеется связь с операцией) и инфекция затрагивает конкретную анатомическую часть человеческого организма (орган, забрющинное или другое пространство), отличное от места проведения хирургического разреза, но к которому открывался доступ во время операции и имеется хотя бы один из следующих признаков: 1) выделение гноя из дренажа, установленного в рану, 2) получение культуры микроорганизмов, 3) выявление абсцесса при обследовании, повторной операции или с использованием методов функциональной диагностики, 4) диагноз выставлен лечащим врачом (для ретроспективной диагностики).

Наибольшие сложности возникают в диагностике глубоких инфекционных осложнений и инфекционных осложнений, затрагивающих внутренние органы. Первоочередным методом диагностики абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства является ультразвуковое исследование, чувствительность которого составляет 98,3%. При неэффективности ультразвукового исследования необходимо использовать контрастную компьютерную томографию, чувствительность которого составляет 90,9% . Точность лапароскопии в диагностике абсцессов брюшной полости составляет 100%. Однако метод инвазивный и должен применяться в последнюю очередь.

Первоочередным методом диагностики разлитых перитонитов после операций на желчных путях и поджелудочной железе является ультразвуковое исследование, чувствительность которой составляет 98,5%. При неэффективности ультразвукового исследования необходимо использовать контрастную компьютерную томографию, чувствительность которого составляет 90,9%. Наиболее эффективным методом диагностики разлитых перитонитов является лапароскопия, чувствительность которой составляет 100 %. Кроме того, лапароскопию с диагностической целью необходимо применять тогда, когда с её помощью можно выполнить и лечебную процедуру.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Борьба с инфекционными осложнениями невозможна без введения системы мониторинга, своевременного выявления, назначения адекватного лечения.

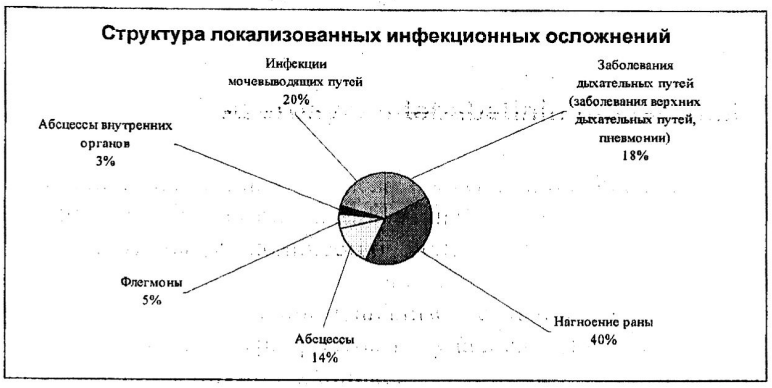
В практику работы больницы внедрялись определения инфекционных осложнений, перечисленные выше. Использование определений инфекционных осложнений позволило улучшить выявляемость, повысить настороженность медицинского персонала, шире назначать профилактику и лечение.

Всего в 2005 – 2007 г.г. на основании анализа 4132 историй болезни пролеченных (находящихся в процессе наблюдения) больных было идентифицировано 768 состояний, которые были классифицированы как инфекционные осложнения. Общая заболеваемость инфекционными осложнениями составила 18,6±1,2%.

Значительная заболеваемость обусловлена:всесторонним выявлением инфекционных осложнений (учитывались также заболевания верхних дыхательных путей, пневмонии, мочевыводящих путей и др.); налаженным микробиологическим мониторингом, высоким бактериологическим подтверждением случаев; соотношением экстренных и плановых больных, взятых в исследование, 1:1 (53% экстренных больных, 47% плановых больных);

тяжестью состояния значительного числа поступающих больных: часть больных переводятся из других клиник с целью постановки правильного диагноза, проведения повторной операции, долечивания, значительное количество больных с множественной сочетанной травмой, проникающими (колото-резаными) ранениями брюшной полости, сердца, нуждающихся в реанимационном пособии; в данном анализе исследовался период 2005-2007 г.г., в 2007 г. благодаря проводимым мероприятиям удалось добиться снижения заболеваемости инфекционными осложнениями в клинике.

Материалы нашего исследования подтверждают данные других авторов, что инфекционные осложнения чаще развиваются у пациентов с тяжелой сочетанной травмой, при множественных травмах конечностей, открытой черепно-мозговой травме, разможжениях, ожогах и отморожениях.



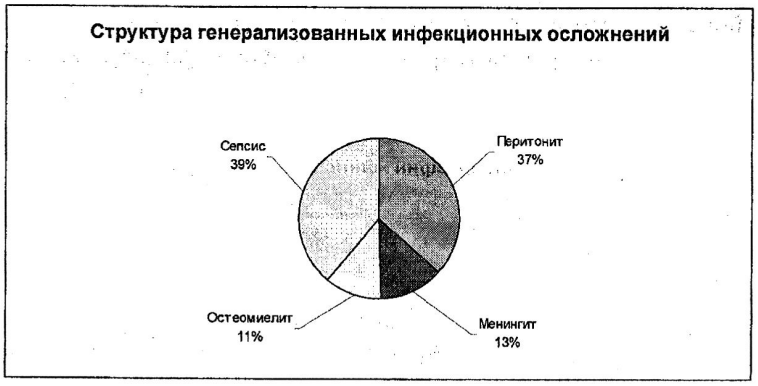


Рис. 1 Структура инфекционных осложнений в стационаре

Из зарегистрированных 768 случаев инфекционных осложнений 689 (89,7±2,2%) составили локализованные формы, 79 случаев (10,3±2,2%)–генерализованные (Таблица1)

Анализ структуры локализованных инфекционных осложнений показал, что 40% (1-е ранговое место) составляют нагноения ран (Рис. **1**).

В данную группу включались нагноения как при чистых, так и «условно чистых» и «грязных» операциях, то есть операциях по поводу обработки заведомо загрязненных ран. 2-е ранговое место (20%) приходится на заболевания мочевыводящих путей, 3-е ранговое место (18%) – на заболевания органов дыхания, 4-е ранговое место (14%) абсцессы мышечно-фасциального пространства, 5-е ранговое место (5%) на флегмоны мышечно-фасциального пространства, 6-е ранговое место (3%) на абсцессы внутренних органов и забрюшинного пространства. Таким образом, 1-е, 2-е, и 3-е ранговые места приходятся на поверхностные нагноения, инфекции мочевыводящих путей и дыхательной системы, что обусловливает значительный «пул» источников инфекций в стационаре.

Средний срок развития трахеобронхита составил 3,6±0,8, пневмонии – 5,9±0,9, инфекции мочевыводящих путей – 4,9±0,5, местных форм инфекционных осложнений – 7,8±0,9 суток.

Среди генерализованных осложнений абсолютное большинство приходится на сепсис

(39%) и перитонит (37%), которые вместе составляют 1-е ранговое место. 2-е ранговое место приходится на менингит (13%) и остеомиелит (11%). Лечение генерализованных осложнений составляет наиболее сложную задачу, требует максимальных ресурсов, внимания и знаний от медицинского персонала больницы. Тяжелый сепсис и септический шок были выявлены у 31 пациента, эти осложнения начинали развиваться с 7-х суток с максимальной частотой развития на 9–10 сутки.

Среди поступавших в стационар хирургических больных 68,6% пациентов проходило лечение в отделении интенсивной терапии. Средняя продолжительность лечения в отделении интенсивной терапии составила 8,5±0,4 дня. Средняя длительность применения ИВЛ составила 1,9±1,4 суток. Отмечено, что послеоперационные осложнения чаще наступали у пациентов с длительностью применения ИВЛ более 5 дней.

Таким образом, инфекционные осложнения удлиняют время пребывания пациентов в стационаре, способствуют неблагоприятному исходу их лечения вследствие развития абсцедирования внутренних органов и генерализации инфекции. Группой высокого риска заноса возбудителей являются пациенты, переведенные из других стационаров, а развития инфекционных осложнений – пациенты с тяжелой сочетанной травмой и длительно находящиеся в реанимационном отделении.

Таблица 1

Нозологические формы инфекционных осложнений

№ п.п.	Нозологические формы инфекционных осложнений	Количество случаев
	Локализованные	689
1	Заболевания дыхательных путей (заболевания верхних дыхательных путей, пневмонии)	121
2	Нагноение раны	270
3	Абсцессы	99
4	Флегмоны	34
5	Абсцессы внутренних органов	24
6	Инфекции мочевыводящих путей	141
	Генерализованные	79
7	Перитонит	29
8	Менингит	10
9	Остеомиелит	9
10	Сепсис	31
	Итого	768

ЛИТЕРАТУРА

1. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections // Infect Control Hosp Epidemiol 1992, v.13, p.606-8

2. Horan TC, Gaynes RP. Surveillance of nosocomial infections. In:Hospital Epidemiology and Infection Control, 3rd ed. / editor.Mayhall CG.- Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004, p.1659-1702

3.

SUMMARY

USE OF CRITERIUS SURGICAL SITE INFECTIONS DETECTABILITY IN A SURGICAL CLINIC

B.R. Zeynalov

In a surgical hospital the clinical and laboratory method of revealing of infectious complications is introduced on the basis of definitions of infectious complications of the Centre for Disease Control (Atlanta, USA) and expanded microbiological diagnostics. The given action is a necessary condition for development of complex system of infection control.

Daxil olub: 10.06.2008

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Н.А.Гаджиев
Отделение сердечно-сосудистой хирургии МО. г.Баку

Положительным результатом хирургического лечения огнестрельных повреждений магистральных сосудов мы считали полное восстановление кровообращения в их, а также восстановление в полном объеме их функции [6,7,8,11]. Достигнуть этого результата не всегда удавалось по ряду причин, поскольку восстановление кровообращения в конечности часто было «запоздалым», вследствие чего функция конечности полностью не восстанавливалась. Большое значение, при этом, имеет адекватная и своевременная реконструкция рядом расположенных структур (нервов, костного скелета, сухожилий, мышц и вен) при их сочетанном повреждении [2,4,9,12]. Однако, определение адекватности восстановления нервов в ближайшем послеоперационном периоде практически невыполнимо, поэтому при оценке непосредственных результатов, мы в основном определяли адекватность восстановления кровообращения в конечности.

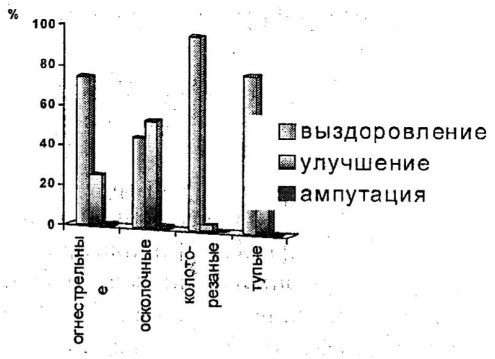


Рис. 1. Характеристика результатов лечения больных с травматическим повреждением артерий.

Результаты лечения оценивали по трем параметрам: выздоровление – когда в результате проведенного лечения была восстановлена полноценная функция органа или конечности и ликвидированы симптомы ишемии; улучшение – полное восстановление анатомических структур с магистральным кровотоком, но сохранялись остаточные явления длительной ишемии тканей, последствия повреждения нервов, костей или каких либо органов; *ампутации* – когда в результате проведенной реконструктивной операции пришлось выполнить ампутацию конечности.

Поскольку летальных исходов после выполнения реконструктивных операций на сосудах не было, параметр «смерть» не включили в настоящее исследование. Те случаи, когда были проведены первичные ампутации из-за нежизнеспособности тканей без попыток сосудистой реконструкции, в настоящее исследование также не были включены.

Оценка непосредственных результатов хирургического лечения проведена у 236 раненых, оперированных по поводу травматического повреждения магистральных сосудов.

Результаты лечения представлены на рис. 1. У большинства оперированных было получено выздоровление. Ампутации выполнены двоим раненым после попытки реконструктивной операции.

У значительной части (30,1 %) раненых после выполнения реконструктивной операции на сосудах выздоровления не наступило. Это объясняется как последствием острых ишемических нарушений в тканях, так и сочетанным повреждением других структур (нервов, костей, полых органов). Характеристика непосредственных результатов лечения пострадавших с ранениями магистральных сосудов и сочетанным повреждением рядом расположенных органов и структур представлена на рис.2. Хотя по полученным данным наибольший уровень

выздоровления отмечен после ранений нервов, следует оговорить тот факт, что при полном отрыве нервных стволов возникали тяжелые регионарные неврологические изменения, которые приводили к тяжелой инвалидизации в последующем. При повреждении костей удавалось добиться полной реабилитации пострадавшего в последующем.

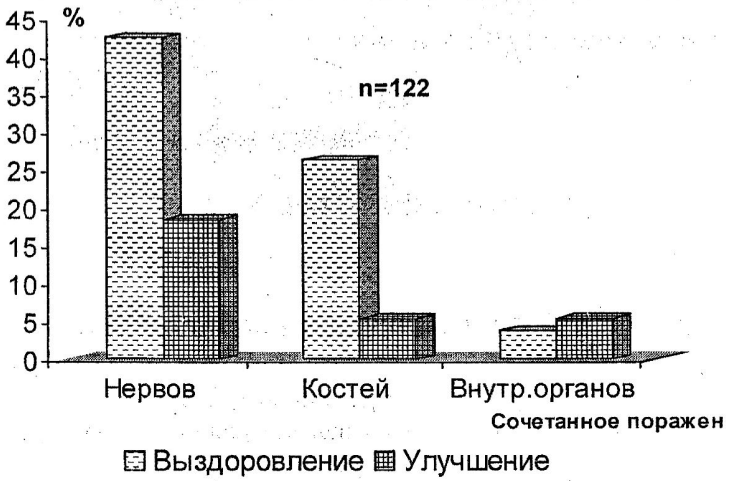


Рис. 2. Частота остаточных симптомов после реконструктивных операций на сосудах у лиц с сочетанными ранениями других органов и тканей.

Нагноение ран являлось нередким осложнением реконструктивных операций, выполняемых пострадавшим с повреждениями магистральных сосудов и развилось у 22 (9,4 %). Это объясняется не только полевым загрязнением, которое в большинстве случаев сопровождает ранение кожных покровов, тем самым, открывая «ворота инфекции», но и характером боевого воздействия современного оружия, которое сопровождается массивным повреждением мягких тканей и костей. Состояние еще больше усугубляется у раненых с повреждением магистральных сосудов, которое приводит к последующему развитию острой артериальной ишемии или венозной недостаточности в поврежденной конечности. Все это ведет к созданию благоприятных условий для развития гнойного процесса в области операционной раны. У 14 (63,6 %) из них развилось нагноение послеоперационных ран с развитием в последующем (на 7 – 9 сутки после операции) аррозивного кровотечения из участков наложения сосудистого шва.

Наиболее часто нагноения операционных ран с последующим развитием аррозивного кровотечения из реконструированной зоны происходило у лиц с повреждением сосудов подвздошной области и артерий нижних конечностей, значительно реже – при поражении артерий верхних конечностей ($p < 0,05$). Нагноения послеоперационных ран у лиц с поражением сосудов брахиоцефальной области и надплечья не наблюдали. Характеристика частоты нагноения операционных ран с учетом локализации ранения представлена на рис. 4.

Мы придавали большое значение профилактике и лечению гнойных осложнений. Считаем, что дооперационное и интраоперационное введение антибактериальных препаратов при травматических повреждениях магистральных сосудов позволяет значительно уменьшить частоту гнойно-септических осложнений. В тоже время, считаем, что наиболее эффективными мерами в профилактике нагноения являются: тщательная первичная хирургическая обработка ран с удалением нежизнеспособных тканей, тщательный гемостаз, восстановление как артериального, так и венозного кровотока, адекватное раздельное дренирование области реконструкции и самой раны. Кроме того, при массивном размозжении мягких тканей, при осколочных и огнестрельных ранениях, а также при тупых травмах, когда первичное заживление послеоперационной раны проблематично, выполняли постоянное орошение раны антисептическими растворами, и внутривенное или внутримышечное введение антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

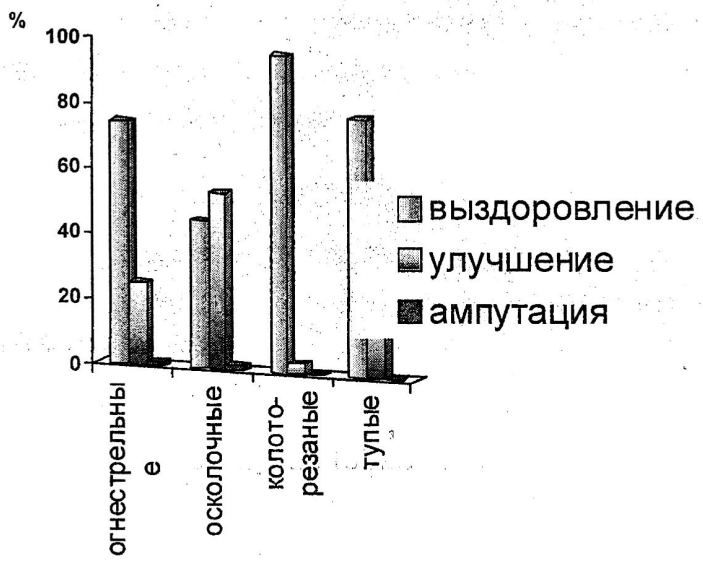


Рис. 3. Зависимость непосредственных результатов хирургического лечения больных с травматическим повреждением сосудов от характера травмы.

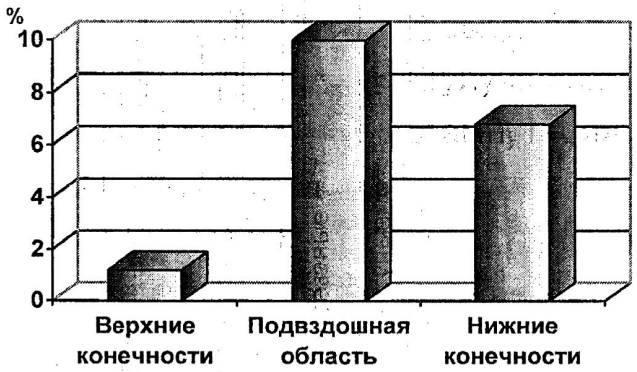


Рис. 4. Зависимость развития послеоперационного нагноения раны от локализации повреждения магистральных сосудов.

Также, не менее важным в профилактике развития гнойных осложнений является правильное определение хирургической тактики. Применение операций экстраанатомического шунтирования позволило нам в значительном числе случаев избежать развития гнойных осложнений.

Особую остроту до настоящего времени сохраняет вопрос применения синтетических пластических материалов при реконструктивных операциях у больных с повреждениями магистральных сосудов. Мы считаем, что применение синтетического протеза возможно только в самых исключительных случаях, когда использование аутовены или аутоартерии невозможно и отсутствует другая альтернатива для спасения конечности от неизбежной ампутации. Несмотря на угрозу возникновения нагноения раны, инфицирования протеза и развития аррозивного кровотечения, за время функционирования протеза выигрывается время, необходимое для развития коллатерального кровотока и компенсации кровообращения в конечности. Хирургическая тактика по отношению к аррозивному кровотечению заключается в перевязке сосуда - источника кровотечения и выполнения обходного экстраанатомического шунтирования.

Острый тромбоз реконструированного сосуда развился у 16 (6,8 %) раненых. Диагностика этого осложнения в ряде случаев вызывает значительные трудности, поскольку тромбоз развивается на фоне ишемических нарушений, постишемического отека, что «сглаживает» клиническую картину этого состояния. Однако отсутствие регреса ишемии конечности или усиление ее симптомов диктует необходимость выполнения в сомнительных случаях инструментальных методов исследования (реовазография, допплерография), из которых допплерография является наиболее эффективной и позволяет с большой точностью установить диагноз тромбоза.

Всем больным с тромбозом реконструированного магистрального сосуда в срочном порядке была выполнена повторная операция с адекватным восстановлением магистрального кровотока. Все раненые, которым пришлось выполнить повторное восстановление кровотока, были выписаны с улучшением при полной проходимости кровообращения по сосудам.

Таким образом, адекватная оценка общего состояния пациентов и жизнеспособности тканей, выбор тактики реконструктивной хирургической операции и грамотное ее техническое выполнение позволили достигнуть положительных (выздоровление и улучшение) непосредственных результатов у 99,2 % пострадавших, ампутации выполнены 2 (0,8 %) пациентам, летальных исходов не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии.- М., 2000, 448 с.
2. Брюсов П.Г. Неотложная ангиохирургическая помощь в многопрофильном госпитале / Актуальные вопросы ангиологии и оказания специализированной помощи лечебными учреждениями МО СССР. - М., 1990, с.23-25
3. Брюсов П.Г. Современные принципы лечения огнестрельных ранений магистральных сосудов / Повторные реконструктивные операции. 6-я Международная конференция. -М., 1997, с.119-120
4. Брюсов П.Г., Нечаев Э.А. Руководство: Военно-полевая хирургия.- Москва, 1996, с.145-152
5. Волколаков Я.В., Скуинь М.А. Восстановительные операции при повреждении магистральных артерий // Хирургия, 1974, № 7, с. 48-50
6. Гаджиев Н.А., Абдуллаева Ч.Р., Велиев Э.А. Диагностика повреждений магистральных сосудов / Научно-практической конференции ЦВКГ посвященной итогам 2003 года.- Баку, 2004, с.44-47
7. Гаджиев Н.А., Абдуллаева Ч.Р., Велиев Э.А. Организация лечения пострадавших с ранениями магистральных сосудов на этапах медицинской эвакуации / Научно-практической конференции ЦВКГ посвященной итогам 2003 года.- Баку, 2004, с.47-54
8. Гаджиев Н.А., Абдуллаева Ч.Р., Велиев Э.А. Повреждения магистральных сосудов бедра / Научно-практической конференции ЦВКГ посвященной итогам 2003 года.- Баку, 2004, с. 55-59
9. Кукуруз Я.С. Особенности хирургической тактики при огнестрельных ранениях магистральных сосудов конечностей на этапах медицинской эвакуации / Аспекты военной медицины: юбилейная научно- практическая конференция, посвященная 240-летию основания Киевского воен гос.- Киев, 1995, с.175-176
10. Deriu G. P., Ballotta E. et al. Great Saphenous vein protection in arterial reconstructive Surgery //J. Vasc. Surg., 1999, v. 3, № 3, p. 253-260
11. Meyer J. P. Improvements in the management of civilian vascular trauma // Surg. Ann., 1989,№ 21,p.1-25
12. Baratov A. Gunshot arterial injuries of the lower limbs: an analysis of factors leading to amputation.// Cardiovasc. Surg. J., 2003, p. 206
13. Malikov M. Arrhozive bleeding in upper extremity surgery. .// Cardiovasc. Surg. J., 2003, p. 207-208

SUMMARY

IMMEDIATE RESULTS OF PATIENT TREATMENT WITH TRAUMATIC INJURIES OF MAGISTRAL VESSEL

N.A. Hajiyev

Author have vaulted results of surgical treatment 236 wounded, have been operated with traumatic injuries of magistral vessels. The most part (69%) have recovered, (30%) wounded have had improvement of their condition after reconstruction operation on vessels. This is connected with consequent of acute ischaemic infringements in tissues, also with combinative injuries of other structures (nerves, bones and hollow organs). Two patients (1%) were amputated. Suppuration of

wounds were not rear complication after reconstruction operation and 22 (9,4%) patients had this kind of complication.

Daxil olub: 30.06.2008

MÜXTƏLİF YAŞ QRUPLARINDA OLAN İLK VƏ TƏKRAR DOĞANLAR ARASINDA HAMİLƏLİYİN GEC HESTOZLARININ RASTGƏLMƏ TEZLİYİ

S.H.İsrafilbəyli, S.Ə.Əkbərbəyova, A.V. Qədirov
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutu, Bakı

Hestoz hamiləliyin və doğuşların ən tez-tez rastlaşan və ən təhlükəli fəsadlaşmalarından biri olub, ananın, dölün və yenidoğulmuşun sağlamlığına ciddi təsir göstərir (6). Ana ölümü və perinatal itgilərin strukturunda bu patalogiya önəmli yerlərdən birini tutur (3). Belə ki, ana ölümü strukturunda hestoz zamanı ilkdoğan qadınlar üstünlük təşkil edir (54,8%) (7). Digərilərinin məlumatlarına görə isə hestozun rastgəlmə tezliyi 12-20% təşkil edir və azalmağa meyilliliyi qeyd olunmur. Bu fəsadlaşma ilkdoğanlarda, o cümlədən 18 yaşından aşağı və 30 yaşdan yuxarı hallarda daha tez-tez müşahidə olunur. Hestoz keçirmiş qadınların təkrari hamiləliyi və doğuşu zamanı onlarda bu fəsadlaşmanın təkrarlanma ehtimalı yüksəkdir (61,8%) [4].

Mənbələrdə qeyd edilir ki, ağır somatik xəstəlikləri olan 35 yaşından yuxarı qadınlardan doğulmuş yeniyetmələrdə hamiləlik və doğuş çox vaxt fəsadlaşır. Belə yeniyetmələrdə hipotalamik sindromun, infeksiyaların rastgəlmə tezlikləri yüksək olur; digər somatik xəstəliklər və hestoz müvafiq olaraq 91% və 56% hallarda müşahidə edilir [2]. Hal-hazırda həmin səbəbdən də yeniyetmələrin reproduktiv sağlamlığının qorunması xüsusi aktuallığını saxlamaqdadır.

Bir çox rus müəlliflərinin göstərdikləri kimi, son illərdə cinsi həyata başlanmasının orta yaş həddi 16 yaş olmuş və nigah yaşı aşağı düşmüşdür. Buna görə də yeniyetmə və gənc qadınlar arasında hamiləlik və bir çox ginekoloji xəstəliklərin artması ilə əlaqədar «yeniyetmə analıq» anlayışı reallığa çevrilmişdir. Buna görə də yeniyetmə yaşlarında hamiləliyin özü qadının sağlamlığını təhlükədə qoyur və xüsusən də hamiləliyin başa çatmasından və pozulmasından sonra gənc qadınların reproduktiv funksiyasına pis təsir göstərir, yəni sonsuzluq, sonrakı hamiləliklər zamanı düşüklər və s. törədir [1].

Müəyyən edilmişdir ki, gənc hamilə qadınlarda (eləcə də 30 -dan yuxarı yaşlı ilk doğanlarda) yüksək sinir-psixiki müvazinətsizlik meydana çıxır; bu zaman həmin hamilələrdə əhəmiyyətli psixoloji və somatik dəyişikliklərlə əlaqədar olaraq, bir çox daxili və xarici amillərin təsirlərinə qarşı həssaslığın artması müşahidə edilir. Buna görə də belə hallarda hestozların inkişafına şərait yaranmış olur [5].

Müşahidələr göstərir ki, Respublikamızda da nigah yaşından aşağı yaşlarda olan gənc qızların və yeniyetmələrin ailə həyatına başlaması hallarının artması müşahidə edilməkdədir. Yaşlı ilk doğan qadınların xüsusi çəkisi də yüksəlmişdir.

Tədqiqtanı MƏQSƏDİ müxtəlif yaş qruplarında olan ilk və təkrar doğan qadınlar arasında hamiləliyin gec hestozlarının rastgəlmə tezliyinin öyrənilməsidir.

TƏDQİQATIN MATERİALLARI VƏ METODLARI. Bunun üçün 2004 - 2006-cı illərdə Akad. Mirqasımov adına Respublika Kliniki Xəstəxanasının patoloji hamilələlik şöbəsinə hamiləliyin müxtəlif müddətlərində müalicə almış 166 hamilə qadının sənədləri retrospektiv olaraq analiz olunmuşdur. Analizin aparılması zamanı hamiləlinin stasionar kartası (Doğum tarixi) və «Mübadilə vərəqəsindən» alınmış məlumatlardan istifadə olunmuşdur.

Hestozla fəsadlaşmış hamilələr əsasən 3 qrupda təsnif olunaraq, təhlil edilmişdir: yüngül, orta ağır və ağır dərəcəli hestozlu qadınlar qrupu. Belə ki, I qrupda hamiləliyin 32-34 həftəliyində yüngül dərəcəli hestozla fəsadlaşmış qadınlar (58 qadın); II qrupda hamiləliyin 32-34 həftəliyində orta ağır dərəcəli hestozla fəsadlaşmış qadınlar

(65 qadın); III qrupda isə hamiləliyin müxtəlif müddətlərində ağır dərəcəli hestozla fəsadlaşmış qadınlar (43 qadın: bunlardan 11 halda ağır formalı - preeklamspsiya və eklampsiya müüşahidə olunmuşdur).

Hestozun ağırlıq dərəcələri arterial təzyiqin, ödemin, proteinuriyanın (Tsanqemeyster triadası) təzahür dərəcələrini Vitlinger şkalasına görə nəzərə almaqla kliniki-laborator məlumatlar əsasında müəyyənləşdirilmişdir. Belə ki, hamilələrin sistolik arterial təzyiqi 140-150 mm c.s., diastolik arterial təzyiqi 85-90 mm c.s., ödem I dərəcə və proteinuriya 1 q/l-ə qədər olduğu zaman yüngül dərəcə; sistolik arterial təzyiqi 160-180 mm c.s., diastolik arterial təzyiqi 95-110 mm c.s., ödem II-III dərəcə və proteinuriya 3-ə q/l qədər olduqda orta ağır dərəcə; sistolik arterial təzyiqi 180-200 mm c.s.-dan, diastolik arterial təzyiqi 110 mm c.s.-dən yuxarı, generalizə olunmuş ödem və proteinuriya 3 q/l-dən çox olduğu zaman ağır dərəcə kimi qiymətləndirilmişdir. Digər simptomlar və nevrolji əlamətlər (baş ağrıları, epiqastral nahiyyədə ağrı, ürəkbulanma və qusma, görmənin müxtəlif formada pozulmaları, qıcolma və komanın baş verməsi) qeydə alındığı hallarda hestozun ağır formaları (preeklampsiya və eklampsiya) kimi qeydə alınmışdır.

Əldə olunmuş nəticələr statistik və riyazi işlənərək, bizi maraqlandıran əlamətlərin müəyyən qruplarda rastlaşma tezliklərinin xüsusi çəkiləri müəyyən edilmiş və yekunlaşdırılmışdır.

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏLƏR. Hestozlu hamilələrin yaş qrupuna görə bölgüsü aşağıdakı cədvəldə verilmişdir (Cədvəl 1.). Yaş qrupları ilə hestozun ağırlıq dərəcələri arasında müqayisəli təhlil göstərmişdir ki, hamiləliyin 32-34 həftəliyində hestoz ilə fəsadlaşmış hamilələr arasında yaş qruplarına görə rastgəlmə tezliyi müxtəlif olmuşdur. Belə ki, bu patologiyalı hamilələr arasında 18-20 yaşlı qadınlar (28 hamilə) 16,9%, 21-26 və 27-30 yaşlı qadınlar isə (64 və 49 hamilə) əksəriyyət təşkil etmişlər (müvafiq olaraq, 38,5% və 29,5%). 30 yaşdan yuxarı olan hamilələr (25 qadın; 15,1%) isə daha az olmuşlar.

Cədvəl 1

Müxtəlif yaş qruplarında hestozların rastgəlmə tezliyi

Yaş qrupları	Hestozun ağırlıq dərəcələri			Cəmi («n» və %)
	Yüngül dərəcəli («n» və %)	Orta ağır dərəcəli («n» və %)	Ağır dərəcələri və formaları («n» və %)	
18-20 yaş	4 (6,9%)	10 (15,4%)	14 (32,6%)	28 (16,9%)
21-26 yaş	34 (58,6%)	22 (33,8%)	8 (18,5%)	64 (38,5%)
27-30 yaş	18 (31,0%)	21 (32,3%)	10 (23,3%)	49 (29,5%)
31-38 yaş	2 (3,45%)	12 (18,5%)	11 (25,6%)	25 (15,1%)
Cəmi («n» və %)	58 (100%)	65(100%)	43 (100%)	166(100%)

Maraqlı hal odur ki, müxtəlif yaş qrupları daxilində hestozun ağırlıq dərəcələrinin xüsusi çəkiləri çox fərqli olmuşdur. Belə ki, ən aşağı və ən yuxarı yaş qruplarında hestozun ağır dərəcələri daha çox rast gəlinir. Yəni 18-20 yaşlı hamilələrin (28 qadın) ən az qismində (4 qadın, 14,3%) hestozun yüngül dərəcələri, 35,7%-də (10 qadında) orta ağır dərəcəli hestoz, 50,0%-də isə ağır dərəcəli hestoz müşahidə olunmuşdur.

30 yaşından yuxarı olan qadınlarda da hamiləliyin hestozla fəsadlaşmaları gənc doğan qadınlardakı kimi nisbətən ağır gedişə malik olmuşdur. Belə ki, yüngül gedişli hestoz bu qadınların 8,0%-ni (2 qadın) təşkil etmişdirsə, orta ağır və ağır gedişli hestoz müvafiq olaraq, 48,0% (12 hamilə) və 44,0% (11 hamilə) hallarda müşahidə olunmuşdur. Bu qrup hamilələrdə ürək-damar və sidik-cinsiyyət sistemlərinin patologiyaları kimi ekstragenital xəstəliklər daha çox rastlaşmışdır. Buna görə də bu

qrupda müştərək hestozlar üstünlüyə malik olmuşdur. Orta yaş qruplarında isə yüngül dərəcəli hestozlu hamilələr orta ağır və ağır dərəcəli hestozu olan qadınlara nisbətən daha çoxdur.

Buradan belə nəticə çıxarmaq olar ki, az yaşlı və yeniyetmə qadınlarda, eləcə də 30 yaşdan yüxarı yaşı olanlarda hamiləliyin hestozla fəsadlaşma halları digər yaş qruplarına nisbətən daha çox olmaqla yanaşı bu qadınlarda patologiya daha ağır formalara və gedişə malikdir. Ədəbiyyat məlumatları bunu təsdiq edir (2, 7).

İlk və təkrar doğanlara görə araşdırmalardan məlum olmuşdur ki, hamiləliyi hestozun müxtəlif ağırlıq dərəcələri ilə fəsadlaşmış 166 qadından ümumilikdə 89-u ilk doğan, 77-si təkrar doğan qadınlardır; bu isə müvafiq olaraq, 53,6% və 46,4% təşkil etmişdir (Cədvəl 2.). İlk və təkrar doğanların orta yaşları arasında ciddi fərq müşahidə olunmamışdır.

İlk və təkrar doğan qadınlar arasında yaş qruplarına görə bölgüdə müəyyən fərqlənmələr müşahidə edilmişdir. Belə ki, ilk doğanlar sırasında 18-20 yaşında (17 qadın) 19,1%; 21-26 yaşında (34 qadın) 38,2%; 27-30 yaşında (30 qadın) 33,7% və 30 yaşdan yucxarı (8 qadın) 9,0% təşkiml etmişdirsə, təkrar doğanlar arasında həmin yaş qruplarında bu nisbət fərqlənmişdir: yəni müvafiq olaraq, 14,3%; 39,0%; 24,7% və 22,1% olmuşdur.

İlk və təhrar doğan qadınların müxtəlif yaş qruplarında hestozun müxtəlif ağırlıq dərəcələrinin rastgəlmə tezliyi müxtəlif olmuşdur (Cədvəl 3).

Cədvəl 2

İlk və təkrar doğan qadınların nisbəti

Doğuşun sırası	Yaş qrupları				Cəmi
	18-20 yaş	21-26 yaş	27-30 yaş	31-37 yaş	
İlk doğanlar	17 (19,1%)	34 (38,2%)	30 (33,7%)	8 (9,0%)	89(53,6%)
Təkrar boğanlar	11 (14,3%)	30 (39,0%)	19 (24,7%)	17 (22,1%)	77 (46,4%)
Cəmi	28 (16,9%)	64 (38,6%)	49 (29,6%)	25 (15,1%)	166 (100%)

Cədvəl 3

İlk və təhrar doğan qadınların müxtəlif yaş qruplarında müxtəlif ağırlıq dərəcəli hestozların rastgəlmə tezliyi

Yaş qrupları	Hestozun ağırlıq dərəcələri			Cəmi («n» və %)
	Yüngül dərəcəli («n» və %)	Orta ağır dərəcəli («n» və %)	Ağır dərəcələri və formaları («n» və %)	
18-20 yaş	3(17,6%*)	6(35,3%*)	8(47,1%*)	17(19,1%)
21-26 yaş	15(44,1%*)	14(41,2%*)	5(14,7%*)	34(38,2%)
27-30 yaş	10(33,3%*)	16(53,3%*)	4(13,3%*)	30(33,7%)
31-37 yaş	1(12,5%*)	5(62,5%*)	2(25,0%*)	8(9,0%)
18-20 yaş	1(9,1%*)	4(36,4%*)	6(54,5%*)	11(14,3%)
21-26 yaş	19(63,3%*)	8(26,7%*)	3(10,0%*)	30(39,0%)
27-30 yaş	8(42,1%*)	5(26,3%*)	6(31,6%*)	19(24,7%)
31-37 yaş	1(5,9%*)	7(41,2%*)	9(52,9%*)	17(22,1%)
Cəmi	58(34,9%*)	65(39,2%*)	43(25,9,%*)	166(100%)

Qeyd: «%*» - Eyni yaş qrupunda hestozun ağır dərəcələrinin xüsusi çəkisi.

Cədvəldən göründüyü kimi, 18-20 yaşında ilk doğanlar (17 qadın) arasında hestozun ağır dərəcələri yüksək faizlə (47,1%); yüngül dərəcələri isə aşağı faizlə (17,6%) ifadə olunmuşdur. 21-26 və 27-30 yaş qruplarında isə ağır dərəcəli hestozlar

az hallarda (müvafiq olaraq, 14,7% və 13,3%), yüngül dərəcəli hestozlar nisbətən çox hallarda (44,1% və 33,3%) rastlaşmışdır. Orta ağır dərəcəli hestoz bu yaş qruplarından ən çox 27-30 yaşlarında (53,3% hallda) meydana çıxmışdır. 31 yaşdan yuxarı ilk doğan qadınlarda da orta ağır dərəcəli hestoz daha tez-tez rastlaşır (62,5% halda); hestozun yüngül dərəcələsi daha az (12,5% halda), bundan iki dəfə çox isə (25,0% halda) ağır dərəcəsi müşahidə olunmuşdur.

Təkrar doğan qadınların müxtəlif yaş qruplarında hestozun müxtəlif ağırlıq dərəcələrinin rastgəlmə tezliyi ilk doğanlardan əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənmişdir. Belə ki, ilk doğanlara nisbətən «cavan» və «yaşlı» təkrar doğanlarda ağır dərəcəli hestozlar daha çox (müvafiq olaraq, 54,5%; 52,9%), yüngül dərəcəli hestozlar isə çox az hallarda (9,1% və 5,9%) rastlaşmışdır. Belə çıxır ki, həmin yaş qruplarında «hestozlara qarşı həssaslığı yüksək olan» qadınların təkrari hamiləliyi zamanı müqaviməti daha da zəifləmiş olur. 21-26 yaşlılarda hestozun ağır dərəcəsi çox az (10,0%) halda müşahidə edilir. Bundan yuxarı yaş qrupunda isə bu rəqəm 3 dəfə artmışdır (31,6%); yəni yaş artdıqca təkrar doğanların hestoza qarşı həssaslığı yüksəlir. Diqqəti cəlb edən vəziyyət odur ki, yuxarı yaşlı qadınlarda hestozun müştərək formaları üstünlük təşkil etmişdir.

Beləliklə, müxtəlif yaş qruplarında olan ilk və təkrar doğanlar arasında hamiləliyin gec hestozlarının rastlaşma tezliyini analiz edərkən məlum olmuşdur ki, az yaşlı və yeniyetmə qadınlarda, eləcə də 30 yaşdan yüxarı yaşı olanlarda hamiləliyin hestozla fəsadlaşma halları digər yaş qruplarına nisbətən daha çox olmaqla yanaşı bu qadınlarda patologiya daha ağır formalara və gedişə malikdir. Həmçinin yaşlı qrup hamilələrdə ürək-damar və sidik-cinsiyyət sistemlərinin patologiyaları kimi ekstragenital xəstəliklər daha çox rastlaşmışdır. Buna görə də bu qrupda müştərək hestozlar üstünlüyə malik olmuşdur. İlk doğanlara nisbətən «cavan» və «yaşlı» təkrar doğanlarda «hestozlara qarşı həssaslığı yüksək olan», yəni hestoz keçirmiş qadınların təkrari hamiləliyi zamanı müqaviməti daha da zəifləmiş olur və belə hamilələr arasında ağır dərəcəli hestozlar daha çox rast gəlir.

ƏDƏBİYYAT

1. Брюхина Е.В., Сафронов О.В., Слуднова Ф.Ф. Беременность у подростков. Влияние на репродуктивное здоровье // Акуш. и гинек., 2003, №1, с. 37—41
2. Козаева Т.З. Состояние системной гемодинамики у юных первородящих с гестозом при нарушении становления системы репродукции и ее роль в прогнозировании и профилактике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Барнаул, 1998
3. Кошелева Н.Г., Никологорская Е.В. Профилактика гипертензивных форм гестоза с помощью магне B_6 при невынашивании беременности в анамнезе // Рос. вест. акуш- гинекол, 2005, №1, с.40-42
4. Радзинский В.Е., Иткес А.В., Галина Т.В. и др Прогнозирование гестоза и задержки развития по генотипам матери и плода // Акуш. и гинек., 2003, №4, с. 23—26.
5. Сулейманов Т.Г. Особенности беременности и родов у юных первородящих: Дис. ... канд. мед. наук. - Самара, 2000
6. Токова З.З., Фролова О.Г. Гестоз и материнская летальность // Российский вестник акушера-гинеколога., 2005, №5, с.52-55
7. Уразаева Л.И. Комплексная оценка готовности к родам у первородящих различных возрастных групп и ее значение в ведении родового процесса: Автореф. дис. канд. мед. наук.- М., 1981

SUMMARY

MULTIFORM OF LATE GESTOSIS AMONG PRIMIPARA AND SECUNDIPARA WOMEN OF VARIOUS AGE GROUPS

S.G.Israfilbeyli, S.A.Akperbekova, A.V.Kadirov

The retrospective analysis of 168 histories of illnesses of pregnant women has been carried out for revealing frequency of occurrence late gestosis among primipara -and secundipara women of various age groups. It has been revealed, that complications of late gestosis and duration of current meets more often at women of young age and elder than 30 years. There are an extragenital pathology - disease of cardiovascular and urinogenital system at "old" primipara, on the basis of that the diagnosis « combined gestosis » is deduced more often. At the pregnant women who have transferred gestosis at repeated pregnancy weakens immunity and consequently they are subjected to the heavy

form of gestosis more often.

Daxil olub: 26.04.2008

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ф.Р. Гаджиева, С.Г.Алиева
НИИ акушерства и гинекологии МЗ Азербайджанской Республики, г.Баку

Несмотря на относительно высокий процент оперативной активности в акушерстве, до настоящего времени отсутствуют объективные критерии оценки заживления раны на матке [3,5]. Существующие методики определяют наличие или отсутствие воспаления эндо- и миометрия и косвенно указывают на вторичность заживления рассеченной мышцы матки [1,4,5]. В то же время введение дополнительных прогностических критериев позволило бы более объективно оценивать процесс заживления раны на матке и определять возможности родоразрешения через естественные родовые пути при повторной беременности.

ЦЕЛЬ исследования состояла в определении особенностей исходного морфологического состояния миометрия и выявлении объективных гистологических критериев характера заживления раны на матке после кесарева сечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. У 20 женщин во время кесарева сечения выполняли биопсию миометрия из верхнего края разреза на матке с последующим гистологическим исследованием материала. В послеоперационном периоде на 3 и 5-е сутки проводили ультразвуковое исследование с определением размеров матки и расчетом индекса индивидуальной инволюции швов.

Для объективной оценки морфологической характеристики миометрия нами разработан морфологический индекс (МИ), включающий 3 критерия: наличие периваскулярной лейкоцитарной инфильтрации, степень отека ткани, степень пролиферации эндотелия капилляров. Расчет МИ проводитля по формуле МИ=А+В+С где А-степень пролиферации эндотелия:

I степень- эндотелий всех капилляров однорядный (1+)
II степень–многорядность эндотелия в единичных капиллярах (2+)
III степень- многорядность эндотелия более чем в ½ капилляров (3+)
В –наличие и выраженность отека миометрия:
I степень- преимущественно периваскулярный отек (1+)
II степень- периваскулярный и межуточный отек (2+)
III степень - периваскулярный и межуточный отек, вакуолизация цитоплазмы (3+)
С –наличие воспалительной инфильтрации:
I степень- единичные периваскулярные лейкоциты (1+)
II степень- появления нейтрофилов в экссудате (2+)
III степень - миграция лейкоцитов в межуточные пространства(3+)

Все родильницы были разделены на две группы. В I группу вошло 7 женщин с МИ≥5, характеризующимся выраженными изменениями в ткани миометрия в виде периваскулярной инфильтрации, отека и пролиферации сосудистого эндотелия. Во II группу включено 13 женщин с МИ≤5 – с незначительной периваскулярной лейкоцитарной инфильтрацией или ее отсутствием, отсутствием отека и слабой пролиферацией эндотелия.

Средний возраст женщин в I группе составил 28 ±2 года, во II - 24± 2 года. Первородящих в I группе было 5, во II - 9. С рубцом на матке после кесарева сечения в I группе было 2 женщин, во II - 8. Анемия легкой степени отмечалась в I группе у 6, во II у 9 женщин. Кесарево сечение у всех проводили по сочетанным показаниям – нарушение сократительной деятельности матки, неправильное положение плода, прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода и наличие рубца на матке. Во всех наблюдениях кесарево сечение производили в нижнем маточном сегменте. У всех женщин разрез на матке ушивали двухрядным непрерывным швом.

В I группе средняя кровопотеря составила 350±70 мл и достоверно не отличалась от

таковой во II группе - 350±50 мл. Средняя длительность операции в I группе составила 30 мин, наркоза 32 мин, во II соответственно 30 и 35мин. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар сразу после рождения и через 5 мин составила I группе 8 балла, во II группе 7-8 баллов. Средняя масса новорожденных в I группе женщин была равна 3200±200 г, во II группе 3300±200 г. Во всех наблюдениях в течение первых 3 сут послеоперационного периода с целью профилактики гнойно- септических осложнений проводилась антибактериальная терапия.

Средний послеоперационный койко -день в I группе женщин был достоверно выше чем во II. В I группе по данном гистологического исследования биоптата миометрия у 5 женщин была выраженная периваскулярная лейкоцитарная инфильтрация, у 2-отек ткани с оценкой 3+, у всех- высокая степень пролиферации сосудистого эндотелия. Во II группе периваскулярная лейкоцитарная инфильтрация имелась только у 2 женщин, выраженная пролиферация сосудистого эндотелия не отмечена ни в одном наблюдении, отек I-II степени был у - 3. Данные ультразвукового исследования - измерения размеров матки после операции свидетельствовали о том, что размеры матки на 3-и сутки в I группе составляли: длина 135±5мм, толщина 85±5мм, ширина 125±5мм, а во II группе соответственно 120±5мм, 70±5мм, 110±5мм. В то же время на 5-е сутки достоверные различия в размерах матки между группами отсутствовали. Инволюция швов в I группе несколько замедлялась, что указывает на неблагоприятное течение процесса заживления в области швов у женщин I группы.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ. Проведенное исследование показало, что для построения прогноза заживления раны на матке можно использовать МИ на основании проведения гистологического исследования биоптата миометрия, взятого во время операции из краев разреза на матке. При МИ≥5 необходимо провести дополнительные исследования, подтверждающие неблагоприятное течение репаративных процессов в области разреза на матке после операции кесарева сечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузен А.Н., Костюченок М.И. Раны и раневые инфекцие.-М.,1990
2. Кулинич С.И., Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Машакевич Л.И. / Материалы Российского форума «Мать и дитя».- М., 2004.
3. Логутова Л.С. Оптимизация кесарева сечения: Автореф. дис….д-р мед.наук.- М.,1996.
4. Миров И.М. Прогнозирование лечения и комплексная профилактика гнойно-воспалительных заболеваний после родов и кесарева сечения Автореф. дис….д-р мед.наук.- М.,1996
5. Фаткуллин И.Ф., Галимова И.Р. Кесарево сечение.- 2007

SUMMARY

MORPHOLOGY INDEX- AS PROGNOSTIC INDEX OF RECOVERY WOUND AFTER CESAREAN SECTION

F.R. Hajiyeva, S.H. Aliyeva

During cesarean section the taken from side of uterus according histology diagnostic getting information showed that ourt suggested morphology index can prognoses of recovery wound of uterus after cesarean section

Daxil olub: 29.08.2008

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ПАСТЫ НА ОСНОВЕ «TRAUMEEL S» И «ZEEL T» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Л.К.Ибрагимова, Р.Н.Гусейнова, А.Ч.Пашаев
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку.

Заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест среди актуальных проблем стоматологии [2,3]. Несмотря на наличие широкого арсенала средств, применяемых при лечении заболеваний пародонта, в настоящее время все больше пациентов страдают этой

патологией. Использование традиционных медицинских средств, включающих антибиотики, антисептики и ферменты не всегда дают возможность добиться желаемого эффекта и могут способствовать возникновению аллергических реакций и дисбактериозов [1,2,6]. Поэтому использование препаратов, у которых побочные эффекты сводились бы на «нет» и, которые были бы «безвкусны» для увеличения времени их экспозиции на пародонт, является актуальным. Таким требованиям на сегодняшний день соответствуют антигомотоксические препараты, в составе которых имеются только натуральные компоненты в минимальных дозах. Эти препараты «безвкусны», что облегчает их применение в полости рта [1,4,5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить эффективность комбинированной антигомотоксической пасты в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами для лечения воспалительных заболеваний пародонта использовалась комбинированная антигомотоксическая паста (КАП). КАП готовится ex – tempore, сохраняет пастообразную форму в течение 15 минут до наложения на десны, и в течение 10 минут после, принимая во рту под действием слюны консистенцию устойчивой пародонтологической повязки. Процесс получения КАП осуществляют в следующей последовательности: смешивают в равных пропорциях готовые мази «Traumeel S» и «Zeel T». Затем в полученную массу постепенно добавляют окись цинка и искусственный дентин до получения консистенции «густой сметаны». Полученную таким образом КАП накладывают на воспаленные десна на 1-1,5 ч. Преимущества КАП заключаются в том, что каждый из составных компонентов пасты является уже готовым фармацевтическим продуктом и имеет длительный срок хранения. КАП может быть приготовлена как в клинических, так и в домашних условиях.

Нами было проведено лечение 37 больных с воспалительными заболеваниями пародонта (гингивитом и пародонтитом легкой и средней тяжести) с использованием КАП. Патологические изменения в тканях пародонта у больных регистрировали по методике ВОЗ с использованием индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта - CPITN. Одновременно с этим изучали индексную характеристику состояния пародонта с использованием пародонтологических индексов (ИГ, PI, PMA). Лицам, у которых отмечалось наличие кровоточивости и зубных отложений до использования КАП, проводили противовоспалительные мероприятия, которые включали: удаление над- и поддесневых отложений, обучение рациональной гигиене, а при наличии пародонтальных карманов – кюретаж, после чего накладывали КАП.

Таблица 1

Динамика изменения изучаемых индексов ИГ, PI, PMA до и после лечения

Показ. инд	До лечения	После лечения
PMA	61,18% ±1,23	36,67% ±0,87
ИГ (OHI)	1,45±0,03	0,14±0,005
Индекс Рассела	1,48±0,02	0,29±0,01

Таблица 2

Динамика изменения изучаемых индексов CPITN до и после лечения

CPI TN	Сегм.со зд.парод.	сегм.с кров.	Сегм.с з.камнем	Сегм.с парод. карм.	Сегм.со здор.парод.	сегм.с кровоточ.	З. к.	п. карм.
	1,18±0,09	2,40±0,16	2,13±0,16	0,27±0,06	5,59±0,02	0,40±0,017	-	-

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Данные, полученные в результате проведенного лечения свидетельствуют о высокой эффективности КАП. Высокий терапевтический эффект применения КАП проявлялся у больных уже на 2-3-е посещение. По истечение срока лечения (5-7 дней) почти у всех больных констатировали исчезновение в пародонте патологических признаков – гиперемии, отечности, застоя, неприятных ощущений. Цвет десны

нормализовался уже на 2-ой день посещения. Положительный эффект был достигнут у 33 больных (89%), слабоположительный - у 4 больных (11%) (по причине малого количества посещений). О высокой лечебной эффективности КАП свидетельствовало также и резкое снижение показателей пародонтальных индексов (ИГ, PI, PMA,CPITN), которые указаны в таблицах 1, 2.

Как видно из таблицы 1 показатели PMA и гигиенический индекс OHI-s до лечения составляли соответственно 61,18% ±1,23 и 1,45±0,03, то после лечения они соответственно стали 36,67% ±0,87 и 0,14±0,005 .

Как видно из таблицы 2 структура индекса CPITN изменилась следующим образом: если до лечения число здоровых сегментов составляло 1,18±0,09 , сегментов с кровоточивостью 2,40±0,16 , с зубным камнем 0,27±0,06 , то после лечения число сегментов со здоровым пародонтом увеличилось до 5,59±0,02 , число сегментов с кровоточивостью снизилось до 0,40±0,017.

В результате проведенных нами исследований особое внимание заслуживал тот факт, что при использовании КАП в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта, полученный положительный клинический результат не только не уступает классическим средствам и методам лечения, но по некоторым критериям превосходит их.

Таким образом, полученные нами положительные результаты применения КАП свидетельствуют о её высокой эффективности и позволяют рекомендовать ее при лечении воспалительных заболеваний пародонта как в клинических, так и в домашних условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова И.В., Серебрякова Л.Е., Александрова И.Ю. Предварительные клинико-лабораторные результаты использования препарата Траумель С в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Материалы X и XI Всероссийских научно-практиеских конференций. Труды VIII съезда Стоматологической Ассоциации России.- М., 2003, с.49

2. Грудянов А.И. и др.Пародонтология. Современное состояние вопроса и направления научных разработок. // Стоматология, №1, 1999, с.31

3. Земская Е.А., Гаджиев С.А. Клинико-иммунологические показатели у больных после комплексного лечения пародонтита // Стоматология, 1994, с.202

4. Ибрагимова Л.К. Эффективность применения гомеопатических препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Консилиум, 2005, №7

5. Иванов В.С. Заболевания пародонта.- М.: Медицина, 1989, с.114

SUMMARY

THE USING OF "CAP" CONTAINING "TRAUMEEL S"AND "ZEEL T" AT THE COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTITIS.

L.K.Ibrahimova., R.N.Huseynova, A.CH. Pashayev

After investigations we arrived at conclusion that reliable revelation of antiinflammation properties of combination anti-homotoxic paste consisted of "Traumeel S" and "Zeel T" are provided by the natural components. This paste is recommended for the treatment of parodontium diseases because of its good characteristics and comfortable using both in the clinic and domestic conditions. The paste consists of 2 ointments and has antiinflammation effect. It is possible to prepare this paste ex-tempore. This paste doesn't smell and has any undesirable taste in comparison with other medicine.

Daxil olub: 29.08.2008

BAKI ŞƏHƏRİNİN BİR SIRA TİBBİ MÜƏSSİSƏSİNƏ MÜRACİƏT EDƏN QADINLAR ARASINDA ENDOMETRIOZUN YAYILMA İNTENSİVLİYİNƏ DAİR

X.Ə. Həsənova

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi elmi- tədqiqat mamalıq və ginekologiya institutu, Bakı

Ginekoloji patoloqiyalar strukturunda endometrioz qadın cinsiyyət orqanlarının iltihabi

xəstəlikləri və uşaqlıq leyomiomalarından sonra üçüncü yeri tutur [1]

ÜST-nin 2006-cı il məlumatlarına görə reproduktiv dövrdə olan qadınlaın 25-30 %-i endometriozdan əziyyət çəkirlər [3]. Rusiya Federasiyasının əhalisi arasında 2004-cü ildə 2000-ci ilə nisbətən 30% çox rast gəlinmişdir. Endometriozun aşkar edilmə tezliyinin son illərdə yüksəlməsi nəinki diaqnostik metodlarının təkmilləşməsi, eyni zamanda ekoloci mühitin pisləşməsi, stress faktorlarının çoxalması, ginekoloci cərrahi müdaxilələrin (əsasən keysəriyyə kəsiklərinin) və hamiləliyin süni pozulması hallarının sayının artması ilə izah edilir [3].

Elmi ədəbiyyatların araşdırılması göstərir ki, endometrioz xəstəliyinin yayılma tezliyi Azərbaycan Respublikası şəraitində kifayət dərəcədə öyrənilməmişdir. Qeyd edilənləri nəzərə alaraq tədqiqat işində Bakı şəhərinin bir sıra tibb müəssisinlərinə müraciət edən qadinlar arasında endometriozun yayılma intensivliyinin öyrənilməsi qarşıya MƏQSƏD qoyulmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERİALLARI VƏ METODLARI. Elmi – tədqiqat mamalıq – ginekoloqiya institutudan, Bakı şəhəri 2 və 5 saylı doğum evlərindən, Ailə Sağlamlıq Mərkəzindən götürülmüş arxiv materiallarına əsasən son 5 il ərzində müxtəlif yaş dövrlərinə aid, endometrioz diaqnozu qoyulmuş 747 qadin arasında bu xəstəliyin yayılma tezliyi öyrənilmişdir (Şək. 1). Endometriozun yayılma dərəcəsi və formalarının təyini Amerika Reproduktiv Təbabət Cəmiyyətinin (American Fertility Society, 1993) təklif etdiyi təsnifata əsasən aparılmışdır [8].

Əldə olunan nəticələrin rəqəm göstəricilərinin statistik işlənməsi «Stratgraphics» statistik proqram paketinə əsasən aparılmışdır. Fərqlərin düzgünlüyü Manna-Uitni qeyri-parametrik kriterinin hesablanması ilə (U-test) qiymətləndirilmişdir [5].

TƏDQİQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Arxiv materiallarının araşdırılması göstərmişdir ki, Bakı şəhəri 2 saylı doğum evinin arxiv materiallarında bu patologiya 21-44 yaş həddində olan qadınlar arasında yaşı 20-dən az olan qadınlara nisbətən 7.5 dəfə, yaşı 45-dən yuxarı olan qadınlara nisbətən 1,9 dəfə çox rast gəlinir.

Bakı şəhəri 5 saylı doğum evinin arxiv materiallarının araşdırılması göstərmişdir ki, 21-44 yaş həddində olan qadınlar arasında endometrioz xəstəliyi yaşı 45-dən yuxarı olan qadınlara nisbətən 5,5 dəfə çox müşahidə edilir.

Ailə Sağlamlıq Mərkəzinin arxiv materiallarında 21-44 yaş həddində olan qadınlar arasında endometrioz xəstəliyi yaşı 20-dən az olan qadınlara nisbətən 23,7 dəfə, yaşı 45-dən yuxarı olan qadınlara nisbətən 10,3 dəfə çox rast gəlinmişdir.

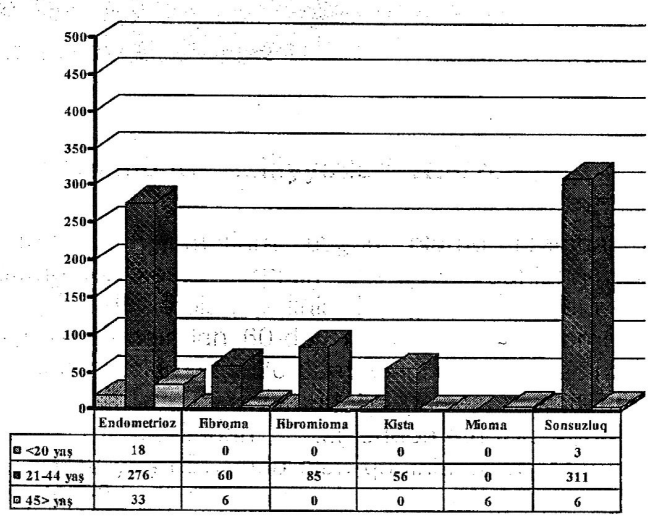
Elmi – tədqiqat mamalıq – ginekoloqiya institunun arxiv materiallarında 21-44 yaş həddində olan qadınlar arasında endometrioz xəstəliyi yaşı 45-dən yuxarı olan qadınlara nisbətən 1,4 dəfə çox aşkar edilmişdir.

Ümumiyyətlə, göstərilən 4 tibb müəssisənin arxiv materiallarında 747 endometrioz diaqnozu qoyulmuş qadın müyyən edilmiş, bunlar arasında 21-44 yaş həddində olan qadınlarda qeyd olunan patologiya yaşı 20-dən az olan qadınlara nisbətən 22,7 dəfə, yaşı 45-dən yuxarı olan qadınlara nisbətən 5,8 dəfə çox rast gəlinmişdir.

Beləliklə, Elmi – tədqiqat mamalıq – ginekoloqiya institutundan, Bakı şəhəri 2 və 5 saylı doğum evlərindən, Ailə Sağlamlıq Mərkəzindən götürülmüş arxiv materiallarının tədqiqi göstərmişdir ki, endometrioz xəstəliyi ən çox 21-44 yaş həddində olan qadınlarda müşahidə edilir. Bu da L.H. Kuzmiçovun, B.V. Leonovun B.Y.[4]. Solnikovanın araşdırmaları nəticəsində əldə edilmiş məlumatların düzgünlüyünü təsdiq edir. Qeyd edilən müəlliflərin fikrincə endometrioz xəstəliyi reproduktiv yaş dövründə olan qadınlar arasında ən çox rast gəlinir. Bu yaş dövründə olan qadınlar arasında endometriozun rast gəlmə tezliyi 2%-dən 27%-ə qədər olursa da, bu xəstəlik preklimakterik dövrdə olan qadınlar arasında 2-5% hallarda rast gəlinir.

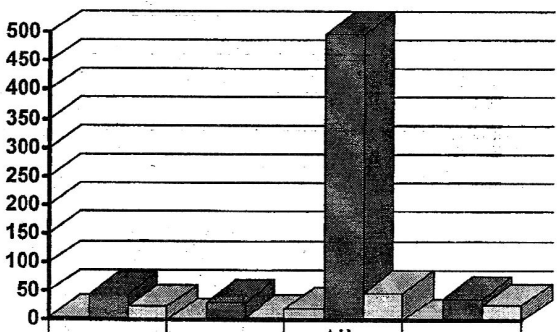
Müasir dövrdə bəzi tədqiqatçılar endometrioid zədələnmələrin yaranmasında hormonal, genetik, immunoloci dəyişikliklərlə yanaşı keçirilmiş və yanaşı gedən xəstəliklərin böyük rol oynamasını qeyd edirlər [9]. Məlumdur ki, endometrioz, uşaqlığın mioması və fibromioması, yumurtalıq kistləri mütləq və ya nisbi hiperestroqeniya, progesteron-defisit vəziyyətin fonunda inkişaf edir. Bu patoloqiyaların tənəzzülü isə qanda estrogenlərin səviyyəsinin endiyi və esterogen-progesteron nisbətinin normallaşdığı postklimakterik dövrdə baş verir [10].

Yuxarıda göstərilən məlumatlara uyğun olaraq tədqiqat nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, endometrioz xəstəliyi qadın cinsiyyət orqanlarının başqa patologiyalyrı ilə birgə ən çox 21-44 yaş həddində olan qadınlarda aşkar edilir. Belə ki, endometrioz diaqnozu qoyulmuş 21-44 yaşlı 615 qadından 60-də fibroma, 85-də fibromioma, 56-da yumurtalıq kistası müəyyən edilmişdir. Lakin yaşı 20-dən aşağı olan 27 qadında endometriozla yanaşı digər müştərək xəstəliklər (fibroma, yumurtalıq kistası, fibromioma) aşkar edilməmişdir. Yaşı 45-dən çox olan 105 qadından 6-da endometriozla yanaşı fibroma, 6-da mioma məyyən edilmişdirsə də bu yaş dövründə olan qadınlarda nə fibromioma, nə də yumurtalıq kistı aşkar olunmamışdır (Şək. 2).



	Endometrioz	Fibroma	Fibromioma	Kista	Mioma	Sonsuzluq
<20 yaş	18	0	0	0	0	3
21-44 yaş	276	60	85	56	0	311
45> yaş	33	6	0	0	6	6

Şək. 1. Bakı şəhərinin bir sıra tibbi müəssisəsinə müraciət edən qadinlar arasında endometriozun yayılma intensivliyinin göstəriciləri



	2-saylı doğum evi	5-saylı doğum evi	Ailə Sağlamlıq Mərkəzi	EIMGI
<20 yaş	6	0	21	0
21-44 yaş	45	33	498	39
45> yaş	24	6	48	27

Şək. 2. Endometrioz xəstəliyi ilə birgə müşayət edilən qadın cinsiyyət orqanlarının başqa patologiyaları

Son zamanlar endometrioz nəticəsində yaranan qadın sonsuzluğunun miqdarı artmışdır. Belə ki, bəzi alimlərin məlumatlarına əsasən 20-80% hallarda endometrioz xəstəliyi qadın sonsuzluğuna səbəb olur [7]. Arxiv materiallarının araşdırılması göstərmişdir ki, endometrioz diaqnozu qoyulmuş 747 qadından 320-də sonsuzluq müşahidə edilir. Endometriozlar zamanı yaranan qadın sonsuzluğunun baş verməsi səbəbləri barədə bir sıra

fikirlər irəli sürülmşdür. Müəyyən olunmuşdur ki, endometriozlar zamanı yaranan sonsuzluğun patogenetik mexanizmində hiperestrogeniya əsas rol oynayır [6,10]. Hiperestrogeniya zamanı dominant follikulun formalaşması va yumurta hüceyrəsinin tam yetişmə prosesləri pozulur.

Digər müəlliflərin fikrincə, endometrioz nəticəsində yaranan qadın sonsuzluğunun baş verməsinə səbəb patoloci proses zamanı peritoneal mayenin tərkibinin dəyişməsidir. Tədqiqatçıların məlumatına əsasən endometriotiod heterotopik ocaqlar yaranan zamanı kiçik çanaq boşluğunun peritonunuda spermatozoidlərə qarşı peritoneal makrofaqların aktivliyi artır. Peritoneal mayedə baş verən belə dəyişikliklər mayalanma prosesinin pozulmasına gətirib çıxarır [2,4].

Yuxarıda qeyd olunanaları nəzərə alaraq belə nəticəyə gəlmək olar ki, arxiv materiallarının araşdırılması aparılmış tibb müəssisələrə müraciət edən qadinlar arasında endometrioz xəstəliyi ən çox 21-44 yaş həddində olanllarda müşahidə edilir. Bu xəstəlik qadın cinsiyyət orqanlarının başqa patologiyalyrı ilə birgə ən çox 21-44 yaş həddində olan qadınlarda aşkar edilir. Arxiv materiallarının araşdırılması göstərmişdir ki, endometrioz diaqnozu qoyulmuş 747 qadından 320-də sonsuzluq müşahidə edilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Диагностика и лечение эндометриоза на современном этапе.- СПб.: НЛ, 1998, 452 с.

2. Гадаева И.В., Ищенко А.И., Коган Е.А., Радионов С.В. Роль перитонеальных макрофагов в патогенезе наружного генитеального эндометриоза / Актуальные вопросы акушерства и гинекологии.- 2007 том 1. вып 1. с. 47-50

3. Демидов В.Н., Гус А.И. Современные принципы ультразвуковой диагностики генитального эндометриоза (в помощь практикующему врачу) // Гинекология, 2002, № 2, с. 23-25

4. Кузьмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю. Эндометриоз: этиология и патогенез, проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акушерство и гинекология, 2001, № 2, с. 8-10

5. Лакин Г.Ф. Биометрия.- М., 1990, 352 с.

6. Прилепская В.Н. Эндометриоз и контрацептивные гормоны: возмоъности и перспективы // Трудный пациент, 2007, №1, с. 42-45

7. Пшеничникова Т.Я. Бесплодный брак.- М., 1991, 98 с.

8. Радецкая Л.Е., Супрун Л.Я. Эндометриоидная болезнь.- Витебск: ВГМУ, 2000, 112 с.

9. Серова О.Ф. Особенности ведения пациенток с невынашиванием беременности на фоне миомы матки и эндометриоза / Актуальные вопросы акушерства и гинекологии.- 2007, том 1, вып. 1, с. 120-123

10. Moore C., Kohler G., Muller A. The treatment of endometriosis with dingoes // Drug of Today, 1999, v. 35, p. 41–52

SUMMARY

ABOUT QUESTION ON STUDYING INTENSITY OF DIFFUSION OF AN ENDOMETRIOSIS AMONG THE WOMEN WHO HAVE ADDRESSED THE HELP IN SOME MEDICAL ESTABLISHMENTS OF CITY BAKU

H.A. Hasanova

The purpose of the present work is studying intensity of diffusion of an endometriosis among the women who have addressed the help in some medical establishments of city Baku.

On the basis of an archival material of last 5 years, intensity of diffusion of an endometriosis of medium of women, different age addressed for the help in maternity homes of №2 and №5 cities Baku, and the scientific research institute of Obstetrics — gynecology, the Center Health of Family is studied.

Results of research have shown that the endometriosis often meets among women in the age of 21-44. Among women of this age the given disease is often defined together with accompanying pathologies of organs of genitals, than in other age groups. The analysis of an archival material shows, that from 747 women with an endometriosis at 320 is marked barrenness.

Daxil olub: 15.08.2008

SÜDƏMƏR YAŞLI UŞAQLARDA MƏRKƏZİ SİNİR SİSTEMİNİN PERİNATAL HİPOKSİK-İŞEMİK ZƏDƏLƏNMƏSİ FONUNDA İNKİŞAF ETMİŞ PNEVMONİYANIN MÜALİCƏSİNDƏ ASTYMİN-C-NİN SƏMƏRƏLİLİYİ

Z.Ş. İsayeva
K.Y.Fərəcova ad. elmi-tədqiqat pediatriya institutu, Bakı

Müasir dövrdə pulmonologiyada qazanılan nailiyyətlərə baxmayaraq uşaqlarda mərkəzi sinir sisteminin (MSS) perinatal hipoksik-işemik zədələnməsi fonunda inkişaf etmiş pnevmoniyaların müalicəsində bəzi çətinliklər qalmaqdadır.

Bu, xüsusilə 1 yaşa qədər uşaqlarda bir tərəfdən, ensefalopatiyaların müalijə məsələləri ilə, digər tərəfdən, belə fonda inkişaf edən pnevmoniyaların əksərən fəsadlı gedişə malik olmaları ilə əlaqədardır. MSS-nin perinatal hipoksik-işemik zədələnməsi fonunda inkişaf etmiş pnevmoniya zamanı bir sıra mübadilə sistemlərində (zülal, yağ, mineral, su və s.) gedən ciddi dəyişikliklər bu uşaqlarda patoloci prosesin ağır fəsadlı gedişini şərtləndirir. Odur ki, belə xəstələrin müalijəsi zamanı bir tərəfdən, autorequlyasiya mexanizmlərinin və nətijədə MSS-nin normal fəaliyyətinin bərpa olunmasına, digər tərəfdən, iltihabi prosesin qarşısını almağa və ağciyərlərin funksiyasını normallaşdırmağa yönəlməlidir.

Son zamanlar müxtəlif nevroloji pozğunluqların müalicəsində yeni üsuldan-xüsusi seçilmiş aminturşu kombinasiyalarından beynin zədələnmiş hüceyrələrində mübadilə proseslərini tənzimləmək üçün istifadə olunur.

Müasir təsəvvürlərə görə, aminturşular (AT) sinir toxumasında qan dövranının stimullaşdırır, sinir hceyrələrində kalsium səviyyəsini tənzimləyir, reseptor aparatın fəaliyyətini normallaşdırır, lipidlərin peroksid oksidləşməsi prosesini ləngidir və nəticədə hüceyrədə inkişaf edə biləcək apoptozun qarşısını alır [1,2,3].

Tədqiqatın aparılmasında MƏQSƏD Astymin-C aminoasid kompleksinin 1 yaşa qədər uşaqlarda MSS-nin perinatal hipoksik-işemik zədələnmələri fonunda inkişaf etmiş pnevmoniya zamanı klinik, laborator (hematoloji, biokimyəvi, immunoloji) təsirinin öyrənilməsidir.

Cədvəl 1
Astymin-C fonunda klinik göstəricilərin davametmə müddəti

Klinik göstəricilər	Günlərlə müddət		Dürüstlük, P
	Əsas qrup N=40	Müqayisə N=20	
Hərarətin davam etmə müddəti	4,34±20,16(2-6)	6,15±0,21 (4-9)	<0,05
Toksikozun müddəti	6,41±0,20	9,81±10,91	<0,05
Fizikal dəyişikliklərin müddəti	10,30±0,52(6-14)	11,7±0,45 (7-14)	>0,05
Tənəffüs çatmamazlığının müddəti	8,48±0,18 (4-8)	8,52±0,21(6-11)	>0,05
Ürək qan-damar sistemi tərəfindən dəyişikliklər	6,46±0,18(4-8)	9,61±0,42(6,12)	<0,01
Müalicənin səmərəliliyi:	75%	65%	<0,05
-yaxşılaşma	25%	10%	<0,01
-sağalma	-	10%	-
-fəsadlaşma	-	10%	-

TƏDQİQATIN MATERİALLARI VƏ METODLARI. Astymin- C klinik qiymətləndirilməsi MSS-nin perinatal hipoksik-işemik zədələnməsi fonunda inkişaf etmiş kəskin pnevmoniyası olan 1 yaşa qədər 40 xəstə uşaqda öyrənilmişdir. Müqayisə qrupu kimi xəstəliyin klinik təzahürləri eyni olan 20 xəstə götürülmüşdür.

Astymin-C-nin terapevtik səmərəliliyi haqqında obyektiv meyarlar əldə etmək üçün müalicə prosesində dinamikada daha çox xarakterik olan, daha çox informativliyə malik olan

klinik göstəricilər müqayisə edilmiş və müalicədən sonra bu göstəricilərin normallaşmasına fikir verilmişdir.

Cədvəl 2

Astymin-C fonunda müşahidə etdiyimiz xəstələrdə aşağıdakı klinik və nevroloji simptomların rastgəlmə tezliyi

Klinik və nevroloji simptomlar	Qruplar		X,P
	Əsas N=40	Müqayisə N=20	
İntoksikasiya:			
-müalicədən əvvəl	32	14	6,642
-müalicədən sonra	14	8	<0,05
Tənəffüs sistemi:			
-müalicədən əvvəl	34	16	7,88
-müalicədən sonra	12	10	<0,01
Ürək qan-damar sistemi:			
-müalicədən əvvəl	28	16	5,922
-müalicədən sonra	14	12	<0,05
Oyanıqlığın artma sindromu:			
-müalicədən əvvəl	75	40	14,86
-müalicədən sonra	45	35	<0,001
MSS-nin funksiyalarının ləngiməsi:			
-müalijədən əvvəl	25	15	7,624
-müalijədən sonra	5	10	<0,001
Əzələ hipertonusu:			
-müalicədən əvvəl	60	30	8,622
-müalicədən sonra	35	25	<0,005
Əzələ hipotoniyası:			
-müalicədən əvvəl	25	25	9,982
-müalicədən sonra	5	15	<0,004
Tremor:			
-müalicədən əvvəl	72,5	40	10,575
-müalicədən sonra	42,5	35	<0,002
Hipodinamiyası:			
-müalicədən əvvəl	45	25	10,01
-müalicədən sonra	10	15	<0,001
Hiporefleksiya:			
-müalicədən əvvəl	72,5	40	12,821
-müalicədən sonra	22,5	35	<0,001
Mikrosikulyasiya pozğunluğu:			
-müalicədən əvvəl	50	25	4,02
-müalicədən sonra	37,5	40	<0,086

Klinik göstəricilərə hərarətin müddəti, intoksikasiyanın müddəti, fizikal əlamətlərin müddəti, tənəffüs çatışmamazlığının davam etmə müddəti, iştahanın azalması və ürək-damar sistemi tərəfindən olan dəyişiklər daxil edilmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəldən göründüyü kimi, əsas qrupa daxil olan xəstələrin göstəricisiləri bazis müalcə alan xəstələrlə müqayisədə 6 əlamətdən 4-də dürüst fəqrlənmişdir, Daha qabarıq fərq ürək-damar sistemi tərəfindən olan dəyişikliklərdə qeyd olunmuşdur ($p<0,01$).

Müalicənin səmərəliliyi Astymin-C (3 damcı gündə 2 dəfə, 10 gün) alan xəstələrdə sağalma hallarının bu preparatı almayanlarla müqayisədə 2,5 dəfə çox olması şəklində, yaxşılaşma hallarının artması (75%, müqayisə qrupunda 65%), fəsadlaşma və uzun sürən gediş hallarının olması kimi qiymətləndirilmişdir.

Sonuncu pozitiv nəticələri nəzərə alaraq Astymin-C fonunda müşahidə etdiyimiz xəstələrdə aşağıdakı klinik və nevroloji simptomların rastgəlmə tezliyi dinamikada

öyrənilmişdir. Alınan nəticələr 2-ci cədvəldə verilmişdir.

2-ci cədvəldən göründüyü kimi, müqayisə olunan əksər əlamətlərin rastgəlmə tezliyində (x) dürüst fərq müşahidə edilmişdir.

Daha qabarıq fərq nevroloji simptom və sindromların tezliyində qeyd edilmişdir; oyanıqlığın artma sindrom (x=14,86, P<14,86, P<0,001), hiporefleksiya (x=12,821, P<0,001), tremor (x=10,01, P<0,001), hipodinamiya (x=10,575, P<0,002), əzələ hipotoniyası (x=9,982, P<0,004) yüksək dürüstlüklə fərqlənmişdir. Əsas qrupa aid olan xəstələrdə lakin mikrosirkulyasiya pozğunluğunda yaxşılaşma qeyd olunmuşdur (x=4,021, P<0,086).

Astymin-C-nin biokimyəvi göstəricilərə təsiri nəticələri 3-cü cədvəldə verilmişdir. Cədvəl 3-dən göründüyü kimi, əsas qrup (Astymin-C-nin alan) uşaqlarda daha qabarıq dəyişikliklər ümumi zülalın mübadiləsinin göstəricilərində olmuşdur. Bu dəyişikliklər ümumi zülalın miqdarının normallaşmasında (P>0,05), ümumi kalsium və qeyri-üzvi fosforun miqdarının artmasında özünü göstərmişdir (P>0,05). Pozitiv dəyişikliklər həmçinin kreatin səviyyəsinin azalması, lipid mübadiləsi göstəricilərinin (ümumi lipidlərin və ümumi fosfolipidlərin konsentrasiyalarının) normallaşması ilə müşahidə edilmişdir (P>0,05); göstərilənlərlə yanaşı Astymin-C fonunda hidroperoksid fəaliyyətinin və MDA səviyyəsinin norma hüduduna yaxınlaşması, çox güman ki, bu aminoasid kompleksinin hüceyrə membranına göstərdiyi stabilləşdirici, histohematik baryerlərə normallaşdırıcı, oksidativ stressin qarşısını alıcı təsirləri ilə əlaqədardır [3,4].

Cədvəl 3

Astymin-C fonunda biokimyəvi göstəricilərin dinamikası

Biokimyəvi göstəricilər	Əsas göstəricilər, n=40		Müqayiəs qrupu, n=20	
	Müalicədən əvvəl	Müalicədən əvvəl	Müalicədən əvvəl	Müalicədən əvvəl
Ümumi zülal, q/l	54,8 ±2,5 (40,6-60)	66,2 ±2,4 (48-72)	55,0 ±2,6 (42-62)	60,0 ±00 (52-66)
Ümumi kalsium, mmol/l	2,14±0,10 (1,78±2,40)	2,45±0,14 (2,21-2,74)	2,16±0,12 (1,76-2,44)	2,29±0,12 (2,09-2,31)
Qeyri-üzvi fosfor, mmol/l	1,48±0,18 (1,21-1,72)	1,34±0,07 (1,25-1,49)	1,46±0,16 (1,20-1,69)	1,41±0,15 (1,31-1,50)
Ümumi lipidlər q/l	2,9±0,12 (1,9-3,7)	3,5±0,14 (2,9-4,1)	3,0±0,14 (2,1-3,6)	3,2±0,12 (2,5-3,6)
Xolestilin, mmol/l	3,2±0,24 (1,58-4,5)	2,2±0,16 (1,40-2,6)	3,4±0,21 (1,65-48)	2,6±0,4 (2,2-3,4)
Lipoproteinlər, mmol/l	2,8±0,12 (1,66-3,5)	2,1±0,10 (1,1-2,8)	2,7±0,12 (1,68-3,4)	2,6±0,10 (1,9-3,2)
Ümumi fosfolipidlər, q/l	1,6±0,12 (0,91-2,6)	0,91±0,08 (0,6-1,8)	1,65±0,10 (1,0-2,4)	1,4±0,06 (0,9-1,8)
Kreatin, mmol/l	26,6±2,0 (18-36)	20,1±1,8 (18-36)	25,4±1,9 (19-32	23,1±1,8 (19-28)
Hidroperoksid, mmol/l	1,90±0,12 (1,38-2,31)	1,46±0,09 (1,1-1,65)	1,96±0,10 (1,39-2,51)	1,78±0,08 (1,46-2,41)
Malon dialdehidi, mmol/l	3,46±0,19 (2,9-3,8)	2,86±0,10 (2,0-3,1)	3,42±0,14 (2,7-3,6)	3,1±0,12 (2,5-3,4)

Digər tərəfdən, Astymin-C fonunda sərbəst radikalların normallaşması bu aminturşuların hüceyrə tənəffüsü prosesində iştirak etməsini göstərir. Bütün göstərilən pozitiv klinik və biokimyəvi dəyişikliklərlə yanaşı beyin qan dövranının göstəricilərində müsbət dəyişikliklər baş vermişdir.

Bu uşaqların müalicəsindən sonra normallaşmış bədən kütləsinin artma tempi qənaətbəxş olmuşdur.

Beləliklə, apardığımız kompleks müayinələrin nəticələri Astymin-C aminturşu kompleksinin 1 yaşa qədər uşaqlarda pnevmoniyanın müalicəsində, xüsusilə onun MSS-nin perinatal hipoksik işemik zədələnmələri fonunda inkişaf etməsi zamanı istifadə olunmasına

əsas verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Калинина Е.В., Бабенко М.Д., Комисарова И.А. Антитоксические и радио протекторные свойства аминокислотной композиции / Тез.докл II Рос, пай. конгр «Человек и лекарство».- М.,1995, с. 97

2. Колесниченко Л.С., Кулинский В.Н., Горина А.С. Аминокислоты и их метаболиты в крови и моче при минимальной церебральной дисф. у детей // Вопр. мед.хим., 1999, №1, с.3-8

3. Пинелис В.Г. Актоваречь /РАМН, науч. центр здор. детей НИИ педиат.- М. 1998. с39.

4. Amino acids-handbook/ for the use only ofa Registered Medical prabitioner or a hospital or a laborator.- New Dehli, 2001, p3

SUMMARY

THE EFFECTIVES OF ASTHYMINE –C IN TREATMENT OF INCREASING PNEUMONIA ON BACKGROUND OF PERINATAL HYPOCSIC- ISCHEMIC TRAUMA OF CENTRAL NEURON SYSTEM ON INFANTS

Z.Sh. Isayeva

The purpose was to study The effectives of Asthymine –C in treatment of children at 1 age with increasing pneumonia on background of perinatal hypocsic- ischemic trauma of central neuron system There were 40 patients in nain group and 20 in control group.According of our it was clear that this preparat was very effectiveness in treatment of increasing pneumonia on infants

Daxil olub: 26.04.2008

ÖN CƏBHƏ ZONASINDA YARALI VƏ XƏSTƏLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏ LABORATOR MÜAYİNƏ METODLARININ TƏKMİLLƏŞDİRİLMƏSİ YOLLARI

Z.Ə.Salahov

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Başa çatmamış Qarabağ müharibəsi ilə bizi 12 ildən çox bir vaxt ayırır. Həmin müharibə bizə torpaqlarımızın 20%-dən artıq ərazisinin itirilməsi bahasına başa gəlsə də, bəzi siyasətzilər bu müharibəni məhəlli münaqişə kimi qələmə verməyi daha üstün tuturlar. Lakin fərqi yoxdur, buna hansı ad verilir-verilsin: müharibə, məhəlli münaqişə, yaxud mənfur qonşularımızın ərazimizə basqını?! Başlıca məsələ isə problemin necə adlandırılmasından asılı olmayaraq, itirilmiş torpaqların hansı yolla olursa-olsun, gec-tez geri qaytarılmasıdır. Əks təqdirdə bunu gələcək nəsl bizə bağışlamaz. 1995-ci ilin əvvəlində tərəflər arasında imzalanmış atəşkəsdən xeyli vaxt keçməsinə baxmayaraq, problemin dinc yolla həlli cəhdləri hələ ki, müsbət nəticə verməmiş, məsələnin hərbi yolla həll olunması isə istisna olunmur. Buna görə də bizə güclü ordunun yetişməsi vacibdir və bu ordu artıq yetişməkdədir. Vətənimizin təhlükəsizliyi və ərazi bütövlüyü uğrunda mübarizədə Milli Ordumuzun bütün xidmət sahələrində olduğu kimi, onun tibb xidmətinin də üzərinə böyük məsuliyyət düşür. Orduda tibbi xidmətin və kadr probleminin müasir səviyyədə təşkili, hərbi tibb müəssisələrinin tələbata cavab verə biləcək lazımı avadanlıqlarla təmini, döyüşən orduda yaralı və xəstələrə mərhələli yardımın tələb olunan səviyyədə yerinə yetirilməsi, onların müalicəsinin və təxliyəsinin vaxtında və qüsursuz həyata keçirilməsi məhz Ordunun tibb xidmətinin üzərinə düşən başlıca vəzifələrə daxildir. Yaralılara yardım işində hərbi tibbi doktrinanın prinsipləri gözlənilməli; mərhələli tibbi yardımda eyni növ patologiyaya görə qəbul olunmuş vahid müalicə metoduna üstünlük verilməli, yardımda ardıcıllıq və bir-birini tamamlama prinsipi gözlənilməlidir [1,2].

TƏDQİQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI. Hərbi təbabətin müasir səviyyəli inkişafı Piroqov dövrüdən məlum olan klassik hərbi-səhra cərrahiyyəsində dövrə uyğun müəyyən düzəlişlərin aparılmasını çoxdan tələb edir. Bura mərhələlərin ixtisarı, ixtisaslı yardımın döyüş zonasına maksimal yaxınlaşdırılması, xəstə və yaralıların təxliyəsində aviasiyadan geniş istifadə olunması və s. daxildir. Həmçinin ön cəbhə zonasında fəaliyyət göstərən hərbi hospitalların (hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarının, əlahiddə tibb taborlarının) müasir səviyyəli tibbi avadanlıqlarla təmin edilməsi, hospitalaqədərki mərhələnin işinin keyfiyyətinin

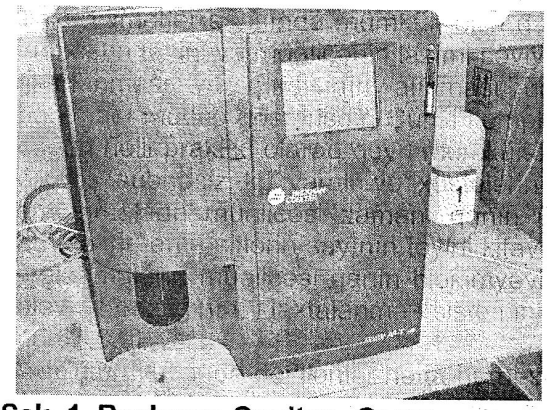
yüksəldilməsi, hərbi hissələr arasında əlaqələrin yaxşılaşması da müasir ordu quruculuğunun tibb xidmətinin strategiyasına daxildir.

ALINMIŞ NƏTICƏLƏRIN MÜZAKIRƏSI. Təcrübə göstərir ki, müharibə zamanı döyüş şəraitindən, meteoroloji çətinlikdən, yaralıların kritik vəziyyətindən və s. səbəblərdən asılı olaraq, onların arxa cəbhə hospitallarına vaxtında təxliyəsi həmişə mümkün olmur. Nəticə etibarilə yaralıların ön cəbhə zonasında yerləşən hospitallarda müalicəsinin müəyyən müddətə davam etdirilməsi məcburiyyəti meydana çıxır. Lakin ciddi yaralanmaların və zədələnmələrin düzgün müalicəsi, fəsadlaşmaların vaxtında aşkarlanması və aradan qaldırılması müasir laborator müayinə metodları tətbiq olunmadan qeyri mümkündür.

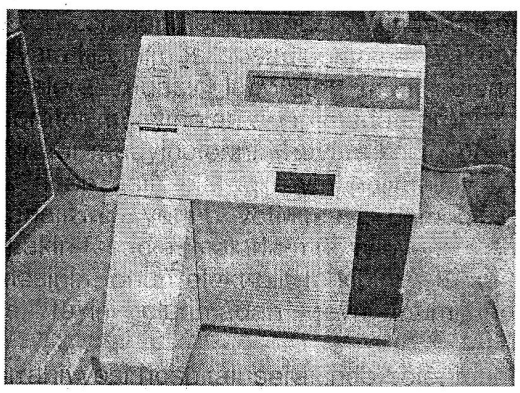
Bu məqsədlə büyğk həcmli mğasir laborator texnikasının eynilə ün cəbhə hospitallarında yerləşdirilməsi isə mğdafiə baxımından təhlğkəli olub, əlavə iqtisadi və kadr zətinliklərinin meydana zıxmasına səbəb ola bilər. Odur ki, ün cəbhə zonasında fəaliyyət güstərən hərbi tibb mğəssisələrinin yalnız yığcam, lakin gısa mğddətdə daha zox məlumat verə biləcək mobil laborator maşınlarına ehtiyacı daha böyükdür. Müharibə gedən zonada xəstə və yaralılara laborator xidmətində əsas prinsip və başlıca fərq yaralılara sadə, yığcam, lakin ən vacib laborator müayinələrinin aparılmasına üstünlük verilməsindədir.

Adi yaralanmaların müalicəsi zamanı meydana çıxan fəsadlaşmaların diaqnostikası kliniki əlamətlər əsasında mümkün olsa da, mürəkkəb zədələnmələrin müalicəsində düzgün diaqnozun təyini və müalicənin lazımi səviyyədə həyata keçirilməsi, fəsadlaşmaların vaxtında aşkarlanması və qarşısının alınması üçün xəstələrə müasir laborator müayinələrinin aparılması mütləq göstərişdir. Çünki kompleks laborator müayinələri aparılmadan problemin düzgün həlli praktiki olaraq qeyri mümkündür. Laborator müayinələrinin həyata keçirilməsinə göstəriş şübhəsiz ki, yaralı və xəstələrin vəziyyətindən asılı olaraq təyin edilməlidir. Adi yaralanmaların müalicəsi zamanı qanın ümumi analizinin yerinə yetirilməsi; hemoqlobin, hematokrit, eritrositlərin sayının təyini kifayət edir. Lakin fəsadlaşmalarla müşayiətlənən ciddi yaralanmaların müalicəsi qanın biokimyəvi müayinəsinin, onun elektrolit tərkibinin, turşu və qələvi tarazlığının, laxtalanma sisteminin və s. təyini olunmadan qeyri mümkündür [4,5,67,8,9].

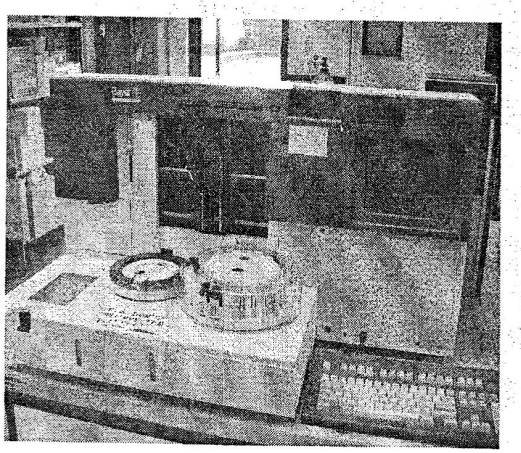
Bütün yuxarıda deyilənlər hətta hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı şəraitində belə, müasir laborator müayinə metodlarının yerinə yetirilməsini tələb edir. Bu isə yalnız müasir laboratoriya texnikasının, kompüter texnologiyasının hərbi-səhra cərrahiyyəsi şəraitində tətbiqi ilə yerinə yetirilə bilər.



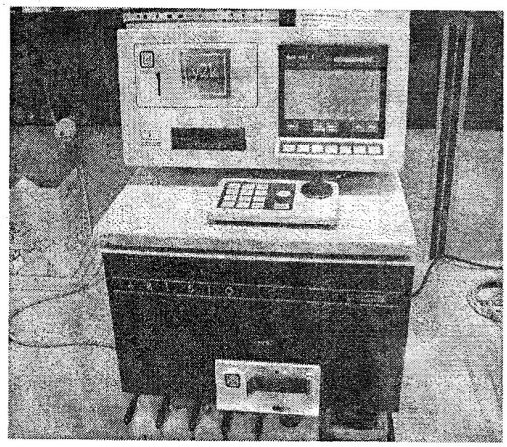
Şək. 1. Beckman Coulter –Qanın ümümi analizi cihazı (CBC maşını) –Qanın 18 komponentdən ibarət ümumi analizini 1-1,5 dəqiqəyə təyin edilməsinə imkan verir. Parametrləri: 49 x 37 x 37sm-dir



Şək. 2. Alovlu Foometr (Electrolite analyzer 9180 –Roche) laboratoriya maşını. 45 saniyədə qanın elektrolit tərkibini təyin etməyə imkan verir. Parametrləri: 41 x 42 x 40 sm-dir.



Şək. 3. Byochem Cobas Inteyra 400 Plus – Bayer Ekspress biokimyəvi laborator maşını. 100 biokimyəvi analizi 14-15 dəqiqədə yerinə yetirmək imkanına malikdir.Parametrləri: 112 x 63 x 58 sm-dir



Şək. 4. Blood gas ABL 510 markalı laborator maşını –45 saniyə ərzində yaralının qanının qaz tərkibinin və turşu-qələvi tarazlığının təyin edilməsinə imkan verir. Parametrləri: 49 x 49 x 43 sm-dir

Məsələnin düzgün həlli üçün biz ön cəbhə hospitallarında müasir tipli mobil laboratoriyaların təşkilini məsləhət görürük. Özündən əvvəlki mobil laborator maşınlarından fərqli olaraq, bizim məsləhət gördüyümüz mobil laboratoriya qısa müddət ərzində daha çox və yüksək keyfiyyətli məlumat vermək imkanına malikdir.

Bizim məsləhət gördüyümüz mütəhərrik laboratoriyanın az yer tutan, lakin çox məlumat verə bilmək imkanına malik olan 4 cihazdan təşkil olunması nəzərdə tutulur. Bu, laborator maşınlarına kompüter texnologiyasının əlavə olunması ilə mümkündür. Hər bir cihaz saatda 60-100 analizin cavabını vermək imkanına malikdir. Bunlar aşağıdakılardan ibarətdir:

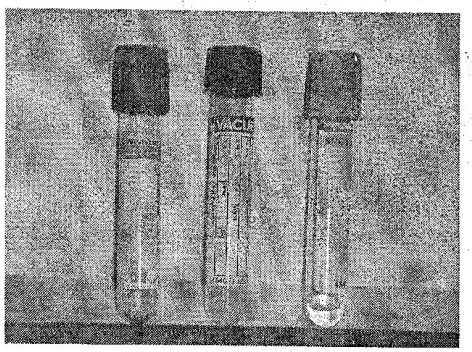
Göründüyü kimi, çox da böyük ölçüyə malik olmayan həmin laborator maşınları geniş informativ imkanlara malikdir. Yuxarıdakı laboratoriya maşınlarının hərbi avtonəqliyyatda yerləşdirilməsi (inşası) yolu ilə müasir tipli mütəhərrik hərbi-səhra laboratoriyasını təşkil etmək mümkündür. Həmin mütəhərrik laboratoriya ön cəbhə hospitallarında xəstə və yaralıların müalicəsində fəsadlaşmaların vaxtında aşkarlanması və aradan qaldırılması, ölüm hallarının azaldılması, hərbi xidmətçilərin döyüş qabiliyyətinin bərpası prosesində, bir sözlə Vətənimizin müdafiə işində müvəffəqiyyətlə tətbiq oluna bilər. Bu, ön cəbhə zonasında fəaliyyət göstərən hərbi tibb müəssisələri üçün əvəzsiz əhəmiyyətə malik olub, respublikamizin ordu quruculuğunda tibbi xidmətin yaxşılaşdırılması işinə xidmət etməklə irəliyə doğru atılmış bir addım kimi qiymətləndirilə bilər. Biz belə hesab edirik ki, bu tipli laboratoriyanın tərtibatı, təşkili və hərbi hissələrdə istifadəsi günün tələbindən irəli gəlir. Bunu respublikanin hazırki hərbi-strateji vəziyyəti daha çox tələb edir. Bundan əlavə, bu tipli mobil laboratoriya fövqəladə hallar (təbii fəlakətlər: zəlzələlər, sürüşmələr, vulkanik püskürmələr və s.) zamanı fəlakət zonasında açılacaq mobil hospitalların da işinə yaraya bilər

Mobil laboratoriyada işləmək üçün qanın alınması, saxlanılması və göndərilməsi də bir o qədər çətinlik törətmir. Bu proses bir qədər də sadələşdirilmişdir. Hər bir sınaq şüşəsi keçmişdə olduğundan öz kompaktlığı ilə seçilir (Şək. 5). Təyinatından asılı olaraq, müxtəlif rənglərlə işarə olunduğy uçün onların qarışılması qeyri-mümkündür. Məsələn, biokimyəvi analiz üçün ayrılmış sınaq şüşəsi qırmızı, qanın ümumi analizi üçün mixəyi, laxtalanma sisteminin təyini üçün göy rəngdə işarə olunmuşdur. Qırmızı rəng bir də onu göstərir ki, həmin sınaq şüşəsini çalxalamaq olmaz.

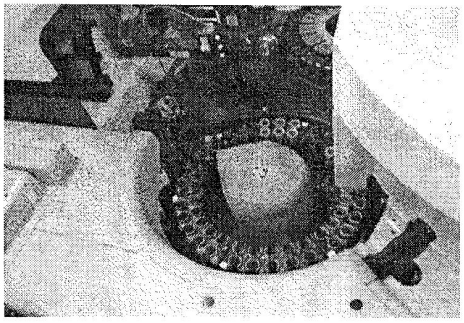
Sınaq şüşələrinin müayinəyə qədər xüsusi konteynerlərdə saxlanılması müayinə materiallarının təhlükəsizliyinə bir daha təminat verir (Şək. 6).

NƏTICƏ. Ön cəbhə zonasında laborator müayinə üsullarının təkmilləşdirilməsi məqsədilə bizim məsləhət gördüyümüz mobil laboratoriya keçmişdə məlum olan anoloqlarından öz müasirliyi, mütəhərrikliyi və geniş informativliyi ilə fərqləndiyi üçün daha qiymətlidir. Belə hesab edirəm ki, bu tipli laborator maşınlarının hərbi avtonəqliyyatda inşası

ilə bunun ön cəbhə zonasında fəaliyyət göstərən hərbi hospitallarda yaralı və xəstələrin müalicəsində, fəsadlaşmaların vaxtında aşkarlanması və düzgün müalicənin müvəffəqiyyətlə yerinə yetirilməsi üçün tətbiq etmək mümkündür. Mütəhərrik laboratoriya həmçinin təbii fəlakətlər zamanı fəlakət zonasında açılacaq səhra hospitallarının da işinə yaraya bilər.



Şək. 5. Xəstə və yaralılardan qanın götürülməsi üçün müxtəlif rənglə işarə olunmuş sınaq şüşələr



Şək. 6. Sınaq şüşələrinin konteynerdə yerləşdirilməsi qaydası. Laborator materialları rənginə görə seçilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Salahov Z.Ə. Hərbi-səhra hospitalı şəraitində travmatik şokun müalicəsinin müasir problemləri // Azərbaycan tibb jurnalı, 1997, №4, s.6–9
2. Salahov Z.Ə. Qarabaü müharibəsində odlu silah yaralanmaları zamanı ixtisaslı cərrahi yardımın təşkili, fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi.- Bakı, 2001
3. Брюсов П.Г. Определение величины кровопотери в неотложной хирургии // Ж. ВПХ, 1986, №6, с.122-127.
4. Немченко Н.С., Гончаров А.В, Борисов М.Б. Метаболические основы патогенеза тяжелой сочетанной травмы // Вестник хирургии, 2001, №5, с.14-119.
5. Сингаевский А.Б., Карнасевич Ю.А., Малых И.Ю. Причины леталцных исходов при тяжелой сочетанной травме // Вестник хирургии, 2002, №2, с.62-65.
6. Barkana Y., Stain M., Moar R. Prehospital blood transfusion in prolonged evacuation // J. of Trauma, 1999, v.46, p.176-180
7. Gando S., Nanzaki S., Kemmotsu O. Disseminated intravascular coagulation and sustained systemic inflammatory response syndrome predict organ dysfunctions after trauma // Annals of Surgery, 1999, v.229, p.121-127
8. Ledgerwood A.M., Lucas C.E. A review of studies on the effects of hemorrhagic Shock and resuscitation on the coagulation profile // J Trauma, 2003, v.54, p.68-S74
9. Nishiyama T., Hanaoka K. Free hemoglobin concentrations in patients receiving massive blood transfusion during emergency surgery for trauma // Can. J. Anaesth., 2000, v.47, p.881-885

SUMMARY

THE WAYS OF IMPROVEMENT OF LABORATORY METHODS INVESTIGATIONS IN BATTLE FIELD HOSPITALS

Z.A.Salahov

Placement of the modern Stationary laboratory machines in Field Hospitals is not advisable, but also difficult and dangerous in the front line hospitals during war time. So, Field Hospitals need only portable laboratory machines which will be more informative for complete modern laboratory analyses. Using such as above mentioned portable laboratory machines can give more facilities for checking all complications and to avoid them in treatment of serious patients in Field Hospitals. As mentioned above we have already recommended modern mobile laboratory with portable laboratory machines, which is important to solve problems of complications and its preventions.

Daxil olub: 27.07.2008

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С.Т. Рустамова
Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей, им.А.Алиева

Атопический дерматит (АД) занимает первое место в структуре аллергических заболеваний у детей, особенно первых лет жизни. По данным отечественных и зарубежных исследователей распространенность АД у детей составляет 10-28%, с колебаниями в разных популяциях от 4 до 26% в зависимости от уровня урбанизации и экологической чистоты окружающей среды [1,2,3]. АД чаще начинается в раннем детском возрасте и имеет рецидивирующее течение. Как правило, АД является самым ранним проявлением атопии, а у части детей – и началом «аллергического марша». Высокая частота встречаемости заболевания, его волнообразное течение, частые рецидивы болезни обуславливает актуальность изучения факторов риска развития АД.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучить пре- и перинатальные факторы риска развития АД в раннем детском возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В обследование было включено 46 детей в возрасте от 1 месяца до 4 лет с семейным анамнезом атопии. Обследование проводилось на базе кафедры педиатрии АзГИУВ им.А.Алиева и кафедры детских и подростковых заболеваний Украинской Национальной Медицинской Академии Постдипломного Образования им. П.Л.Шупика в период с 2007 по 2008 гг. При постановке диагноза «атопический дерматит» основывались на диагностические критерии предложенные Hannifin и C. Rajka в 1980 г. Обследование включало сбор анамнеза и определение тяжести АД по системе SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), разработаннную Европейской рабочей группой по проблемам атопического дерматита [4]. Тяжесть АД у детей составила в среднем 24,5 ± 5,4 балла. Для изучения роли наследственного фактора использовали клинико-генеалогический метод.

Получаемую в ходе обследования информацию подвергали статистической обработке при помощи пакета статистических программ Excel в среде Windows 98.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Аллергические заболевания у родственников выявлены у всех обследованных детей; по материнской линии - у 22 пациентов (48%), по отцовской – у 17 детей (38%), и у обоих родителей – 7 детей (15,9%). Клинические исследования показали, что у детей с наличием наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям по материнской линии и со стороны нескольких родственников дебют АД отмечался уже в первые месяцы жизни. Результаты анализа клинико-генеалогического анамнеза обследованных детей указывают на то, что риск развития аллергических заболеваний, при наследовании склонности к атопии, обусловлен степенью родства. Выяснилось, что аллергические реакции чаще отмечались у родственников I линии (отец, мать), чем у родственников II линии (бабушка, дедушка, дядя, тетя). Отмечалось превалирование случаев наследования аллергии у пробандов с обеих сторон по женской линии (мать – бабушка – тетя), особенно со стороны матери. Случаи такого типа наследования были значительно выше у детей, у которых впоследствии развился дермато-респираторный синдром.

Родственники больных имели следующие аллергические заболевания: родственники I степени родства – АД (38,7%), поллиноз (25,5%), лекарственную аллергию (24,4%), аллергический ринит (22%), бронхиальную астму (8,1%); родственники II степени родства – аллергический ринит (26,5%), поллиноз (18,8%), лекарственную аллергию (4%), АД (11,2%), бронхиальную астму (17,2%), что графически изображено на диаграмме 1.

Таким образом, как видно из диаграммы, аллергические заболевания чаще отмечались у родственников I линии родства.

Средний возраст матерей при рождении ребенка составлял 22,4 ± 1,8 лет. Средний вес детей при рождении составил 3420 ± 450 гр, при этом 4 детей (9%) родились на 33-36 неделе беременности.

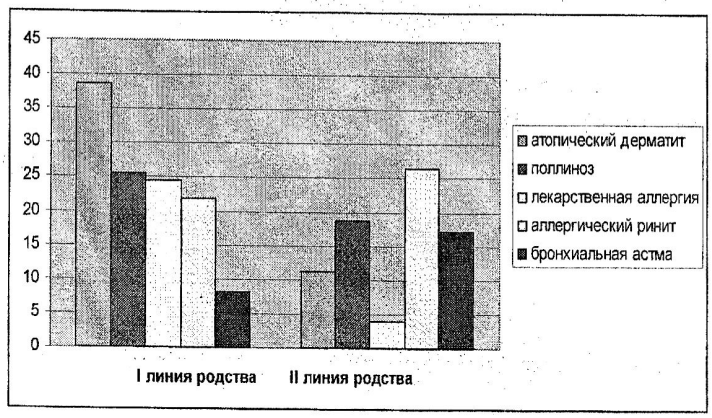


Рис. 1. Аллергические заболевания у родственников I и II линии родства

На реализацию заболевания оказывает также влияние состояние здоровья ребенка в неонатальном периоде. Неблагоприятное течение периода новорожденности имело место у 14,5% детей: внутриутробное инфицирование (13,9%), асфиксия (10,9%), ОРВИ (9,6%), пневмония (4,8%). Следствием является появление у больных функциональных изменений периферической и центральной нервной системы, респираторного тракта, способствующих нарушению микроциркуляции в органах и коже, формированию гиперреактивности бронхиального дерева.

Как известно, манифестация аллергического процесса наблюдается лишь при взаимодействии генетических, эндо- и экзогенных факторов на разных этапах развития ребенка [2,3,5].

Основываясь на это следующим этапом нашего исследования стало изучение факторов, которые обуславливают формирование атопических заболеваний у детей в анте- и перинатальных периодах, что отображено в таблице 1.

Таблица 1

Частота выявления пре- и перинатальных факторов риска формирования АД у детей до 1 года

Преморбидные факторы	Количество обследованных n= 46	
	Абс.	В процентах
Патология беременности:	29	63
-гестозы I и II половины	9	31
-угроза прерывания	14	48,2
-анемия	7	24,1
-конфликт по системе АВО	2	6,8
Заболевания матери во время беременности:	10	21,7
-инфекционные (ОРВИ)	5	50
-аллергические	5	50
Патология родов:	26	56,5
-стимуляция во время родов	15	57,6
-кесарево сечение	2	7,6
-асфиксия во время родов	12	46,1

Установлено, что около 63% детей с АД родились у женщин с патологически перенесенной беременностью, в 56,5% случаев отмечалась патология периода родов. Как видно из таблицы, среди патологий периода беременности почти половину (48,2%) составляет угроза прерывания, и около трети (31%) – гестозы I и II половины беременности. Инфекционные и аллергические заболевания у беременных встречались в половине случаев. Беременные женщины с ОРВИ в 12% случаев получали антибиотики и сульфаниламидные препараты.

Среди патологии родов больше половины (57,6%) составили стимуляция и 46,1% - асфиксия во время родов.

В структуре пре- и перинатальных факторов наибольший удельный вес составляют гестозы беременных, угроза прерывания беременности, стимуляция во время родов и асфиксия плода, что, согласно современным данным, приводит к формированию гипоксии плода и перинатальному поражению центральной нервной системы [3,5]. Так, интра – и перинатальную патологию ЦНС перенесли в анамнезе 26 детей (56,5%). В этот период центральная нервная система, эндокринная и иммунная система только адаптируются к условиям внешней среды и не могут противостоять развитию патологических процессов. В результате проведенных исследований показано, что у детей с наследственной предрасположенностью к атопии при сочетании перинатальных факторов риска и неблагоприятного течения периода новорожденности формирование атопического дерматита происходило в более ранние сроки.

Таким образом, проведенные исследования дают нам основание сделать следующие выводы: 1.Риск развития атопического дерматита, при наследовании склонности к атопии, обусловлен степенью родства. Выяснилось, что аллергические реакции чаще отмечались у родственников I линии (отец, мать), чем у родственников II линии (бабушка, дедушка, дядя, тетя); 2.Отмечалось превалирование случаев наследования аллергии у пробандов с обеих сторон по женской линии (мать – бабушка – тетя), особенно со стороны матери; 3.Патологическое течение беременности и родов обуславливает повреждение плаценты, повышает риск развития сенсибилизации плода и влияет на темпы формирования атопического дерматита; 4.На реализацию атопического дерматита оказывает влияние неблагоприятное течение периода новорожденности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биличенко Т.Н, Чучалин А.Г, Ефименко Н.В, Фурсов Н.А. Распространенность аллергических заболеваний и их факторов риска среди детей 6-7 лет. Когортное одномоментное исследование // Пульмонология, 2006, №1, с. 5-17

2. Asher MI, Montefort S, Bjorksten B, *et al.* Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys // Lancet, 2006, v.268, p.733–743

3. Chung EK, Miller RL, Wilson MT, McGeady SJ, Culhane JF. Antenatal risk factors, cytokines and the development of atopic disease in early childhood // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed., 2007, v.92

4. Stalder J.F., Taieb A. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the European task force on atopic dermatitis // Dermatology, 1993, v.186, p.23-31.

5. Wang IJ, Guo YL, Weng HJ, Hsieh WS, Chuang YL, Lin SJ, Chen PC. Environmental risk factors for early infantile atopic dermatitis // Pediatr Allergy Immunol., 2007, v.18

SUMMARY

ROLE OF A HEREDITY AND PERINATAL FACTORS IN FORMATION ATOPIC DERMATITES AT CHILDREN OF EARLY AGE

S.T.Rustamova

In work hereditary predisposition to an allergy is analysed. It is shown, that the risk of development atopic dermatites depends on relationship degree. The prevalence of cases of inheritance of an allergy on a female line (mother – the grandmother – the aunt), especially from mother is noted. Factors which cause formation atopic diseases at children in ante - and perinatal periods are studied. The transferred pathology perinatal period influences rates of formation atopic dermatites.

Daxil olub: 11.07.2008

ALIMENTAR-KONSTITUSIONAL PIYLƏNMƏ OLAN HAMILƏLƏRDƏ DÖLÜN VƏZIYYƏTI

E.Ə. Məmmədyarova

Respublika doğum evi, Bakı

Piylənmə - fizioloji və genetik amillərin və xarici mühit amillərinin təsiri altında inkişaf

edən xroniki çoxfaktorlu xəstəlikdir. Bədən çəkisinin artması 30-50% hallarda genetik komponentdən asılıdır [8,9]. Məlumdur ki, piylənmə reproduktiv sağlamlığa təsir göstərir, reproduktiv itkilərə və dölün hipertrofiyasına səbəb olur [6,5]. Piylənmə olan hamilələrdə dölün biofiziki çevrəsinin müəyyən olunması kəskin və xroniki bətndaxili hipoksiyanı müayinə etməyə kömək edir [1,4].

Dölün və yeni doğulmuşların sağlamlığının mühafizə səviyyəsinin yaxşılaşdırılması, hamiləlik və doğuşların fizioloji əsaslarla aparılması formalarının işlənilməsi tələb olunur. Bunula əlaqədar olaraq perinatal xəstəlik və ölüm üzrə yüksək riskli qruplarda (piylənmə olan hamilələrin aid olduğu) dölün vəziyyətinin müşahidə edilməsinə xüsusi diqqət ayrılır.

Tədqiqatın MƏQSƏDI alimentar-konstutasion piylənmə ilə olan hamilələrdə kardiotoqrafiya vasitəsilə dölün funksional vəziyyətinin müəyyən olunması olmuşdur.

TƏDQİQTAIN MATERIALLARI VƏ METODLAR: 21—33 yaşlı piylənmə ilə olan 142 hamilə müayinə olunub (orta yaş 26,6±4,8). Hamilələrin müayinəsi hamiləliklərinin 28-39 həftə müddətlərində aparılmışdır. İlk hamiləlikləri olan qadınlar– 88 (61,9%), onlardan ilk doğanlar - 52 (36,6%) və 54 (38,1 %) – təkrar hamilələr idilər, hansılardan ki, ilk doğanların sayı – 21,9% (31 pasiyent) təşkil edirdi. Müayinə olunan qrupda ilk doğan qadınların sayı cəmi 83 (58,5%) təşkil edir. Menarxenin gec başlaması 69 (48,6%) qadında qeydə alınıb. Keçirilmiş ginekoloji xəstəliklər arasında 44 nəfərdə (31,0%) yumurtalıqlarda funksiyaların pozulması, 41 nəfər (28,9%) qadında cinsi orqanların iltihabı, 30 (21,1%) nəfərdə isə sonsuzluq müşahidə edilmişdir. Cinsi yolla keçən infeksiyalara praktiki olaraq rast gəlinməmişdir, yalnız 22 (15,5%) qadın əvvələr trixomonad kolpit ilə əlaqədar müalicə almışdır.

Anamnezin rəqəmlərinə əsasən müayinə olunanların 57 (40,1%) nəfəri uşaqlıqda piy mübadiləsinin pozulmasından əziyyət çəkirdi. 28 (19,7 %) qadın piylənmədən, 19 nəfər (13,4%) isə şəkər diabetindən irsi olaraq əziyyət çəkirdilər.

Bir çox (81,0%) müayinə olunanlarda piylənmə hipertonik xəstəliklə (23,9%), 21,7% - damarların varikoz genişlənməsi, 15,4% - veqetodamar distoniyası, 14,0%- xroniki tonzilit və 4,2% xolesistin, 2,1% isə mədə və onikibarmaq bağırsağın yarası ilə müşahidə olunurdu. Qeyri-iradi abortlar və vaxtından əvvəl doğuşlar anamnezdə müvafiq olaraq 41 (28,9%) və 50 (35,2%) pasiyentlərdə qeyd olunmuşdur. Hamiləlik 62,8% (120) hallarda gestozla, 25,6% (49) hallarda isə anemiya ilə müşayət olunurdu. Piylənmənin dərəcəsindən asılı olaraq bütün pasiyentlər 3 qrupa bölünmüşdür: 1 qrupu 56 nəfər (39,4%) I dərəcəli piylənmə, 2-ci qrupu - 47 nəfər (33,1%) II dərəcəli piylənmə və 3-cü qrupu – 39 nəfər (27,5%) III dərəcəli piylənmə olan qadın təşkil edirdi.

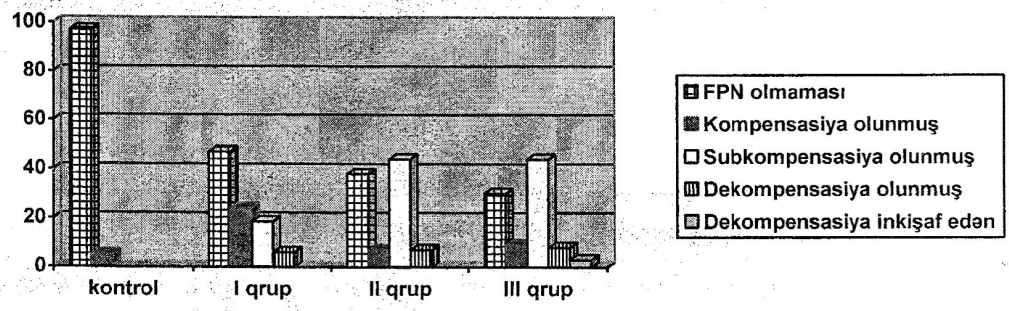
Nəzarət qrupunu 22 yaşdan 30 yaşa qədər (26,2±3,7) piylənməsi olmayan 38 hamilə təşkil edirdi. İlkin hamilə – 22 (57,9%), təkrar hamilə – 16 (42,1%) nəfər təşkil etmişdir. 5 nəfərdə ekstragenital xəstəliklər (13,1%) ORVİ və 2 nəfərdə (5,3%) xroniki tonzillitqeydə alınmışdır.. Qeyri-iradi abortlar və vaxtından əvvəl doğuşlar qeydə alınmamışdır.

Bütün hamilələr üzərində "Toshiba SAU 32-13" (Yaponiya) aparatında USM müayinə aparılmışdır.

Kardiotoqrafiyanın (KTQ) aparılması üçün "Unikos" (Rusiya) avtomatlaşdırılmış antenatal monitor (AAM-04) istifadə olunmuşdur. KTQ-in qeyd olunması 1 saat müddətində həyata keçirildi [3,7].

Tədqiqat materialların analizi STATİSTİKA proqramı (MS Windows-un 6-cı versiyası) kööəyi ilə aparılırdı. Arası kəsilməyən rəqəm fərqlərin statistik vacibliyini müəyyən etmək üçün U-Manna – Uitni meyarı istifadə olunmuşdur.

NƏTICƏLƏR VƏ MÜZAKIRƏLƏR. Dölün funksional vəziyyəti 37-39 həftə arası müüdətində öyrənilmişdir. Exoqrafik tədqiqatın nəticələrinə əsasən, piylənmədə tez-tez epizodların qısalması və tənəffüs hərəkətlərinin pozulması formaları kimi dölün tənəffüs hərəkətləri pozuntuları – 100 (70,4%), hərəkət aktivliyi (ətrafların hərəkət izolyasiyası, hərəkət aktivliyin epizodların sayının azalması) – 102 (71,8) və plasentin strukturunun pozulması (gestasion müddətli plasentin yetişkənlik dərəcəsinin qabalanması, yoğunluğun dəyişməsi) – 107 (75,3%) mövcud idi. Nəzarət qrupuna daxil olan hamilələrdə öyrənilən göstəricilər normal əlamətlərə uyğun idi. Müxtəlif dərəcəli piylənmə ilə olan hamilələrdən alınan nəticələr şəkil 1- də verilmişdir.



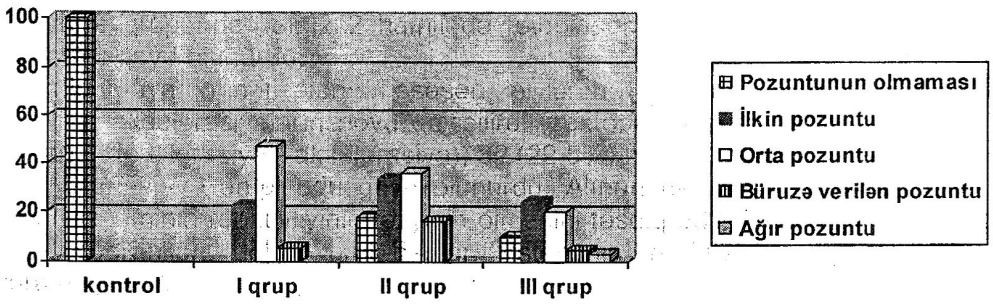
Şək.1. Əsas və nəzarət qrup hamilələrdə fetoplasentar çaıştmazlığın müxtəlif formalarının exoqrafik əlamətlərinin meydana çıxardılması sıxlığı

Məlum olmuşdur ki, piylənmə olan hamilələrdə tez-tez fetoplasentar çatışmamazlığın formalarının subkompensasiya edilmiş əlamətləri – 48 nəfərdə (33,8%) və ya kompensasiya edilmiş əlamətləri -23 nəfərdə (16,2%) müüyyən olunurdu. Dekompensasiya edilmiş formaların əlamətləri 12 (8,4%) hamilələrdə, artan dekompensasiya isə - 1 (0,7%) hamilədə qeyd olunub.

Nəzarət qrupunda yalnız 2 hamilədə fetoplasentar çatışmamazlığın kompensasiya edilmiş forması qeyd olunurdu.

Kardioqrafiyanın nəticələrinə əsasən, piylənmə zamanı 87 (61,3%) müahidələrdə patoloji olaraq akselerasiyaların növü dəyişilirdi (çoxtəpəli akselerasiya və ya akselerasiya kompleksləri – deselerasiya - akselerasiya), 32 (22,5%) müşahidələrdə isə deselarasiyaların miqdarının artması və amplitudu qeyd olunurdu. Alınan nəticələr piylənmə zamanı dölün ürək-damar sisteminin reaktivliyinin təzyiqin olmasını təsdiq edir. Nəzarət qrupuna daxil olan hamilələrdə öörənilən dölün ürək-damar sisteminin reaktivliyinin göötəriciləri normal əlamətlərə uyğun idi.

İ.O. Makarov tərəfindən təklif olunan kardioqrafiya məlumatlarının qiymətləndirilməsində və avt. cədvəllə dölün ürək-damar sisteminin normal reaktivliyi 23 (16,2%) müşahidələrdə müəyyən olunub. Reaktivliyin ilkin pozuntuları 46 (32,4%) müşahidədə qeyd olunub. Tez-tez – 54 (38,0%) müşahidədə - reaktivliyin orta pozuntuları müüyyən olunurdu. 17 (12,0%) hamilədə reaktivliyin bildirilmiş pozuntusu mövcud idi və 2 (1,4%) – ağır pozuntu qeyd olunub (Şək.2). Kontrol qrupda dölün ürək-damar sisteminin reaktivliyi normada idi.



Şək.2. Əsas və nəzarət qrup hamilələrində dölün ürək-damar sisteminin reaktivliyinin pozulmasının müxtəlif formaların meydana çıxardılmasının sıxlığı

Verilən məlumatlar təsdiq edir ki, ürək-damar sisteminin reaktivliyinin pozuntularının xarakterik forması 54 (38,0%) müşahidələrdə orta pozuntu və ilkin pozuntu 46 (32,4%) müşahidədə olmuşdur. Nəzarət qrupunda dölün ürək-damar sisteminin reaktivliyi normal idi.

Möocud olan dölün ürək-damar sisteminin reaktivliyinin pozuntuların və doğuş fəaliyyətinin zəif və diskoordinasiyası əlamətlərini müqayisə etdikdə onların qarşılıqlı əlaqəsi

meydana çıxıb. Beləliklə, doğuş fəaliyyəti zəif və diskoordinasiyası ilə olan 33 (23,2%) hamilə arasında dölün ürək-damar sisteminin reaktivliyinin pozuntularının ilkin əlamətləri 20 (14,1%) doğanlarda, orta pozuntu isə - 13 (9,1%) doğanda qeyd olunmuşdur.

Beləliklə, hamiləlik zamanı müxtəlif dərəcəli piylənmədə dölün funksional vəziyyətinin öyrənilməsi fetoplasentar çatışmamazlığın mövcud olması və ifadə olunması əlamətlərini müəyyən etməyə, onun tənzimləmə və qoruyucu-uyğunlaşma mexanizmlərinin vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan verdi. Müxtəlif dərəcəli piylənmə olan hamilələrdə aparılan exoqrafik tədqiqatın nəticələri təsdiq edir ki, həmin hamiləliyin ağırlaşmasında başlıca olaraq fetoplasentar çatışmamazlığın kompensasiya edilmiş və subkompensasiya edilmiş formaların əlamətləri üzə çıxır. Dekompensasiya edilmiş forma ilə olan müşahidələrin sıxlığı əsasən III dərəcəli piylənmədə yüksəlir. Hamiləlik zamanı piylənmənin artmasına müvafiq olaraq dölün ürək-damar sisteminin reaktivliyinin təzyiqi müşahidə olunur, hansı ki, kardiotoqramma göstəricilərinin patoloji əlamətlərinin sıxlığının artması ilə xarakterizə olunur. Müxtəlif piylənmə dərəcəsi olan hamilələrdə uşaqların dölün artıq ürək damar sisteminin reaktivliyinin orta pozulması mövcud olduqda mərkəzi sinir sisteminin hipoksik-işemiyalı pozulması riski yüksəlir. Xüsusilə bu risk aydın büüuzə verilən piylənmə dərəcəsində yüksəlir. Alınan məlumatlar onu təsdiq edir ki, piyləmə dərəcəsinin artması ilə proporsional olaraq dölün neyrovegetativ adaptasiyası pozulur və dölün orqanizmin özünü müdafiə-uyğunlaşma imkanlarını adekvat realizə etmə və hipoksiyanın kəskinləşən və zədələyən təsirinə qarşı durmaq bacarığına üstünlük təşkil edən vegetativ disfunksiya yaranır. Bununla yanaşı ciyər, damar və neyrohumoral sistemlər tərəfindən ürək ritminə tənzimləmə təsirlərin effektivliyi aşağı düşür. Büruzə verilən piylənmə müdafiə-uyğunlaşma mexanizmlərin gərginliyinin artması, həddindən artıq gərginləşməsi və pozulması ilə müşahidə olunur, bu da vegetativ sinir sisteminin potensialının aşağı düşməsi, vegetativ balansın simpatik hissəyə tərəf yerini dəyişməsi, stressin yaranması və orqanizmin adaptasion-kompensator səviyyəsinin aşağı düşməsi ilə antistress sabitliyinə təzyiq edilməsi ilə xarakterizə edilir. Hamiləliyin fizioloji gedişində döl üçün ən xarakterik xüsusiyyət tənzimləmə mexanizmlərinin kifayət qədər effektiv olmasıdır. Müdafiə-uyğunlaşma mexanizmlərin funksiyasının realizə olunması onların balanslaşmış gərginliyi şəraitində həyata keçirilir, hansı ki, vegetativ sinir sisteminin yüksək potensialı, onun hissələrinin normal əlaqəsi, yüksək və normal antistress sabitliyi və orqanizmin yüksək adaptasion-kompensator imkanlarının yüksək səviyyəsi ilə müşahidə olunur.

Beləliklə bizim apardığımız tədqiqatların nəticələri, onu təsdiq edir ki, döl tərəfindən olan patoloji dəyişikliklər piylənmə dərəcəsinə proporsional olaraq artır. Hamiləlik zamanı dölün vəziyyətinə nəzarət alimentar-konstitusional piylənmə olan hamilələrin səmərəli aparılması taktikasını həyata keçirməyə və perinatal itkilərdən qaçmağa imkan verəcək.

ƏDƏBİYYAT

1. Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Доплерометрия. Биофизический профиль.- Минск: Книжный дом, 2004, 304 с.

2. Макаров И.О., Сидорова И.С., Кузнецов М.И., Зотова Н.В. Об интерпретации кардиотокограмм во время беременности при фетоплацентарной недостаточности // Акуш. и гинекол., 1997, №2, с.23-27

3. Сенчук А.Я., Цапенко Т.В., Слободяник О.Я. Кардиотокографическое исследование плода у беременных с алиментарно-конституционным ожирением // Проблемы медицины, 1999, №4, с.36-37

4. Сидорова И.С., Макаров И.О., Блудов А.А. Биофизический профиль плода при гестозе // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1999, №1, с.14-20

5. Alvarez G.E., Ballard T.P., Beske S.D., Davy K.P. subcutaneous obesity is not associated with sympathetic neural activation // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol., 2004, v.287, p.H414-H418

6. Bispham J., Gardner D.S., Gnanalingham M.G. et al Maternal Nutritional Programming of Fetal Adipose Tissue Development: Differential Effects on Messenger Ribonucleic Acid Abundance for Uncoupling Proteins and Peroxisome Proliferator-Activated and Prolactin Receptors // Endocrinology, 2005, v.146, p. 3943-3949

7. Cheng L.C., Gibb D.M.F., Ajayi R.A., Soothill P.W. A comparison between computerized (mean range) and clinical visual cardiotocographic assestment // Brit. J. Obstet. Gynaec., 1992, v.99, N10, p.817-821

8. Law C. Adult obesity and growth in childhood // BMJ, 2001, v.323, p.1320-1321

9. Rugholm S., Baker J.L., Olsen L.W. et al. Stability of the Association between Birth Weight and Childhood Overweight during the Development of the Obesity Epidemic // Obesity, 2005, v.13, p.2187-2194

SUMMARY
THE CONDITION OF FETUS OF WOMEN WITH ALIMENTAR- CONSTITUSIONAL OBESITY
E.A. Mamedyarova

The purpose was determining the functoanal condition of fetus ofnwomen with alimentar-constitusional obesity.

There were 142 women with obesity at 21-33 ages. The pregnancy was on 28-39 weeks. According our resaerch the pathology changae increas during obesity. The observation these patients allow us to control their condition and to avoid the perinatal death.

Daxil olub: 05.09.2008

TİBBİ YARDIMIN MÜXTƏLİF MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ APARILAN DIAQNOSTIK MÜAYINƏLƏRIN MÜQAYISƏLI TƏHLİLİ

V.R. Mürsəlov
Mərkəzi hərbi klinik hospital, Bakı

Müasir odlu silahların təkmilləşməsi, yaralayan mərminin xüsusiyyətlərinin dəyişməsi, yerli münaşiqələrin və terror aktlarının çoxalması qarın boşluğunun hərbi travmalarının sayının və ağırlıq dərəcəsinin artmasına gətirib çıxarmışdır [1,3].

Bu statistika qarın boşluğunun hərbi travmaları zamanı taktika, cərrahi müdaxilə və onun həcmi, həmçinin baş verə biləcək fəsadlaşmaların proqnozlaşdırılması üçün dəqiq müayinələrin aparılmasının vacibliyini təsdiq edir [2,4].

Lakin, bəzən ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım (İTY) mərhələsində də polipozisiyalı rentgenoqrafiya, fistuloqrafiya, ultrasonoqrafiya, spiral kompüter tomoqrafiya çox vaxt bir-birindən təcrid olunmuş halda, yaxud heç ehtiyac olmadan aparılır. İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım mərhələsində diaqnozun qoyulmasına vahid, dəqiq kompleks yanaşmanın olmaması zox vaxt mğalicə taktikasının düzgün seçilməməsi və ağırlaşmalara gətirib çıxarır.

Qarın boşluğunun odlu silah yaralanmalarının diaqnostikası zamanı yaralanmanın prinsipial xüsusiyyətləri, qarın boşluğuna nüfuz edib- etməməsi və həyat üçün təhlükəli fəsadların olub-olmamasına diqqət yetirilir. Əsas məqsəd əməliyyata güstərişin qısa müddət ərzində müəyyən olunmasıdır .

Diaqnostik axtarışlar klinik məlumatlar və instrumental müayinələrin nəticələrinə (Rentgenoqrafiya, USM, SKT), laporosentez və laporoskopiyaya əsaslanır . Palpasiya zamanı ağrıların olması, peritoneal simptomların müsbət olması, yaradan ödün və bağırsaq möhtəviyyatının axması, həmçinin bağırsaq ilgəklərinin, böyük piyliyin xaric olması yaranın boşluğa nüfuz etməsi haqqında fikir yürütməyə imkan verir .Fəaliyyətimiz dövründə 78 xəstəyə bu əlamətlər əsasında çətinlik çəkmədən diaqnoz qoyulmuşdur. 32 xəstədə isə müxtəlif anatomik nahiyyələrdə odlu silah yaralanmasının olmasına baxmayaraq, yuxarıda göstərilən əlamətlərin olmaması yaralanmanın xarakterinin müəyyən olunması və sonrakı müalicə taktikasının seçilməsində çətinlik törətmişdir. Bu çətinliyi aradan qaldırmaq üçün xüsusi instrumental müayinə metodlarından istifadə olunması zərurəti yaranmışdır. Məhz bu halda daha informativ müayinə metodunun seçilməsinə önəm verilmişdir.

Qarının odlu silah yaralanmaları zamanı aparılan müayinələrin əsas metodlarının analizi göstərir ki, bu metodların informativliyi bütün hallarda eyni deyildir və ən informativ metod kompyüter tomoqrafiyasıdır (Cədvəl). Bu müayinə metodu müayinə olunanların 41 %-də odlu silah yaralanmasının xarakteri və aparılan müayinənin keyfiyyəti haqqında yeni, əlavə məlumatlar əldə etməyə imkan vermişdir.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsində qarının odlu silah yaralanması zamanı aparılan müayinələr içərisində KT və USM - ə üstünlük verilmişdir. Diaqnozun qoyulması zamanı çətinlik yaranan hallarda bir neçə diaqnostik metodun kompleks şəkildə tətbiqi, yaralanmanın xarakteri barəsində kifayət qədər obyektiv təsəvvürün yaranması və düzgün cərrahi taktikanın seçilməsinə şərait yaratmışdır . Buna əsaslanaraq, müayinənin informativliyi və ona sərf olunan vaxtı nəzərə almaqla bizim tərəfimizdən diaqnostik alqoritm

işlənilib hazırlanmışdır. Qarının odlu silah yaralanması olan bütün yaralılara baxış və labarator müayinələrdən sonra KT müayinəsinin aparılması vacibdir .

Aparılan KT müayinənin nəticəsi yaralanmanın xarakteri haqqında dəqiq məlumat vermədiyi hallarda diaqnostik videolaporoskopiyanın aparılması zəruridir.

Aparılan diaqnostik müayinələrdən sonra yaralıları beş qrupa bölmək vacibdir.

Brinci qrupa qarındaxili qanaxma və kəskin massiv qanitirmə ilə olan yaralılar daxil edilir. İkinci qrupa qarının odlu silah yaralanması nəticəsində şok vəziyyətində olan, lakin qanaxma əlamətləri olmayan yaralılar daxil edilir. Üçüncü və dördüncü qruplara qarının odlu silah yaralanması zamanı peritoneal simptomlar uyğun olaraq müsbət və ya mənfi olan yaralılar daxil edilir. Beşinci qrupa boşluğa nüfuz etməyən qarının odlu silah yaralanmaları ilə olan xəstələr daxil edilir.

Cədvəl

Qarın boşluğunun odlu silah travmaları zamanı aparılan rentgentoqrafiya, USM, SKT müayinələri nəticəsində aşkar olunmuş radioloji sindromlar

Sindromlar	RQ	USM	SKT
Yad cismin olması sindromu	8	4	20
Boşluqlu orqanın zədələnməsi ,qarın boşluğunda sərbəst qazın olması sindromu	1	0	1
Qarın boşluğunda sərbəst mayenin olması sindromu	0	4	2
İz reaksiyası sindromu- yaralayan amilin traektoriyası	1	8	24
MBT-nın kontrastlı müayinəsi zamanı MBT-nın tamlığının pozulması sindromu	2	0	2
Parenximatoz orqanın kapsulasının tamlığının pozulması sindromu	0	6	9
Parenximin eynicinsliliyinin pozulması sindromu – toxuma sıxlığının lokal və ya diffuz artıb-azalması	0	8	19
Torkoabdominal yaralanmalar zamanı diafraqmanın zədələnməsi sindromu	0	1	4
Qarın boşluğunun odlu silah yaralanmalarından sonra ağırlaşmaları sindromu, MBT-nın sivişləri, peritonit, bağırsaq keçməməzliyi	12	9	15
Bütün müayinə olunan yaralılar	33	44	45

Cərrahi müalicənin taktikası yaralının hansı qruppa aid olmasından asılı olıriq seçilir.

İşlənilib hazırlanmış bu diaqnostik alqoritm nəticəsində diaqnostik səhvlərin tzliyi azalmış, diaqnostik axtarışa sərf olunan vaxt isə 24± 12 dəqiqədən 19 ± 5 dəqiqəyə qədər, yəni 1,3-1,5 dəfə azalmışdır.

Diaqnostik alqoritm bəndlərinin məntiqi asılılığı sonrakı müayinələrin aparılması zərurətini əvvəlki müayinələrin nəticələri əsasında müəyyənləşdirilməsindən ibarətdir. Aparılan hər bir müayinənin nəticəsi diaqnostik prosesin bir bəndi olmaqla sonrakı müayinənin və onun konkret növünün seçilməsi vacibliyini müəyyən edir.

Beləliklə qarının odlu silah yaralamaları zamanı ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsində aparılan müxtəlif şüa diaqnostikası metodlarını müqaisə etməklə belə nəticəyə gəlmək olar ki, spiral rentgen kompüter tomoqrafiyası qarnın odlu silah yaralanmaları zamanı ən informativ metod hesab oluna bilər. Odlu silah yaralanmaları zamanı kompüter tomoqrafiyasının həssaslığı 92%, spesifikliyi isə 100% təşkil edir. Bu metod 41% hallarda odlu silah yaralanmasının xarakteri və həcmi barəsində yeni, əlavə məlumat əldə etməyə imkan vermiş və cərrahi müdaxilənin növünü planlaşdırmağa şərait yaratmışdır. İşlənib hazırlanmış diaqnostik alqoritmin tətbiqi qarnın odlu silah yaralanmalarının diaqnostikasının effektivliyini artırmağa, müüyinə vaxtını ~1,5 dəfə azaltmağa, əsassız müayinələrin qarşısını almağa və son nəticədə letallıq və fəsadlaşmaların ~20%-dək azaldılmasına imkan vermişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ахмедов С.М Диагностика и хирургическое лечение огнестрельных ранений паренхиматозных органов брюшной полости. Клинико-экспериментальное исследований. Автореф. ...дис. ...д-ра мед.наук.- М., 2003, 43с.

2. Бечин С.Л.Сочетанное огнестрельное ранение груди, живота, таза и верхней конечности, торакоабдоминальное ранение с повреждением печени, желчного пузыря, подвздошной и сигмовидной кишок, диафрагмы, перикарда // Вестник хирургии, 1995, №4-6, с.137

3. Богданов П.И. Роль ультразвукового и инструментального методов исследования в диагностике и хирургическом лечении закрытой травмы живота: Автореф. дис. ...канд. мед.наук.- СПб., 1997, 18с.

4. Борисов А.Е., Глушков Н.И., Кубачев К.Г. Возможности эндохирургии в диагностике и лечении открытой травмы живота / Науч.-практ.конферен. «Вопросы практической медицины» / Под ред. А.Е.Борисова.- СПб., 1997, с.91-93

Daxil olub: 09.09.2008

ENVIROMENTAL FACTORS AND VENOM OF VIPERA LEBETINA OBTUSA

H.A.Abiyev, Sh.A.Topchiyeva, E.T.Babayev

Azerbaijan medical university; National Academy of sciences of Azerbaijan, Institute of zooloji, Baku

At the present stage of development of a human society increase speed of urbanization and industrialization has a large influence on biosphere. Chemicalization of an agriculture is accompanied by a large amount of atmospheric emissions.

Half-willow of agricultural cultures by waste water, manufacture of petroleum, entering under agricultures of organic fertilizers rich of toxic elements (cadmium), phosphoric fertilizers rich of impurity of uranium and lead, application of perticides containing certain amount of mercury cause gradial increase of pollution of soil. At waste water irrigation of soil the pollution by heavy metals and natural radioactive elements occurs. It is nessary to note that the gross forms of heavy metals are difficulty soluble in water and do not represent direct threat to an environment. However ther are potential sources of pollution, which as a result of long interaction with components of soil environment can partially pass in the mobile forms and increase the contents of heavy metals in a vegetative part and transferred to an animal and man by the food circuits.

At present researches on toxic products of biosynthesis of the snakes continually gain in scope. Grate interest in zootoxins is determined not only by inquiries of medicine but different fields of biology, physiology, bioorganical chemistry, toxicology, etc [2,3,4].

In connection with intensive study of venoms of the snakes the variability of pharmacological activity of zootoxin of Transcaucasian vipera is of grate interest from the ecologo-physiological point of view.

First of all we shall consider some data about variability of venom extracted from experimentally snakes. It is a lot venom after winter hibermation. The venom is more unliginous and concentrated at the for a long time not bitting snakes. Molting does not influence on quantity of venom, thoungh after molting the venom is more toxic, than before it. The long keeping of snakes in the captivity is resulted in decrease in toxicity and reduction of quantity of a extracted venom secret.

The venom of the snakes have complex chemical structure consisted of the organic and inorganic components. Main toxic and pharmacological properties are provided by polypeptides and ferments [6,7].

The chemical analysis has shown, that the vipera venom contains the ions of the following metals: Cd, Cu, As, Hg, Pb, Zn, Cr, and the pharmacological activity of zootoxin varies depending on prevalence of this or that ion of metal [5,9].

Is was revealed, that the pharmacological activity of the enzymes in venom of the snakes brought up in nurseries is optimum, rather than that at the snakes caught on sites polluted by oil and heavy metals.

The literary data testify to presence in snake venoms both inorganic and organic substances. Chemical structure of venom of *Cerastes durissus cumanensis* revealed to be as the following: nitrogen (13,3% of dry substances), protein (90%), common phosphorus(0,038); ions of metals: Na (1,66), Ca (0,45), K (0,24), Mg (0,12), Zn (0,078), Fe (0,049), Co (less than 0,007), Mn (less than 0,001) [1].

The main factors influencing on property of vipera venom are the geochemical conditions of environment. By researches is revealed, that with distance more than 10 kilometers and higher from sources of technogenese emissions, the amount of heavy metals which are found out in soils proportionally decreases. At the same time significant concentration of the gross forms of heavy metals – the pollutants directly in territories of industrial objects is marked.

Venom of Vipera lebetina obtusa kept in nurseries includes the following ions of metals: Cd, Cu, As, Ni, Hg, Pb, Cr, Zn. However an elementary structure of vipera venom and pharmacological fearures respectively are changed under impact of environmental factors [8,9].

In connection with above mentioned the purpose of researches was the study of a role of the ecological factors (heavy metals) on chemical structure of the Transcaucasian vipera venom.

For an establishment of an actual level of heavy metals (HM) in snake venoms the field researches and recognition routes on Absheron were carried out, on the basis of which the key sites, vegetative tests are planned. Simultaneously venomous snakes caught out for an establishment of correlative connection between the contents of heavy metals in soils, plants and in vipera venom.

In the given areas of an Apsheron peninsula (in the territories Baku-Kurdamir, Baku – the settlement Imishli, Shilyan stepe and Agsu) was carried out simultaneously catch out of vipera with the subsequent obtaining of venom.

Venom samples were dried out in exicator. Samples of venom were dried up in exicator under pairs of chloride calcium.

Determination of chemical structure of the venom obtained from snakes caught out in the different biotops of the Absheron peninsula was established by the method of atomic-absorption spectrophotometer on AAS-300, Perkin-Elmer. Content of HM (Pb, Zn, Ni, Cd, Cr) was determined in venom, soil and plant (Tabl.1,2,3,4,5).

Table 1

Quantitative data on content of heavy metals in studied samples

Territory	Baku				
	Concentration (mg/kg)				
Samples	Cr	Pb	Cd	Ni	Zn
Plant	80,84±0,308	8,17±0,154	0,42±0,010	45,80±0,362	100,7±2,14
Soil	58,25±0,600	52,08±0,209	1,05±0,042	20,12±0,765	242,2±6,418
Vipera venom		18,52±0,178			600,89±4,266

Thus it is necessary to note, that their contents considerably change depending on concentration of ions of heavy metals in a sample of soil and vegetation.

Table 2

Quantitative data on content of heavy metals in studied samples

Territory	Kurdamir r/n				
	Concentration (mg/kg)				
Samples	Cr	Pb	Cd	Ni	Zn
Plant	67,6±0,297	4,8±0,129	1,1±0,049	41,5±0,552	284,3±0,829
Soil	102,3±3,734	7,6±0,408	0,7±0,050	46,7±0,565	99,0±0,079
Vipera venom		89,1±0,423			371,1±0,148

Table 3

Quantitative data on content of heavy metals in studied samples

Territory	Imishli r/n				
	Concentration (mg/kg)				
Samples	Cr	Pb	Cd	Ni	Zn
Plant	67,6±2,974	4,8±0,129	1,1±0,049	41,5±0,552	284,3±0,829
Soil	102,3±3,734	7,6±0,408	0,7±0,050	46,7±0,565	99,0±0,079
Vipera venom		89,1±0,423			371,1±0,148

It was revealed, that the venom isolated from the snakes kept in captivity differs by the contents of heavy metals considerably from venom of vipera caught on sites polluted by technogenese emissions of the industrial enterprises.

The main role in pollution of Absheron peninsula belongs to heavy metals which include 40 chemical elements. Accumulating in the soil particularly in the upper layers they get into the foodstuffs through plants. Polluting environment HM disturb the balance of the environment and favor the degradation of the soil.

From toxic elements Cd occupies the first place. Typical feature of the Cd is it accumulates in the upper layers of the soil as the other heavy metals and undergo to destruction less. Spatial distribution of HM in soil, plants ans d waters near big industrial enterprises depends on pathogenic wastes, weather condition (air temperature, pressure, quantity of atmospheric sediments, wind speed, etc).

Table 4

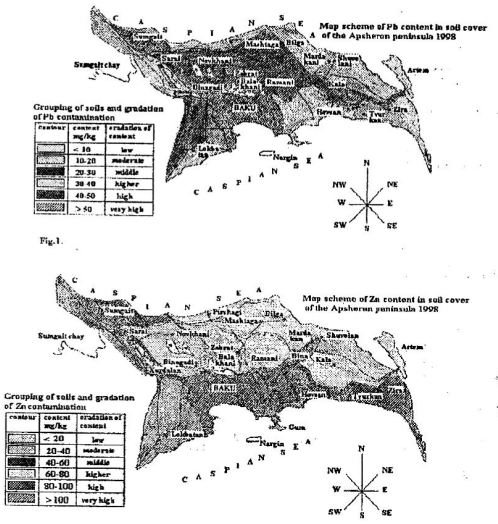
Quantitative data on content of heavy metals in studied samples

Territory	Shilyan steppe				
	Concentration (mg/kg)				
Samples	Cr	Pb	Cd	Ni	Zn
Plant	88,4±0,458	4,6±0,242	0,6±0,044	11,9±0,377	67,05±0,268
Soil	91,4±0,494	9,3±0,516	0,6±0,119	44,9±0,166	68,05±0,483
Vipera venom		49,13±0,199			863,6±0,397

Table 5

Quantitative data on content of heavy metals in studied samples

Territory	Agsu r/n				
	Concentration (mg/kg)				
Samples	Cr	Pb	Cd	Ni	Zn
Plant	153,0±1,315	8,5±4,695	5,8±0,063	33,7±0,1685	
Soil	56,6±0,459	9,5±0,073	1,8±0,004	28,0±0,658	
Vipera venom	103,1±2,793	21,3±0,656	24,2±0,985		



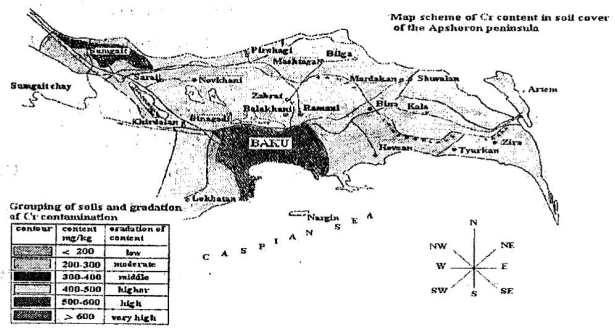


Fig.3 Area of heavy metals pollutants

Fig.1,2 Area of heavy metals pollutants

Obtained results show that upper soil layers (0-20cm) in this region are characterized by significant concentration of HM many times exceeding the LAC.

We made up map-scheme showing area of heavy metals pollutants (map-scheme of Pb, Zn, Ni, Cd and Cr is presented as an example) fig.1, 2,3,4,5.

This, the researches carried out on geochemical ecology of venomous snakes on the sites with high content of heavy metals and clean sites enable to study a chemical compound of vipera venom to reveal effect of heavy metals on pharmacological features of venom and favor the all round forecasting of features of venom isolated from snakes living in any habitals.

The significant contens of heavy metals in researched samples is revealed. The received results have shown psredence in soils of researched region which is taking place under influence of texnogenese emissions of the industrial enterprises significant concentration of heavy metals, exceeding limited permissible concentration.

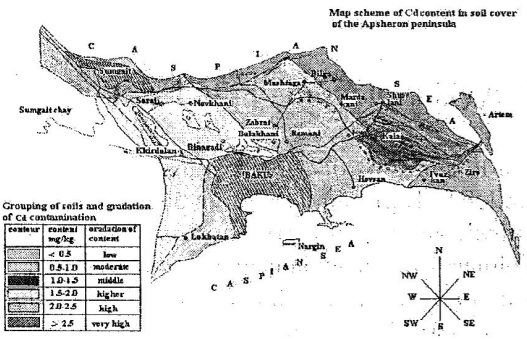


Fig. 4 Area of heavy metals pollutants

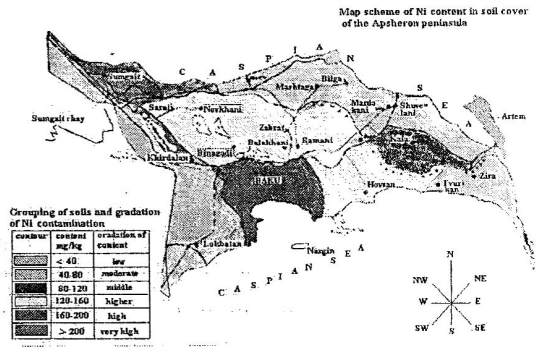


Fig. 5 Area of heavy metals pollutants

REFERENCES

1. Orlov B.J., Valseva J.A. Snakes'venom Medicina.- Tashkent, 1977, 252 p.

2. Topchiyeva Sh.A. On the dynamics of the changes of common protein in the organs and tissues of experimental animals under the transcaucasian vipera. / Pharmakeftiki. Athens–Greece, 9th Panhellenic Pharmaceutical Congress.- 1998, v.7-9, p.513-516

3. Topchiyeva Sh.A.. Influence of venom transcaucasian adder (Vipera lebetina obtusa) on metabolic conversion of Hepatic and renal proteins of white mice // J.Bilgi (Baku), 2000, N 1, p. 38-40

4. Topchiyeva Sh.A.Influence of venom transcaucasian adder (Vipera lebetina obtusa) on metabolic conversion of proteins of tissues of white mice heart, lungs and spleen. // J. Bilgi (Baku), 2000, N 4, p. 33-38

5. .Topchiyeva Sh.A. Influence of the environmental factors on chemical composition of vipera's venom. San Francisco / USA,7th Inter-national Interdisciplinary Conference on the Environment.- California, 2001, p. 25

6. Topchiyeva Sh.A. Pharmacological charaxcteristics of venoms and their effect on human and animal metabolizm // J.News of AS of Azerb (Baku), 2001, N 6, p. 100-108

7. Topchiyeva Sh.A., Magerramov A.M., Musayeva N.N., Allaxverdiyeva L.Z., R.Z.Allax-verdiyeva, Abiyev H.A. Influence of small dozes γ- radiations on molecular mobility and pharmacological properties of venom of Vipera Lebetina Obtusa / 40th IUPOC International Symposium on Macromol, World Polymer Congress Macro, Juli 4-9.- Paris, 2004, p.5.3-120

8. Topchiyeva Sh.A., Abiyev H.A. Ecological factor's and chemical structure of venom of Vipera lebetina obtusa //Ж. Экоэнергетика (Баку), 2004, №1,,с. 21-23

9. Sh.A.Topchiyeva, Abiyev H.A. Ecology factor and physico-chemical properties of Vipera lebetina obtusas venom. ICSAM-2007 / International Conference on Structural Analisis of Advanced Materials. September 2-6, 2007.- Patras (Greece), p.189

РЕЗЮМЕ

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И ЯД ГЮРЗЫ VIPERA LEBETINA OBTUSA

Г.А. Абиев, Ш.А. Топчиева, Э.Т.Бабаев

В статье приведены данные экспериментальных исследований по выявлению воздействия факторов окружающей среды на яд гюрз Vipera lebetina obtusa.

Методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии определены концентрации тяжелых металлов в пробах почв, растительности, собранных из различных по степени загрязненности участках Абшеронского полуострова Азербайджана и яда гюрз, отловленных в

данной местности. В змеином яде, в почвенных и растительных образцах определены содержание тяжелых металлов: Cr, Pb, Cd, Ni и Zn. В статье приведены карты-схемы распределения исследуемых тяжелых металлов в почвах Азербайджана.

Установлено, что содержание тяжелых металлов-загрязнителей Cr, Pb, Cd, Ni и Zn в почвах этого региона значительно превышает предельно-допустимые концентрации, что в свою очередь влияет на элементарный состав, токсичность и фармакологическую активность яда гюрз, обитающих на данной загрязненной техногенными выбросами территории Азербайджана.

XÜLASƏ

ƏTRAF MĞHİT FAKTORLARI VƏ GĞRZƏ İLANININ (VIPERA LEBETINA OBTUSA) ZƏHƏRİ

H.Ə. Abiyev, Ş.Ə. Topəiyeva, E.T.Babayev

Məqalədə ətraf mühit faktorlarının gürzə ilani (Vipera lebetina obtusa) zəhərinə təsirinin eksperimental müayinə nəticələri göstərilmişdir.

Azərbaycanın Abşeron yarmadasının müxtəlif çirklənmə sahələrindən toplanmış gürzə zəhərinin, torpağın və bitkilərin nümulərində ağır metalların konsentrasiyası müəyyən olunmuşdur. İlan zəhəri, torpaq və bitki nümülərinin tərkibində Cr, Pb, Cd, Ni və Zn kimi ağır metallar təyin olunmuşdur. Məqalədə Azərbaycanın torpaqlarında müəyyən olunan ağır metalların yayılma sxem-xəritəsi təqdim olunmuşdur.

Cr, Pb, Cd, Ni və Zn ağır metallarının bu regionun torpağının tərkibində ehtimal olunan konsentrasiyası yüksəkdir, bu da öz növbəsində Azərbaycanın texnoqen tullantılarla çirklənmiş həmin ərazisinda yaşayan gğrzə ilanları zəhərinin elementar tərkibinə, toksikliyinə və farmakoloji aktivliyinə təsir edir.

Daxil olub: 03.09.2008

УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА СРЕДИ ЖЕНЩИН Г.БАКУ

Л.А.Сулейманова

Республиканский кожно-венерический диспансер, г. Баку

Около 90% городского населения во всех странах мира инфицировано одним или несколькими типами вируса герпеса, а рецидивирующие герпесные инфекции наблюдаются у 9-12% жителей разных стран. Инфицированность и заболеваемость постоянно растут, опережая естественный прирост населения Земли. Под герпетической инфекцией понимают болезни, характеризующиеся высыпаниями на коже, и/или слизистых оболочках в виде сгруппированных на отечно-эритематозном основании пузырьков и протекающие с поражением внутренних органов.

В настоящее время и в нашей республике заболевание ГГ среди населения находит широкое распространение. Среди причин такого явления можно назвать малую клиническую симптоматику, бессимптомное носительство, недостаточный объем информации среди пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Методом случайной выборки отобрали 494 пациентов в следующих возрастных рангах: менее 20 лет – 83 пациенток, 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 пациенток с рецидивирующим генитальным герпесом (РГГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. На сегодняшний день данные по распространенности герпес-вирусных инфекций в г.Баку недостаточны, что требует серьезных современных клинико-эпидемиологических исследований. С этой целью нами был изучен уровень и структура генитального герпеса в наблюдаемых группах пациенток. Уровень и структура генитального герпеса в наблюдаемых группах пациенток отражена в табл. 1. В результате проведенных исследований гинекологическая заболеваемость была выявлена у 367 из 494

пациенток, что составляет 75,0±2,0%.

Таблица 1

Уровень и структура генитального герпеса среди пациенток

Структура гинекологической заболеваемости	Общая группа пациенток (n=494)		Разные группы пациенток					
			СГГ (n=187)		ПГГ (n=163)		РГГ(n=144)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Герпетическое поражение наружных половых органов	155	31,4±2,1	38	20,3±2,9	49	30,1±3,6	68	47,2±4,2
Герпетические кольпиты, цервициты, уретриты	236	47,8±2,2	152	81,3±2,9	53	32,5±3,7	31	21,5±3,4
Герпетические эндометриты, сальпингиты, циститы	21	4,3±0,9	15	8,0±2,0	4	2,5±1,2	2	1,4±1,0
Прочие	8	1,6±0,6	3	1,6±0,9	3	1,8±1,0	2	1,4±1,0
Всего	367	75,0±2,0	180	96,3±1,4	94	57,7±3,9	93	64,6±4,0

Примечание: сумма нозоформ больше числа пациенток с гинекологичес заболеваемостью из-за одновременного сочетания разных форм заболеваемости

В структуре гинекологической заболеваемости, как и следовало ожидать, превалирует герпетическое поражение наружных половых органов – 31,4±2,1% и особенно, герпетические кольпиты, цервициты, уретриты – 47,8±2,2% (t=5,39; P<0,001). Удельный вес герпетических эндометритов, сальпингитов, циститов невелик, что вполне отражает ситуацию по данному заболеванию – 4,3±0,9% (t=11,8; P<0,001). Еще меньше удельный вес прочей гинекологической заболеваемости – 1,6±0,6% (t=2,50; P<0,05). У 46 из 494 пациентов (9,3±1,3%) одновременно сочетались герпетическое поражение наружных половых органов и герпетические кольпиты, цервициты, уретриты, что подтверждает единые этиологические (микробиологические) корни этих заболеваний к новой концепции о необходимости их объединения под названием воспалительные заболевания урогенитального тракта женщин.

Однако в разных группах пациенток ситуация с гинекологической заболеваемостью существенно различается. Так, наиболее высока заболеваемость среди больных с клинической формой генитального герпеса - смешанной генитальной инфекцией (СГИ) – 96,3±1,4%. Особенно это касается герпетических кольпитов, цервицитов, уретритов, достигающих практически максимального уровня – 81,3±2,9%, тогда как герпетического поражения наружных половых органов у них заметно меньше – 20,3±2,9% (t=14,88; P<0,001). Скорее всего, ГГ приводит к столь серьезным нарушениям в урогенитальном тракте женщин, что уже предвестник начала его поражения – герпетическое поражение наружных половых органов сразу же переходит в герпетические кольпиты, цервициты, уретриты. Не случайно, у 21 из 187 больных СГГ были выявлены сочетанные формы герпетического поражения наружных половых органов и герпетические кольпиты, цервициты, уретриты (11,2±2,3%).

Так, в группе пациенток, у которых ГГ был выявлен нами как первичный генитальный герпес (ПГГ) и заболевание еще основательно их не беспокоило, гинекологическая заболеваемость также оказалась довольно высокой, но заметно уступала больным СГГ, составляя в среднем 57,7±3,9% (t=9,32; P<0,001). Интересно, что показатели герпетического поражения наружных половых органов и герпетические кольпиты, цервициты, уретриты оказались идентичными – соответственно 30,1±3,6 и 32,5±3,7% (t=0,47; P>0,05), первый из этих показателей намного превышает свой аналог в предыдущей группе (t=2,22; P<0,05), а второй, наоборот, меньше своего аналога (t=10,38; P<0,001). Меньше в этой группе и число одновременного сочетания герпетического поражения наружных половых органов и герпетические кольпиты, цервициты, уретриты – 15 случаев у 163 пациенток (9,2±2,3%; t=0,62; P>0,05).

Гинекологическая заболеваемость пациенток с рецидивирующим генитальным герпесом,

почти такая же, как и у пациенток с ПГГ – 64,6±4,0% (t=1,23; P>0,05). Однако, в этой группе разница в показателях герпетического поражения наружных половых органов и герпетические кольпиты, цервициты, уретриты очень велика – соответственно 47,2±4,2 и 21,5±3,4% (t=4,76; P<0,001). Т.е. первый из них намного превышает (t=5,53; P<0,001), а второй показатель явно уступает показателям других групп (t=2,19; P>0,05). Сочетания герпетического поражения наружных половых органов и герпетические кольпиты, цервициты, уретриты выявлены у 10 из 144 пациенток (6,9±2,1%; t=0,74; P>0,05).

Во всех трех группах пациенток заболеваемость герпетическими эндометритами, сальпингитами, циститами была небольшая, варьируя от 1,4±1,0 до 8,0±2,0% (t=2,95; P<0,01). Небольшой была и прочая гинекологическая заболеваемость – от 1,4±1,0 до 1,8±1,0% (t=0,28; P>0,05). Поэтому мы при дальнейшем анализе материала их не учитывали.

Таблица 2

Возрастная приуроченность гинекологической заболеваемости среди пациенток с разными формами ГГ

Возрастные групп, лет	Пациентки с СГГ			Пациентки с ПГГ			Пациентки с РГГ		
	Число пациенток	Число пациенток с ГЗ		Число пациенток	Число пациенток с ГЗ		Число пациенток	Число пациенток с ГЗ	
		абс.	%		абс.	%		абс.	%
<20	33	31	93,9±4,2	27	9	33,3±9,2	23	8	34,8±4,0
20-34	39	37	94,9±3,4	32	16	50,0±8,9	26	15	57,7±4,1
35-49	55	54	98,2±1,8	39	23	59,0±7,9	30	20	66,7±8,8
50-55	34	33	97,1±2,9	37	27	73,0±7,4	35	26	74,3±7,5
≥55	26	25	96,2±3,8	28	19	67,9±9,0	30	24	80,0±7,4
Всего	187	180	96,3±1,4	163	94	57,7±3,9	144	93	64,6±4,0

Примечание: ГЗ - гинекологическая заболеваемость

Приведенные данные, прежде всего, показывают, что по мере развития ГГ более легкие, поверхностные герпетические поражения наружных половых органов сменяются на более тяжелые - герпетические кольпиты, цервициты, уретриты. Подтверждением этого служит и возрастная структура гинекологической заболеваемости среди обследуемых пациенток.

Так, если в возрастной группе менее 20 лет показатель гинекологической заболеваемости составляет 57,8±5,5%, то в следующей возрастной группе 20-34 года он возрастает до 70,1±4,7% (X^2=1,33; P>0,05). Хотя возрастное повышение заболеваемости последовательно продолжается, то темпы ее замедляются.

Тем не менее, в самой старшей возрастной группе – 55 лет и старше заболеваемость достигает 81,0±4,3% (X^2=0,98; P>0,05). Ранее мы показали намного большую заболеваемость среди пациенток с клиническим СГГ, нежели среди пациенток с первичным ГГ или РГГ.

Приведенные в табл. 2 данные достаточно убедительно отвечают на эти вопросы. Выше отмеченная возрастная приуроченность ГЗ справедлива в отношении пациенток с ПГГ и РГГ. Для последней группы пациенток данная ситуация вполне понятна и полностью вписывается в канву известных фактов – чем больше возраст пациенток, чем выше у них ГЗ. И действительно в возрастной группе менее 20 лет показатель ГЗ относительно не высокий и составляет 34,8±4,0%. В дальнейшем, с повышением возраста, с очень сильной коррелятивной положительной зависимостью (γ=+0,91±0,08), последовательно возрастает и в возрастной группе 55 лет и старше достигает 80,0±7,4% (X^2=11,13; P<0,01).

С такой же очень сильной положительной коррелятивной зависимостью (γ=+0,93±0,06) возрастает ГЗ и в группе пациенток с ПГГ – 33,3±9,2 до 73,0±7,4% (X^2=6,56; P<0,02). Практическая идентичность результатов с группой пациенток с РГГ показывает, что в начальной стадии заболевания изменения в урогенитальном тракте не приобретают выраженный патологический характер, вызывающий рост гинекологической заболеваемости. Причем начальные стадии генитального герпеса не причиняют выраженных беспокойств пациенткам, побуждающих их, к обращению за дерматовенерологической помощью.

В этом аспекте следует отметить следующее: распространенность ГГ намного шире, чем это представляется на основании данных соответствующих дерматовенерологических учреждений. Поэтому раннее выявление ГГ во многом будет способствовать эффективной профилактике этого заболевания и снижению его распространенности среди населения. Важно и то, что одновременно во многом снизится и риск заболеваемости ГЗ, одной из причин которого является ГГ. Т.е. по мере развития начальных стадий ГГ начинают происходить процессы, благоприятствующие воспалительным заболеваниям урогенитального тракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранитов В.М. Герпесвирусная инфекция.- М.: Медицинская книга, 2001, 234с.
2. Долгушина В.Ф., Телешова Л.Ф., Долгушин И.И. Местный иммунитет половой системы у беременных с генитальной инфекцией // ЖМЭИ, 2000, №2, с. 92-95
3. Дробышева Н.Н., Киселев В.И, Масюкова С.А. и др.Идентификация вирусов простого герпеса 1-го и 2-го типов при эрозивно-язвенных поражениях урогенитального тракта // Инфекции, передающиеся половым путем, 2001, № 3, с. 22-25
4. Selke S, Warren T, Ryncarz AJ. Reactivation of genital herpes simplex virus type 2 infection in asymptomatic seropositive persons // N Engl J Med. 2000, v.342 (12), p.844-850
5. Spruance SL, Tyring SK, Smith MH, Meng TC. Application of a topical immune response modifier, resiquimod gel, to modify the recurrence rate of recurrent genital herpes: a pilot study //J Infect Dis., 2001, v.184, p.196-200
6. U.S. Department of Health and Human Services // Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006, v. 55, No. RR-11, p.14–20

SUMMARY

LEVEL AND STRUCTURE GENITAL HERPES AMONG WOMEN OF BAKU

L.A.Suleymanova

For today the data on prevalence of herpes - virus infections in Baku are insufficient, that demands serious modern clinical-epidemiological researches. With this purpose we had been investigated a level and structure genital herpes in observable groups of patients. As a result of the lead researches gynecologic disease has been revealed at 367 of 494 patients that makes 75,0±2,0 %.

In structure of gynecologic disease, as one would expect, prevails herpes defeat of external genitals - 31,4±2,1 % and it is especial, herpes colpitis, cervititis, uretritis - 47,8±2,2 % (t=5,39; P <0,001). Densities herpes endometritis, salpingitis, cystitises is insignificant, that quite reflects a situation on the given disease - 4,3±0,9 % (t=11,8; P <0,001).

Daxil olub: 24.07.2008

АНАЛИЗ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПОД РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Р.И.Насирова

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей имени А.Алиева, Баку

В настоящее время методы регионарной анестезии (РА) признаны приоритетными при выборе способа анестезии для проведения урологических операций у пациентов пожилого и старческого возраста [1,2,12]. Их главным преимуществом является возможность достижения надежной блокады ноцицептивной афферентации из зоны хирургического вмешательства с одновременным сохранением ауторегуляторных механизмов управления жизненно-важными функциями организма. В то же время помимо того, что все способы анестезии несут определенный риск периоперационных осложнений, специфическая техника осуществления различных методов РА также связана с вероятностью некоторых ошибок и осложнений [6,8,14]. Целью настоящего исследования явился анализ периоперационных осложнений у геронтологических урологических больных, оперированных под РА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Под нашим наблюдением находилось 1422 больных в возрасте от 65 до 96 лет, которым проводились различные урологические

хирургические вмешательства с использованием методов РА (таблица 1). 72,8% составили мужчины, 27,2% – женщины. Эпидуральная анестезия (ЭА) выполнена у 903, спинальная анестезия (СА) – у 325, спинально-эпидуральная анестезия (СЭА) – у 194 больных. В возрастную группу пожилых больных (от 65 до 74 лет) входило 945, группу больных старческого возраста (от 75 до 89 лет) – 459, группу долгожителей (90 лет и выше) – 18 больных. Проводился анализ периоперационных осложнений на основе собственных наблюдений, изучения информации, зарегистрированной в историях болезни, картах анестезии, картах интенсивной терапии, а также в составленных нами специальных анкетах. Учитывая возраст находившихся под нашим наблюдением больных, во время предоперационного осмотра анестезиолога, в ходе анестезии, а также в послеоперационном периоде, помимо клинического осмотра и физикальных методов обследования, особое внимание обращали на активный целенаправленный опрос пациентов. При этом мы учитывали то, что частота жалоб, связанных с ошибками и осложнениями методов РА, выявленных в результате активного опроса, существенно выше частоты спонтанно предъявляемых пациентами жалоб.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Полученные в ходе исследования результаты представлены в таблице 2. Из этой таблицы видно, что указанные в ней периоперационные осложнения можно разделить на 2 вида: 1) осложнения, связанные с техникой РА, обусловленные методологическими ошибками и клиническими эффектами регионарных блокад и 2) общие периоперационные осложнения, нехарактерные для отдельных методов РА.

Таблица 1

Характеристика обследованных больных

		Возрастные группы			Всего больных (в %)
		65-74 лет (в %)	75-89 лет (в %)	90 лет и старше (в %)	
Пол	Мужчины	688(72,8)	380(82,8)	18(100,0)	1086(76,4)
	Женщины	257(27,2)	79(17,2)	–	336(23,6)
Метод анестезии	Эпидуральная анестезия	679	219	5	903
	Спинальная анестезия	183	138	4	325
	Спинально-эпидуральная анестезия	83	102	9	194
Всего		945	459	18	1422(100)

Как видно из таблицы 2, боли в спине в области пункции наиболее характерны для ЭА и СЭА, и отмечались, соответственно, у 3,32% и 3,09%. При СА постпункционные боли отмечались у 0,62% больных. Указанная разница связана, в первую очередь, с большим диаметром иглы, используемой при пункции эпидурального пространства, а также возникающими в ходе этой процедуры техническими трудностями. Причиной поясничных болей после РА могут быть также постпункционное натяжение связок, спазмы поясничных мышц, формирование гематом в мышцах. Касаясь особенностей урологических больных, у которых в основном пункция производится в люмбальной области, следует указать на то, что с целью облегчения поворота катетера в краниальном направлении анестезиологи выполняют пункцию люмбального эпидурального пространства не в горизонтальной плоскости, а под сравнительно острым углом. При этом нередко дистальный конец иглы повреждает нижнюю поверхность остистого отростка вышележащего позвонка. Несмотря на то, что у пациентов пожилого и старческого возраста субъективные ощущения боли менее выражены, дегенеративные изменения позвоночника способствуют более частой травматизации тканей при проведении процедуры. Обычно боль отмечается в момент проведения процедуры, и в первые дни послеоперационного периода. Как правило, такие боли самостоятельно проходят в

течение нескольких дней. Однако если травма тканей сопровождается развитием гематомы, боли носят более упорный и продолжительный характер. При этом может понадобиться прием обезболивающих препаратов и назначение антибактериальных средств для предупреждения нагноения образовавшейся гематомы.

Пункция вены эпидурального пространства отмечалась у 0,33% при ЭА и 0,52% при СЭА. Повреждение сосудов эпидурального пространства сопровождается поступлением крови из павильона иглы или по катетеру. При этом предпочтительнее удалить иглу и использовать для пункции другой межпозвонковый промежуток, поскольку при последующих пункциях на этом же уровне затруднится оценка правильности положения иглы. Помимо этого, манипуляция в этой зоне может привести к образованию эпидуральной гематомы и последующему сдавлению нервных волокон.

Непреднамеренная перфорация твердой мозговой оболочки при эпидуральной пункции отмечалась только в 1-й группе больных, а ее частота составила 0,22% (у 2-х больных). У 1-го из указанных двух больных истечение ликвора из иглы позволило своевременно диагностировать случайную перфорацию. Данному больному через эту иглу была введена доза местного анестетика (МА) для СА, а после развития адекватной СА осуществлена операция. У другого больного выделения спинномозговой жидкости не отмечалось, введение «тест-дозы» МА сопровождалось умеренными клиническими проявлениями ЭА, однако последующее введение основной дозы анестетика привело к развитию тотальной спинальной блокады. Частота тотальной спинальной блокады при ЭА, таким образом, составила 0,11%.

Клинические проявления системного токсического действия МА отмечались только в группе больных, которым проводилась ЭА (у 6,2% больных). Наиболее частая причина ее заключается в случайном внутрисосудистом попадании определенной дозы МА в системный кровоток через поврежденные сосуды эпидурального пространства [11, 12]. Другая причина этого осложнения состоит во внутрисосудистой абсорбции значительной дозы МА, введенного в эпидуральное пространство. Клинические проявления системного токсического действия МА заключались во влиянии на ЦНС (дезориентация, возбуждение, дрожь, судороги) и кровообращение (гипотензия, брадикардия) [1].

Предупреждение мышечной дрожи во время анестезии является очень важным, так как у пожилых больных и у пациентов со сниженными функциональными резервными возможностями миокарда развитие тремора неизбежно ведет к повышению уровня метаболизма и возрастанию потребности организма в кислороде [5]. В результате усиливается нагрузка на системы дыхания и кровообращения в момент, когда эти системы не готовы удовлетворить повышенные потребности метаболизма. Проведение оперативных вмешательств под РА характеризуется риском развития непреднамеренной интраоперационной гипотермии, степень выраженности которой зависит от температуры операционной, состояния больного и длительности оперативного вмешательства. Для уменьшения числа осложнений во время оперативного вмешательства необходимо проводить мониторинг температуры тела. Некоторые авторы считают, что для предотвращения развития интраоперационной гипотермии необходимо использовать эпидуральное введение наркотических анальгетиков [5].

Наиболее частым осложнением при РА (особенно у больных с гиповолемией), является гипотония. Следует отметить, что ввиду того, что снижение АД является закономерным последствием РА (вследствие происходящей при этом блокады симпатических проводящих путей, проходящих через зону распространения МА), большое значение при оценке результатов имеет определение приемлемой нижней границы значений АД. По данным большинства авторов, артериальную гипотонию следует рассматривать как осложнение РА в случаях, когда систолическое АД снижается более чем на 40 % у больных с повышенным давлением и ниже 70 мм рт. ст. у нормотоников [6,7]. Другие авторы считают, что снижение среднего АД на 40-50% от исходных значений должно считаться как выраженная степень, а снижение САД свыше 50% от исходных значений – как тяжелая степень гипотонии [1]. В некоторых случаях легкое или умеренное снижение АД даже желательно, так как облегчает проведение операции и уменьшает объем кровопотери. Степень выраженности гипотонии зависит от распространенности блокады. В среднем АД при РА снижается на 18-22%.

Таблица 2

Периоперационные осложнения у больных, оперированных под регионарной анестезией

Ошибки и осложнения	ЭА		СА		СЭА		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Боли в спине в области пункции	30	3,32	2	0,62	6	3,09	38	2,67
Пункция вены эпидурального пространства	3	0,33	–	–	1	0,52	4	0,28
Перфорация твердой мозговой оболочки при эпидуральной пункции	2	0,22	–	–	–	–	2	0,14
Системные проявления токсического действия МА	56	6,20	–	–	–	–	56	3,94
Тотальная спинальная блокада	1	0,11	–	–	–	–	1	0,07
Выраженная гипотония	39	4,32	14	4,31	3	1,55	56	3,94
Выраженная брадикардия	19	2,10	–	–	–	–	19	1,34
Постпункционные цефалгии	1	0,11	3	0,92	–	–	4	0,28
Синдром «конского хвоста»	16	1,77	7	2,15	1	0,52	24	1,69
Аллергические реакции	3	0,33	3	0,92	1	0,52	6	0,42
РДСВ	1	0,11	1	0,31	–	–	2	0,14
ТУР-синдром	1	0,11	–	–	1	0,52	2	0,14
Нарушения умственной деятельности в ближайшем п/о	3	0,33	2	0,62	–	–	5	0,35
Рвота в ближайшем п/о периоде	8	0,89	2	0,62	1	0,52	11	0,77
Послеоперационный парез кишечника	2	0,22	3	0,92	1	0,52	6	0,42
Обострение хронического бронх	9	1,00	6	1,85	2	1,03	19	1,34
Пневмония	1	0,11	1	0,31	–	–	2	0,14
Инфаркт миокарда	2	0,22	–	–	1	0,52	3	0,21
ДВС-синдром	1	0,11	–	–	–	–	1	0,07
Тяжелая септическая интоксикация	7	0,78	8	2,46	2	1,03	17	1,20
Печеночно-почечная недостаточность	4	0,44	2	0,62	1	0,52	7	0,49
Тромбоз глубоких вен нижних конечностей	1	0,11	–	–	–	–	1	0,07
Тромбоэмболия легочной арте.	–	–	1	0,31	–	–	1	0,07
Общая летальность	4	0,44	2	0,62	1	0,52	7	0,49

Таблица 3

Структура летальности у больных, оперированных под регионарной анестезией

Причина смерти	ЭА		СА		СЭА		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Тромбоэмболия легочной артерии	–	–	1	50,0	–	–	1	14,3
Септическая интоксикация	2	50,0	1	50,0	–	–	3	42,8
Инфаркт миокарда	–	–	–	–	1	100,0	1	14,3
ДВС-синдром	1	25,0	–	–	–	–	1	14,3
Печеночно-почечная недостат.	1	25,0	–	–	–	–	1	14,3
Всего	4	100,0	2	100,0	1	100,0	7	100,0

Чаще выраженная гипотония развивается при передозировках МА. Поэтому следует избегать превышения максимально допустимых дозировок МА и их концентраций. Чем распространеннее область РА, тем в большей степени отключаются симпатические волокна.

Прекращение симпатической иннервации сосудов приводит к их расширению и накоплению в них крови. Соответственно сокращается венозный возврат к сердцу и уменьшается сердечный выброс. Обычной компенсаторной реакцией при подобных состояниях служит увеличение частоты сердечных сокращений. Внезапная реактивная тахикардия возникает под воздействием усиливающего нерва сердца, который получает нервные волокна из симпатических сегментов T_3-T_5. Блокада верхних грудных нервов не только предупреждает внезапное увеличение сердечного ритма, но и активизирует блуждающий нерв, что приводит к замедлению сердечного ритма. В наших наблюдениях выраженная гипотония отмечалась приблизительно с одинаковой частотой при ЭА и СА, соответственно, в 4,32% и 4,31% случаев, в отличие от СЭА, при которой выраженная гипотония отмечалась только у 1,55% больных. На наш взгляд, сравнительно редкое развитие выраженной гипотонии при СЭА можно объяснить несколько меньшей, в сравнении со СА, дозой спинально вводимого МА.

Методики ЭА и СА влияют и на характер развития гипотонии. Так, если при СА гипотония развивается резко в течение первых минут после анестезии, то при ЭА развитие гипотонии носит плавный характер, а время, необходимое для этого, обычно составляет 5-15 минут. При этом у анестезиолога имеется возможность проводить ее коррекцию. Общепринятые методики профилактики гемодинамических осложнений РА – ускоренная инфузия [3, 4] и использование вазоконстрикторного действия адреномиметиков (мезатон, эфедрин).

Как видно из таблицы 2, выраженная брадикардия отмечалась только у тех больных, у которых проводилась ЭА (у 2,1% больных). Причиной выраженной брадикардии при ЭА является или ошибочное попадание МА в кровеносные сосуды, или же внутрисосудистая абсорбция больших доз МА из эпидурального пространства [1]. Другая причина брадикардии – это, как указывалось выше, блокада сердечных симпатических волокон (T_3-T_5), происходящей при тотальной спинальной анестезии или при чрезмерно высоком распространении верхнего уровня блока. Независимо от причины, брадикардия при РА устраняется внутривенным введением атропина (метацина) или эфедрина в соответствующих дозировках.

Сравнительно частое развитие гипотонии у геронтологических больных, в сравнении с лицами молодого возраста, обусловлено также возрастными анатомическими особенностями эпидурального пространства. Распространенный эпидуральный блок чаще всего бывает проявлением относительной передозировки с неверной оценкой сегментарной дозы раствора МА [2, 5]. Обычно он отмечается у лиц пожилого и старческого возрастов, так как для них характерно наличие сопутствующего атеросклероза, уменьшение абсолютного объема эпидурального пространства и затрудненность оттока из него из-за "заращения" межпозвонковых отверстий. Данное осложнение может проявиться клинической картиной, сходной с тотальной спинальной блокадой, но отличается более поздним сроком возникновения. Повышенная индивидуальная чувствительность к МА проявляется сонливостью, тошнотой, рвотой, мышечным тремором и др. При тяжелом течении бывают судороги, особенно мимической мускулатуры, сердечно-сосудистые нарушения, потеря сознания – подобно генерализованной реакции, наблюдаемой при внутрисосудистом введении МА, но с более поздним сроком возникновения.

При проведении СА, как правило, на фоне интенсивной инфузионной терапии используется периодическое введение малых доз сосудосуживающих препаратов. Поэтому, на результаты исследования влияет и время регистрации АД. Ввиду этого мы, под термином "выраженная гипотония" понимаем снижение показателей среднего АД более чем на 40% от исходных значений, определяемых в тот период анестезии, который, как минимум, на 5 минут отдален от последнего в/в введения дозы вазопрессора.

Одной из характерных особенностей РА являются постпункционные цефалгии. В наших наблюдениях постпункционные головные боли отмечались у 3-х больных после СА (0,92%) и 1-го больного после ЭА (0,11%). Патофизиологическая основа этого осложнения заключается в истечении большого объема спинномозговой жидкости (ликворрея), снижении давления ликвора (в том числе и в головном мозге) и тракции структур головного мозга [5,7,13,14]. Следует избегать больших потерь ликвора, так как это может служить причиной сильных головных болей в послеоперационном периоде. При ЭА головные боли всегда являются следствием нечаянной пункции твердой мозговой оболочки (как и в нашем случае).

При этом большой диаметр эпидуральной иглы способствует истечению значительного объема ликвора. Выявленная нами небольшая частота постпункционных цефалгий подтверждает данные литературы, указывающие на то, что постпункционные головные боли у пациентов пожилого и старческого возраста, в сравнении с молодыми людьми, наблюдаются значительно реже [8].

К отличительным признакам и симптомам постпункционных головных болей относятся их характер (постоянные, тупые, пульсирующие), локализация (область затылка, лба, вся голова), уменьшение их интенсивности в положении больного на спине, после приема анальгетиков, их усиление в положении больного сидя или стоя (постуральный характер) и сопутствующие изменения: нарушение ориентации в пространстве, шум в ушах, светобоязнь, скотомы. По обобщенным статистическим данным, частота их возникновения колеблется от 2,0 до 16,0% [2,5,6,7]. Имеется прямая зависимость частоты и интенсивности головных болей от величины перфоративного отверстия. Наиболее важным фактором признаётся диаметр спинальной иглы (используемой для СА и СЭА): чем больше диаметр, тем сильнее головные боли. Их частота значительно снижается, если при люмбальной пункции срез иглы располагается параллельно ходу продольных волокон твердой мозговой оболочки [2,7]. По данным некоторых авторов, использование спинальных игл карандашного типа ("pencil-point") диаметром 25G и меньше приводит к снижению частоты головных болей до 2-3% и болей в спине - до 1-2% [5,9,13]. Для профилактики головных болей рекомендуется использовать для пункции самые тонкие иглы, желательно со срезом типа pencil point, не допускать истечения больших количеств ликвора, использовать небольшие объемы МА [5].

Как видно из таблицы 2, неврологические проявления после РА в виде синдрома "cauda equina" у наших больных отмечались: при ЭА у 1,77%, СА – у 2,15% и СЭА – у 0,52% больных. Патогенетической причиной синдрома "конского хвоста" являются химические или травматические повреждения спинномозговых нервных волокон. Чаще всего они проявляются различной степени выраженности нарушений чувствительности, такие как ощущения жара, зуда, жжения, болей, спазмов, окоченелости, онемения, ощущаемых в различных отделах нижних конечностей. Указывают, что в происхождении "малых неврологических осложнений" имеет значение не только специфическая реакция нервных образований на воздействие раствора МА, нарушение кровообращения спинного мозга в результате гипотензии во время РА, возможное наличие химических загрязнителей в растворах МА (следы моющих средств), травматическое повреждение нервной ткани иглой или катетером, но и такие факторы, как хирургический стресс, оперативные разрезы, нефизиологическое положение больного на операционном столе, а также гиподинамия в ближайшем послеоперационном периоде [1]. Обычно вышеуказанные жалобы самопроизвольно исчезают в течение нескольких дней или недель после операции. Более серьезные неврологические осложнения возможны после травматических повреждений спинного мозга и его корешков, что выражается появлением парестезии, острой боли, сопровождающейся мышечными подергиваниями или резкими движениями нижних конечностей. Выраженность травмы и ее последствия возрастают, если МА вводится непосредственно в вещество мозга, либо в его корешок. При повреждениях спинномозговых нервов возможно развитие радикулитов с парестезиями или остаточных параличей с нарушениями функции тазовых органов [2,5]. Прямое повреждение нервных волокон спинного мозга возможно при спинальной пункции выше уровня L_1. Появление парестезии служит сигналом для прекращения манипуляции и необходимости изменения положения иглы, в противном случае введение раствора или катетера может вызвать на этом месте травму нервного корешка. В наших наблюдениях мы ни у одного больного не наблюдали развития серьезных неврологических осложнений.

В контексте проведения РА у урологических геронтологических больных большое значение имеет необходимость профилактического использования антикоагулянтов, проводимого с целью профилактики послеоперационных тромбоэмболических осложнений. Известно, что у больных, получающих антикоагулянты, часто возникают спонтанные субарахноидальные и эпидуральное геморрагии. Повреждение стенок сосудов при пункции усиливает кровотечение, особенно у больных с коагулопатией. Следовательно, больным с коагулопатией, а также больным, получающим лечебные дозы антикоагулянтов, с профилактической целью допустимо применение только малых доз препаратов

низкомолекулярных фракций гепарина (фраксипарин, клексан), введение которых начинают за 12 часов перед операцией и повторяют 1 раз в сутки [15].

По данным литературы, инфекция и химические реагенты представляют большую опасность развития бактериального или химического менингита или арахноидита [2,5]. Профилактика тяжелых неврологических осложнений (гнойные менингиты, эпидуриты) во многом зависит от соблюдения правил асептики и антисептики, так как несоблюдение этих правил может стать причиной серьезных неврологических осложнений, типа асептического менингита, спинномозговых и эпидуральных абсцессов. В наших наблюдениях мы ни у одного больного не наблюдали инфекционно-гнойных осложнений РА.

Как видно из таблицы 2, аллергические реакции при ЭА, СА и СЭА отмечались, соответственно, в 0,33%, 0,92% и 0,52% случаях. Известно, что аллергические свойства у МА аминоамидного ряда минимальны или отсутствуют совсем. Аминоэфирные препараты (новокаин, прокаин) могут вызывать аллергические реакции, однако частота их развития невелика. Чаще системные токсические реакции на МА истолковываются как аллергические [5]. Наиболее тяжелой формой возможных при РА аллергических реакций является анафилактический шок, однако развития такого осложнения мы не наблюдали.

В таблице 2 также указаны осложнения, которые не всегда связаны с применением методов РА. Так, касаясь рвоты в ближайшем послеоперационном периоде, следует отметить, что при РА тошнота и рвота у больных могут быть обусловлены гипотензией и неподавленной стимуляцией блуждающего нерва. При этом поддержание гемодинамики, блокада блуждающего нерва холинолитиками являются этиологически обоснованными мероприятиями при появлении этих осложнений. Следует отметить, что, как видно из таблицы 2, рвота и послеоперационный парез кишечника после РА отмечались крайне редко (менее 1% случаев). Также нехарактерными для РА являются осложнения со стороны системы дыхания: обострение хронического бронхита (1,0-1,85%) и пневмония (до 0,31%). Отмеченная относительная редкость осложнений со стороны дыхательной системы после операций под РА объясняется сохранением во время операции самостоятельного дыхания и нормальных рефлексов с гортани и голосовых связок, исключение раздражающего и токсического действия газонаркотической смеси на лёгочную паренхиму, сохранение естественной периодичности глубоких вдохов и эффективного кашлевого толчка. У больных, оперированных под РА, имеет значение и отсутствие характерной для общей анестезии постнаркозной депрессии дыхания, что предупреждает нарушение дренажной функции и развитие ателектазов, практически исключает возможность аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути, вероятность, которой у больных старше 60 лет значительно повышена вследствие недостаточности кардиального сфинктера и замедленной перистальтике кишечника.

Обращает на себя внимание и относительная редкость некоторых осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы: инфаркта миокарда (от 0% до 0,52% случаев) и тромбоэмболии легочной артерии (наблюдавшейся только у 1-го больного – 0,07%).

Анализ причин летальности геронтологических урологических больных, приведенный в таблице 3, также позволяет выявить несомненные достоинства РА. Общая смертность у геронтологических урологических больных, оперированных под РА, составила 0,49%. Основной причиной смерти (в 42,8% случаев) явилась септическая интоксикация. Другие причины смерти – тромбоэмболия легочной артерии, ДВС-синдром, печеночно-почечная недостаточность и инфаркт миокарда отмечались с одинаковой частотой (в 14,3% случаев). Ни у одного больного причина смерти не была непосредственно связана с методом РА, что указывает на высокую безопасность этих методов анестезии в плане возможности опасных для жизни осложнений. По данным литературы, в частности, при применении СА летальность составляет 0,05%, и, как отмечают авторы, опасность осложнений и летальность при этом методе анестезии не превышают таковых при эндотрахеальном наркозе [7,10]. Анализируя причины периоперационных осложнений можно прийти к выводу, что при РА, в отличие от методов общей анестезии с ИВЛ, при всех равных условиях существует достаточно четкая зависимость числа осложнений от тщательности соблюдения методологии РА. Для профилактики осложнений при проведении РА у геронтологических больных необходимо, прежде всего, дифференцированно подходить к отбору больных с ориентировкой на

рациональность именно этого способа обезболивания и на строгий учет противопоказаний к нему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джавад-заде М.Д., Гаджимурадов К.Н. Эпидуральная анестезия и анальгезия в урологии.- Баку: Военное издательство, 1999, 256 с.

2. Корячкин В.А., Страшнов В.И. Спинномозговая и эпидуральная анестезия.- СПб., 2000, 95 с.

3. Макаров О.В., Николаев Э.К. Малообъёмная волемическая поддержка во время спинальной анестезии у пожилых пациентов, кардиоваскулярные эффекты гипертонического солевого раствора //Актуальные вопр. интенсивной терапии, 1999, № 4, с.23-25

4. Полехин А.Е., Межин В.Ю., Фёдоров В. А. и др. Гипертонический солевой раствор как компонент волемической поддержки в условиях спинально-эпидуральной анестезии / Актуальные вопросы медицины. Сборник научно-практических работ по материалам муниципальной клинической б-цы № 1.- Новосибирск, 2000, Т.4, с.70

5. Радушкевич В.Л., Барташевич Б.И., Шаповалова Н.В., Караваев Ю.Н. Эпидуральная блокада в современной анестезиологии и интенсивной терапии. - Воронеж, 1999, 191 с.

6. Светлов В.А., Козлов С.П. Опасности и осложнения центральных сегментарных блокад: I. Эпидуральная анестезия (ретроспективный анализ) // Анестезиол. и реаниматология, 2000, №5, с.84-93

7. Светлов В.А., Козлов С.П., Ващинская Т.В., Саркисова Н.Г. Субарахноидальная анестезия – пределы возможностей // Анестезиология и реаниматология, 1999, № 5, с.38-44

8. Шифман Е.М. Сто лет головной боли / Клиническая физиология постпункционной головной боли.- Петрозаводск, 1999, с.38-41

9. Chretien A., Martin R., Frigon C., Tetrault J.P. // Onset of spinal block is more rapid with isobaric than hyperbaric bupivacaine // Can J Anaesth., 2000, v.47, p.43-46

10. Christensen P.H., Johnstad B. Serious neurological complications associated with spinal /epidural anesthesia // Tidsskr Nor Laegeforen., 1998, v.118, p.244-246

11. Hurford W.E., Bailin M.T., Davison J.K. et al. Clinical Anesthesia. Procedures of the Massachusetts General Hospital / пер. с англ.- 2001, с.268-290.

12. Mulroy M.F. Regional anesthesia. An Illustrated Procedural Guide / пер. с англ. М., Бином / Лаборатория знаний, 2003, с.12-23

13. Reina M.A., Lopez A., de Andres J.A. Hypothesis concerning the anatomical basis of cauda equina syndrome and transient nerve root irritation after spinal anesthesia // Rev. Esp. Anestesiol. Reanim., 1999, v.46, p.99-105

14. Rowley C., Jeyapalan I., Elton C.D. Postdural puncture headache after combined spinal-epidural analgesia and anesthesia // Br J Anaesth., 1998, v.81, p.658-659.

15. Yagi S., Hida K., Iwasaki Y. et al. Cervical epidural hematoma caused by cervical twisting after epidural anesthesia: a case report // No Shinkei Geka., 1998, v.26, p.627-632

SUMMARY

THE ANALYSES OF PERIOPERATION INCOMPETENCE ON GERONTOLOGY UROLOGY PATIENTS WHICH IMPLEMENTED REGIONAR ANESTHESIA

R.I. Nasirova

On 1422 gerontology urology patients which implemented regionar anesthesia (between 65-96 ages, 72,8% men, 27,2% women) were analyzed perioperation incompetence and on purpose of studying lethal condition. There were done different operations with epidural anesthesia (EA) on 903 patients and spinal anesthesia (SEA) on 194 patients with using urology operations. The results of research were showed that the hypotension (middle arterial tension was low than 40%) was observed. The general lethal was 0,49% on gerontology urology patients. The analyses of lethal structure was showed that gerontology urology patients which implemented regionar anesthesia the reason of death was the wide septic intoxication (42,8%). The other reason of death was tromboembolia of lungs, the syndrome of trombosis of blood in vessel.

Daxil olub: 03.09.2008

BAKI ƏHALİSİNİN TƏCİLİ VƏ TƏXİRƏSALINMAZ OTORİNOLARİNQOLOJİ TİBBİ YARDIMA MÜRACİƏTLƏRİNİN YAŞ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

N. M. Nüseynov, F. B. Ağayev, H. M. Rüstəmova
Ə.Əliyev adına Azərbacan Dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutu, Bakı

Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın əhalinin sağlamlığının qorunmasında xüsusi rolu var [4,6]. Bu yardımın sənədləşdirilməsi müxtəlif istiqamətdə aparılır və onlardan daha önəmlisi təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın ildən ilə ixtisaslaşması hesab olunur [5,6].. Ədəbiyyatda bir sıra ixtisaslaşdırılmış təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın (intensiv terapiya, kardiologiya, nevrologiya, pediatriya, toksikologiya, şok əleyhinə və sair) həcmi və təşkili barədə məlumatlər var [1,2,4,5]. Otorinolarinqoloji tibbi yardımın geniş yayılmasına baxmayaraq bu profili təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardıma tələbat praktik öyrənilmişdir. Bunu nəzərə alaraq Bakı şəhərində əhalinin təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardıma müraciətlərini araşdırmağı qarşımıza məqsəd qoyduq.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Tədqiqatın materialları kimi təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyalarına, ambulator – poliklinika və stasionar müəsisələrinə otorinolarinqoloji profil üzrə müraciətlər istifadə olunmuşdur. Tədqiqatın müşahidə vahidi təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardıma ectiyacı olan pasiyentdir. Müşahidə birbaşa metodla aparılmış, onun nəticələri keyfiyyət əlamətlərinin analizi metodu ilə statistik işlənmişdir [3]

Cədvəl 1
Təcili və təxirəsalınmaz otorinolarinqoloji tibbi yardım üçün müxtəlif tip müalicə profilaktika müəsisələrinə müraciətin əhalinn yaşından aslı dinamikası (%)

Yaş qrupları	Müraciətlər			hospitalaşdırılma
	təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardıma	poliklinika	stasionar	
0-4	25,00	1,04	1,95	0,32
5-9	32,49	1,10	6,22	1,79
10-14	38,95	2,64	7,76	1,85
15-19	24,88	3,45	7,92	1,30
20-24	23,46	8,44	6,07	0,92
25-29	29,13	9,97	6,52	0,85
30-34	20,04	8,77	6,02	0,73
35-39	29,92	5,8	5,61	0,76
40-44	36,12	6,68	6,37	0,79
45-49	49,72	9,74	6,55	1,07
50-54	51,93	8,86	7,35	1,23
55-59	44,34	8,22	8,61	1,51
60-64	46,36	9,66	9,78	1,88
65-69	47,71	4,75	7,35	1,00
70-yüksək	24,11	1,22	8,04	0,83
Bütün əhali	32,68	5,52	6,54	1,08

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Alınmış nəticələr 1- cədvəldə əks olunmuşdur. Otorinolarinqoloji yardım tələb edən xəstəliklər (əsasən otorinolarinqoloji orqanlara yad cisimlərin düşməsi, burun qanaxmaları, qulağın və udlağın kəskin ilthabı xəstəlikləri, otorinolarinqoloji orqanların travmaları və sair) ilə bağlı təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyalarına müraciətlərinin ümumi səviyyəsi 32,68 % olmuşdur. Bu göstəricinin səviyyəsi əhalinin ayrı – ayrı yaş qruplarında 20,04 -51,93% arasında tərəddüd edir , onun aşağı səviyyəsi 30-34, yuxarı səviyyəsi isə 50-54 yaş intervallarında müşahidə olunur. Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyalarına müraciətlərin ayrı-ayrı yaş qrupları üzrə səviyyəsi 0-14 yaşın intervalında artmağa, 15-39 yaş intervalın-da azalmaqla nisbi

stabilləşməyə, 40-54 yaş intervalında təkrarən artmağa, 50-69 yaş intervalında təkrarı azalmaqla stabilləşməyə meyillidir. Bu göstəricinin yaş dinamikasını dəqiqləşdirmək üçün cədvəldə verilən məlumatlar əsasında hamarlama (sürüşkən orta kəmiyyətlə) tədbiq edilmiş və ayırd etdiyiniz yaş qrupları üzrə (0-4 dən başlayaraq hər 5 illik intervallarda) aşağıdakı nəticələr alınmışdır: 28,75; 35,72; 31,92; 24,17; 26,30; 24,59; 24,98; 33,02; 42,92; 50,83; 48,14; 45,35; 47,04%. Göründüyü kimi göstəricinin səviyyəsinin dinamikasında üç variant dəyişiklik: uşaq yaşlarında orta səviyyədə nisbi stabillik ,15-39 yaşlarda aşağı səviyyədə stabillik, 40 yaşdan sonra isə yüksək səviyyədə stabillik müşahidə olunur.

Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım tələb edən xəstəliklərlə bağlı poliklinikalara müraciətlərinin bütün əhali üçün orta səviyyəsi 5,52% təşkil etmişdir. Bu göstəricinin də səviyyəsi yaşla bağlı dəyişir, onun ən aşağı səviyyəsi 0-4 yaşlı uşaqlar , ən yuxarı səviyyəsi isə 25-29 yaşlı insanlar arasında qeyd olunur . Poliklinikaya müraciətlər 0- 29 yaş intervalında dinamika artır, 20-64 yaş intervalında nisbi stabil qalır, 65 yaşdan sonra isə dinamika azalır. Hamarlamanın nəticələri: (1,07; 1,87; 3,05; 5,95; 9,21; 9,37; 7,29; 6,24; 8,21; 8,54; 8,94; 7,21; 2,99; %) qeyd olunan dinamikanı təsdiq edir.

Təcili və təxirəsalınmaz otorinolarinqoloji yardımla bağlı xəstəxanaya gətirilmiş pasiyentlərin sayı hər 1000 əhaliyə görə 6,54 təşkil etmişdir. 0-4 yaş intervalı istisna olmaqla digər yaş qruplarında göstəricinin səviyyəsi praktik stabil olmuşdur.

Bütün tibb müəsisələri üzrə təcili və təxirəsalınmaz otorinolarinqoloji tibbi yardım üçün müraciətlərin səviyyəsi 2-ci cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi faktiki göstəricinin səviyyəsi yaşla vağlı əsəasən xaotik dəyişir, amma müəyyən qanuna uyğunluq izləmək mümkündür; 0-14 və 30-54 yaşlarda müraciətlərinin dinamik artması. Faktiki göstəricilərinin iki variantda hamarlanması tətbiq edilmişdir. Birinci variantda iki ardıcıl, ikinci variantda isə üç ardıcıl yaş intervalları üzrə göstəricilərinin orta kəmiyyətləri hesablanmışdır. Həmin nəticələri cədvəl 2-də əks olunmuşdur.

Cədvəl 2

Təcili və təxirəsalınmaz otorinolarinqoloji tibbi yardım üçün müraciətlərin yaş dinamikası (%)

Yaş qrupları	Ümumi müraciətlərin səviyyəsi (%)	I-variant hamarlanmış müraciətlərin səviyyəsi (%)	I I-variant hamarlanmış müraciətlərin səviyyəsi (%)
0-4	27,99	-----	-----
5-9	39,81	33,90	39,05
10-14	49,35	44,58	41,80
15-19	36,25	42,80	41,19
20-24	37,97	37,11	39,95
25-29	45,62	41,80	39,95
30-34	34,83	40,23	40,59
35-39	41,33	38,08	41,78
40-44	49,17	45,25	52,17
45-49	66,01	57,59	61,11
50-54	68,14	67,08	65,11
55-59	61,17	64,66	65,04
60-64	65,8	63,49	62,26
65-69	59,81	62,81	52,99
70 və yüxarı	33,37	------	-------

I-ci variant hamarlama göstərir, ki 10-44 yaşlarda müraciətlərin sayı orta səviyyədə nisbi stabil olmuşdur. II –variant hamarlama 45 yaşa qədər göstəricinin orta səviyyədə , 45 yaşdan sonra yüksək səviyyədə stabil olmasını sübut edir. Beləliklə, əhalinin Təcili və təxirəsalınmaz otorinolarinqoloji tibbi yardım üçün müraciətləri yaşdan aslı müəyyən qanunauğunluqla dəyişir. Təcili hospitallaşma tələb edən otorinolarinqoloji xəstələiklərin

səviyyəsinin əhalinin yaşı ilə bağlı dinamikasınını 1- ci cədvəldə verilən informasiyadan işləmək olur. Orta hesabla hər 1000 nəfərə görə 1,08 hospitallaşma hadisəsi qeyd alınır. Ayrı –ayrı yaş qrupları üzrə göstərici 0,32-1,88% intervalında dəyişir . Şərti təsnifat aparmaqla hospitallaşma səviyyəsini dörd varianti (aşağı səviyyə 0,32-0,78 %; 0,79-1,18% -orta səviyyə; 1,19-1,57% yüksək səviyyə və 1,58% -dən çox –ən yüksək səviyyə) ayırd edilmişdir. Bu təsnifata müvafiq aşağı səviyə 0-4; 30-34; 35-39 yaş intervalları üçün səciyəlidir. Göstəricinin ən yüksək səviyyəsi : 5-9; 10-14;
60-64; yaş intervallarında qeyd olunur . Onun orta səviyyəsi: 5-9; 20-24; 25-29; 40-44; 45-49;65 və yuxarı yaşlarda müşaidə olunur. Yüksək səviyəli göstərici : 15-19; 50-54; 55-59; yaş intervallarında alınmışdır. Beləliklə yuxarıda qeyd olunan əhalinin yaşı ilə bağlı təcili və təxirəsalınmaz otorinolarinqoloji tibbi yardıma tələbatının dəyişməsi hospitallaşma hadisələrində də özünü biruzə verir. Otorinolarinqoloji xidmətin təşkili üçün həmin qanuna uyğunluqların nəzərə alınması vacibdir.

NƏTİCƏLƏR: 1.Əhalinin təcili və təxirəsalınmaz otorinolarinqoloji tibbi yardımla bağlı müraciətlərin səviyyəsi 44,74% təşkil edir (müvafiq olaraq 32,68% təcili yardım stansionarlarına, 55,52% ambulator– poliklinika müəsisələrinə və 6,54% - xəstəxanalara). Hospitallaşmaya ehtiyacı olan hadisələrin tezliyi – 1,08%-dir; 2. Təcili və təxirəsalınmaz otorinolarinqoloji tibbi yardımla bağlı müraciətlərin tezliyi əhalinin yaşından aslıdır, əsəasən xaotik dəyişir, amma müəyyən qanunauyğunluq mövcuddur (uşaq yaşlarında- orta , 15-39 yaşlarda- aşağı , 40 yaşdan sonra- yüksək səviyyədə stabillik). Riyazi hamarlaşma metodu ilə bu qanunauyğunluğu dəqiqləşdirmək olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Агаларова Л.С. Обьем и характер амбулаторно - поликлинической помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами городскому населению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007, №1 , с. 26-29

2. Слепых Н.И., Лебедев И.В. Причины поздней госпитализации больных с острым заболеванием органов брюшной полости. // Здравоохранение Российской Федерации, 2001, №1, с. 27-28

3. Стептон Г. Медико-биологическая статистика. - М., 1994, 459 с.

4. Ширяева А.С. Медико- социальные проблемы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в условиях крупного города: Автореферат дис.... канд мед. наук.- М, 1996, 20 с.

5. Щепин В.О., Ларионов Ю.К., Пономарева И.В. К вопросу о совершенствовании высокоспециализированной экстренной медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007, № 4, с. 38-40

6. Цымбал Д.Е. Сивнарев М. Киричок И.В. Пути совершенствования и критерии эффективности оказания экстренной –медицинской помощи поврежденным в саратовской области // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины, 2006, № 3 , с. 43-46

SUMMARY

AGE-RELATED CHARACTERISTIC OF FAST AND URGENT OTORHINOLARYNGOLOGICAL MEDICAL AID APPEALABILITY OF THE POPULATION OF CITY BAKU

N.M.Guseynov, F.B.Agayev, G.M.Rustamova

It is investigated fast and urgent otorhinolaryngological aid appealability of the population in out-patient - polyclinic and stationary establishments. It is established, that general frequency of appealability makes - 44,74 %, including under clauses of fast and urgent medical aid - 32,68 %, on polyclinics - 5,52 % and on hospitals— 6,54 %. Frequency of hospitalization makes 1,08 %. Age-related characteristic of frequency of appealability are revealed and regularity are disclose : average level - for the children's population; a low level - for persons in the age of 15-39 years; the high level - for the population is more older than 40 years.

Daxil olub: 25.08.2008

СПОНТАННАЯ ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ КРЫС КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ ЦНС

М.С. Исмаилова
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

В последние десятилетия, в связи с достижениями новейших медицинских технологий (экстракорпоральное оплодотворение, пролонгирование патологической беременности, реанимация новорожденных), особую актуальность проблема перинатальной патологии нервной системы. Одна из главных причин поражений ЦНС плода новорожденного разной степени выраженности является гипохромная анемия беременных.

Анемия у беременных не менее чем в 90 % случаев – это железодефицитная (ЖДА). Другие формы малокровия встречаются гораздо реже, с той же частотой, что и в популяции среди небеременных женщин. ЖДА – одно из наиболее частых экстрагенитальных заболеваний у беременных, при котором снижено содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. В результате нарушается образование гемоглобина, возникает гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях. Актуальность изучения влияния анемии матери на состояние плода и потомства выражается в акушерско-гинекологической и медико-социальной проблеме, поскольку нарушения во время беременности – основная причина детской смертности и снижения рождаемости, особенно в Азербайджане в регионах, требующих наиболее быстрого прироста населения и сохранения его здоровья.

Возможность антенатальной фармакологической защиты от нарушений ЦНС плода впервые была доказана исследованиями В.Д.Аллахвердиева (1983), а в дальнейшем исследованиями М.Н.Алиева и сотрудников (1986-1990) при экспериментально моделируемых у беременных крыс патологических состояниях (влияния сыворотки больных шизофренией, алкоголя, иммунологических нарушений). Это создало предпосылки для разработки экспериментальной антенатальной фармакотерапии нарушений развития ЦНС при гипоксии, вызываемой гипохромной анемии.

В этой связи, целью настоящего исследования был выбор модели гипохромной анемии с возможностью дальнейшего воспроизведения беременности и обследования потомства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследование было выполнено на 9 белых беспородных крысах самках массой 140-210 г и 26 полученных от них крысятах.

Поставлены 3 серии экспериментов: I – контрольная 2 беременные крысы, потомство 14 крысят; II – 5 крыс, у которых модель гипохромной анемии получали методом хронических кровопусканий; III – 2 беременные крысы, со спонтанной гипохромонной анемией, потомство 12 крысят. Хронические кровопускания осуществляли через день в течении 12 дней путем надреза хвостовой вены хвоста и забором от 1,7 до 2,1 мл крови.

Воспроизведение беременности, определение времени ее наступления тестирование крысят на 5 день и 10 день жизни производили согласно общепринятым методам.

На 20 день беременности крыс рассаживали в индивидуальные клетки. Животные I и III серии родили на 22 день беременности.

Для изучения влияния гипохромной анемии беременных крыс на постнатальное развитие потомства:

На 5 день жизни у крысят определяли массу тела; с помощью тестов удержания на горизонтальной веревочке и переворачивания на плоскости у них исследовали мышечную силу и координацию движений; определяли направленность первичных ротаций сразу после размещения крысят в открытом поле. На 10 день жизни определяли массу тела, подсчитывали количество пересеченных квадратов и реакцию избегания края. С пространственной ориентации. Все указанные исследования проводили в первой половине дня при t=20-22 С и естественном овещении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. При хронических кропусканиях содержание гемоглобина у подопытных животных снижалось со 141+9 г/л до 108+15 г/л на 12 день исследования. Однако ни у одного животного этой серии в последующие три неделе воспроизвести беременность не удалось. Подобное нарушение репродуктивной функции может

быть связано с хроническим стрессированием животных, вызываемыми кровопусканиями. Воспроизведение беременности в сроки больше чем 3 недели, не отвечало целям настоящего исследования, т.к. гипохромная анемия имела обратное развитие. Во II серии были исследованы самки, у которых была выявлена исходная гипохромная анемия (содержание гемоглобина 99,5 г/л при 155 г/л в норме) при исследовании содержания гемоглобина в популяции интактных животных. Установлено, что гипохромная анемия вызывала нарушение внутриутробного развития потомства, тестируемого на 5 и 10 день жизни крысят. Отношение количества самцов к самкам среди потомства крыс I и III серии было одинаковыми и составляло соответственно 8/6 и 7/5. масса 5 дневных крысят, рожденных самками с гипохромной анемией была снижена и составила в среднем 6,1 г при 8,2 г в контроле. Отставание массы тела имело месту у этих крысят и на 10 день жизни, 8,2 г при 11,9 г крысят I серии.

У большинства 5 дневных крысят III серии отсутствовала способность удерживаться на горизонтальной веревочка или значительно снижалось время удержания, что в среднем составило 0,54 с, при 6,1 с у крысят I серии.

У «гипохромных» крысят на 5 день имело место латерализация поведения. Если в контроле все потомства (100 %) демонстрировали симметричное поведение, то у крысят III серии симметричное поведение имело место в 25 %, правостороннее в 34 % и левостороннее в 41 % случаев. У «гипохромного» потомства укорачивалось время восстановления исходной позы при переворачивании на спину до 1,4 С по сравнения с 2,6 с у крысят I серии.

Тестирование поведенческих реакции у крысят на 10 день жизни позволило установить снижение двигательной активности у «гипохромных» по сравнению с интактными: количество пересеченных квадратов составило соответственно 4,1 и 9,4 если у всех 14 крысят I серии реакция избегания края была положительной (100 %), то у 66 % крысят III серии отрицательной, а у 34 % слабовыраженной. Таким образом, гипохромная анемия у беременных животных изменяла антенатальный онтогенез потомства крыс. При отсутствии явлений эмбритоксичности наблюдалось нарушение развития отдельных функций ЦНС независимо от пола потомства.

Известно, что гипоксические состояния беременных в клинике приводят к рождению детей с малым весом и подобное отставание массы тела, как правило имеет место и в раннем постнатальном онтогенезе [4]. Полученные в настоящем исследовании результаты полностью согласуются с этими данными. Недостаточное созревание в этих условиям нервной и мышечной систем, является причиной снижения мышечной силы и двигательной активности «гипохромных» крысят. Известно, что некоторые патологические процессы в ЦНС или прямо связаны с дисфункцией одного из полушарий, или имеют отношение к характеру межполушарной ассиметрии, отличной от нормы. В этой связи латерализация поведения у потомства крыс являются отражением нейротоксического эффекта гипоксии. Подобный эффект составляет основу дисфункции и дисрегуляции созревания ЦНС у крысят, рожденных от самок с гипохромной анемией. Такое предположение подтверждает и нарушение пространственной ориентацией у «гипохромного» потомства, для которой интегрированная работа обоих полушарий является абсолютно необходимой. Известно, что дети рожденные дефицитом функционального развития ЦНС демонстрируют гиперрефлексию [4]. В этой связи, можно полагать, что укорачивание времени восстановления исходная позы при переворачивании на спину у «гипохромных» крысят является отражением подобных процессов.

В целом, полученные результаты позволяют считать, что спонтанная гипохромная анемия, встречающаяся в популяции интактных белых лабораторных крыс может служить экспериментальной моделью для исследования антенатального и постнатального онтогенеза и разработки способов антенатальной фармакотерапии подобных состояний. Это имеет важное теоретическое и практическое значение. Вместе с тем экспериментальная модель гипохромной анемии вызванной хроническими кровопусканиями не является адекватной целям подобных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.М., Аллахвердиев В.Д., Чобанов Н.Г.и др / Сборник науч. трудов: 60 лет АМИ им. Н.Нариманова.- Баку, 1990, с. 41-44

2. Алиев М.Н., Аллахвердиев В.Д. / Тезисы докладов III съезда фармацевтов Азербайджана.-Баку, 1988, с. 187-189
3. Аллахвердиев В.Д., Алиев М.Н. // Бюлл. Эксперт. Биол. и медицины, 1986, № 8, с. 150-153
4. Владимирова Е.Ю., Гусейнов Р.Г. / НИИ акушерства и гинекологии / Тез докладов.-Баку, 1986

SUMMARY

SPONTANEOUS HUPOCHROM ANEMY MICE AS EXPERIMENTAL MODEL OF ANTINATAL THERAPY DISTURBANCE OF CNS

M.S. Ismailova

There were 9 white mice with 140-120 g. mass and 26 there chlidren. The tests of behaovoral reaction the mice on 10th day allowed to determine the reducing of muvement activity on hupochrom on compared of 14 mice from I section. So that hupochrom anemy on pregnancy animal chaged the antinatal onthogenez of mice' children.

Daxil olub: 23.08.2008

ИММУННЫЕ ФУНКЦИИ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

К.Б. Шахбазов
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Инсулинзависимый сахарный диабет (ИЗСД) относится к заболеваниям, сопровождающимся нарушениями иммунореактивности и является фактором риска развития и неблагоприятного течения воспалительных заболеваний пародонта [3,4,5]. Известно также, что воспалительные заболевания пародонта возникают чаще и протекают менее благоприятно у лиц с изначальными дефектами иммунной системы. Поэтому, изучение спектра воздействия ИЗСД на иммунные функции пародонта имеет определенное значе-ние, так как без устранения последствий подобного воздействия лечение воспалительных заболеваний пародонта практически обречено на неудачу [1,4,6,7,8].

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования явилось изучение иммунных функций пародонта у больных ИЗСД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Работу проводили на базах кафедры терапевтической стоматологии АМУ, Республиканского и городского эндокриноло-гических диспансеров. Для исследования были отобраны 296 больных в возрасте от 15 до 72 лет с различными воспалительными заболеваниями пародонта. У всех больных собирали общестоматологический анамнез и проводили тщательный осмотр полости рта, при котором учитывали состояние слизистой оболочки щек, губ и языка, состояние десневого края, наличие свищей, абсцессов, наддесневых и поддесневых зубных отложений. Воспалительные явления в десне оценивали по гиперемии, отечности, кровоточивости, расшатанности зубов и наличия пародонтальных карманов.

Все больные были разделены на три группы. Первую группу (n=92) составили пациенты, длительно болеющие ИЗСД и находящиеся на инсулинотерапии. Вторую группу (n=87) составили больные с первичным ИЗСД, выявленном на стоматологи-ческом приеме. Третью группу составили больные, не имеющие ИЗСД, из которых 74 пациента страдали воспалительными заболеваниями пародонта, а 43 человека не имели данной патологии.

Для характеристики состояния местного иммунитета полости рта использовали методы по определению лизоцима [4] и секреторного иммуноглобулина класса А (sIgA) [2]. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью критерия Стьюдента и критерия χ^2.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Проведенные нами исследования по определению активности лизоцима в ротовой жидкости различных групп пациентов дали следующие результаты (Таблица 1).

Таблица 1

Данные по активности лизоцима ротовой жидкости в разных группах пациентов

Уровни активности лизоцима	Частота активности лизоцима в разных группах пациентов									
	1-я группа n=92		2-я группа n=87		3-я группа с ВЗП n=74		3-я группа без ВЗП n=43		Всего n=296	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
> 70%	4	4,3±2,1	16	18,4±4,2	30	40,5±5,7	9	20,6±6,3	59	19,9±2,3
61-70%	9	9,8±3,1	16	18,4±4,2	16	21,6±4,8	26	60,5±7,5	67	22,6±2,4
51-60%	16	17,4±4,0	30	34,5±5,1	12	16,2±4,3	6	14,0±5,4	64	21,6±2,4
41-50%	35	38,0±5,1	12	13,7±3,7	10	13,5±4,0	2	4,7±3,3	59	19,9±2,3
31-40%	20	21,7±4,3	9	10,3±3,3	4	5,4±2,6	-	-	33	11,2±1,8
≤ 30%	8	8,7±3,0	4	4,6±2,3	2	2,7±1,8	-	-	14	4,7±1,2

Результаты обследования третьей группы пациентов, не имеющих воспалительных заболеваний пародонта, были приняты нами за нормативные данные. При этом за норму показателя активности лизоцима следует считать уровнь 61-70%, так как он наблюдается у большинства пациентов – 60,5±7,5%. Одновременно с этим следует отметить, что определенной группе взрослого населения свойственны иммунодефицитные состояния. Так, в данной группе пациентов активность лизоцима в пределах 51-60% наблюдалась в 14,0±5,4% случаев (χ^2=2,17; p>0,05), в пределах 41-50% в 4,7±3,3% случаев (χ^2=2,21; p>0,05). В этой же группе у больных с воспалительными заболеваниями пародонта были представлены и более низкие уровни активности лизоцима, свидетельствующие о сбоях в иммунной системе. Нормальный уровень активности 61-70%, составляющий 21,6±4,8% случаев (χ^2=6,18; p<0,02) последовательно снижается и достигает 2,7±1,8% случаев активности лизоцима менее 30% (χ^2=12,40; p<0,01).

Во второй группе пациентов с начальными, латентными стадиями ИЗСД в 18,4±4,2% случаев наблюдается повышенная (более 70%) активность лизоцима, и в стольких же случаях она находится в пределах установленной нами нормы (61-70%). Данный факт можно связать с тем, что у 19 из 87 пациентов этой группы (21,8±4,5%) имелись ранние, начальные стадии воспалительных заболеваний пародонта. У большинства пациентов этой группы активность лизоцима оказалась несколько сниженной и находилась на уровне 51-60% - 34,5±5,1% случаев (χ^2=5,79; p<0,02). Частота более низких уровней активности лизоцима последовательно снижалась и в 4,6±2,3% случаев (χ^2=24,71; p<0,01) была чрезвычайно низкой (менее 30%).

В первой группе пациентов с развернутой, длительно протекающей клинической формой ИЗСД активность лизоцима была особенно подавлена. Среди пациентов преобладал уровень активности лизоцима в пределах 41-50% - 38,0±5,1% случаев, достаточно частым был уровень в пределах 31-40% - 21,7±4,3% случаев (χ^2=5,84; p<0,02), а также уровень менее 30% - 8,7±3,0% случаев (χ^2=6,07; p<0,02).

С целью более наглядного выявления влияния активности лизоцима на дифференциацию основных нозоформ воспалительных заболеваний пародонта – гингивита и пародонтита, и формирования особенностей их клинического течения, были расчитаны средние арифметические взвешенные значения для данного маркера иммунной системы. Легкие формы гингивита в первой и второй группах пациентов соответствуют выявленным нормальным уровням активности лизоцима – соответственно 63,6±1,9 и 65,7±1,8% (p>0,05). В третьей группе пациентов активность лизоцима превышает выделенные нормативы и составляет в среднем 84,3±2,1% (p<0,001). Такой же уровень в этой группе сохраняется и при средней и тяжелой формах гингивита - 85,7±2,6% (p>0,05) и 81,3±2,2% (p>0,05). Во второй группе пациентов уровень лизоцима при средней форме гингивита снижается до 61,4±1,6% (p<0,001) а при тяжелой форме – до 54,3±1,5% (p<0,001). В первой группе пациентов уровень лизоцима при средней форме гингивита составляет 54,5±1,8% (p<0,001), а при тяжелой форме -

42,0±1,4% (p<0,001).

Таким образом, средние показатели активности лизоцима при гингивите по группам в целом показывают, что при ИЗСД происходит угнетение иммунной функции полости рта. При этом, если в третьей группе пациентов средний показатель активности лизоцима составляет 83,4±2,3%, то во второй группе он снижается до 59,4±1,6% (p<0,001), а в первой группе - до 53,2±1,2% (p<0,01).

Более ощутимые изменения в показателях наблюдаются при пародонтите. При его легкой форме активность лизоцима находится в пределах средней нормы - 78,7±2,5%, при средней форме она снижается до 63,3±2,2% (p<0,001), а при тяжелой форме - до 52,4±2,4% (p<0,001). Расчеты средних показателей для нозоформ в целом показывают, что если при гингивите в третьей группе пациентов активность лизоцима находится в пределах нормы - 83,4±2,3%, то при пародонтите она уже снижается до 66,5±2,1% (p<0,001). Во второй группе пациентов при пародонтите активность лизоцима снижается в среднем до 47,3±1,6% (p<0,001), в первой группе - до 39,5±1,4% (p<0,001).

Далее нами было изучено содержание секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в ротовой жидкости у различных групп пациентов. Определение уровня sIgA в ротовой жидкости показало его неоднозначность в наблюдаемых группах больных (Таблица 2).

Как видно из полученных результатов, наиболее благоприятная ситуация с показателями содержания sIgA в ротовой жидкости наблюдается в третьей группе пациентов при отсутствии воспалительных заболеваний пародонта. У значительной части больных этот показатель превышал 50 г/л, то есть был в норме у 76,7±6,5% пациентов. В тоже время обращает на себя внимание наличие в этой группе, считающейся здоровой в иммунном отношении, предвестников будущих инфекционно-воспалительных процессов в организме, в том числе и в пародонте. Свидетельством этого является то, что у 16,3±5,7% пациентов содержание sIgA было низким, в пределах 30-50г/л (χ^2=31,60; p<0,02), а у 7,0±3,9% пациентов – ниже 30 г/л (χ^2=1,87; p>0,05).

Таблица 2

Данные по содержанию иммуноглобулина sIgA в ротовой жидкости в разных группах пациентов

Группы пациентов	Нозоформы ВЗП	Число пациен.	Частота содержания sIgA					
			< 30 г/л		30-50 г/л		>50 г/л	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я группа	Гингивит	38	12	31,6±7,6	18	47,4±8,2	8	21,1±6,7
	Пародонтит	54	32	59,3±6,7	19	35,2±6,6	3	5,6±3,2
	Всего	92	44	47,8±5,2	37	40,2±5,1	11	12,0±3,4
2-я группа	Гингивит	42	5	11,9±5,1	18	42,9±7,7	19	45,2±7,8
	Пародонтит	45	9	20,0±6,0	22	48,9±7,5	14	31,1±7,0
	Всего	87	14	16,1±4,0	40	46,0±5,4	33	37,9±5,2
3-я группа с ВЗП	Гингивит	43	6	14,0±5,4	17	39,5±7,5	20	46,5±7,7
	Пародонтит	31	6	19,4±7,2	16	51,6±9,1	9	29,0±8,3
	Всего	74	12	16,2±4,3	33	44,6±5,8	29	39,2±5,7
3-я группа без ВЗП	Всего	43	3	7,0±3,9	7	16,3±5,7	33	76,7±6,5
	Итого	296	73	24,7±2,5	117	39,5±2,8	106	35,8±2,8

В третьей группе пациентов с воспалительным заболеванием пародонта заметно уменьшается число случаев с нормальным содержанием sIgA (>50 г/л) – 39,2±5,7% (χ^2=15,40; p<0,01) и одновременно возрастают случаи с низким содержанием sIgA (30-50 г/л) – 44,6±5,8% (χ^2=0,44; p>0,05). В этой же группе заметно повышается и число случаев с очень низким содержанием sIgA (<30 г/л) – 16,2±4,3% (χ^2=14,08; p<0,01).

Во второй группе больных также наблюдались низкие показатели sIgA, в частности при пародонтите, что было идентично данным, полученным в третьей группе пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. Наиболее неблагоприятная ситуация с

показателями содержания sIgA наблюдалась в первой группе пациентов. В этой группе отмечалось незначительное число случаев с нормальным содержанием sIgA – 12,0±3,4% (χ^2=16,63; p<0,01). Число случаев с низким содержанием sIgA было почти таким же, как во второй и третьей группах пациентов, и составило 40,2±5,1% (χ^2=1,23; p>0,05). В этой группе превалировали случаи с очень низким содержанием sIgA - 47,8±5,2% (χ^2=18,33; p<0,01). В первой группе пациентов также наблюдалась четкая дифференциация уровней содержания sIgA. В частности, низкий уровень sIgA наиболее часто отмечался при гингивите, чем при пародонтите – соответственно 47,4±8,2% и 35,2±6,6% случаев (χ^2=1,38; p>0,05). В то же время очень низкий уровень sIgA превалировал при пародонтите, по сравнению с гингивитом - 59,3±6,7% и 31,6±7,6% случаев (χ^2=6,89; p<0,01) соответственно.

Отягчающее действие ИЗСД на иммунную функцию пародонта начинает проявляться при поэтапном развертывании клинической картины заболевания, когда, как показали наши исследования, уровень сахара в крови повышается и приобретает стойкий характер. Поэтому среди больных с ИЗСД выявлен наиболее низкий уровень содержания sIgA – в среднем 30,8±2,12 г/л (p<0,01). При этом разница в показателях при гингивите и пародонтите приобретает наибольшее значение - 37,9±1,3 г/л и 25,7±1,4 г/л (p<0,001) соответственно.

Таким образом, полученные нами результаты объясняют причину высокой заболеваемости воспалительными заболеваниями пародонта среди больных ИЗСД, преобладание у них пародонтита с тяжелым, продолжительным и рецидивирующим характером течения, по сравнению с гингивитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ибрагимова Т.И. Стоматологическая реабилитация больных при нарушениях метаболизма и регионарного кровотока, обусловленных соматическими заболеваниями // Рос.стом.ж., 2002, №1, с.12-14

2. Левин М.Я., Орехова Л.Ю., Антонова Н.Н., Софронов Б.Н. Иммунологические показатели слюны и крови при воспалительных заболеваниях тканей пародонта // Пародонтолог., 1999, № 2, с. 10-13

3. Орехова Л.Ю., Левин М.Я., Антонова Н.Н. Системный анализ местного иммунитета у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта при проведении профессиональной гигиены полости рта / Тр. 6-го съезда Стом. Асс. России.- М., 2000, с. 237-239

4. Орехова Л.Ю., Левин М.Я., Оганян Э.С. Динамика иммунологических показателей ротовой полости при лечении воспалительных заболеваний пародонта у больных инсулинзависимым сахарным диабетом // Стоматол., 2002, №1, с.42-46

5. Gotlsegen R. Diabetes and periodontal disease. // J. Periodontol., 1999, p. 161-163

6. Schmidt A.M., Weidman E., Lalla E. et.al. Advanced glucation and products (AGEs) induce oxidant stress in the gingival: a potential mechanism underlying accelerated periodontal disease associated with diabetes // Journal of Periodontal Research. 1996, v.31, p. 508-515

7. Straka M. Parodontitis and osteoporosis // Progresdent. 2001, N 2, p. 6-8

8. Westfelt C., Rylander H., Blohme G., Jonasson P., Lindhe J. The effect of periodontal therapy in diabetics. Results after 5 years // J.Clin.Periodontol, 1996, 23, p. 92-100

SUMMARY

IMMUNE FUNCTIONS OF PARODONTIUM IN PATIENTS WITH INSULIN DEPENDENT DIABETES

K.B. Shahbazov

296 patients have been examined higher than 15 years old. The received results reflect fact, that at insulin dependent diabetes (IDD) suppression of immune system of an oral cavity takes place, that influences on activity of lysozyme in a saliva, is especial at patients with deployed, is lingering, proceeding clinical form of IDD. In addition to that, easing of immune function of parodontitis, visualized by retrogression in a level of sIgA in an oral liquid of examined patients, results in increase of desease by inflammatory diseases of parodontium.

The results received by us explain the reason of high morbidity with inflammatory diseases of parodontium among patients with IDD, prevalence at them by parodontitis with heavy, prolonged and recurrent character of disease course, in comparison with gingivitis.

Daxil olub:01.08.2008

ЗОЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА (ЗОМЕТА) В ЛЕЧЕНИИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.Н. Мусаев, А.Х. Керимов, А.М.Ализаде
Национальный центр онкологии, г. Баку

В структуре онкологической заболеваемости на долю рака предстательной железы (РПЖ) по данным различных авторов приходиться от 9 до 10,2%. Минимальная доля РПЖ среди стран СНГ приходится на долю Туркмении, Таджикистана и Азербайджана, что составляет соответственно 1,2, 1,9, 2,3% от всех злокачественных новообразований у мужчин [2,4]. В Азербайджане 80% больных диагностируется на более поздних стадиях заболевания.

Несмотря на совершенствование методов диагностики и внедрение программ, направленных на активное выявление РПЖ на ранних стадиях, количество больных с запущенными формами заболевания остается высоким. Около 60% больных РПЖ ко времени установления диагноза уже имеют генерализованный процесс, который проявляется наличием отдаленных метастазов. Частота метастазирования в кости по данным различных авторов составляет 50% [3,5,7].

Основное место в лечении диссеминированного РПЖ принадлежит гормональной терапии. Хроническая андрогенная супрессия может вызывать снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ), тем самым, потенцируя риск возникновения патологических переломов (ПП) у данной категории больных [4,8,9]. Количество костных метастазов (КМ) является прогностическим фактором [6,11]. Частота патологически переломов костей у мужчин, страдающих РПЖ, имеет обратную связь с общей выживаемостью, независимо от наличия других прогностических факторов, таких как стадия болезни, оценка по шкале Глиссона и уровень простатспецифического антигена (ПСА) до лечения [11]. Кроме того, наличие КМ предполагает необходимость оперативных вмешательств на костях, применение лучевой терапии (ЛТ), а также необходимость назначения сильнодействующих анальгетиков, т.е. проведения паллиативной помощи.

В последние годы, в совокупности с другими методами, бисфосфонаты прочно вошли в арсенал лекарственных средств, используемых при лечении метастазов в кости. Из существующих, в настоящее время бисфосфонатов наиболее высокой активностью в отношении костной резорбции обладает Золендроновая кислота (зомета), имеющая в циклической боковой цепи два атома азота[12,13]. Принципиально важным для клиницистов является тот факт, что зомета может быть назначена для лечения всех типов костных метастазов, так как часто этот процесс носит смешанный характер, т.е. имеются как остеолитические, так и остеобластические метастазы [1,10,14]. Изучение действия данной группы препаратов остается актуальным у больных РПЖ с поздними стадиями заболевания и различным клиническим течением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследование проводилось в НЦО МЗ Азербайджанской Республики. В исследование по изучению эффективности зометы были включены 39 пациентов РПЖ, чувствительных к гормонотерапии и имеющих метастазы в кости, обратившихся в центр в период с 2005 по 2007 гг. Срок наблюдения после проведенной терапии, составил от 6 месяцев до 1 года. Больных со стадией T3bNxM1 было 15(38%). Со стадией T4N1M1-11(28%) пациентов и 13(34%) со стадией T4N2M1. 12 пациентов было в возрасте от 51 до 60 лет. Возраст 19 пациентов был от 61-го до 70-ти лет. 8 пациентов были старше 70 лет. Двухсторонняя орхэктомия проведена 17(43,5%) больным, медикаментозная кастрация у 22(56,5%) больных. Медикаментозная кастрация проводилась аналогами ЛГРГ (Золадекс). Уровень ПСА от 20 до 50 нг/мл отмечен у 11(28%) больных со стадией T3bNxM1. ПСА от 50 до 100 нг/мл было у 5(12,8%) пациентов со стадией T3bNxM1 и T4N1M1. Показатель ПСА более 100 нг/мл у 23(59%) больных. Стадия болезни у этих больных была T4N2M1. В целях паллиативного лечения в сочетании с зометой все больные получали андрогенную депривацию. У 8-ми пациентов на 6-ом месяце лечения развилась резистентность к проводимой той или иной схеме гормонотерапии, в связи с чем, эти больные были переведены на вторую линию гормонотерапии (монотерапия Косадексом 150 мг).

Золендроновую кислоту вводили в дозе 4 мг в виде 15-минутной внутривенной инфузии 1 раз в 4 недели. Отмечено значительное уменьшение болевого синдрома после 8 введений зометы у 28(73%) пациентов, у которых до начала терапии был выраженный болевой синдром, не купирующийся сильнодействующими анальгетикам. При этом необходимо отметить, что 11(27%) пациентов до начала терапии не нуждались в приеме обезболивающих средств. У этих же 11 пациентов по данным обследований были выявлены единичные метастазы в костях. Безболевой период при этом длился 27-28 дней. Лучевую терапию в этой группе получали только 2(5,1%) пациента. По данным компьютерной и магниторезонансной томографии, сцинтиграфии костей скелета и рентгенологического исследования, стабилизация остеодеструктивного процесса отмечена у 34-х (89%) пациентов. У 54%(21) пациентов этой группы выявлены признаки репарации, т.е. склероза MTS в имеющихся очагах деструкции через 8 месяцев терапии зометой. Появление новых очагов, зарегистрировано у 5(11%) пациентов. Патологических переломов в течении 8 месяцев у больных, получающих лечение зометой не зафиксировано.

Параллельно с оценкой плотности костей у пациентов определяли показатель кальция и уровень щелочной фосфатазы, как основных показателей костной резорбции, до начала, а затем после 3, 6 и 8-го курсов терапии зометой. У 35(73%) пациентов изначально был высокий показатель кальция в крови, который составил 2,33-2,48 ммоль/литр. Ежемесячно на фоне проводимой терапии оценивалась динамика кальция. Нормокальциемия у больных достигалась на 7-8 сутки после каждого введения препарата в течении первых 3-х месяцев. Стойкой нормокальциемии удалось достичь у 27 пациентов уже на 3–ем месяце лечения. Изучая динамику кальция в последующие месяцы (6-ой и 8-ой курс лечения) у 38 пациентов также была отмечена стойкая нормалькальциемия. Показатель кальция при этом составил 2,22-2,24 ммоль/литр. У 1(2,5%) больного отмечалась гипокальциемия (2,17 ммоль/л), которая корригировалась пероральным приемом препарата Ca-D3 никомед. Показатели щелочной фосфоаазы у всех 39 больных были повышены. До начала лечения у 28(71%) пациентов уровень ЩФ составил от 600 до 1200 ед/л. У остальных 11(29%) пациентов было умеренное повышение ЩФ. Уровень ЩФ в крови при этом составил от 300 до 600 ед/л. Динамика ЩФ в крови аналогично, как и показатель кальция в крови, изучалась после 3-го, 6-го и 8-го курсов терапии. Уже после 3-го курса у 34(87%) пациентов отмечалось значительное снижение уровня ЩФ в крови до отметки 250-300 ед/л. В последующие месяцы у больных не отмечалось повышения уровня ЩФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Объективный эффект терапии золендроновой кислотой оценен у всех 39 пациентов. Результаты оценивали после 8 введений зометы на основании данных МРТ, сцинтиграфии и рентгенологического исследований. В ходе исследования проводили мониторинг безопасности, регистрировали нежелательные явления. Следует отметить хорошую переносимость зометы. Ни у одного больного не было зарегистрировано каких-либо серьезных токсических реакций. Из возможных нежелательных эффектов у 19(51,5%) пациентов наблюдалось усиление болей и появление гриппоподобного синдрома в день введения препарата. Эти явления самостоятельно купировались на 2-3-и сутки.

В группе больных, у которых до начала лечения отмечался выраженный болевой синдром, 8(20%) пациентов смогли отказаться от ежедневного приема анальгетиков, в том числе наркотических. Остальным 20 пациентам требовался лишь периодический прием анальгетиков. Необходимо также отметить, что больные, получающие лечение зометой не нуждались в проведении локальной лучевой терапии. Явлений компрессии спинного мозга и патологических переломов у больных, получающих лечение золендроновой кислотой в дозировке 4 мг не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Анализ результатов лечения бисфосфонатами третьего поколения продемонстрировал значительное уменьшение количества больных, у которых не развились костные осложнения, определяемые как, появление патологического перелома, компрессии спинного мозга. Также снизилась необходимость в лучевой терапии и ортопедического вмешательства у больных, получающих зомету. У преобладающего числа пациентов увеличилось время до появления первого костного осложнения и уменьшился риск развития осложнений. Не смотря на то, что общий уровень боли у всех больных возрос по мере прогрессирования заболевания, он был значительно ниже у пациентов, получавших зомету в

сравнении с группой пациентов получающих бисфосфонаты II и III поколений. Единственными побочными эффектами являются слабость, анемия, миалгия и лихорадка. Эти симптомы могут возникать непосредственно после введения препарата и хорошо поддаются коррекции. Более того, зомета в дозе 4 мг безопасна и хорошо переносится у пациентов с компенсированной и субкомпенсированной почечной недостаточностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Д.А. Современные подходы к методам радиотерапии рака молочной железы и влияние некоторых физико- биологических параметров на результаты лечения // Азербайджанский журнал онкологии и гематологии, 2005, №1, с.5-17.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 году.- М., 2004
3. Карякин О.Б., Матвеев Б.П., Матвеев В.Б., Русаков И.Г. и др. Зомета в терапии рака предстательной железы с метастатическим поражением костей на фоне андрогенной депрвации (Результаты Российского многоцентравого исследования) // Онкоурология, 2007, №2
4. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология.- М., 2003
5. Матвеев Б.П., Карякин О.Б., Матвеев В.Б. и др. зомета в лечении больных распространенным раком предстательной железы (Результаты Российского многоцентравого исследования) // Современная онкология, 2004, № 6(3)
6. Bogdanos J., Karamanolakis D.,Tenta R. et al. Endocrine autocrine survival factor activity of bone micro-enviroment participates in the development of androgen ablation and chemotherapy refractoriness of prostate cancer metastesis on skeleton / Endocr Relat Cancer.- 2003
7. Keller ET, Brown J. Prostate cancer bone metastases promote both osteolytic and osteoblastic activity// J Cell Biol., 2004, v.91, p.718-729
8. Loblaw DA, Mendelson DS, Talcott JA, et al. American Society of Clinical Oncology recommendations for the initial hormonal management of androgen-sensitive metastatic, recurrent, or progressive prostate cancer// J Cell Biol., 2004, v.22, p.2927-2941
9. Martel CL, Gumerlock PH, Meyers FJ, Lara PN Jr. Current strategies in the management of hormone refractory prostate cancer // Cancer Treat Rev., 2003, v.29, p.171-187
10. Ramaswamy B, Shapiro CL. Bisphosphonates in the prevention and treatment of bone metastases // Oncology, 2003, v.17, p.1261-1269
11. Saad F., Colerman R.E., Cook R. et al. Predictors of clinical outocome in patients with prostate cancer and bone metastases, prognostic significance of fractures and bone markers / Eur Urol Suppl.- 2006.
12. Saad F.,Gleason D.M., Murray R. et al.; Zolendronic Acid Prostate Cancer Study Group. Long-term efficacy of zolendronic acid for the prevention of skeletal complications in patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer // J Natl Cancer Inst., 2004, v. 96(11).
13. Saad F.,Gleason D.M., Murray R. et al.; Zolendronic Acid Prostate Cancer Study Group. Zolendronic Acid Prostate Cancer Study Group. A randomized, placebo-controlled trial of zolendronic acid in patients with metastatic hormone-refractory prostate carcinoma // J Natl Cancer Inst., 2002, v. 94(19), p. 1458-68
14. Saad F, Schulman CC. Role of bisphosphonates in prostate cancer // Eur Urol., 2004, v.45, p.26-34

SUMMARY

ZOLENDRONE ACID IN TREATMENT OF BORN METASTASES OF CANCER OF PROSTATIC DLANDS

T.N. Musayev, A.K. Kerimov, A.M. Alizade

Based on the results of performed research ,it has been determined ,that Zometa is effective in the treatment of prostate cancer patients with bone metastases and in long-term stabilizing of metastatic cancer deposits in bone. Cumulative experience of using Zometa in the treatment of prostate cancer patients allows to consider prescribing of Zometa for all the patients with bone metastases as the standard therapy scheme.

Daxil olub: 12.8.2008

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ САФЕНО-ФЕМОРАЛЬНОГО СОУСТЬЯ МЕТОДОМ ДОППЛЕРОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОГО КАРТИРОВАНИЯ ПОТОКОВ КРОВИ

А.А. Шамсаддинский, Т.А. Шамсадинская
Центр ангиологии и микрохирургии, г. Баку

Одно из основных направлений ультразвукового сканирования и допплерографического исследования – это тщательное изучение венозного кровотока.

При исследование венозной системы, где точные скоростные данные практически не используются, допплерографическое исследование в основном участвует в определении самого факта наличия кровотока и его направления.

ЦЕЛЬЮ исследования является определение изменения состоятельности клапанного аппарата от диаметра исследуемого сосуда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В работу было включено 300 пациентов с разными степенями хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Обследование проводилось на аппарате Medison SONOASE Ex prime, линейным датчиком с постоянной непрерывной частотой от 2 до 6 Мг, зависимости от глубины залегания сосудов.

Из исследуемых больных женщины составили 203 пациента, что равноценно 67.6 %. Соответственно колличество пациентов мужского пола составило 97 человек, в процентном отношении -32.3 %. Возраст больных варировал от 20 до 80 лет, включая трудоспособный возраст. Все данные представлены в таблице 1

Таблица 1
Распределение пациентов по группам.

Возрастная категория	Пациенты женского пола	Пациенты мужского пола
20-30 лет	42 человека	7 человек
30-40 лет	44 человека	15 человек
40-50 лет	47 человек	17 человек
50-60 лет	34 человека	21 человек
60-70 лет	23 человека	25 человек
70-80 лет	3 человека	6 человек

Одной из самых важных по диагностической ценности зон является место формирования сафено-феморального соустья. Наиболее часто проксимальный отдел большой подкожной вены проецируется по биссектрисе угла, образованного бедренной артерии и паховой складкой. Ультразвуковое исследование этого венозного сегмента имеет характерный вид. Изредка встречаются случаи аномального впадения большой подкожной вены в общую бедренную, либо расположение сафено-феморального соустья на латеральной стенке общей бедренной вены, перед впадением в которую большая подкожная вена огибает общую бедренную артерию. Другим более редким представляется расположение приустьевого отдела большой подкожной между поверхностной и глубокой артериями бедра. Встречаются также случаи формирования соустья большой подкожной вены с поверхностной бедренной или наружной подвздошной венами.

Точная информация о строении сафено-феморального соустья позволяет хирургу предвидеть технические трудности во время проведения оперативного вмешательства.

При обследование соустья подкожных и глубоких вен, в первую очередь оценивают состоятельность клапанного аппарата с помощью функциональных проб.

Крайне сложно оценить ультразвуковую картину стадий С4, С5, С6 из-за разнообразия функциональных нарушений. Кроме того, обращало внимание увеличение объемного кровотока и уменьшение скорости линейного кровотока, что свидетельствует о увеличение диаметра сосуда и времени сброса крови. Диаметр исследуемого сосуда прямо пропорционален изменению в клапанном аппарате, таким образом при увеличение диаметра увеличивается и недостаточность. Что проследить наглядно на примере 2 нижеуказанных пациенток. На первом

рисунке у пациентки отмечается нормальный диаметр, соответственно международно принятым стандартам.

Существуют общепринятые параметры диаметра вен, которые отражены в таблице 2

Таблица 2

Международные параметры

Названия вен	Диаметр в покое	Диаметр после Вальсальва маневра
Общая повздошная вена	8.3 +(-) 2.2	11.1 +(-) 2.8
Бедренная вена	5.9 + (-) 1.3	7.2 + (-) 1.6
БПВ на 1 см ниже впадения в глубокую систему	3.5 + (-) 0.9	4.3 + (-) 1.4
МПВ (малая подкожная вена)	1-3 мм	Не изменяется
Перфорантные вены	2.1 (голень)- 2.5 мм бедро < 3.5 мм.	Не изменяется

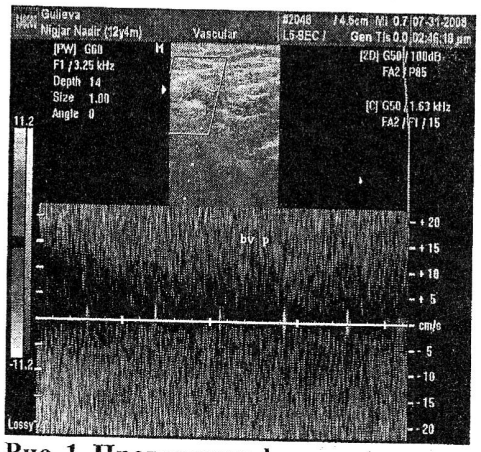


Рис. 1. Проведения функциональных проб и сканирования в B-flow режиме

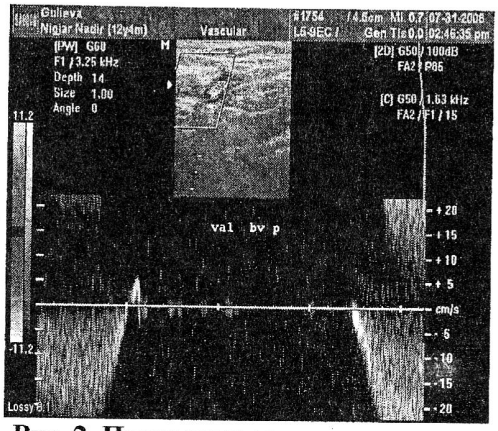


Рис. 2. После проведения функциональной пробы Вальсальва

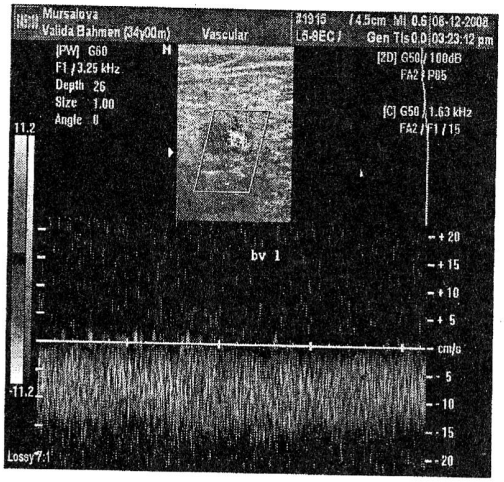


Рис. 3.Сафено-феморального соустья

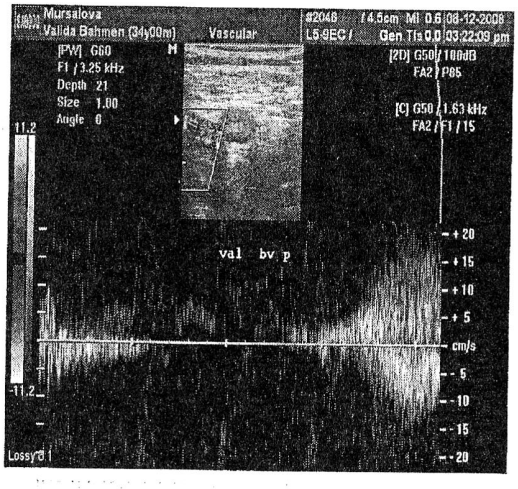


Рис.4.После мануальной пробы Вальсальва

После проведения функциональных проб и сканирования в B-flow режиме изменения стенок клапанов и клапанная недостаточность не была обнаружена (Рис.1)

Та же пациентка после проведения функциональной пробы Вальсальва. Соответственно

рефлюкс не обнаружен (Рис.2)

На следующем слайде в зоне сафено-феморального соустья можно проследить за увеличением диаметра вены на 1 мм (Рис.3)

Следующий слайд произведен после мануальной пробы Вальсальва (Рис.4). Вышеуказанный рисунок свидетельствует, что у пациентки в возрасте 34 лет обнаружена клапанная недостаточность IIб степени, связанная с увеличением диаметра v. Saphena magna.

Что является прямым показанием к кроссэктомии. В данном случае крайне важным является факт отсутствия прямой связи между возрастом и длительностью анамнеза пациентки со степенью хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Например вышеописанных пациенток были обследованы 300 пациентов, у которых прослеживалась прямая корреляционная зависимость нестолько с длительность заболевания сколько с диаметром исследуемого сосуда. Соответственно в процессе исследования было установлено, что диаметр вен может изменяться в зависимости от положения пациента: стоя увеличиваться, лежа уменьшаться. Изменения диаметра варировало от 1-до 2 мм у пациентов с начальной степенью заболевания, что составило 57 женщин-28% и 36 мужчин-37.1%. Диаметр от 3-8 мм наблюдался у больных с выраженной венозной недостаточностью, соответственно наблюдался рефлюкс, перфорантная недостаточность, некомпетентность клапанов. Все эти пациенты вошли в таблицу гемодинамической значимости, в количественном соотношении женщины составили 146 пациентов.

Эти данные позволяли не только уточнить диагноз, но и позволяют отобрать пациентов на склеротерапевтическое лечение.

Кроме того характер чувствительности и специфика исследований, а также их процентное определение были разработаны на основе данных таких авторов как: Darte (1997), Campbell (1997), Schultheiss (1997), Mercer (1998), Daher (2001) и изложены в таблице 3

Таблица 3

Дифференцация специфики и чувствительности исследований.

	Сафено-феморальный сброс (%)	Сафено-поплитеальный (%)	Перфорантные вены(%)	Глубокие вены (%)
Чувствительность	84.6 (71-95)	71.2 (36-92)	41.2 (29-51)	29.2
Специфичность	82.7 (68-100)	82.4 (53-93)	59.6 (15-85)	94.8

Таблица 4

Характеристика исследований

Параметры	Цветной допплер	Дуплексное сканирование
Доступность	++	_
Легкость применения	++	_
Оценка рефлюкса	+	+++
Анатомическая идентификация и визуализация вен	_	+++
Маркировка до операции	_	+++
Объем исследования	++	+++
Чувствительность и специфичность	+	+++

Положительные и отрицательные стороны этих исследований отражены в таблице 4

Все вышеизложенное позволяет утверждать, что комбинирование цветного допплерографического исследования и дуплексного сканирования дает прекрасные результаты и является золотым стандартом исследования пациентов с ХВННК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев В.Ю. Новые технологии диагностики и лечения варикозной болезни нижних конечностей: Автореф. дис.... д - р а мед.наук.- М., 1999.-32 с.
2. Evans CJ, Fowkes FGR, Ruckley CV Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population. J Epidemiol Community Health. 1999:53:149-153.
3. Ramelet A.A. Место флеботропных средств в лечении заболеваний вен. Флеболимфология. - 2004. - № 10. - С. 11-15.

SUMMARY

THE FEATURES OF EXAMINATIONS OF SAFENO- FEMORAL ANASTOMOSIS BY METHOD OF DOPPLEPOGRAPHY AND ULTRASOUND PICTURES THE BLOOD FLOW

A.A. Samsadinskiy, T.A. Shamsadinskiy

The purpose was determining of condition valval apparatus from diameter of examining vessel. There were 300 patients with different degree of chronic venous competence of lower extremity. It was used Medison SONOASE Ex prime apparatus. So, this research allow to consist that the combination of colored dopplepography examinations and duplex scanning give the excellent results. it is the gold standard of examining patients with chronic venous competence of lower extremity

Daxil olub: 10.09.2008

QORUYUCU HƏKİMLİK- PROFİLAKTİK TƏBABƏT İSLAMDİ İCTİMAİ SAĞLAMLIĞIN ƏSASI KİMİ

K.Ə. Babayev

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

İnsan iki şeyə görə ziyan içindədir: zaman və səhhət (Məhəmməd Peyğəmbər)
Sağlamlıq heç də hər şey deyildir, lakin onsuz hər şey heçdir (Sokrat)

Azərbaycanlı filosof S.S. Xəlilov haqlı olaraq qeyd edir: «Qədimd əancaq Şrəq var idi və o bütöv idi. Yeni dövrdə Qərb yarandı və dünya parçalanmış oldu (necə ki, dünya, insani dəyərlər, ruhla bədən bir- birindən qoparılmış oldu K.B.). şərq ölkələrində yaşayanlar da tədricən Qərb dəyərlərinin mənimsəməyə başladılar ki, bu da Şərqin özgələşməsi tendensiyasını yaratdı» [6].

Bu özgələşmə Şərq insanının həyat tərzində dəyişikliklər yaratmaqla mənəvi, fiziki sağlamlığında ciddi problemlər doğurdu.

Lakin qeyd edildyi kimi son əsrlərdə Avropa təkcə Qərb dəyərləri ilə yaşamağın mümkün olmadığının anlayaraq şərqə ekzotika kimi yox, həm də mənəvi bütövlüyə qayıdışın zəruri məqamı kimi baxmağa başlamışdır» [6].

Elmdə insan həyatının dğzgğn yolunu güstərə biləcək etibarlı oriyentirlər tapmaq mğmkğn deyildir. Bu vəzifəni yalnız dini fəlsəfə yerinə yetirə bilər. Neotomistlərin təliminə gürə, ali həqiqət yalnız vəhy və dini iman yolu ilə dərk edilir ki, elm və fəlsəfə də üzğnğn dğnyagürğşğ əhəmiyyəti olan bğtğn prinsipal nəticələrini bu dini imanla uzlaşdırmalıdır [5].

Dünya mədəniyyətinin ən möhtəşəm abidələrindən biri olan Qurani–Kərim müsəlmanlığın dini-fəlsəfi, hüquqi qaynağı olmaqla yanaşı, həm də çox mühüm bir ədəbi-tarixi mənbədir... Quranın hələ açılmamış, dərk edilməmiş ayələri isə bu gün insan idrakına sığmayan gələcək elmi kəşflərdən xəbər verir. Həmin elmi kəşflər, ixtiralar bir-bir yerinə yetdikcə Quran ayələrinin də əsl məzmunu, mahiyyəti tədriclə anlaşılır (3).

Bu baxımdan islam amilinin önə çəkilməsinə tələbat yaranır.. Müasir dövrdə elmi idrak qarşısında duran problemlər nə qədər dərin və geniş olsa da, fəlsəfi təhlil süzgəcindən keçirilməli, həlli yolları axtarılmalıdır. Sosial - ictimai müstəvidə baş verən dəyişikliklər, eləcədə insanın sağlam həyat tərzi ilə bağlı problemlərə tibbi-sosial-gigiyenik və Qurani-Kərim nöqteyi-nəzərindən birgə fəlsəfi, teoloji yanaşma artıq aktuallıq kəsb etməkdədir.

Avropa alimlərinin əsərlərində islamın tədqiq olunmasının aktuallığı, ğmumbəşər mədəniyyətinə islam dəyərlərinin təsiri, töhfələri qərəzsiz etiraf olunmaqdadır

[10,11,12,13,14,16,18,20,21,22,23,24].

"Hazırki şəraitdə islamı tədqiq etmək aktualdır. Hələ də avropalılar bilmirlər ki, onlar islam mədəniyyətinə nələr borcludurlar.." [17].

Bu baxımdan istər Şərqdə, istər Qərbdə səmavi yazılara xğsusilə Qurani-Kərimə mğraciət olunaraq mğasir elmlə həmahəngliyi, insan və cəmiyyətin maddi, mənəvi sağlamlığın profilaktik mühafizəsinin bəyan olunması Tibb Universitetində elmi ictimaiyyətin bu istiqamətdə yaradıcı fəaliyyətinin vacibliyini əks etdirir.

İslamın tibbi baxışları ilə müasir tibbin nəzəri bazası arasında fəlsəfi komparativistik metod səciyyəvidir. Səmavi xeyirxahlığın insanlığa zatdırılmasında fəlsəfə küməyə gəlir. Necə ki, Siseron fəlsəfəni xeyirxahlığın bələdzisi, həyat müəllimi adlandırırdı. Bu gün elmlər arasında nəzərə çarpacaq bir yaxınlaşma hiss olunmaqdadır. Bu zərurət mövcud problemlər ətrafında birgə əməkdaşlıq tələbatından doğmuşdur. Vernadskinin gəldiyi nəticə də bu gerçəkliyi özündə əks etdirir: «Biz elmlərə görə deyil, məhz, problemlər istiqamətində ixtisaslaşmalıyıq» Bəli, artıq din, fəlsəfə, təbabət mövcud problemləri birlikdə-vəhdətdə həll etməyə can atmalıdırlar [10].

Yeni metodoloji yanaşma (Vəhdət fəlsəfəsi) ilə tibbi, fəlsəfi, səmavi biliklərdə yer alan mətnlərin sintez olunaraq transformasiyası nəzəri təfəkkürün, səhiyyə mədəniyyətinin zənginləşdirilməsində mühüm amildir. Son səmavi biliklərin daşıyıcısı kimi Qurani-Kərimdə qorxutma, xəbərdarlıq mahiyyətli ayələr sosial əhəmiyyət kəsb edir. Qeyri-qanuni cinsi münasibətlərin qadağan olunmasına (17:32. "Zinaya yaxınlaşmayın, çünki o şox çirkin bir əməl və pis bir yoldur!") və aradan 1400 il keçməsinə baxmayaraq cinsi yolla yayılan xəstəliklərin başında duran QİÇS-in, əsəb-ruhi, ürək-damar sistemi xəstəlikləri, alkoqolizm, narkomaniya, suisid-intihar, abortun ictimai, əxlaqi, eləcə də tibbi aspektdə profilaktikası hələ də aktualdır.

İctimai biliklər sistemi fəlsəfə ilə daim inteqrativ fəaliyyətdə olan, sosial gigiyena və səhiyyənin təşkili elmi təbabətin nəzəri baza rolunu yerinə yetirməklə səhiyyənin profilaktik prinsipini özündə əks etdirmiş olur.

Qoruyucu həkimliyin əsası olan xəstəliklərdən mühafizənin təməlində "təmizlik" durur. Orta əsrlərdə Avropaya sanitar-gigiyenik vərdişləri öyrətmiş islam mədəniyyətində təmizlik əmr olunmuşdur:

9:108. "Allah pak olanları [özlərini cismən təmizləyənləri, mənəvi qüsurlardan, çirkinliklərdən qorumağa çalışanları] sevər!"

Qurani-Kərim və sünnədə qoruyucu-profilaktik həkimliyə aid hökmləri bu başlıqlar altında toplamaq mümkündür: 1.İnfeksion xəstəliklərdən qorunma; 2.Zərərli qida və içkilərdən uzaq durma; 3.Bədən təmizliyi və vücud sağlığı; 4. Nizamlı qidalanma ilə sağlamlığı qoruma (S.Sayğılı, A.Çankırılı, O.Okçu, Y.Aabdülmecid, 1992).

Peyğəmbərin hədisləri arasında, bir müsəlmanın vücudunu, ağlını və ruhunu sağlam tutması, "Təmizlik imandandır; Təmizlik imanın yarısıdır; Din təmizlik üzərinə qurulmuşdur; mədə xəstəlik yuvasıdır, qan aldırmaq da baş əlacıdır; hər xəstəliyin təmiz və halal maddələrdən əldə ediləcək bir əlacı vardır; ümmətim üçün ən qorxduğum şey qarın böyüklüyü və tənbəllikdir; dişlərinizi fırçalayın; evlərinizi təmiz tutun" kimi geniş çağrı yanında vücud, geyim, yaşanılan mühit və yol təmizliyi, xəstələrin müalicədən qaçmaması gərəkliliyi, xəstə ziyarəti üzərində də durulmuşdur [7].

Orta əsrlər Şərq təbabətinin inkişaf tarixinə nəzər salanda məhz bu təfəkkürə sahib olan təbiblərin reseptlərində "Allah şəfa versin" (Huvallahu-ş-şəfi) yazıldığı görülməkdədir [4].

TƏDQİQATIN MATERİALLARI VƏ METODLARI. Tədqiqatın nəzəri-metodoloji əsasını elmi idrakın forma və prinsipləri, təhlil, sintez və başqa metodlar təşkil edir. Qurani-Kərim təfsirləri, hədis topluları, bu sahədəki mövcud nəzəri ədəbiyyat araşdırma üçün metodoloji baza olmuşdur. Həmçinin Respublikada ilk dəfə olaraq islam dini mənəvi-əxlaqi dəyərlərinin insan sağlamlığına təsirinin aşkarlanması, sağlam həyat tərzinin formalaşdırılması və ictimai sağlamlığın mühafizəsində rolunun qiymətləndirilməsi məqsədilə aparılmış sosioloji sorğular tədqiqat materialına daxildir.

Din, fəlsəfə və təbabətin problem istiqamətində bir araya gətirilməsi məqsədilə "Vəhdət fəlsəfəsi"- yeni metodoloji yanaşma kimi tətbiq olunmuşdur.

Seçmə üsulla aparılmış tədqiqat nəticəsində alınmış rəqəm göstəricilərinin statistik

işlənməsi üçün χ^2- meyarından (Pirsonun uyğunluq meyarı) istifadə olunmuşdur [15]. Statistik analiz üsullarının [1,2,8,15,19] köməyi ilə hadisələr arasında arasında korrelyasion əlaqənin tapılması və dispersion analizin tətbiqi, təsir göstərən islam dini amillərinin bir-biri ilə qarşılıqlı əlaqədə olaraq yaratdıqları mürəkkəb kompleks içərisində hər birinin ayrıca, heç bir amildən asılı olmayaraq, nəticəvi əlamətə-sağlam həyat tərzinə, ictimai sağlamlığa göstərdiyi təsir gücünü hesablamağa və müqayisə etməyə imkan vermişdir.

NƏTİCƏ VƏ MÜZAKİRƏLƏR. Sosioloji sorğu əsasında müəyyən olunmuşdur ki, islamı həyat tərzi seçənlər sağlamlığa təsir göstərən məlum risk faktorlarının aradan qaldırılmasına müvəffəq olmuşlar. Məhz bu amil səhiyyənin vəzifələrindən birinin – fiziki sağlam və mənəvi zəngin nəsl yetişdirilməsində əsas meyar sayıla bilər.

Bir sözlə teoloji günyagörüşünə əsaslanan həyat tərzi ilə genetik irsi qorumaq, mənəvi-psixoloji depressiyaya tolerantlıq şəxsiyyətin sağlamlığının daha da möhkəmləndirilməsi istiqamətində yeni mərhələnin əsasını qoyur..

Birfaktorlu dispersion analizin tətbiqi ilə müəyyən olunmuşdur ki, dini ayinlərə riayət etmənin insanların zərərli vərdişlərə qarşı iradələrinin artırılmasına təsir gücü xeyli yüksəkdir ($\eta_x^2 \pm m_{\eta x}^2 = 5,0 \pm 0,33\%$; $p<0,001$).

Göründüyü kimi, hadisələr arasında əlaqə kəmiyyət dəyişmələrinin əsaslı keyfiyyət dəyişmələrinə keçməsi inkişafın ümumi dialektik qanununa müvafiqdir. Kəmiyyət dəyişmələrinin yeni keyfiyyət halına keçməsi inkişafda əsaslı dönüşə səbəb olur. Yəni, stresə dözümlülüyə, zərərli vərdişlərə qarşı iradənin artırılmasına dini ayinlərə riayət etmənin təsir gücünün yüksək olması insanların sağlamlıq vəziyyətinin qənaətbəxş olma ehtimalını yaradır. Bir sözlə, "kəmiyyət keyfiyyətə keçir". Dini ayinlərə riayət etmə ilə sağlamlıq vəziyyəti arasında asılılıq öyrənilərkən aşağıdakı nəticə əldə olunmuşdur (Cədvəl).

Cədvəl

Dini ayinlərə riayət etmə ilə sağlamlıq vəziyyəti arasında asılılıq

Dini ayinlərə riayətin tamlığı	Sağlamlıq vəziyyəti							
	Yaxşı		Nisbətən		Pis		Cəmi	
	Müt.r.	P±m	Müt.r.	P±m	Müt.r.	P±m	Müt.r.	%
Bəli	240	66,9±2,5	107	29,8±2,4	12	3.3±0,9	359	50,7
Hissəvi	164	54,5±2,9	123	40,9±2,8	14	4,7±1,2	301	42,5
Xeyr	26	54,2±7,2	20	41,7±7,1	2	4,2±2,9	48	6,7
Cəmi	430	60,7±1,8	250	35,3±1,8	28	3,9±0,7	708	

Sağlamlıq vəziyyətini qiymətləndirən 708 nəfərdən 359-u (50,7%) dini ayinlərə tam riayət edənlər, 301-i (42,5%) hissəvi riayət edənlər, 48-i (6,7%) isə riayət etməyənlər olmuşlar.

Kəmiyyət dəyişmələrindən görünür ki, respondentlər sağlamlıq vəziyyətlərinin yaxşı (60,7±1,8%) və nisbətən yaxşı (35,3±1,8%) olması qənaətindədirlər. Burada dini ayinlərə tam və hissəvi riayət edənlərin payının çox olması, yeni keyfiyyət halını bildirir.

Dini ayinlərə riayət etmə ilə sağlamlıq vəziyyətlərinin yaxşı olması arasında dürüst əlaqə ($\chi^2 = 27,05$; $P<0,05$) aşkarlanması və birfaktorlu dispersion analizin tətbiqi ilə müəyyən olunmuşdur ki, dini ayinlərə riayət etmənin insanların sağlamlıq vəziyyətinə təsir gücü xeyli yüksəkdir ($\eta_x^2 \pm m_{\eta x}^2 = 2,0 \pm 0,27\%$; $p<0,01$).

ƏDƏBİYYAT

1. Əliyev A.F. Tibbi statistikanın nəzəri və metodoloji əsasları.- B., 2003, 143 s
2. Ələkbərov M.M. Dispersion analizin tibbdə tətbiqi. – Bakı, 2002
3. Qurani-Kərim | Ərəb dilindən tərcümə edənlər: Z.M.Bünyadov, V.M.Məmmədəliyev. Bakı: Çıraq, 2004, s.14
4. Rüstəmov A.İ., Mehdiyeva S.A. Orta əsr Şərq təbabətinin inkişaf tarixində.- Bakı: Təbib, 1994, s. 28

5. Şükürov A.M. Fəlsəfə.- Bakı, 2002, s. 271-272
6. Xəlilov S.S. Fəlsəfə: Tarix və müasirlik (Fəlsəfi komparativistika). - Bakı, 2006, s.265
7. Bayat A.H., Tıp tarihi.- İzmir, 2003
8. Архипова Г.П., Лаврова И.Г., Трошина И.М., Некоторые современные методы статистического анализа в медицине. Учебное пособие.- М., 1971
9. Вашингтон И. Жизнь Мухаммада.- М., 1989
10. Вернадский В. Философские мысли натуралиста.- М., 1988, с.73
11. Грюнебаум Г.Э. Основные черты Арабо-мусульманской культуры.- М.: Наука, 1981
12. Грюнебаум Г.Э. Классический ислам.- М., 1986
13. Конрад Н.И. Запад и Восток.- М., 1972
14. Массэ А. Ислам.- М., 1963
15. Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине / Пер. с англ. В.П. Леонова.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003
16. Роузентал Ф. Торжество знания. Концепция знания в средневековом исламе.- М., 1978
17. Уотт Монтгомери Уильям. Влияние ислама на средневековую Европу.- М.: Наука, 1976
18. Уотт У.М., Какиа П. Мусульманская Испания.- М.: Наука, 1976
19. Ellencweig A. Analyzing Health Systems.-Oxford, 2002, 823 p.
20. Moore, Keith L. and T.V.N. Persaud. 1993. The Developing Human, Clinically Oriented
21. .Embriology. 5 th ed.- Philadelphia : W. B. Saunders Company
22. Seeley, Rod R. Trent D. Stephens; and Philip Tate. Essentials of Anatomy & Physiology.-Mosby-Year Book, 1996
23. The Developing Human as Deskriped in the Qur'an and Sunnah, Moore and others.- p. 36
24. The Developing Human, Moore and Persaud.- p. 8

SUMMARY

THE SAFETY TRETMEANT PROPHILACTIC MEDICINE IN ISLAM AS BASIS SOSIAL HEALTH

K.A. Babayev

The basis aim is evaluation ot moral ethical influence of islam bases on nation health state, forminghealthy life mode and taking part in public health.

Daxil olub: 31.06.2008

BÖYÜK QAFQAZIN ŞIMAL ŞƏRQ HISSƏSINDƏ YERLƏŞƏN XIZI RAYONU ƏRAZISINDƏ QANSORAN AĞCAQANADLARIN BIOEKOLOJI XÜSUSİYYƏTLƏRI VƏ ONLARA QARŞI SƏMƏRƏLI MÜBARIZƏ TƏDBIRLƏRI

N.C.Namazov

V.Axundov adına Milli elmi tədqiqat profilaktika institutu, Bakı

Xızı rayonunun ərazisi Xəzər dənizi sahildən başlayaraq dağlıq ərazidə yerləşir və dəniz səviyyəsindən 859m hündürlükdədir. Relyefinə görə bu rayonun ərazisi 3 yerə: dağlıq, dağətəyi və düzənlik zonaya bölünür.

- Dağlıq zona rayonun əsas ərazisini tutur. Ərazi enli yarpaqlı meşə ilə əhatə olunmuşdur. Əsas su mənbəyini dağ çayları təşkil edir. Həmin çaylardan bir çox su durğunluqları əmələ gəlməklə ərazidə ağcaqanadların inkişafı üçün əsas mənbə sayılır. Bunların bəziləri daimi, bəziləri isə müvəqqəti olur. Bununla yanaşı dağlıq ərazilərdə palıd, fıstıq, vələs və s. ağacların oyuqları ağcaqanadların inkişafına imkan verir. Əkin sahələrində suvarma zamanı yığılan müvəqqəti su durğunluqlarına da rast gəlmək olur.

- Dağətəyi zona dağlıq və düzənlik zonanın orta ərazisini tutur. Burada may ayının axırında sentyabr ayının sonuna kimi tam quraqlıq kezir, bitki ürtğyğ olduqca azdır. Təsərrğfat işləri ilə də zox az məşğul olurlar. Dağ çaylarında axan çayların dayaz yerlərində ağcaqanadlar inkişaf edir. Bəzən bu çaylar yay vaxtı tamamilə qurudur.

- Düzənlik zona dəniz səviyyəsindən dağ ətəyinə qədər olan ərazini tutur. Bu zonada Giləzi, Məmməd Həsənli, Sitalçay, Yaşma, Yeni Yaşmaya kimi qəsəbələr yerləşir. Burada əkinçilik; o cümlədən bostan bitgiləri əsas yer tutur. Meyvəçilik də geniş inkişaf etmişdir.

Zonanın əsas hissəsi Samur-Dəvəçi kanalının sol sahilində yerləşir və suvarmada kanaldan tam istifadə edilir. Kanaldan sızan və suvarmada əmələ gələn su durgunluqları bu ərazidə ağcaqanadların inkişafı üçün əsas yer sayılır. Yayda yağış sularından əmələ gələn su durğunluqları avqust ayına kimi davam edir. Bəziləri isə tam qurumur. Ərazinin iqlimi mülayim isti iqlim xarakteri daşıyır. Lakin dağlıq qış aylarında soyuq iqlim müşahidə olunur. Bəzən dağlıq ərazidə qış aylarında çox soyuqlar olur və qış sərt keçir, temperatur – 0.7, 0.9 °C olub, avqust ayında isə 26.8 °C çatır. Illik yağmurun miqdarı 300-1200mm arasında dəyişir.

Ərazinin iqlimi və relyefi müxtəlif olduğu üçün qansoran ağcaqanadlar da müxtəlif sıxlıqda yayılmışlar. Rayonun dağlıq ərazisində qansoran ağcaqanadlardan Anopheles maculipennis Meg., An.superpictus Grassi., An.bifurcatus. Meg. və An.hurcanus. Pall mövcud olduğu göstərilmişdir [5]. Son zamanlar rayon ərazisində əkinçilik, heyvandarlıq, quşzuluq geniş inkişaf etməyə başlamışdır. Bu baxımdan su durğunluqlarının əmələ gəlməsinə şərait yaranmış və entomoloji müayinələr zamanı müşahidələr aparılmışdır. Apardığımız elmi-tədqiqat işinin nəticəsi göstərdi ki, göstərilən ərazidə qan soran ağcaqanadlar müxtəlif dərəcədə yayılmışlar. Belə ki, dağlıq və düzənlik ərazidə çox, dağətəyi ərazidə isə az yayılmışlar. Tədqiqat zamanı alınan nəticələr cədvəl 1-də göstərilmişdir. Cədvəldən aydın olur ki, Xızı rayonunun ərazisində qan soran ağcaqanadların faunası 7 cinsdən və 20 növ və 1 yarım növdən ibarətdir. Onlardan aşağıdakıların bəzi xüsusiyətlərini qeyd edək.

TƏDQİQATIN MATRERİALLARI VƏ METODLARI. Entomoloji tədqiqat işləri 2005-2006-ci illərdə aparılmışdır.

1. ANOPHELES MACULIPENNIS MEYGEN. Bu növ əsas dağlıq zonada geniş yayılmışdır. Növün sürfələrinə çayların dayanan yerlərində, kiçik su durğunluqlarında və yamalarda rast gəlmək olar. Növ mayın sonundan oktyabr ayına kimi aktivdir.

2. AN.SACHAROVI FAVRE. Növ əsas etibarı ilə düzənlik zonada geniş yayılmışdır. Sürfələrinə kiçik daimi su durğunluqlarında, daimi bitgi ilə örtülü sularda, kiçik yamalarda rast gəlmək olar. Dağlıq və dağətəyi zonalarda təsadüf edilmir. Növ mayın sonuncu dekadasından oktyabr ayının sonuna kimi fəaliyyət göstərir.

3. AN.HURCANUS PALLAS. Aparılan entomoloji müayinələr göstərir ki növ-ən çox dağlıq və düzənlik zonada geniş yayılmışdır. Dağətəyi zonada əlverişli şərait olmadığı üçün (su durğunluqları meşə, əkinçilik və s.) təsadüf edlmir. Növün inkişafı üçün lazımı qədər su durğunluğu yoxdur ona görə də bu növə az-az təsadüf edilir. Onun sürfələrinə sakit axan çayların sularında və dayanan yerlərində rast gəlmək olar. Növün sürfələrinə may ayının ortasında sentyabr ayına kimi su durğunluqlarının günəş düzən yerlərində olur. Növ say etibarı ilə az olmasına baxmayaraq aktiv qan sorandır. Ən çox insan və heyvanlara axşam hücum edir.

4. AN.CLAVIGER MUGEN. Növ əsas etibarı ilə dağlıq və düzənlik zonada geniş yayılmışdır. Sürfələri ən çox dağlıq zonada bulaq sularında, düzənlik zonada isə təmiz su durğunluqlarında inkişaf edir. Aran zonasına nisbətən bu növün sürfələrinə dağlıq zonada sentyabrın sonuna kimi təsadüf edilir, bu da növün soyuq iqlimi sevməsidir. An.claviger ən çox III-IV sürfə mərhələsində qışlama keçirir.Suyun soyuq olması zamanı sürfə mərhələlərində (I-II-III-IV) inkişaf dayanır qışlama yazın əvvəlinə kimi davam edir (A.Austinov, 1946). Yanvar ayında növün IV mərhələsində çoxlu sürfələr aşkar edilir. Lakin apardığımız entomoloji tədqiqatlar nəticəsində aydın oldu ki, mart ayının axrıncı dekadasında sürfələr inkişaf edərək ayın sonunda artıq pup mərhələsinə keçmişdir. Yay aylarına nisbətən yaz və payızda An.clavigerin sürfələri daha çox olur. Növün (qanadlı forması) imaqo aprel ayının ortalarında uçmağa başlayır, may ayında çox aktivdir. Iyun, avqust aylarında passiv olub payızda yenidən aktiv olurlar. Insan və heyvanlara açıq havada və axşamlar gün batanda və səhər gün çıxmazdan qabaq hücum edirlər.

5. AN.PLUMBEUS STEPHENS. Ədəbiyyat məmulatlardan aydın olur ki, növ meşə olan ərazilərində geniş yayılmışdır.Ona görədə bu növün həyatı meşəliklə bağlıdır.Tədqiqat apardığımız dağlıq zonasında (dağətəyi və düzənlik zonada təsadef edilmədi) ən çox palıd, fıstıq, vələs və başqa ağacların oyuqlarında sürfələri sərbəst inkişaf edir.Entomoloji tədqiqat zamanı aydın oldu ki, palıd ağacının oyuğunda sürfələrin sayı çox olmuşdur. Bu da onunla izah olunur ki, palıd ağacının oyuğuna su kərpici rəngdə olur və sürfələr üçün qida ilə zəngindir. Göstərilən dağlıq zonasında bu növün çox olması və aktivliyi yağıntının olması ilə

əlaqədardır.Yağıntının miqarı azaldıqca bu növün sürfələrinin sayı da azalır bəzən iyun, iyul və avqust aylarında təsədüf edilmir,lakin avqustun 20-dən sonra yenidən sürfələrin olması aşkar edilir. Bu növ ağacların oyuqlarında daimi sularda, III-IV sürfə mərhələsində qışlama keçirir.Növ ən çox insan və heyvanlara yayda və payızın əvvəlində meşə ətrafında hücum edir.

6. AN.SUPERPICTUS GRASSI. Növ isti iqlimə uyğunlaşmışdır. Ona görə də bu növün sürfələrinə düzənlik zonada tək-tək rast olunur. Sürfələrin 29-30° C temperatur suda olmasını qeyd edilir. Növə az-az təsadüf edilir. İnsan və heyvanlara hücumu o qədər də aktin deyildir. Sürfə mərhələsində (III-IV) qışlama keçirir.

7. URANOTAENIA UNQUICULATA EDVARDS. Uranotaenia unquiculata növü dağlıq və dağ ətəyi ərazisində tək-tək , düzənlikdə isə geniş yayılmışdır. Növ sürfə mərhələsində qışlama keçirir. Növün qanadlı formasında uçuşu mart ayının axırından oktyabr ayının sonuna kimi qeydə alınmışdır. İnsan və heyvanlara axşamlar gün batan ərəfəsində hücum edir. Ən çox düzənlik ərazilərdə olan mal tövlələrində daldaylanırlar. Növün sürfələrinə Cx.pipiens və Ae. caspius sürfələrilə birgə rast gəlmək olar.

8. ORTHOPODOMYIA PULCHRİPALPIS RONDANI. Növün Azərbaycan ərazisində olaması barədə ilk dəfə Veysiq öz məqaləsində göstərmişdir (1935). Göstərilən ağcaqanadın sürfəsi dağlıq ərazisində palıd ağaclarının oyuqlarında inkişaf edir. Ən çox yağış yağdıqdan sonra əmələ gələn su durğunluğunda və ağacların oyuqlarda onların sayı olduqca çox olur. Növ bütün mövsüm ərzində oyuqlarda su olarsa inkişaf edir. Bəzən də ağacların kötüklərində əmələ gələn oyuqlardakı suda inkişaf edir. Sürfə mərhələsində (III-İV) qışlama kecirir. Növün aktiv hücumu ən çox meşə ətrafında və meşənin açıqlıq hissəsində müşahidə olunur.

9. CULISETA ANNULATA SCHANK. Bu növ düzənlik ərazisindən dağlıq zonaya qədər geniş yasyılmışdır. Növün yay və payız aylarında bütün su durğunluqlarında rast gəlmək olar. Lakin yay aylarında suyun hərarətinin çox olması (24-28° C) –dən çox olarsa onların inkişafına mane olur. Buna baxmayaraq meşə ərazisindəki su durğunluqlarında mövsüm ərzində inkişaf edir. Növ III-IV sürfə mərhələsində, həmdə qanadlı formada qışlama keçirir. Növün ən yaxşı inkişafı bulaq sularından əmələ gəlmiş su durğunluqlarında olur. Apardığımız entomoloji müayinələr göstərdiki, 2006-cı ildə sentyabr ayının əvvəlində 1m² su səthində 213 ağcaqanad sürfələri qeydə alınmışdır.Növ insan və heyvanlara axşamlar,o cümlədən qaranlıq yerlərdə hücum edir.

10. CULISETA LONGIAREOLATA MACQUART. Bu növə ən çox dağlıq zonasında rast gəlmək olar.Onların sürfələri ot bitkiləri, xəzəl və s.ilə zəngin olan su durğunluqlarında olur. Bəzən çirkli sularda rast gəlmək olur. Növün sürfələri Cx.pipiens, Mn.richiardii və Ae.caspius sürfələri ilə birlikdə olması qeyd edildi. Növ başqalarına nisbətən aktiv deyildir. İnsan və heyvanlara hücumu zəifdir.

11. MONSONIA RICHIARDII FICALBI. Bu növ ən əsas düzənlik zonada geniş yayılmışdır. Qamışla əhatə olunmuş su durğunluqlarında aprel ayının sonundan oktyabr ayının ortalarına qədər təsadüf edilir. Yaz və payız fəslində növün sürfələri sayca yay aylarına nisbətən çox olur (1m² su səthində 230-460 qədər). Qanadlı formaları bütün mövsüm ərzində insan və heyvanlara hücum edir. Bəzən qamışlıqda olan su durğunluqlarında gündüzlərdə insanlara hücum edir. Sürfə (III-İV) və imaqo dövründə qışlama keçirir. Növ olduqca aktivdir.

12. AEDES CASPIUS PALLAS. Bu növ Xızı rayonu ərazisində düzənlik səhədən başlayaraq dağlıq zonaya kimi geniş yayılmışdır. Ağcaqanadın sürfələri daimi,müvəqqəti su durğunluqlarında inkişaf edir.Ən çox çirkli sularda daha aktiv olub 1m² su səthində 300-400 ədəd olması qetd olunmuşdur. Sürfələr aprel ayının sonundan oktyabr ayının sonuna kimi daimi sularda yaşayırlar. Sürfə mərhələsində (III-İV) qışlama keçirirlər. İnsan və heyvanlara ən çox axşamlar və səhər tezdən hücum edirlər. Növün aktivliyi və onun say dinamikasının vəziyyəti yağmurun miqdarından asılıdır. Yağıntı çox olan zaman onların sayı çox olur. İnsanlara mövsüm ərzində hücum edir.

13. AEDES VEXANS MEIGEN. Növ ən çox dağ ətəyi və düzənlik zonada geniş yayılmışdır. Samur-Dəvəçi kanalından sızıb yığılan su durğunluqlarında bu növ 1m² su səthində 300-700 ədəd olduğu aşkar edilmişdir. Daimi su durğunluqlarında, yamalarda, qazılmış su quyularında geniş yayılmışdır. Növ düzənlik ərazidə başqa növlərə nisbətən

dominantlıq təşkil edir. Ən çox payızda tökülmüş yumurtalardan ilk sürfələr mart ayının ortalarında da təsadüf edilir. Növün sürfə mərhələsində inkişafı suyun hərarəindən (müsbət 8-13° C) asılıdır.İlk qanadlıların uçuşu aprel ayında başlayır. Bəzən iqlim şəraiti ilə əlaqədar olaraq növ noyabr ayının ortalarına qədər aktiv olub insan və heyvanlara axşam, gündüz və səhər tezdən hücum edir. Növ həm sürfə (II-III-İV) həm də qanadlı formada qışlama keçirir.

14. AEDES GENICULATUS OLIVIER. Növ əsas dağlıq ərazisində meşə ilə əhatə olunmuş ərazilərdə geniş yayılmışdır. Dağ ətəyi zonada tət-tək, düzənlik ərazidə isə təsadüf edilmir. Ən çox fısdıq,palıd,vələs və s. ağacların oyuqlarında onun sürfələri inkişaf edir. Entomoloji müayinələr zamanı aprel ayında növün I-II mərhələ sürfələrinə palıd ağacının oyuğunda olduğu aşkar olundu. Müayinə zamanı yayın isti vaxtında ağac oyuqlarında suyun olmaması zamanı Aedes geniculatus sürfələrinə sakit axan bulaq sularının dayanan yerlərində təsadüf edilir. Növün sürfə mərhələsində qışlaması haqqında S.A.Veysiq (1935) məlumat vermişdir. Növ imaqo,sürfə mərhələsində və bəzən iqlim şəraiti ilə əlaqədar olaraq yumurta mərhələsində qışlama keçirir. Ağcaqanad insan və heyvanlara gündüzlər meşədə və açıqlıqda hücum edir. Qanadlı formada bitki ilə zəngin olan su durğunluqlarında qışlama keçirir.

15. AEDES CASPIUS CASPIUS PALLAS. Bu yarım növ əsas düzənlik zonada geniş yayılmışdır. Növün sürfələri daimi və müvəqqəti su durğunluqlarında aprel ayından sentyabr ayının sonuna kimi təsadüf edilir. Növ ən çox təmiz su durğunluqlarına daha çox uyğunlaşmışlar. Bəzən kanaldan axan və yağışdan əmələ gələn su durğunluqlarında geniş yayılaraq aprel ayından sentyabrın sonuna kimi sərbəst yaşayırlar. Sürfə və imaqo mərhələsində qışlama keçirir. İnsan və heyvanlara axşamlar hücum edir. Növ düzənlik zona üçün tipik ağcaqanad sayılır.

16. CULEX PIPIENS LINNAEUS. Bu növ Xızı rayonunun dağlıq zonasından düzənlik zonaya qədər geniş yayılmışdır. Növün sürfələrinə daimi və müvəqqəti su durğunluqlarında rast gəkmək olar. Sürfə və imaqo mərhələsində qışlama keçirir. Başqa növlərə nisbətən çirkli sularda daha çox rast gəlmək olar. Bəzən çayların sakit axan yerlərində və bulaqların sizib su durğunluqları əmələ gələn yerlərdə inkişaf edir. İlk sürfələr aprel ayında, uçma dövrü isə mayın əvvəllərində təsadüf edilir. İnsanlara və heyvanlara axşamlar hücum edir.

17. CULEX HORTENSIS FIKALBI. Növ dağlıq və düzənlik ərazidə geniş yayılmışdır. Növün sürfələri həm təmiz,həmdə su bitkiləri ilə zəngin olan daimi su durğunluqlarında geniş yayılmışdır. Onun sürfələrilə birlikdə An.maculipennis, Cx.pipiens və Ae.vexans sürfələrinə də rast gəlmək olar. Sürfələr may ayından sentyabrın axırına kimi bitki ilə əhatə olunmuş su durğunluqlarında olması aşkar edilmişdir. İnsan və heyvanlara hücumu o qədər də aktiv deyildir.

18. CULEX MIMIETICUS NOL. Növ əsas etibarılə dağlıq və düzənlik ərazidə təsadüf edilir. Sürfələri daimi və müvəqqəti su durğunluqlarında yaşayır. Növ o qədər də aktiv deyildir. Qanadlı formada insanlara axşamlar tək-tək hücum etməsi müşahidə olunmuşdur. Sürfə dövründə (II-III-İV) mərhələdə və qanadlı formada qışlama keçirir.

19. CULEX THEILERI THEOBALD. Növə tədqiqat apardığımız ərazinin düzənliyində tək-tək rast gəlmək olar. Sürfələri çirkli sularda yaşayır. Qışlama dövrü III-İV mərhələdə gedir. İnsan və heyvanlara təsadüfən hücum edir.

20. CULEX MODESTUS FICALBI. Bu növə dağlıq,dağ ətəyi və düzənlikl zonada rast gəlmək olar. Növün sürfələri bitki ilə zəngin olan bəzi hallarda isə təmiz su durğunluqlarında inkişaf edir. Növ o qədər də aktiv deyildir. İnsan və heyvanlara ancaq axşam gün batan zaman hücum edir. Srfə mərhələsində (II-III-İV) qışlama keçirir.

21. CULEXS TERRITANS WALKER. Növün sürfələrinə yol kənrında qamışla əhatə olunmuş su durğunluqlarında,bataqlıqlarda və suyun qızan hissəsində təsadüf edilir. Növ yay vaxtı aktiv olur. İnsan və heyvanlara yay aylarında gün batan vaxtı hücum edir. Sürfə mərhələsində (III-İV) qışlama keçirir.

Cədvəl 1

Karbomat birləşmələrinin ağcaqanad sürfələrinə qarşı təmiz şəkildə təsiri

reparatların adları	1 m²-ə sərf olunan preparatın miqdarı (qr-la)	1 m²-də ağcaqanad sürfələrinin sayı	Suyun temperaturu	Ölənlərin sayı				Yenidən sürfələrin mövcudluğu			
				Günlər				aylar			
				1	2	3	4	1	2	3	4
Bayqon	0,2	42	19,2 S	20	8	10	12	-	5	17	39
Unden	0,2	17	19,7 S	6	4	6	1	-	-	5	26
Aprokarb	0,2	26	18,5 S	9	8	5	4	-	3	17	31
Bendtokarp (fikam)	0,2	69	20,4 S	20	45	7	2	-	1	13	54
Kontrol	-	37	19,6 S	31	42	49	54	60	95	80	59

Ağcaqanadlara qarşı yeni səmərələşdirici üsuldan istifadə etmək qaydaları:

1. Maye, toz, kristal və s. formada istehsal olunan preparatların qansoran ağcaqanadlara qarşı yeni üsulla aparatsız işlədilməsi.

Preparat təmiz şəkildə götürülür 150-200 ml suda həll olur, 10x20sm ölçüdə süngərə hopturulur, sonra polietilen torbaya salınıb ağzı kip bağlanılır. Polietilen torbanın bağlanan yerinə yaxın diametri 0,3-0,5 sm ölçüdə 1 və ya 2 deşik açılır.

Həmin polietilen torbanı hər 40-50m² sahədə 1 ədəti tavandan asılır. İşləməzdən əvvəl işlənəcək sahənin eni-uzunu, hündürlüyü ölçülür və buna müvafiq olaraq preparat sərf olunur. Döşəməyə 1x1 ölmüdə kağız qoyulur və ölmüş ağcaqanadların hesabatı aparılır.

İşlənmiş sahə hər 12-24-48 saatdan bir yoxlanılır və hesabat aparılır. Əgər işlənəcək fiziki sahə 40-50m²-dən az olarsa onda sünəri 2-4 və s. hissəyə bölmək lazımdır. İşçilərin iş vaxtına, fiziki cəhətdən sərf olunan qüvvəyə və s. tam qənaət edilir.

Cədvəl 2

Karbomat birləşmələrinin ağcaqanad sürfələrinə qarşı solyar yağı və ya işlənmiş mühərrik yağı ilə təsiri

Preparatların adları	1 m²-ə sərf olunan preparatın miqdarı (qr-la)	1 m²-ə sərf olunan solyar yağı və ya mühərrik yağının miqdarı (qr-la)	1 m²-də sürfələrin sayı	Suyun temp.	Ölənlərin sayı				Yenidən sürfələrin mövcudluğu			
					Günlər				aylar			
					1	2	3	4	1	2	3	4
Bayqon	0,2	0,5	79	19,1 S	30	19	25	8	-	-	2	3
Unden	0,2	0,5	103	19,0 S	45	30	25	3	-	-	-	12
Aprokarb	0,2	0,5	61	18,9 S	31	10	7	13	-	-	4	6
Bendtokarp (fikam)	0,2	0,5	54	20,1 S	21	14	9	10	-	-	-	13
Kontrol	-	-	43	20,2 S	30	52	38	25	30	51	49	57

2.Preparatların ağcaqanad sürfələrinə qarşı tətbiqi. Anofelogen və ya qeyri anofelogen xarakteri daşıyan su durğunluqlarında ağcaqanad sürfələrinə qarşı aparatsız üsulla sərf olunan preparatlar aşağıdakı qaydada sərf edilir. Ümumi fiziki sahəyə sərf olunan preparatlar: maye, toz, kristal və s. norma əsasında götürülür və suda hall olub süngərə (qupka) hopdurulur. Sonra 15-25 sm ölçüdə polietilen torbaya salınır, ağzı kip bağlanır, 30-

40m² sahəyə 1 süngər nəzərdə tutulur. Polietilen torbada olan süngərə əvvəlcədən preparatların miqdarı qədər solyar və ya motor yağı hopdurulur. Torbanın aşağı hissəsində 0,2-0,3 sm diametrində 2-3 deşik açılır və 1 kq ağır bir cismə bağlanılıb suya atılır. Batmış süngərdəki neft məhsulu, suyun üst hissəsinə qalxaraq nazik pərdə əmələ gətirir və preparat pərdənin alt təbəqəsində yayılır.

Polietilen torbaya salınmış süngərdən bir neçə dəfə istifadə etmək olar. Yəni, süngəri suya atmazdan öncə, onu suyun kənarında bir cismə (ağaca) bağlamaq lazımdır ki, sonradan onu asanlıqla çəkib suyun qırağına çıxarıb, yuyub yenidən istifadə etmək. bu üsulda su durğunluqlarında ağcaqanad sürfələrinə qarşı istifadə etmək olar. Göstərilən bu üsuldan eyni zamanda gecə növbəsində işləyənlər, geoloqlar, hərbi xidmətdə qulluq edən əskərlər və s. istifadə edə bilərlər.

Cədvəl 3

Karbomat birləşmələrinin qanadlı ağcaqanadlara qarşı təmiz şəkildə təsiri

Preparatların adları	1 m²-ə sərf olunan preparatın miqdarı (qr-la)	1 m²-də ağcaqanadların sayı	Havanın temperatura	Ölənlərin sayı				Yenidən sürfələrin mövcudluğu			
				Günlər				aylar			
				1	2	3	4	1	2	3	4
Bayqon	0,2	35	21,5 S	21	9	5	-	-	6	26	71
Unden	0,2	26	21,6 S	13	8	4	1	-	5	60	69
Aprokarb	0,2	69	20,9 S	41	15	9	4	-	-	13	24
Bendtokarp (fikam)	0,2	71	20,8 S	38	22	9	2	-	-	20	62
Kontrol	-	56	21,2 S	49	40	50	41	40	51	59	67

Cədvəl 4

Karbomat birləşmələrinin sidik cövhəri ilə formaldehid (smola-SFQ) qarışığı ilə birlikdə ağcaqanada təsiri

Prepar. ad	1 m²-ə sərf olunan prepar(q)	1 m²-ə sərf ol. SFQ (qr)	1m²-də ağcaq an. sayı	Suyun temp.	Ölənlərin sayı				Yenidən sürfələrin mövcudluğu			
					Günlər				aylar			
					1	2	3	4	1	2	3	4
Bayqon	0,2	0,25	70	20,9 S	35	20	8	7	-	-	3	71
Unden	0,2	0,25	107	20,8 S	65	40	2	-	-	-	6	80
Aprokarb	0,2	0,25	69	21,1 S	49	11	7	2	2	-	4	56
Bendtokarp (fikam)	0,2	0,25	36	21,2 S	30	3	2	1	-	-	3	43
Kontrol	-	-	57	20,0 S	60	54	62	47	56	58	61	79

N Ə T İ C Ə. Xızı rayonu ərazisində entomoloji tədqiqatlar nəticəsində 7 cinsə mənsub olan 20 növ və 1 yarım növ ağcaqanad növləri məlumdur. Bunlardan An.maculipennis, An. sacharovi malyariya xəstəliyinin keçiriciləridir.

Cədvəl 5

Peritroid preparatlarının ağcaqanad sürfələrinə qarşı təmiz şəkildə təsiri

Preparatların adları	1 m²-ə sərf olunan preparatın miqdarı (qr-la)	1 m²-də ağcaqanad sürfələrinin sayı	Suyun temperaturu	Ölənlərin sayı				Yenidən sürfələrin mövcudluğu			
				Günlər				aylar			
				1	2	3	4	1	2	3	4
Ayqon	0,5	107	18,7 S	60	35	7	5	-	30	49	50
Solfaq	0,5	96	18,9 S	43	34	23	19	-	20	31	30
Stirol alfa	0,5	64	19,1 S	30	25	7	2	-	14	16	22
Ambus	0,5	72	19,0 S	37	28	7	-	-	33	36	41
Kontrol	-	83	18,9 S	65	73	81	83	70	72	71	68

Cədvəl 6

Peritroid preparatlarının solyar yağı və ya mühərrik yağı qarışığından istifadə edərək ağcaqanad sürfələrinə təsiri

Preparatların adları	1 m²-ə sərf olunan preparatın miqdarı (qr-la)	1 m²-ə sərf olunan solyar yağı və ya mühərrik yağının miqdarı (qr-la)	1 m²-də sürfələrin sayı	Suyun temperaturu	Ölənlərin sayı				Yenidən sürfələrin mövcudluğu			
					Günlər				aylar			
					1	2	3	4	1	2	3	4
Ayqon	0,2	0,5	63	18,9 S	30	24	10	3	-	-	-	19
Solfaq	0,2	0,5	37	18,8 S	30	6	1	-	-	-	-	31
Stirol alfa	0,2	0,5	92	19,1 S	45	30	15	2	-	-	-	41
Ambus	0,2	0,5	81	19,2 S	53	20	7	1	-	-	-	13
Kontrol	-	-	49	19,0 S	40	41	39	29	30	31	37	34

Kütləvi şəkildə yayılan növlərdən bunları göstərmək olar: Anopheles maculipennis, An.sacharovi, Monsonia richiardii, Aedes caspius, Aedes vexans, Culex pipiens, tək-tək yayılanlara bunları aid etmək olar: Anopheles superpictus, Culex hortensis, Culex mimeticus, Culex tcheileri, Culex modestus və Culex territans.

Cədvəl 7

Peritroid preparatlarının qanadlı ağcaqanadlara qarşı təmiz şəkildə təsiri

Preparatların adları	1 m²-ə sərf olunan preparatın miqdarı (qr-la)	1 m²-də ağcaqanadların sayı	Havanın temperaturu	Ölənlərin sayı				Yenidən sürfələrin mövcudluğu			
				Günlər				aylar			
				1	2	3	4	1	2	3	4
Ayqon	0,5	30	20,1 S	14	10	6	-	2	14	25	30
Solfaq	0,5	43	20,2 S	31	12	-	-	-	17	40	51
Stirol alfa	0,5	51	19,9 S	41	7	3	-	2	14	17	26
Ambus	0,5	37	20,3 S	24	9	4	-	-	31	40	43
Kontrol	-	63	20,2 S	56	50	47	63	70	65	72	83

Cədvəl 8

Karbomat birləşmələrinin sidik cövhələri ilə formaldehid (smola-SFQ) qarışığı ilə birlikdə ağcaqanada təsiri

Preparatların adları	1 m²-ə sərf olunan preparatın miqdarı (qr-la)	1 m²-ə sərf olunan SFQ-nın miqdarı (qr-la)	1m²-də ağcaqanadların sayı	Havanın temperaturu	Ölənlərin sayı				Yenidən sürfələrin mövcudluğu			
					Günlər				aylar			
					1	2	3	4	1	2	3	4
Ayqon	0,2	0,25	60	19,5	30	25	3	2	-	-	2	16
Solfaq	0,2	0,25	137	19,7	60	47	23	7	-	-	4	40
Stirol alfa	0,2	0,25	47	20,1	36	10	1	-	-	-	-	30
Ambus	0,2	0,25	63	20,2	30	25	10	-	-	-	2	24
Kontrol	-	-	96	20,0	81	79	65	72	60	65	59	62

ƏDƏBİYYAT

1. Namazov N.C. Tibbi entomologiya.- Bakı, 2007
2. Namazov N.C. Karbomat və piretroid preparatlarının qansoran ağcaqanadlara qarşı işlədilməsinə dair metodiki tövsiyələr.- Bakı, 2007, s.11.
3. Ахундов И.А. Малярия и Culisidae в Азербайджане.- Баку, 1940
4. Джафаров А.А. Ликвидация малярии и ее дальнейшая профилактика в районах Самур-Дивичинской Низменности Азерб. ССР. Кап: Дис.... Канд мед.наук. - Баку, 1962
5. Киясов А.Я. Итог и трехлетнего изучения состояния популяции Анофелес в обработанных и необработанных населенных пунктах Самур- Дивичинской низменности Большого-Кафказа.- Баку, 1969, с. 124-127.
6. Зайцев Ф.А. Обзор кровососущих комаров Кавказа (Diptera Culisidae) Труды зоологического сектора АН.СССР / Закавказский филал. Грузинский отделение АН. СССР. –Тифлис, 1934, с. 1-31.

SUMMARY

THE BIOTECHNOLOGICAL PECULIARITIES OF BLOOD MOSQUITOES IN THE KHIZI REGION SITUATED IN THE NORTH LAST OF CAUCASUS AND EFFECTIVE STRUGGLE MEASURES AGAINST THEM.

N.C. Namazov

It's Round the 20 species an 1 subspecies of 7 genius of mosquitoes in the result of entomological investigations in Khizi region. From these the An.maculipennis, An.sacharovi are vectors of malaria. The mass spreading species are these: An.maculipennis, An.sacharovi, Mn.richardii, Ae.caspius, Ae.vexans,Cx.pipiens and one another spreading are these: An.superpictus, Cx.hortensis, Cx.mimeticus, Cx.theileri, Cx.modestus, Cx.territans.

Daxil olub: 11.07.2008

XRONIKI PANKREATIT MODELI FONUNDA MƏDƏ REZEKSIYASINDAN SONRA QARACIYƏRIN ANTITOKSIK FUNKSIYASINDA BAŞ VERMIŞ DƏYIŞIKLIKLƏR

Q.Ş.Qarayev, A.B.Həsənov, N.O.Quliyev

Azərbaycan tibb universiteti, Elmi tədqiqat mərkəzi, Bakı

Mədə xəstəliklərinin konservativ terapiyasında əldə olunan yüksək nəticələri baxmayaraq hələ də əksər hallarda patoloji proses mədə rezeksiyası vasitəsilə aradan qaldırılır [2,6]. Ədəbiyyat məlumatları və eləcədə kliniki müşahidələr göstərmişdir ki, mədə xorası əksər hallarda xroniki pankreatitlə yanaşı qedir [1,5,3]. Çox güman ki, elə bu səbəbdən də mədədə aparılan cərrahi əməliyyatdan sonra pankreatitin gedişi kəskinləşir və cərrahi əməliyyatdan sonraki dövrdə bir sıra ciddi ağırlaşmalar meydana çıxır [4,7]. Lakin bu ağırlaşmaların etiopatogenezinin bir çox məqamları açıqlanmamışdır. Bunu nəzərə alaraq biz

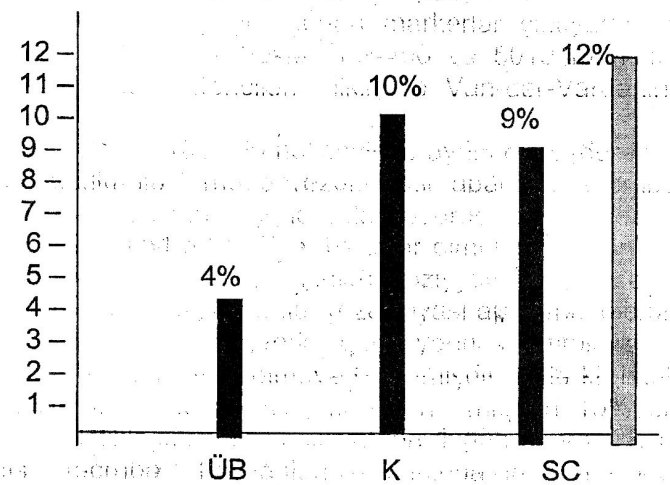
eksperimentdə xroniki pankreatitin fonunda mədədə aparılan cərrahi əməliyyatın həcmindən asılı olaraq qaraciyərin vacib funksiyalarından biri olan antitoksiki funksiyasında baş vermiş dəyişiklikləri öyrənməyi məqsədə uyğun hesab etdik.

Qarşıya qoyulmuş MƏQSƏDİN həlli üçün təcürbələr 20 baş cinsi xətti bəlli olmayan itlər üzərində aparılmışdır. Onlarda Imre və Mc.Kay (1999) üsulu ilə xroniki pankreatitin modeli yaradılmışdır.

TƏDQİQATIN MATERİALLARI VƏ METODLARI. Əməliyyatdan 30 dəqiqə əvvəl əzələ daxilinə 2 ml dimedrol və 1 ml atropin sulfat məhlulu yeridilmiş və təcürbə heyvanı əməliyyat stolunun üzərinə uzadıldıqdan sonra vena daxilinə hər kq çəkiyə 5mq dozada kallipsol məhlulu yeridilmişdir. Orta kəsiklə qarın boşluğu açılmış, mədəaltı vəzinin bütün nahiyyələrinə 4 ml Etanol yeridilmişdir. Xroniki pankreatit modeli yaradılmış təcrübə heyvanları 2 qrupa bölünmüşdür. 1-ci qrupa daxil olmuş 10 baş təcrübə heyvanında Bilrot I üsulu ilə, 2-ci qruppa daxil olanlarda (10 baş) Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmışdır. Qaraciyərin antitoksiki funksiyasının vəziyyətini müəyyən etmək üçün bud venasından qan götürülmüş və qanda ümumi bilirubinin, sidik cövhərinin, kreatinin miqdarı müəyyən edilmişdir. Müayinələr intakt vəziyyətində, cərrahi əməliyyatdan 1,5, 7,10,15 və 30 gün sonra aparılmışdır. Qeyd olunan markerlər çexiyada istehsal olunmuş xüsusi reaktiv dəstlərindən istifadə etməklə FP-400 və 5010 markalı mikroanalizatorda aparılmışdır. Alınmış kəmiyyət göstəriciləri ilkin və Van-der-Vardenin X-meyarından istifadə etməklə dəqiqləşdirilmişdir.

Aparılmış təcrübənin nəticəsində aydın olmuşdur ki, cərrahi əməliyyatın 1-ci günündə Bilrot 1 üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmış təcrübə heyvanlarının qanında ümumi bilirubinin və kreatinin miqdarında nəzərəçarpacaq dəyişikliklər baş verməmişdir. Onun miqdarı 21,27±0,84 mkmol/l-ə, bərabər olmuşdur. Lakin ümumi bilirubindən fərqli olaraq qanda sidik cövhərinin miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 12% artmışdır.

Bilrpot II üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmış təcrübə heyvanlarında əməliyyatın 1-ci günündən başlayaraq qanda qaraciyərin antitoksiki funksiyasını xarakterizə edən markerlərin miqdarı yüksəlməyə başlamışdır. Belə ki, intakt vəziyyətlə müqayisədə qanda ümumi bilirubinin miqdarı 4%, kreatinin miqdarı 10% sidik cövhərinin miqdarı isə 9% artmışdır. Beləliklə,cərrahi əməliyyatdan 1 gün sonra Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmış təcrübə heyvanlarının qanında intoksikasiya markerlərinin miqdarı nisbətən yüksəlmişdir (Şək.1).



Şək. 1. Cərrahi əməliyyatdan 1 gün sonra mədədə rezeksiyasının növündən asılı olaraq qanda intoksikasiya markerlərinin intakt vəziyyətlə müqayisədə dəyişməsi.

Bilrot-I;
Bilrot II.

Cərrahi əməliyyatın 5-ci günündə Bilrot I üsulu ilə mədə rezeksiyasından sonra qanda ümumi bilirubinin miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 4,5%, sidik cövhərinin miqdarı isə 3% artmışdır.

Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyasından sonra isə qanda intoksikasiya markerlərinin miqdarı xeyli artmışdır. Belə ki, intakt vəziyyətlə müqayisədə ümumi bilirubinin miqdarı 13,5%, kreatinin miqdarı isə 29,5%, sidik cövhərinin miqdarı isə 33% yüksəlmişdir. Buradan göründüyü kimi, Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyasından sonra qana toksiki maddələrin eleminasiyası Bilrot I üsulu ilə müqayisədə daha güclü olmüşdür.

Əməliyyatın 7-ci günündə 1-ci qrupa daxil olmuş təcrübə heyvanlarının qanında intoksikasiya markerlərinin miqdarı əvvəlki günlərlə müqayisədə daha çox artmışdır. İntakt vəziyyətlə müqayisədə qanda ümumi bilirubinin artımı 6%-ə, sidik cövhərinin miqdarı 46%-ə, kreatinin miqdarı isə 6%-ə çatmışdır.

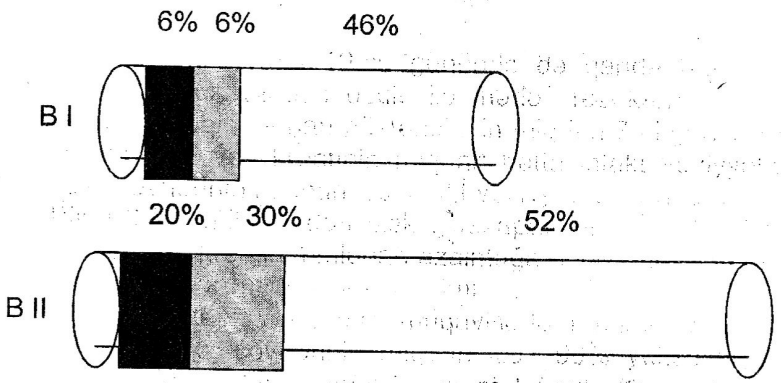
2-ci qrupa daxil olmüş təcrübə heyvanlarının qanında baş vermiş dəyişikliklər daha qabarıq olmuşdur. İntakt vəziyyətlə müqayisədə qanda ümumi bilirubinin miqdarı 20%, kreatinin miqdarı 30%, sidik cövhərinin miqdarı isə 52% yüksəlmişdir. Beləliklə buradan göründüyü kimi, Bilirot II üsulu ilə aparılan cərrahi əməliyyatdan sonra qanda toksiki maddələrin konsentrasiyası Bilrot-I üsulu ilə müqayisədə daha çox olur (şəkil 2).

Buradan göründüyü kimi, Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyasından sonra qaraciyərin antitoksiki funksiyası Bilrot I-lə müqayisədə daha çox sönükləşmişdir. Bunun nəticəsi olaraq qanda sidik cövhərinin və eləcə də kreatinin miqdarının artımı daha vüsətli olmuşdur.

Cərrahi əməliyyatın 10-cu günündə də qanda baş vermiş dəyişikliklər müxtəlif istiqamətli olmuşdur. Bilrot I üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmış təcrübə heyvanlarının qanında bütün tədqiq olunan göstəricilərin miqdarı 7-ci günlə müqayisədə xeyli azalmışdır. Ümumi bilirubinin və kreatinin miqdarı hətta intakt vəziyyətdə olan səviyyəyə enmişdir. Lakin sidik cövhərinin miqdarı isə intakt vəziyyətdə olan səviyyədən 38% yüksək olmuşdur.

Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmış təcrübə heyvanlarının qanında isə 7-ci günlə müqayisədə kreatinin miqdarı azalmağa doğru meyillənsə də ümumi bilirubinin və sidik cövhərinin miqdarı artmaqda davam etmişdir.

Belə ki, intakt vəziyyətlə müqayisədə ümumi bilirubinin miqdarı 24%, kreatinin miqdarı 23%, sidik cövhərinin miqdarı isə 96% yüksəlmişdir. Buradan göründüyü kimi cərrahi əməliyyatın 10-cu günündə Bilirot I üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmış təcrübə heyvanlarının qanında toksiki maddələrin miqdarı kəskin şəkildə azalmışdırsa, Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmış təcrübə heyvanlarının qanında kreatinin istisna olunmaqla tədqiq edilən maddələrin miqdarı kəskin şəkildə yüksəlmişdir.



Şək. 2. Cərrahi əməliyyatın 7-ci günü. Mədə rezeksiyası metodundan asılı olaraq qanda toksiki maddələrin miqdarının intakt vəziyyətlə müqayisədə dəyişməsi

Ümumi bilirubin. Kreatinin. Sidik cövhəri

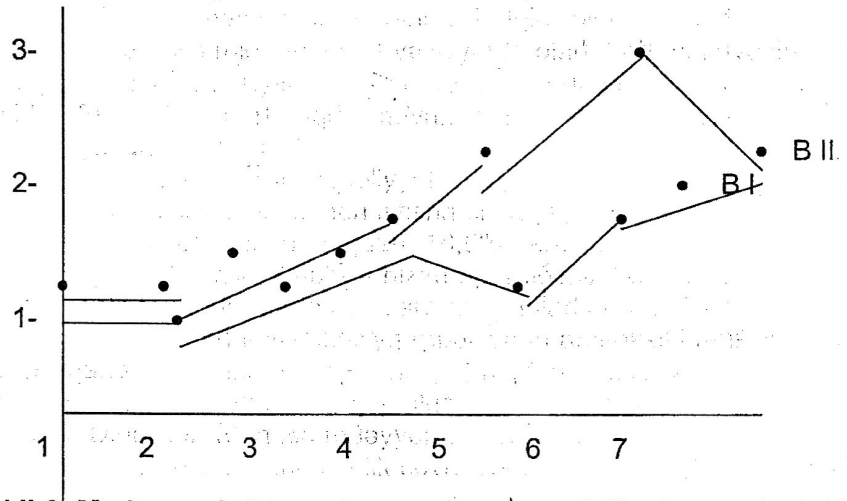
Təcrübənin 15-ci günündə aparılan müayinələrin nəticəsində bir istiqamətli olmamışdır. 1-ci qruppa daxil olmuş təcrübə heyvanlarının qanında ümumi bilirubinlə kreatinin miqdarı 10-cü günlə müqayisədə artmağa meyilli olsalarda yenə də intakt vəziyyətində olduğu səviyyəsini saxlamışdır. Lakin bunlardan fərqli olaraq sidik cövhərinin miqdarı artmaqda davam etmişdir. Belə ki, intakt vəziyyətlə 15-ci gün arasında olan fərq 56%-ə çatmışdır.

Lakin Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmış təcrübə heyvanlarının qanında toksiki maddələrin miqdarının artması davam etmişdir. Qanda ümumi bilirubinin miqdarı 25,5%, kreatinin miqdarı 25%, sidik cövhərinin miqdarı isə 112% yüksəlmişdir.

Təcrübənin 30-cu günündə aparılan tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, 1-ci qrupa daxil olmuş təcrübə heyvanlarının qanında tədqiq olunan maddələrin miqdarı yenidən artmışlar. Lakin kreatinin miqdarı intakt vəziyyətdə olan həd çərçivəsində qalsa da ümumi bilirubinin miqdarı intakt vəziyyətdən 2% yüksək olmuşdur. Sidik cövhərinin miqdarı isə hər iki göstəricidən fərqli olaraq artmaqda davam etmiş və intakt vəziyyətində olan səviyyədən 83% yüksək olmuşdur.

Bilrot II üsulu ilə cərrahi əməliyyat aparılmış təcrübə heyvanlarının qanında bütün tədqiq olunan göstəricilər (sidik cövhəri istisna olmaqla) artmaqda davam etmişdir.

Qanda ümumi bilirubinin miqdarı 18,5%, kreatinin miqdarı 30%, sidik cövhərinin miqdarı isə 94% yüksəlmişdir. Beləliklə bizim apardığımız təcrübələrin nəticələri göstərmişdir ki, xroniki pankreatit fonunda mədə rezeksiyası aparılarkən xroniki pankreatitin kəskinləşməsi nəticəsində inkişaf endogen intoksikasiya qaraciyərin antitoksiki funksiyasını sönükləşdirir və ona görədə qanda toksiki maddələrin miqdarı yüksəlmiş olur. Bu artım mədə rezeksiyasından sonra anatomik uyğunluğun saxlanılması ilə mütənasiblik təşkil edir (Cədvəl 1 və 2). Digər tərəfdən isə müəyyən edilmişdir ki, xroniki pankreatit fonunda aparılan mədə rezeksiyasından sonra qanda sidik cövhərinin miqdarı mütəmadi olaraq artır (Şək.3).



Şəkil 3. Mədə rezeksiyasından sonra qanda sidik cövhərinin inkişaf dinamikası. 1-intakt vəziyyət, 2-əməliyyatdan 1 gün, 3-5 gün, 4-7 gün, 5-10 gün, 6-15 gün, 7-30 gün sonra

Bizim təcrübələrdən alınmış nəticələr belə bir qənaətə gəlməyə imkan verir ki, xroniki pankreatit modeli fonunda mədə rezeksiyası aparılarkən imkan dairəsində Bilrot I üsulundan istifadə edilsin. Digər tərəfdən isə əməliyyatdan sonra endogen intoksikasiyanın qarşısını almaq məqsədilə qaraciyərin antitoksiki funksiyasını yüksəldən tədbirlər həyata keçirilsin.

Cədvəl 1

Bilrot I üsulu ilə mədə rezeksiyasından sonra qanda intoksikasiya markerlərinin dəyişimə dinamikası

№	Müayinə	Static. Göstər	İntakt vəziyyət	Müşahidə günləri					
				1-ci	5-ci	7-ci	10-cu	15-ci	30-cu
1	Ümumi bilirubin mkmol/l	M±m *	20.95± 0.82	21.27± 0.84	21.9± 1.04	22.25± 1.12	20.67± 1.19	20.9± 1.29	21.35± 1.
2	Sidik cövhəri mkmol/l	M±m P	1.12± 0.08 –	1.25±0.10 <0.05	1.47±0.19 <0.05	1.64±0.24 <0.05	1.55±0.26 <0.05	1.75± 0.32 <0.05	2.05± 0.4 <0.05
3	Kreatinin mkmol/l	M±m	115.7± 14.14	118.8±15.0 0	119.28± 20.80	122.28±2 2.03	94.5± 31.11	98.25± 33.80	101± 36.5

Qeyd: * - P<0.05

Cədvəl 2.

Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyasından sonra qanda intoksikasiya markerlərinin dəyişimə dinamikası

№	Aparılan müayinə	Statis. Göstər	İntakt vəziyyət	Müşahidə günləri					
				1 n=10	5 n=7	7 n=7	10 n=4	15 n=4	30 n=4
1	Ümumi bilirubin mkmol/l	M±m P	20.94± 0.82 –	21.84± 0.86 <0.05	23.77± 1.22 <0.05	25.11± 1.26 >0.05	25.95± 1.58 >0.01	26.3± 1.83 >0.01	24.82± 1.8 >0.05
2	Sidik cövhəri mkmol/l	M±m	115.1± 14.25	126.2± 15.39	149.14± 22.00	146.28± 22.6	141.5± 31.99	143.75± 36.47	150± 41.4
3	Kreatin mkmol/l	M±m P <	1.26± 0.10 –	1.37± 0.13 *	1.68± 0.19 0.05	1.92± 0.22 0.01	2.47± 0.25 0.001	2.67± 0.22 0.001	2.45± 0.22 0.001

Qeyd:*P ><0.05

ƏDƏBİYYAT

1. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухмеда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит. Руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000, 416 с.

2. Борисов В.Е., Веселов Ю.Е., Акимов В.Г. и др. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта в диагностике язвенной болезни и выборе тактики до и после оперативного вмешательства // Вестник хирургии 2007, № 5, с.90-95.

3. Винокуров М.М,, Савельев В.В., Гоголев Н.М. Хирургическое лечение перфоративных язв желудка / Актуальные вопросы колопроктологии.- Благовещенск, 2005, с.143-145.

4. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости.- Симферополь: Изд.Центр КГМУ, 200, с.688

5. Кокуева О.В., Цимбалюк ЮМ., Новоселя Н.В. Особенности ультразвуковой картины при ХП в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Клин. Мед, 200, № 7, с.57-60

6. Лебедов Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В., Малкарова М.А. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями //Вестник хирургии, 2007, № 4, с.76-79

7. Сотниченко Б.А. После операционный панкреатит (вопросы этиологии, клиники, диагностики, профилактики и лечения): Автореферат дисс.канд.мед.наук. –Хабаровск, 1995, 24 с.

8. Imrie C.W., Mc Kay C.J. The scientific basic of medical therapy of acute pankreatitis: Could it work and is there a role for lexipafant // Qastroenterol Clin. North Am., 1999, № 3, p.591-599.

SUMMARY

CHANGES OF ANTITOXIC FUNCTION OF A LIVER AFTER A RESECTION OF THE STOMACH, ON A BACKGROUND OF MODEL OF A CHRONIC PANCREATITIS

G.Sh.Garaev., A.B.Hasanov., N.O.Guliev

The model of a chronic pancreatitis has been created on 20 not purebred dogs on method Imrie C.W. and Mc. Kay C.J. (1999) Animals have been divided into 2 groups. At animals of 1-st group a resection of a stomach spent on method Billroth I, at 2-nd groups on Billroth II. An estimation of antitoxic function of a liver in both groups spent under the definition of the general bilirubin, kreatinin and ureas. Results of researches have shown that at a chronic pancreatitis it is better to use a resection of a stomach on Billroth I as in the postoperative period at the animals operated on method Billroth II, more expressed intoxication. Among investigated markers of an intoxication of change especially

Daxil olub: 16..07.2008

AZƏRBAYCANDA MAMALIQ VƏ GİNEKOLOGİYAYA DAİR ELMİ TİBBİ ƏDƏBİYYATIN NƏŞRİ VƏ BİBLİOQRAFİYASI HAQQINDA

Y. Pirəliyeva

Azərbaycan Respublika Dövlət elmi tibb kitabxanası, Bakı

Ginekologiya elmi təbabətin ən qədim sahələrindən biridir. Qədim Misirin, Yunanıstanın, Hindistanın yazılı abidələrində ginekologiyaya aid yazılar aşkar edilmişdir. Hippokrat qadının daxili orqanlarının iltihabi proseslərinin müalicə və diaqnostikasını, uşaqlıq şişlərinin dəqiq təsvirini vermiş və müalicəsini təklif etmişdir. İbn Sina «Tibb elminin qanunu» əsərində bir sıra ginekoloji xəstəliklərin müalicə metodlarını vermişdir. Ginekologiya XVIII əsrdən müstəqil bir elm kimi inkişaf etməyə başlamışdır. XIX əsrin sonundan ginekoloji xəstəliklərin müalicəsində cərrahi əməliyyatlar geniş istifadə olunmağa başlanmışdır [2].

1907- ci ilə qədər Azərbaycanda stasionar mamalıq- ginekoloji yardım çox məhdud şəkildə həyata keçirilirdi. 1908- ci ildə Sabunçu xəstəxanasında 26 çarpayılıq mamalıq-ginekoloji şöbə açılır. 1932- ci ildə ilk Xalq Səhiyyə Komissarı M.N. Qədirli «Azərbaycan SSR- də ana və uşaqların mühafizəsi sahəsində səhiyyənin nailiyyətləri» mövzusunda çıxış etmiş və buna uyğun olaraq ana və uşaq institutu açılmışdır. Burada 25 çarpayılıq doğum şöbəsi, ginekoloji və fizioterapiya kabinetləri olan qadın məsləhətxanası açılmışdır. Həmin bazada ATİ- nin 1№li mama- ginekologiya kafedrası açılmış və onun rəhbəri F.N. İlyin olmuşdur. Bununla da Azərbaycanda bu istiqamətdə çalışan alimlərimiz, yüksək ixtisaslı kadrlarımız meydana gəlməyə başlamışdır [3].

Azərbaycanda ginekologiya elminin inkişafında A.İ. Şaxtaxtinskaya, Ş.M. Ələsgərova, M.K. Mahmudbəyova, Ə.N. Hüseynov, N.M. Şamsadinskaya, T.C. Mehdiyeva və başqalarının böyük əməyi olmuşdur.

Azərbaycanda mamalıq- ginekologiya elminin inkişafı intensivləşir, cəmiyyətdə tibbi bu sahəsinə tələbat artır. Bu və digər səbəblər nəticəsində aparılan tədqiqatlardan məlum olur ki, mamalıq və ginekologiya ilə bağlı bir çox məsələlər bu gün respublika səhiyyəsində aktual problem olaraq qalmaqdadır. Bunlara misal olaraq abdominal doğuşları [6], nigahda sonsuzluq [7], sona çatmayan hamiləlik [6], hamiləliyə müxtəlif infeksiyalar, virusların təsiri və bir çox başqa problemləri göstərmək olar. Əlbəttə ki, bu siyahını geinşləndirmək olar. Bu hal sevindirici olmasa da, mətbuatda dərc olunan metariallardan məlum olur ki, həmin istiqamətdə milli səhiyyəmizdə bir sıra elmi - praktiki nailiyyətlər əldə edilmişdir. Bu problemlərin uğurlu həlli üçün mamalıq - ginekologiya sahəsində beynəlxalq səviyyədə qəbul

edilmiş yeniliklər, texniki avadanlıqlar, müxtəlif informasiya texnologiyaları tətbiq edilmiş və bu istiqamətdə yeni kadrlar yetişdirilmişdir. Təbii ki, sadalanan nailiyyətlərin əldə edilməsi üçün informasiya xidmətinin yaxşı təşkil edilməsi və informasiyanın mütəşəkkil, operativ şəkildə çatdırılması ən vacib şərtlərdəndir.

Geniş yayılmış bir fikrə görə informasiya - hakimiyyətin ən demokratik mənbəyidir. Buna görə də postsənaye cəmiyyətində informasiyaya malik olan şəxs nəticə etibarilə hakimiyyət sahibinə çevrilir [9]. Ən böyük hakimiyyət isə elmdə, bilikdədir. Müasir anlamda bilik - real faydalı qüvvə, sosial və iqtisadi nəticələrə nail olmaq vasitəsi deməkdir.

XXI əsrdə informasiyanın istehsalı, toplanması, qorunub, saxlanması və yayılması cəmiyyətin əsas istehsal sahələrindən birinə çevrilmişdir. İnformasiya elmi - texniki tərəqqinin, elmi kəşflərin və ixtiraların əsas bazası olmaqla, bütün cəmiyyətlərin təşkilində aparıcı qüvvə olan yeni insanın yetişməsində, formalaşmasında, təhsil və tərbiyəsində başlıca rol oynayan bir vasitəyə çevrilmişdir [4].

Tibb elminin inkişafının ən vacib tendensiyalarından biri informasiya xidmətinin yüksək səviyyədə inkişaf etdirilməsi, elmi informasiya sahəsinin təşkili və idarəsindən, emal olunmasından ibarətdir [9]. İnformasiya xidməti isə ancaq o zaman tibb elminin və səhiyyənin strategiyasına çevrilə bilər ki, informasiya ilə işləyən müəssisələrin və ilk növbədə kitabxanaların fəaliyyəti «irəliləyən informasiyaya» yönəlsin. Buraya orqanizmin ekstremal vəziyyəti ilə əlaqədar ən vacib olan kəşf və ixtiraların toplusu, təsviri, emalı daxildir [11]. Sözsüz ki, bunu mamalıq - ginekologiyaya dair ədəbiyyata, informasiyaya da şamil elmək olar. Xüsusilə, yaşadığımız dövrdə bu məsələ çox aktualdır.

Elmi tibbi informasiya müasir mərhələdə elmi potensialın tərkib hissələrindən biri olub, elmi- texniki tərəqqini sürətləndirən amillərdəndir. Elmi tibbi informasiya bir çox hallarda tibb elmi və praktiki səhiyyənin inkişafı və təkimilləşdirilməsində ən vacib amil kimi çıxış edir [12].

İnformasiyanın ictimai istifadəsi üçün yeni tətbiq olunan informasiya texnologiyaları ilə yanaşı, əlbəttə ki, kitabların - müəyyən elm sahəsində çap edilən elmi və tədris ədəbiyyatının rolu əvəzsizdir. Nəşr - müstəqil poliqrafik tərtibata malik, redaksiya- nəşriyyat emalından keçmiş, nəşr məlumatlarına malik və özündə əks etdirən informasiyanı yaymaq üçün nəzərdə tutulan çap əsəridir [12].

İnformasiya çox böyük sürətlə yarandığı və yayıldığı halda tez də «qocalır», yəni köhnəlir. Nəşr əsərlərinin novləri üzrə mövzu baxımından köhnəlməsi səviyyəsini illərlə belə xarakterizə etmək olar: məruzələr tezislərinin topluları- 3 il; dissertasiyalar-8 il, avtoreferatlar- 7 il; monoqrafiya və rəhbərliklər- 6,3 il. Son 5 il ərzində jurnılların və topluların 50%- dən istifadə olunur. Həmin müddət üçün monoqrafiya, rəhbərliklərin ümumi həcminin 1/3- nə müraciət olunur [11]. Göründüyü kimi elmi məqalələrə nisbətən elmi monoqrafiyalar informasiyanın yeniliyi baxımından daha uzun ömürlüdür. Bu isə tibb sahəsinin inkişafı üçün elmi məqalələrlə yanaşı monoqrafiların da nəşrinin çox əhəmiyyətli olduğunu göstərir. Dərsliklərdə isə əsasən daha köhnə nəşrlərə istinadların olması tendensiyası mövcuddur (20 ildən artıq nəşr olunmuş işlərə 18,3% istinadlar) [11].

Əlbəttə ki, yaşadığımız informasiya əsrində informasiyanın intensiv əldə edilməsi üçün kitabxanalarda bir çox mühüm tədbirlər həyata keçirilir, soraq- informasiya fondunun təşkili məsələsinə böyük diqqət yetirilir. Biz arzu edirik ki, bu fondlarda azərbaycan həkim - alimlərinin qələminə məxsus, dövlət dilimizdə olan nəşrlər əks olunsun və gənc kadrların yetişməsində bu əsərlərin özünəməxsus yeri olsun. Çünki mədəniyyətini, elmini, həyat tərzini cəmiyyətdə daha çox təbliğ edən ölkə intellektual rəqabət savaşında qalib gələr.

Yuxarıda qeyd edilənləri mamalıq - ginekologiya elminə də aid etmək lazımdır. Bu gün istər ölkəmizdə, istərsə də dünya səviyyəsində bu sahəyə maraq çox artmışdır. Burada bir sıra elmi, ictimai - sosial, məişət amilləri vardır. Qeyd etmək lazımdır ki, Azərbaycanda bu sahədə bir çox elmi monoqrafiyalar, dərsliklər, dərs vəsaitləri nəşr etidirlmişdir. Həmin nəşrlərin tədqiq olunması nəticəsində mamalıq - ginekologiyaya dair bir sıra dərslik və dərs vəsaitlərindən ibarət aşağıdakı siyahı tərtib edilmişdir [1,4,9]:

1. Axundov C. Ginekologiya. Tibb intstitutu üçün dərs vəsaiti.- Bakı: Azərnəşr, 1964, 228 s.

2. Bağırova H. Mamalıq. Tələbələr üçün dərslik.- Bakı: Təbib, 2007, 367 s.

3. Əhmədova T.A., Mehdiyeva T.C. Mamalıq fontomu. Tibb institutu tələbələri üçün.- Bakı, 1982, 117 s.
4. Kərimova L.R. Cərrahi ginekologiya. (Dərs vəs.).- Bakı: Nafta- Press, 2003, 208 s.

Göründüyü kimi mamalıq və ginekologiya sahəsində Azərbaycan alimlərinin qələmə aldığı dərslik və dərs vəsaitlərindən ibarət tərtib etdiyimiz siyahı çox qısadır. Lakin bu dərsliklərlə alimlərimizin elmi fəaliyyətini məhdudlaşdırmaq olmaz. Bu sahədə qələmə alınan elmi monoqrafiyaların siyahısı isə əksinə olaraq nisbtən geniş və mövzu baxımından çoxşaxəlidir. Mamalıq-ginekologiyaya dair əldə etdiyimiz elmi monoqrafiyaların qısa siyası aşağıda verilmişdir [1,9]:

1. Ağayev F.B. Ətraf mühit və qadınların və uşaqların sağlamlıq vəziyyəti.- Bakı, 1995
2. Atayev Ə. Mamalıq.- Bakı, 1933, 369 s.
3. Atayev Ə.R. Abort.- Bakı, 1929, 40 s.
4. Balalıq boynu xəstəliklərinin profilaktikası.- Bakı, 1988, 31 s.
5. İsrafilbəyli S.H. 1929- 1979- cu illərdə mama - ginekologiya üzrə müdafiə olunan dissertasiyaların biblioqrafik göstəricisi.- Bakı, 1980
6. İsrafilbəyli S.H. Qısa mama - ginekoloji terminlər (rus-Azərbaycan dillərində).- Bakı, 1992
7. İsrafilbəyli S.H. 1929- 1999- cu illər ərzində mamalıq - ginekologiya üzrə müdafiə olunan dissertasiyaların biblioqrafik gösətriciləri.- Bakı, 1999
8. İsrafilbəyli S.H. Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu. Mama - ginekologiya kafedrası (tarixi oçerk).- Bakı, 2000
9. İsrafilbəyli S.H. 1913- 2000- ci illər Azərbaycan mama - ginekoloqlarının dərc olunmuş elmi işlərinin biblioqrafik göstəriciləri.- Bakı, 2002
10. İsrafilbəyli S.H. Azərbaycan mamalıq - ginekologiya elmi- tibbi cəmiyyəti.- Bakı: Təhsil, 2003, 70 s.
11. Qasımov M.S., Qasımova K.Q., Qurbanov K.A. Dietik xəstəliklər. Azərbaycan kulinariyası (hamilələrin dietası).- Bakı, 1995
12. Quliyeva F.K., Hüseynov L.E. İltihabi ginekoloji xəstəliklər nəticəsində baş vermiş sonsuzluqla əziyyət çəkən xəstələrin qətransız naftalanla müalicəsi.- Bakı, 1983
13. Hüseynov A.N. Miomektomiyadan sonra menstrual siklin saxlanılması.- Bakı, 1965, 130 s.
14. Hüseynov R.N. Abortun orqanizmə təsiri.- Bakı, 1949, 28 s.
15. Hüseynov R.N. Abortun orqanizmə təsiri.- Bakı, 1952, 20 s.
16. Hüseynov R.N. Abortun orqanizmə təsiri.- Bakı, 1956, 32 s.
17. Hüseynov R.N. Abortun orqanizmə təsiri.- Bakı, 1960, 36 s
18. Hüseynov R.N. Abortun orqanizmə təsiri və hamiləliyə qarşı tədbirlər.- Bakı, 1960, 36 s.- Bakı, 1949, 28 s.
19. Kərimova L.R., Gürzəliyeva X.M. Mamalıq və ginekoloji termin, simptom, sindromaların izahlı lüğəti (latın, Azərbaycan, rus, türk dillərində).- Bakı: Müəllim, 2003, 82 s.
20. Mahmudbəyova M. Ürək- damar sistemi xəstəlikləri zamanı hamilələlik və doğuş.- Bakı: Azərnəşr, 1973, 127 s.
21. Məmmədova G.S., Vəliyeva Ş.Q. Ginekologiyada ultrasəs müayinəsi.- Bakı: Ozan, 2008, 191 s.
22. Mirzəyeva X.M. Mama - ginekoloji termin, simptom və sindromların izahlı sözlüyü (latın, rus, Azərbaycan- türk dillərində).- Bakı, 1999
23. Nəcəfov C., Hacıyeva H., Tağıyeva S. Reproduktiv sağlamğını əsasları.- Bakı: Şuşa, 2000, 127 s.
24. Nəzərli S. Uşaqlıq miomaları və onların inkişafına cinsiyyət hormonlarının təsiri. Eksperimental kliniki tədqiqat.- Baku: Azərnəşr, 1971, 142 s.
25. İlin F.N. Cərrahi mamalıq əməli dərsləri üçün rəhbər.- Bakı,1933, 66 s.
26. Parsadanov P.Q. Hamilələlik dövründə evdə keçirilən müalicə- profilaktika gimnatikası.- Bakı, 1955, 174 s.
27. Patoloji mamalıq (Metodik işləmə) / Tərtib edən T.A. Əhmədova.- Bakı: Təbib, 1989, 170 s

28. Patoloji mamalıq (Metodik işləmə) / Tərtib edən T.A. Əhmədova.- Bakı: Təbib, 1992, 108 s

29. Tağıyev H. Hamilə qadın və körpə uşağın hifzusəhhəti.- Bakı, 1949, 50 s.

30. Topçubaşova Z.M., Kamilova N.M., Mirzəyeva X.M., Hüseynova R.M. Mamalıq və perinatologiyanın əsasları.- Bakı: NAFTA- Press, 2007, 212 s.

31. Şamxalova İ.A. qadın cinsiyyət üzvlərinin vərəmi.- Bakı: təbib, 2003, 160 s.

32.Şəmsədinskaya N.M., Hüseynov D.Y. Mamalıq və ginekologiyada dərman müalicəsi.- Bakı, 1985

33.Абрамченко В.В., Шамхалова И.А. Подготовка к безопасному материнству.- СПб: Элби- СПб, 2005, 204 с.

34.Абрамченко В.В., Кстюк Д.Ф. Шамхалова И.А. Инфицированный аборт, сепсис и перитонит в акушерстве и гинеколгии.- СПб: Север, 2002, 520 с.

35.Агаев Ф.Б. Окружающая среда и состояния зжровья женщин и детей.- Баку, 1993, 154 с.

36.Ильин Ф.Н. Руководство для практических работ по практическому акушерству.- Баку, 1929

37.Камилова Н.М. Перинатальная патология на перекрестке путей, ведущих к ее снижению в некоторых регионах Азербайджанской республики.- Баку: НАФТА- Пресс, 2006, 180 с

38.Назарли С. Влияние фибромиомы и организм женщины. Экспериментальные исследования.- Баку, 1937, 142 с.

39.Перинатальная патология: вопросы и ответы. Учебное пособие / Министерство Образования Аз. Рес., АМУ.- Баку, 2004, 43 с.

40.Сеидов М.М. Карбоангидраза крови при воспалительных заболеваниях женских половых органов.- Баку: Азернешр, 1966, 180 с.

41.Фараджева К. Охрана материнства и детства в Азербайджане.- Баку, 1968, 111 с.

Hazırda mamalıq- ginekologiya ilə əlaqədar elmi- praktiki informasiyaya çox böyük ehtiyac vardır. Bu məsələ cəmiyyətdə təkcə tibbi problem deyil. Mamalıq - ginekologiya sahəsində yaranan problemlər çox zaman ölkənin sosial- iqtisadi, məişət, dini amillərilə də əlaqədar olur. Bu baxımdan həmin məsələlərə birmənalı yanaşmaq olmaz. Həmin problemlər təkcə bü günümüz deyil sabahımızın, gələcək nəsillərin fiziki, psixiloji və s. vəziyyətini özündə əks etdirir. Bu baxımdan həmin problemlərin həllinə cəmiyyətdə çox ciddi yanaşılmalı, bu istiqamətdə güclü informasiya sistemləri yaradılmalıdır. Çünki fasiləsiz təhsil, ixtisasla bağlı zəngin mütaliə olmadan, dərin biliklər aşılanmadan nəinki, mamalıq - ginekologiyanın, hətta bütün elmin inkişafından danışmaq olmaz.

Mamalıq- ginekologiya sahəsində Azərbaycanda nəşr olunan elmi monoqrafiya və tədris ədəbiyyatına qısa baxışdan məlum olur ki, bu sahədə respublikamızda kifayət qədər işlər görülmüş, gənc mütəxəssislərin inkişafı üçün qiymətli əsərlər qələmə alınmışdır. Apardığımız araşdırmalar gələcəkdə davam etdiriləcək daha geniş tədqiqat işlərinə zəmin yaradır. Biz əminik ki, bu istiqamətdə tədqiqatlar genişləndikcə mamalıq və ginekologiya sahəsində nəşr olunan bir çox başqa elmi monoqrafiya, dərslik və dərs vəsaitləri üzə çıxacaq və layiqincə qiymətləndiriləcək.

ƏDƏBİYYAT

1. Birillik Azərbaycan kitabiyyatı.-B., 1961- 1980

2. Ənvər Mete Loğmanlar.- Bakı: Nurlan, 2008, 497 s.

3. İsrafilbəyli S.H., Şəmsədinskaya N.M. Azərbaycanda mamalıq və ginekologiyanın tarixi // Azərbaycan tibb jurnlaı, 1999, №2, s. 35-36

4. İsrafilbəyli S.H. Azərbaycan mamalıq - ginekologiya elmi- tibbi cəmiyyəti.- Bakı: Təhsil, 2003, 70 s.

5. Xələfov A. İnformasiya xidməti / Kitabxanalar biliklər cəmiyyətində.- Bakı: Nurlar, 2006, s. 64-74

6.Азимова Г.А., Гусейнова Л.Э., Касумова Н.А. Эффективное применение комплексных гомеопатических препаратов в лечении угрожающего выкидыша в I триместре беременности // Репродуктив саьламлыг вя Перинаталоэийа, 2004, №3, с. 52-54

7.Гейдарова К.А. Показатели Киллинга и апаптоза у женщин с бесплодием, обусловленным воспалительными заболеваниями придактов матки // Репродуктив саьламлыг вя Перинаталоэийа, 2004, №2, с. 39-41

8.Здравоохранение Азербайджана. 3 том.- Баку: Азербайджанское Государственное Издательство, 1970, 300с

9.Кармаева А.Н., Гительман Е.И., Халидова Г.Б. Анализ и подготовка информационных материалов по наиболее важным отечественными зарубежным источникам в области гигиены и профессиональных заболеваний в области хлопководства /Пути повышения эффективности библиотечно - библиографического и информационного обеспечения медицинской науки и здравоохранения.- Ташкент, 1985, 50-63

10. Опенков М.Ю. Пути интеллектуальной свободы. Библиотеки сфера публичного / Китабханалар биликляр ъямиййятиндя.- Бакы: Нурлар, 2006, с. 358-374

11. Пикенин А.М. Стратегия управления информационными процессами как средство достижения прогресса в медицинской науке / Пути повышения эффективности библиотечно-библиографического и информационного обеспечения медицинской науки и здравоохранения.- Ташкент, 1985, 73-75

12. Уваренко А.Р., Литкевич О.Н., Коблянский В.И. и др. Научная медицинская информация в документальных потоках.- М.: Здоровье, 1988, 164 с.

SUMMARY

ABOUT PUBLISHING AND BIBLIOGRAPHY OF SCIENTIFIC MEDICAL LITERATURE OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY IN AZERBAIJAN

Y. Piraliyeva

The authors analyzed library data concerning education and scientific literature dedicated to problems of obstetric and gynecology has been written by Azerbaijan scientist and briefly characterized these issues. There were described the creative of such great surgeons of our country as A.İ. Shaktaktinskaya, M.K. Mahmudbeyova and the collective under their direction on publication and bibliography.

Daxil olub:22.08.2008

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ПОЧЕК У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В СООТВЕСТВИЕ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ

Э.И. Рзаев

Азербайджанский медицинский университет, Баку

При обследовании какого-либо органа у больных детей необходимо проводить сравнение с морфометрическими показателями этого органа у здоровых детей в соответствии с возрастом. В особенности, если во время ультразвукового обследования не известны критерии нормального размера органа ребенка, невозможно установить работу больного органа. Это в особенности играет значительную роль при выяснении врожденных недостатков развития [1,2].

Известно, что экологически-биогеохимические особенности территории постоянного места проживания человека оказывают воздействие на организм в общем, морфометрические показатели его органов, а это в свою очередь в той или иной степени оказывает влияние на его деятельность.

С целью определения нормальных размеров почек у детей, постоянно проживающих на территории Нахичеванской Автономной Республики, мы обследовали 2597 здоровых детей разного возраста. В анамнезе и при ультразвуковом обследовании этих детей не была отмечена аномалия или какая-либо патология со стороны почек или мочевыделительной системы.

Для определения морфометрических параметров почек должны быть по отдельности определены длина, ширина, толщина правой и левой почки, а также размер и тип лоханок [2,3].

Во время сканирования длина органа сверху вниз соответствует его прямой линии длины.

Ширина органа вычисляется по его самой маленькой линии ширины, а толщина – на уровне входа из ворот кровеносного сосуда. Объем почек вычисляется по формуле стандартного эллипса [4,5].

V= длина органа * ширина * коэффициент 0,53

Размеры почек в зависимости от возраста, роста и пола ребенка приведены в таблице 1. При определении нормативного размера почек в соответствии с возрастом, проводился корреляционный анализ, то есть с одной стороны проверялись размеры почек, с другой стороны – возраст и масса тела ребенка.

Таблица 1

Размеры почек в зависимости от длины роста ребенка

	n	Правой почки					
		длина	±SD	ширина	±SD	толщина	±SD
45-49	72	46.5	±07.3	20.3	±04.6	20.3	±03.1
50-59	255	49.5	±06.6	21.8	±03.9	22.1	±03.2
60-69	212	56.8	±06.2	24.6	±03.5	24.3	±02.9
70-79	264	63.1	±06.3	26.1	±03.4	25.7	±03.0
80-89	211	68.3	±06.6	28.2	±03.8	26.8	±03.3
90-99	176	73.2	±06.006.9	29.7	±03.7	27.8	±03.0
100-109	114	77.1	±07.5	31.2	±03.8	28.6	±03.2
110-119	145	80.8	±08.1	32.7	±04.0	30.5	±03.4
120-129	137	84.0	±07.2	34.5	±04.4	31.2	±03.6
130-139	218	88.8	±08.5	36.3	±04.2	32.5	±03.9
140-149	136	93.3	±08.5	37.9	±05.1	34.1	±04.1
150-159	193	100.5	±08.5	41.0	±05.2	36.7	±05.4
160-169	186	103.9	±08.5	42.1	±05.5	37.7	±04.0
170 и выше	278	108.3	±08.8	45.2	±06.0	39.4	±04.8

Таблица 2

Размеры почек в зависимости от длины роста ребенка

	n	Левой почки					
		длина	±SD	ширина	±SD	толщина	±SD
45-49	72	46.8	±09.3	21.2	±03.9	19.9	±05.4
50-59	255	50.2	±07.1	21.3	±03.4	21.5	±03.3
60-69	212	58.3	±06.8	23.9	±03.5	24.3	±03.3
70-79	264	64.3	±06.9	25.9	±03.7	26.6	±02.8
80-89	211	69.4	±07.7	27.6	±04.3	27.9	±04.5
90-99	176	73.7	±06.7	29.2	±03.9	28.7	±03.2
100-109	114	78.4	±06.9	30.5	±06.9	30.3	±03.2
110-119	145	82.3	±07.2	32.3	±04.5	32.1	±03.3
120-129	137	85.9	±07.8	33.9	±04.4	33.2	±03.6
130-139	218	90.1	±08.0	35.6	±04.2	34.7	±03.7
140-149	136	94.5	±0.90	37.6	±05.7	36.7	±05.2
150-159	193	100.7	±08.0	40.3	±05.8	39.2	±06.8
160-169	186	104.7	±09.4	41.6	±05.4	40.4	±04.4
170 и выше	278	110.4	±08.4	45.3	±5.4	42.3	±06.5

Из таблицы видно, что вместе с увеличением роста ребенка также увеличиваются почки. Подсчеты показали, что вместе с увеличением длины тела ребенка на один сантиметр, рост почек также увеличивается на 0,46 мм.

При вычислении длины почек стало известно, что во всех возрастных группах длина левой почки превышает длину правой почки. Интересно, что в двухлетнем возрасте, когда заметно увеличивается рост ребенка, почки также заметно увеличиваются в длину. Когда рост ребенка составляет 60-90 см, почки увеличиваются в длину на 19 мм. А когда рост составляет 150-170 см, левая и правая почки увеличиваются на 15-16 мм. В другие возрастные периоды размеры почка, постепенно увеличиваясь в длину, не повышает 5 мм на каждые 10 см роста ребенка.

Скачок в увеличении почек в двух периодах можно объяснить скоростью общего развития ребенка. Известно, что рост ребенка интенсивно увеличивается в периоде до 3 лет его жизни, а также во время начала пубертатного периода. Интенсивное увеличение почек также совпадает с данными периодами.

Во время анализа половой разницы стало известно, что как у мальчиков, так и у девочек «первый скачок в росте» длины почек отмечается, когда рост ребенка составляет 60-90 см, потому что они увеличивают свой рост с одинаковой интенсивностью. «Второй скачок в росте» длины почек отмечается у девочек ростом 130-160 см (15-16 мм) и у мальчиков ростом 140-170 см (16 мм). Это можно объяснить тем, что пубертатный период у девочек начинается раньше, чем у мальчиков. Из таблицы видно, что при росте ребенка 40-45 см ширина почек составляет 20,3 мм, при росте 90 см – 28, 2 мм, при росте 170 см – равняется 45,2 мм.

В общем, почки увеличиваются в ширину постепенно. По среднему счету у мальчиков обе почки увеличиваются на 1,9 мм на 10 см увеличения роста ребенка, а у девочек левая почка увеличивается на 1,6 мм, а правая почка – на 1,8 мм. Во всех возрастных периодах как у мальчиков, так и у девочек ширина правой почки бывает больше ширины левой почки.

Также постепенно увеличивается и толщина почек. В среднем счету на 10 см роста ребенка толщина левой почки увеличивается на 1,5 мм, правой почки – на 1,4 мм, а у девочек толщина левой почки увеличивается на 1,6 мм, а правой почки – на 1,4 мм. Интересно, что в первые полгода после рождения толщина правой почки бывает больше толщины левой почки, а конце одногодичного возраста толщина обеих почек становится одинаковой. В последующие возрастные периоды толщина левой почки имеет преимущество по сравнению с толщиной правой почки.

Капустин С.В., Приманов С.И. (2001) и другие считают, что увеличение коэффициента органа, то есть толщины (при ширине ≥1), являясь показателем какого-либо патологического процесса, доказывает повреждение паренхимы органа диффузного процесса. В соответствии с полученными нами данными этот показатель ≥1 отмечался только в правой почке у новорожденных детей. Следует предполагать, что данное обстоятельство связано с особенностями периода новорожденности.

Объем почек, будучи интегративным показателем роста органов ребенка, является проявлением анатомо-физиологических особенностей ребенка, связанных с конкретным периодом его жизни. С этой точки зрения было установлено, что общий интенсивный рост объема почек отмечается у мальчиков ростом 60-70 см (13,2 см3) и девочек ростом 80-90 см (11,1 см3). По сравнению с мальчиками объем почек у девочек ростом до 135 см меньше, по достижении 165 см превышает объем почек мальчиков, а затем по сравнению с девочками, объем почек у мальчиков опять становится больше. Вероятно, это можно объяснить началом периода полового созревания в различное время у мальчиков и девочек.

Также видно, что это отражается на темпе роста размеров почек. Объем левой почки у детей любого возраста оказывается большим. Из наших исследований стало известно, что наиболее интенсивный рост почек у детей отмечается в возрасте до одного года. То есть, длина почек увеличивается на 35%, ширина и толщина – на 24%, а объем органа у мальчиков увеличивается в 1,9 раза, у девочек – в 2,1 раза. Когда ребенок достигает 17-летнего возраста, обе почки увеличиваются в 2,2 раза, и толщина левой почки бывает 1,8 раза больше толщины правой почки. Объем обеих почек у мальчиков увеличивается в 9,3 раза, а у девочек- в 10,4 раза. Будучи точными в объемных параметрах почек у всех возрастных групп, не наблюдалась достоверная разница в зависимости от пола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворяковский И.В. и др. Возрастные параметры почек у детей по данным ультразвукового исследования. //Ультразвуковая и функциональная диагностика 2004 №1 с.30-35

2. Капустин С.В., Пимфнов С.И. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря, мочеточника и почек.- М.: Медлит, 2001, с.128

3. Найдина Т.К. и др. Нормальные возрастные размеры желчного пузыря, печени и поджелудочной железы у детей по данным эхографии.

4. // Ультразвуковая и функциональная диагностика.2001.№4. с.57-63

5. Строкова Л.А. и. др. Методические аспекты комплексной нефросонографии. Учебное пособие. – 1999, с. 410

6. Харлап Г.В. и др. Неинвазивный способ определения обыема почки (ультразвуковая биометрия). // Вести рентгенол. радиол., 1989, №4, с 84-86

SUMMARY

REGIONAL NORMATIVITIES OF KIDNEY BASED ON POPULAR ULTRASOUND INFORMATIONS

E.Rzayev

Our examinations show that, width of kidney enlarge slowly. Both girls and boys width of right kidney large than the left kidney in all ages.

Width of kidney increase in 10cm according each 1,5mm length. Girls 1,6mm length. Volume of kidney increase depend on beginning different age of puberty in both boys and girls.

Daxil olub:27.08.2008

QISA MƏLUMATLAR - КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

С.Д. Гасымов
Центральный военный клинический госпиталь, г. Баку

Метод плазмафереза применен в комплексной терапии 52 больных хроническими диффузными заболеваниями печени- ХДЗП (40 больных хроническим гепатитом и 12 –циррозом печени).

Возраст больных колебался от 32 до 60 лет, наблюдалось 32 мужчины и 20 женщин.

У всех больных заболевание протекало с выраженной активностью патологического процесса, наличием признаков мезенхимально – воспалительного и цитолитического синдромов, а у 58% - внутрипеченочного холестаза.

Учитывая, что в исследуемую группу вошли лица с компенсированным и субкомпенсированным ЦП (класс А и В по Child-Pugh)без выраженных признаков портальной гипертензии и асцита, для получения достоверных результатов больных ХГ и ЦП в ряде случаев объединяли в группу ХДЗП.

Число сеансов ПФ на курс лечения колебалось от 2 до 5, в общей сложности проведено 17 9 процедур ПФ. В 7 случаях курс ПФ состоял из 2 сеансов, в 22 – из 3, в 16 – из 4 и в 7 случаях – из 5 сеансов.

За сеанс ПФ извлекалось 30-4 0% объема циркулирующей плазмы (в среднем 800 мл плазмы, а за курс – 2,5 л) .

Интервал между процедурами ПФ составлял 3 - 4 дня. Замещение объема удаляемой плазмы в 93 случаях осуществлялось физиологическим раствором хлорида натрия, раствором Рингера. В 55 случаях к этому добавляли гемодез, реополиглюкин, раствор желатиноля, а в 4 случаях получали с целью плазмозаме-щения 10% р-р альбумина и в 16 – одногруппную донорскую плазму.

Показаниями для проведения ПФ являлись активный гепатит и цирроз печени любой этиологии с синдромом: а)эндотоксемии и печеночной энцефалопатии; б)внутрипеченочного холестаза; в)аутоиммунного компонента, в том числе индуцированного вирусами или алкоголем; г) острый алкогольный гепатит на фоне ХДЗП; д)ДВС-синдром без признаков коагулопатии потребления.

Противопоказания для назначения ПФ имели абсолютный и относительный характер:

1. Абсолютные: а)ЦП класса «С» по классификации Child-Pugh; б)портальная гипертензия с варикозным расширением венпищевода и/или желудка III-IV ст.; в)острые желудочно-кишечные язвы; г)кровотечения любой локализации; д)выраженный асцит; е)синдром гиперспленизма III-IV ст.; ж)ДВС-синдром в фазе коагулопатии потребления; з)терминальная недостаточность кровообращения; и)некоторые инфекционные заболевания, передающиеся через кровь: сифилис, СПИД. При этом наличие вирусов гепатита B, C, D не являлось противопоказанием для ПФ.

2.Относительные: состояния, которые могут быть корригированы соответствующими средствами до начала или в процессе проведения ПФ: а) анемия; б)гипопротеинемия в) варикозное расширение венпищевода и/или желудка I-IIст.; г) г иперспленизм I-IIст.; д) незначительный асцит.

Для оценки эффективности ПФ в комплексной терапии ХГ и ЦП оценивали динамику ряда клинических признаков: выраженность астено-вегетативного синдрома, желтухи, кожного зуда, диспептического синдрома, клинических проявлений геморрагического синдрома, а также общепринятых лабораторных показателей, отражающих функциональное состояние печени: содержание в крови билирубина, холестерина, (3-липопротеидов, щелочной фосфатазы, *γ-ГТЛ,* общего белка, альбуминов и глобулинов, активность аминотрансфераз, тимоловой пробы, концентрация фибриногена, протромбина. Кроме того, использовали ряд специальных методов исследования, отражающих некоторые аспекты состояния иммунной системы, системы

гемостаза, включая маркеры ДВС-синдрома, специфические показатели внутрипеченочного холестаза, синдрома эндогенной интоксикации.

Daxil olub:12.08.2008

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ВЫПОЛНЕНИЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Ч.Д. Гулиев
Центральный военный клинический госпиталь, г.Баку

Послеоперационный болевой синдром остается одной из наиболее серьезных проблем хирургического лечения геморроя. Одним из главных вопросов клинической оценки болевого синдрома является его объективизация. Учитывая, что болевой синдром после геморроидэктомии имеет свои особенности и состоит из двух видов боли - послеоперационной, постоянной и острой после первой дефекации - нами разработана болевая карта, за основу которой взята циркулярная шкала, которая применялась при оценке болевого синдрома у пациентов, пролеченных постеризаном [1,2,3,4].

В процессе послеоперационного лечения карту заполняли трижды - на 2-й, 7-й и 20-й день после операции, что позволяло объективно проследить изменения характера боли после закрытой (первая группа, n=40 человек), открытой (вторая группа, n=30 человек) и подслизистой (третья группа, n=30 человек) геморроидэктомии.

При анализе болевых карт, установлено, что на второй день после закрытой геморроидэктомии у 80% пациентов боль носила непостоянный острый характер сильной интенсивности. У 75% пациентов болевые ощущения продолжались около часа, а частота появления боли у 83% человек составляла свыше 10 раз в день. Болевой синдром в этой группе у 72% пациентов снимали ненаркотическими анальгетиками. У 28% больных для снятия болевого синдрома назначали наркотические анальгетики на 2-й день. Через 7 дней после операции тупые боли продолжительностью до одного часа отмечали 68% пациентов. У 60% человек непостоянные боли средней интенсивности возникали не более 4 раз в день. Для уменьшения боли назначения ненаркотических анальгетиков потребовали 74% пациентов с болевым синдромом, а у 26% боли стихали самостоятельно. При амбулаторном осмотре на 20-й день после операции периодические тупые боли слабой интенсивности сохранялись у 78% пациентов; из них 48% больных для снятия болевого синдрома применяли таблетированные ненаркотические анальгетики, у остальных боли проходили самостоятельно.

Тупые непостоянные боли, особенно выраженные при дефекации и длящиеся после нее в течение часа, зарегистрированы у 30% пациентов. У большей части они проходили самостоятельно, а 33% больных для снятия болевого синдрома применяли таблетированные ненаркотические обезболивающие препараты.

На второй день после открытой геморроидэктомии у 55% человек боли средней интенсивности носили тупой характер, а у 45% пациентов отмечен слабо выраженный по характеру и интенсивности болевой синдром. Его продолжительность у 70% больных составила не более 20 минут. Трехкратное введение ненаркотических анальгетиков у 85% пациентов купировало боль, а 15% - вообще отказались от введения анальгетиков. На 7-й день после операции 40% пациентов жаловались на тупые непостоянные боли слабой интенсивности. Остальные 60% больных жалоб не предъявляли.

Частота возникновения болей составляла не более 4 раз в день. Они не требовали постоянного назначения обезболивающих препаратов и купировались разовой дозой ненаркотических анальгетиков. Амбулаторное обследование на 20-й день после операции показало наличие непостоянного болевого синдрома у 15% пациентов. Боли чаще возникали только после стула и проходили самостоятельно без назначения анальгетиков у остальных болевой синдром отсутствовал.

После подслизистой геморроидэктомии на второй день после операции 50% пациентов предъявляли жалобы на тупые боли средней интенсивности. Боли носили непостоянный характер, у 70% пациентов они возникали не более 4 раз в день, их продолжительность составляла около 30 минут и они купировались ненаркотическими анальгетиками. На 7-й день

после операции у большей части пациентов установлено значительное снижение интенсивности болевого синдрома. Лишь у 35% больных оставались тупые непостоянные боли слабой интенсивности продолжительностью около 10 минут. Они самостоятельно стихали без назначения обезболивающих препаратов. На 20-й день лишь 10% отмечали непостоянные слабой интенсивности боли продолжительностью до 20 минут, не требующие назначения анальгетиков

При сравнительном анализе выраженности болевого синдрома после открытой и подслизистой геморроидэктомии достоверных различий в характере, интенсивности и продолжительности болевого синдрома между последними двумя группами не получено (P> 0,05) (Рис.).

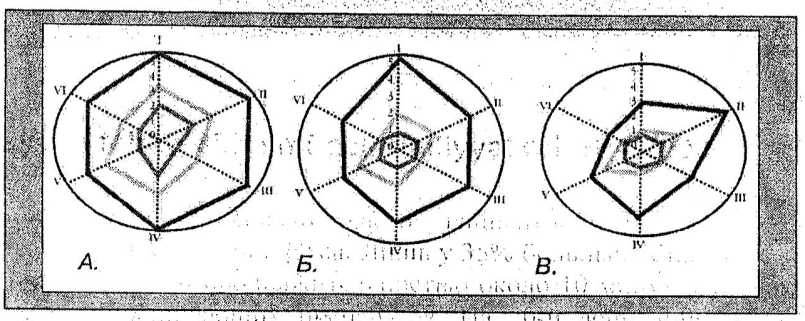


Рис. Характеристика болевых крат после различных методик выполнения геморроидэктомии. А- закрытая; Б- открытая; В- подслизистая.

В то же время после закрытой геморроидэктомии имеется достоверное увеличение (P<0,03) не только характера, интенсивности и продолжительности болевого синдрома, но и увеличение дозировки ненаркотических препаратов по сравнению с этими показателями после открытой и подслизистой геморроидэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1.Александров В.Б., Гаджиев Г.И., Богомазов Ю.К., Зорин С.А. Закрытый метод геморроидэктомии с применением механического шва / Тезисы докладов V Всероссийской конференции / Актуальные проблемы колопроктологии.- Ростов-на-Дону, 2001

2. Благодарный Л.А. Клинико – патогенетическое обоснование выбора метода лечения геморроя: Дис. … д.м.н.- 1999

3. Ривкин В.Л „ Дульцев Ю. В., Капуллер Л.Л. Геморрой и другие заболевания анального канала.- 1999, с.83-135

4. Abcarian, H., et al. Benign anorectal disease:Definition , characterization and analysis of treatment // Am J. Gastroenterol., 1999, v.89, p.182

Daxil olub: 23.06.2008

BOYUNUN ÖN XƏTTİNİN SİST VƏ SÜZGƏCLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

R.H. Hüseynov, F.X. Saidova, Ş.N.Bağırova
M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Qalxanvari vəzi udlaq epitelindən - ön bağırsağın baş hissəsindəki, çənə qövsü ilə dilaltı qövsü arasından inkişaf edir. İlk dəfə bunun mayası xüsusi axacaq – ductus thyreoqlossus vasitəsilə udlaq epiteli ilə rabitədə olur. Vəz inkişaf etdikcə aşağı, daimi yerinə çatır. Qalxanvari vəzinin mayası aşağı endikdə onun axacağı uzanır, sonra yavaş - yavaş atrofiyaya uğrayır. Yetişmiş şəxslərdə tamamilə itir [2,4,6]. Bəzi hallarda isə obliterasiya olunmur.

Axacaq boyunun ön xətti boyu, dilaltı sümüklə qalxanvari vəzin boyuncuğu arasında yerləşir. Onun daxili divarında epitel toxumadan ifraz olunan sekret divarları genişləndirir və

sonda sistin yaranmasına səbəb olur [3,5,8].

Sistlərin səthi hamar, yumru formalı, konsistensiyası elastiki, dilaltı sümüyü ilə əlaqədar olduğu üçün udqunmada hərəkətli olur.

Sekretin son dərəcə artması və ya hər hansı bir infeksiya bu prosesə qoşulması sistin üzərində dərini ödemləşdirir, qızartının, süzgəclərin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Xəstəyə diaqnozun qoyulması asandır. Sist və süzgəcləri təyin etməyə onun aramla inkişaf etməsi, tipik yerləşməsi, palpasiya zamanı xarakterik konsistensiyası kömək edir. Lakin bəzən sistləri boyunun irinləmiş limfadeniti, süzgəcləri isə inkişafın qüsuru kimi vərəm mənşəli limfadenit kimi qiymətləndirilə bilər [4,8].

Müalicəsi ancaq cərrahi yol ilədir [1,3,7].

Vaxtında müalicə aparılmadıqda epitel toxumada maliqnizasiya əlamətləri baş verə bilər [5].

Endokrin cərrahiyyə şöbəsinə 2003-cü ildən indiyədək 5 yaşından 14 yaşınadək 24 xəstə müraciət etmişdir. Onlardan 19-u qız, 5-i oğlan olmuşdur. Xəstəlik 2 ildən 6 ilədək davam etmişdir. Boyunun ön nahiyyəsində, çənəaltında törəmə, irinli proses olduqda dəridə şişkinlik, qızartı, udqunmada ağrılar, subfebrir temperatura, süzgəc əmələ gəldikdə isə selikli və ya irinli ifrazat xəstələrin əsas şikayətlərini təşkil etmişdir.

Xəstələrdən 9-u bir və ya bir neçə dəfə bizə, yaşadığı yerlərdə ambulator olaraq həkimlərə müraciət etmiş, yarılmaq yolu ilə irinli proses dayandırılmışdır. Buna baxmayaraq süzgəclər yenidən fəaliyyətə başlamışlar. Xəstələrin əksəriyyətini 5-10 yaşında olanlar təşkil edir. 10 xəstənin diaqnozu təsadüf nəticəsində qoyulmuşdur.

16 xəstədə çənəaltında törəmə, 8-də isə sistin irinləməsi, dəridə süzgəc müəyyən edilmişdir.

Sistli xəstələrə USM, irinli-selikli süzgəci olanlara isə rentgen-kontrast, bakterioloji müayinələr aparılmışdır.

Sistin irinləmə və ya irinli süzgəc əmələ gələn xəstələrdə yarılmaq, süzgəci drenə etmək, yerli antiseptik, ümumi antibakterial müalicə aparılmışdır. İltihab əlamətləri tam keçdikdən sonra xəstələr əməliyyata hazırlanmışlar.

Bütün xəstələrə radikal əməliyyat sistin, süzgəcin, epitelial axacağın ləğv edilməsi aparılmışdır. Xəstələrin yaşı nəzərə alınmaqla, onlara v/d narkoz tətbiq edilmişdir. Əməliyyat zamanı bütün xəstələrdə epitelial axacaq dilaltı sümüyə qədər mobilizasiya edilmişdir. Sonuncunun cismi ayaqcıqlarından rezeksiya edilməklə ayrılmış və axacaq ilə birlikdə çıxarılmışdır.

Epitelial axacaqda irinli proses bir və ya bir neçə dəfə təkrar olduqda onu ətraf toxumalardan mobilizasiya etmək çətinlik törədir, ona görə də əməliyyatdan qabaq 5 xəstədə axacaq vizulizasiya olunmaq üçün oraya 1-2 ml metilen göyü məhlulu yeridilmişdir.

Bizim müşahidələrimiz göstərir ki, epitelial axacağın dilaltı sümüyə qədər mobilizasiya və onu rezeksiya etmədikdə, gələcək residivlərin əmələ gəlməsinə zəmin yaradır.

Beləliklə, boyunun ön xətti sistləri və süzgəclərində uğurlu cərrahi müalicə aparmaq üçün birinci növbədə diaqnozu düzgün, vaxtında qoymaq diqqətli anatomik quruluşu nəzərə alıb və əməliyyat zamanı isə radikallığı gözləməklə epitelial axacağı tamam çıxarmaq lazımdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Большаков О.П., Семенов Г.М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия.- М. 2004, 1184 с.
2. Кованов В.В., Аникина Т.И. Хирургическая анатомия фасции и клетчаточных пространств человека.- М. 1967, 250 с.
3. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. 4-е издание. -М.: Медицина, 2001, 408 с.
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. 3-е издание.- М.: Медицина, 2002, 784 с.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.- М.: Медицина, 2006, 480 с.
6. Сапин М.Р. Анатомия человека.- М.: Медицина, 2001, 1280 с.
7. Хитров Ф.М. Атлас пластической хирургии лица и шеи.- М.: Медицина, 1984, 208 с.
8. Черенько М.П. Заболевания и повреждения шеи.- Киев: Здоров'я. 1984, с.144.

SUMMARY
THE DIAGNOSTIC AND SURGERY TREATMENT OF CYST AND FILTERS FRONTAL LINE
R.H.Huseynov, F.X. Saidova, Sh.N. Bagirova

This article about The diagnostic and surgery treatment of cyst and filters frontal line. There were analyzed the material of some sciences about this problem. For successful surgery treatment of cyst and filters frontal line it is important to diagnose attentivle, to search of anatomic structure.

Daxil olub: 11.07.2008

РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ

Г.Ш . Гасымзаде,, П.С.Мамедов, Э.З. Аллазова
Центральный военный клинический госпиталь, г. Баку

При визуализации ограниченных скоплений жидкости и необходимости решения вопроса об инфицировании и в диагностических наблюдениях прогрессирующего увеличения, возможно выполнение их пункций под контролем ультразвукового наведения [3]. Выполнение тонко-игольных манипуляций при низкой контаминации экссудата позволяет избежать достаточно травматичного хирургического лечения больных, а при высоком уровне контаминации выиграть время для стабилизации их общего состояния [1,2].

Перед выполнением процедуры было проведено УЗИ в серошкальном режиме, целью которого явилось проведение адекватной оценки ложа селезенки и также определение расположения и соотношения близлежащих внутренних органов. Таким образом, была определена оптимальная зона доступа.

В 5 (55,6%) клинических наблюдениях у больных с наличием ограниченных скоплений жидкости в проекции ложа селезенки была выполнена их однократная пункция. При этом во всех наблюдениях при проведении бактериологического исследования был отмечен стерильный характер экссудата или же уровень его контаминации не превышал показателя 10 /мл. В последующем, при проведении ультразвукового мониторинга, у этих пациентов в проекции ложа селезенки визуализировались лишь незначительные по размерам скопления жидкости (40x25 - 62><27 мм), а проводимая в послеоперационном периоде консервативная терапия позволила достигнуть полного клинического выздоровления.

У данных пациентов применение малоинвазивных дренирующих манипуляций в сочетании с рациональной консервативной терапией позволило решить как ряд диагностических, так и лечебных задач, позволяющих достигнуть полного клинического выздоровления Так у всех 5 наблюдаемых больных отмечалась отчетливая положительная динамика в течение раннего послеоперационного периода, которая заключалась в исчезновении клинических симптомов и нормализации лабораторных признаков эндогенной интоксикации. Кроме того, необходимо отметить, что у данной категории больных во время выполнения ультразвуковых динамических исследований в проекции ложа селезенки регистрировалось уменьшение размеров ограниченных скоплений жидкости. Их максимальных размер составил 40^25 - 62x27 мм, соответствуя 1-ому или же 11-ому варианту ультразвуковой визуализации зоны спленэктомии.

У 2 (25,0%) пациентов для достижения аналогичного клинического результата потребовалось выполнение от 2 до 3 манипуляций. При выполнении бактериологического контроля экссудата отмечался его инфицированный характер с уровнем контаминации от 10^5/мл до 10^8/мл. Повторные манипуляции проводились после контрольных ультразвуковых исследований на 2-3 сутки после первичной манипуляции. Показаниями для их выполнения считали: отсутствие положительной ультразвуковой картины в течении патологического процесса на фоне сохраняющихся признаков эндогенной интоксикации.

В этих клинических наблюдениях повторные манипуляции под контролем

ультразвуковой навигации позволили проводить санацию ограниченных скоплений жидкости растворами антисептиков, а также получать биологический материал для последующего бактериологического исследования, результаты которого вносили коррективы в проводимую антибактериальную терапию в соответствии с чувствительностью микроорганизмов к антибиотикам.

В 1 (12,5 %) клиническом наблюдении у больного с уровнем контаминации экссудата более 10^7/мл, несмотря на проведение неоднократных пунк-ционных манипуляций, отмечалась неудовлетворительная санация гнойной полости, сохранялись клинические и лабораторные проявления эндогенной интоксикации. Все это потребовало выполнения открытого оперативного вмешательства, направленного на адекватную санацию поддиафрагмального абсцесса.В данном клиническом наблюдении предшествующие малоинвазивные пункционные манипуляции под контролем ультразвуковой навигации позволили выиграть время для стабилизации общего состояния больного, оптимизируя сроки проведения открытой операции.

Таким образом, изучение роли и определение возможностей малоинва-зивных пункционных дренирующих манипуляций, выполняемых под контролем ультразвуковой навигации показало, что последние позволяют у больных с осложненным течением раневого процесса в зоне спленэктомии решать не только диагностические, но и различные лечебно-тактические задачи.

При решении вопросов об инфицировании они позволяют получить биологический материал для бактериологического исследования, а в случаях его контаминирования с уровнем до 10^8 микробных тел/мл полностью их купировать. В клинических случаях контаминации экссудата свыше 10^6 микробных тел/мл малоинвазивные манипуляции под контролем ультразвукового исследования позволяют выиграть время для стабилизации общего состояния больных и оптимизировать сроки проведения открытых хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1.Поташов Л.В., Васильев В.В., Семенов Д.Ю., Османов З.Х. и др. Сочетанные оперативные вмешательства в видеоэндохирургии // Эндоскопическая хирургия, 2003, № 5, с. 8-12.

2.Тимербулатов А.С. Травма органов брюшной полости.- М., 2002, 82 с.

3.Токин А.Н., Чистяков А.А., Мамалыгина Л.А. и др. Закрытая травма поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии, 2000, №2, с.3

Daxil olub: 26.09.2008

«SÜD VƏZİSİ XƏRÇƏNGİNİN MÜASİR DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ» ELMİ-TƏCRÜBİ KONFRANSININ NƏTİCƏLƏRİ

F.Ə.Mərdanlı, N.A.Baxşəliyeva
Milli onkologiya mərkəzi, Bakı

31 oktyabr 2008 il tarixində «Excelsior» mehmanxanasında «Süd vəzisi xərçənginin müasir diaqnostikası və müalicəsi» elmi-təcrübi konfrans keçirilmişdir.

Konfrans süd vəzisi xərçənginin erkən və vaxtında diaqnostika və müalicəsi məsələlərinə həsr olunmuşdur. Konfrans Respublikamızın aparıcı onkoloqların, o cümlədən, Azərbaycan Respublikası SN Milli onkologiya mərkəzinin (MOM), Azərbaycan Tibb Universitetinin (ATU) Onkoloji klinikasının, və eləcədə Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun (AzDHTİ) əməkdaşları tərəfindən təşkil olunmuşdur. Konfransın sponsoru nümayəndələri həmin konfransın işində fəal iştirak edən Hoffmann-La Roche farmasevtik kompaniyası olmuşdur.

Konfransa MOM-nun baş direktorunun elmi işlər üzrə müavini professor R.C.Cəfərov sədrlik edirdi. Professor R.C.Cəfərov süd vəzisi xərçəngi ilə xəstələrin erkən diaqnostikası və müalicəsi problemin aktuallığını vurğulayıb, eyni zamanda, belə konfransın keçirilməsinin məqsədəuyğunluğunu və olduqca vacib olduğunu təsdiqlədi.

Gündəliyə iki məruzə daxil olunmuşdu.

S.S.Kələntərlinin çıxışı süd vəzisi xərçənginin immunohistokimyəvi diaqnostikasına həsr olunmuşdur.

R.S.Zeynalov konfransın iştirakçılarına süd vəzisi xərçəngi ilə xəstələrin kimyaterapevtik müalicəsində yeni, xüsusilə HER-2 müsbət olan süd vəzisi xərçənginin müalicəsi üçün yaradılan şişəleyhinə preparatın Trastuzumabın (Herseptin) istifadə edilməsi haqqında material təqdim etdi.

Təqdim olunan məruzələrin müzakirəsində MOM-nun, ATU-nun Onkoloji klinikasının və Ə.Əliyev ad. AzDHTİ-nin əməkdaşları fəal iştirak etdilər.

Sədr konfransın işini yekunlaşdırıb, belə cür forumların gələcəkdə daha tez-tez aparılmasının vacibliyi və dəyərli olmasını qeyd etdi.

Daxil olub: 11.07.2008

XRONİKA- ХРОНИКА

TİBB ELMİNİN KEŞİYİNDƏ



2008- ci ildə tibb ictimaiyyəti daha bir yubileyi təntənə ilə qeyd etmişdir. Bu Akademik Böyükkişi Ağa oğlu Ağayevin 80 illik yubileyi olmuşdur. Bu gözəl gündə onu təbrik edən çox saylı kollektivlər içərisində bizim juranlın da kollektivi vardır.

Böyükkiişi Ağa oğlu Ağayev 1928- ci ildə Sabirabad şəhərində anadan olmuşdur. O, Azəbaycan Dövlət Tibb İnstitutunu bitirərək 1949- 1968- ci illərdə Sabirabad mərkəzi birləşmiş şəhər xəstəxanasında işləmişdir. Sonralar N.O. Piroqov ad. 2- ci Moskva tibb İnstitutunda aspirant, Həştərxan Tibb İnstitutunda assistent, Azərbaycan elmi- tədqiqat Rentgenologiya, Radiologiya və Onkologiya institutunda baş elmi işçi vəzifəsində çalışmışdır. O 1966- cı ildə tibb elmləri doktoru, 1967-ci ildə professor, 1979- cu ildə Azərabaycanın əməkdar elm xadimi adını almışdır.

O hazırda ak. M.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə İnstiutunun diretorudur. Akademik Beynəlxalq qasto- intestinal (mədə- bağırsaq) klubunun (Hollandiya), Avropeatravma və təcili cərrahlıq cəmiyyətinin idarə heyətinin (İtaliya), Avropa cərrahlar cəmiyyətinin (Almaniya), Avrasiya cəmiyyətinin (Türkiyə) üzvüdür.

B.A. Ağayev müasir Azərbaycan cərrahiyyə məktəbinin nümayəndələrindən biridir. O, rekonstruktiv cərrahiyyədə magistral öd yollarının proksimal çapıq damarlarında rekonstruktiv və bərpaedici əməliyyatların aparılması üzrə tanınmış cərrahdır. B.A. Ağayevin milli cərrahiyyə elminin inkişafında misilsiz xidmətləri olmuşdur. Onun nailiyyətləri içərisində qastroduedonal qanaxmalarda ilk dəfə iynəsiz inyektorun tətbiqi, onikibarmaq bağırsağın güdülünün bağlanması təkmilləşmiş metodunun təklifi, adrenokortikal çatmamazlığın səbəblərinin öyrənilməsi, su - duz mübadiləsinin tənzim olunması metodları, xoşxassəli mexaniki sarılıq zamanı qaraciyər funksiyasının bərpa olunmasında maqnit- lazer terapiyasının yeni metodunun tətbiqini və s. göstərmək olar.

O nəinki tibb elminin inkişafında, praktiki biliklərinə gənc nəsillərə aışlanmasında əvəzedilməzdir. Bu gün gənc həkim- alimlər üçün onun hər kəlməsi bir məktəbdir.

Akadamik B. Ağayev 330- dan çox elmi əsərin müəllifidir. Bunların içərisində məqalələrlə yanaşı elmi monoqrafiyalar, dərsliklər, dərs vəsaitləri də vadır. Aşağıdakı siyahıda onun elmi monoqrafiya və dərslikləri verilmişdir:

1. Ağayev B.A. Klinik cərrahlıqdan mühazirələr. I cild.- Bakı: Maarif, 1980, 306 s.
2. Ağayev B.A. Klinik cərrahlıqdan mühazirələr. II cild.- Bakı: Maarif, 1982, 266 s.
3. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər.- Bakı, 2007, 807 s.
4. Ağayev B. Cərrahi xəstəliklər. Tibb institutu tələbələri üçün dərslik.- Bakı: Maarif, 1989, 571 s.
5. Ağayev B.A. Cərrahlıqda deontologiya.-Bakı: Təbib, 1993, 51 s.
6. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Dərslik. I buraxılış.- Bakı: Maarifi, 1989, 646 s.
7. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Dərslik. II buraxılış- Bakı: Azərbaycan nəşr- tı, 2000, 850s.
8. Агаев Б.А. Ситуационные задачи по экстренной брюшной полости. Учебное пособие.- Баку,1991, 646с.
9. Агаев Б.А., Агаев С.А., Гадиев С.М. Кининовая система крови при некоторых хирургических заболеваний.- Баку: Азербайджанское Государственное Из-во, 1979, 175 с.
10. Агаев Б.А. диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения. Монография.- Баку: Аз. из., 1984, 340 с.

Hörmətli akademiki jurnalımızın yaradıcı kollektivi adından böyük alimi yubileyi münsibətilə təbrik edirik. Arzumuz budur ki, o bizi hələ bir çox illər öz varlığı, aydın zəkası ilə sevindirsin.

AD GÜNÜNÜZ MÜBARƏK!



Oktyabr ayının 17- si həm jurnalımızın yaradıcı kollektivi, həm də kitabxanamız üçün çox əlamətdar bir gün idi. Bu gün Azərbaycan Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanasının direktoru və «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalının məsul katibi Rəna xanım Ağababa qızı Pirvediyevanın yubileyini qeyd edildi. Rəna xanım təkcə bir rəhbər deyil, kollektivimizin bütün yükünü öz çiyinlərində çəkən, ona daim dayaq və dəstək olan bir şəxsiyyətdir.

Bakı şəhərində anadan olmuş Rəna xanım orta məktəbi bitirərək N. Nərimanov ad. Azərbaycan Tibb İnstitutuna daxil olur. İnstitutu fərqlənmə diplomu ilə bitirərək həkim- pediatr kimi fəaliyyətə başlayır və namizədlik dissertasiyasını müdafiə edir.

Uşaq Yol Məsləhətxanasında, Eksperimental Kliniki Elmi- tədqiqat İnstitutunda, Bakı Travmatologiya və ortopediya ETİ-də uğurla çalışmışdır. 1983- cü ildən Elmi- tibbi informasiya şöbəsində rəhbər vəzifəsində çalışmağa başlamışdır. Bu dövrdə onun rəhbərliyi ilə tibb işçilərinin operativ elmi- tibbi informasiya ilə vaxtlı- vaxtında təmin olunması məsələsi daim diqqət mərkəzində olmuşdur. bundan əlavə Rənp xanım respublikamızda aparılan elmi- tədqiqat işlərinə də köməklik etmişdir. Onun təşəbbusu və şəxsi iştrakı ilə 20 ilə qədər «Tibb elminin və praktiki səhiyyənin nailiyyətləri» adlı elmi məqalələr toplusu nəşr etdirilmişdir. Hazırda bu toplu yenə də Rəna xanımın iştrakı ilə «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» adı altında rüblük elmi jurnal kimi dərc edilir.

Rəna xanım Azərbaycanda tibb işçilərinin elmi tibbi informasiya ilə təmin olunması məsələsinə çox diqqətlə yanaşmış, bu məsələ ilə bağlı bir çox məqalələr qələmə almışdır. Onun məqalələrində müasir dövrdə Azərbaycanda informasiya xidmətinin təşkili, həkimlərə informasiya xidmətinin xüsusiyyətləri, tibb işçilərinə informasiya xidmətinin əsas problemləri kimi məsələlər öz əksini tapır.

2006- cı ildən Rəna xanım Azərbaycan Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanasının direktoru vəzifəsində çalışır. Bu dövrdən kitabxananın həyatında bir çox yeniliklər baş vermişdir. Onun işləmək, yaratmaq həvəsi kollektivimizə də öz müsbət təsirini göstərmişdir. Yeni biblioqrafik və metodik vəsaitlər nəşr etdirilir, respublikamızın mütərəqqi kitabxanaları, həkim ictimaiyyəti ilə əlaqələr yaradılır, kitabxanamızda müxtəlif treninqlər keçirilir, kitabxanamızın əməkdaşlarının bir çox treninqlərdə iştirakı təmin olunur, respublikamızın tibb kitabxanalarına elmi - metodik köməklik göstərilir, onların kitbaxanaçıları ilə müntəzəm görüşlər keçirilir.

Rəna xanımın kitabxanaya və onun əməkdaşlarına münasibətdə qayğı və hörmət hər an duyulmaqdadır. O, gənc kadrlarımızı fəaliyyətə, yeni elmi- praktiki axtarışlara sövq edir. Əməkdaşlarımız tez- tez müxtəlif səpgili tədbirlərdə iştirak edir. Kitabxanamızda da tədbirlər təşkil edilir. Həkimlər, elmi işçilər, tibb təhsili alan tələbələr bu tədbirlərdə iştirak edir, kitabxanamız ilə yaxından tanış olurlar. Onu da qeyd edək ki, bir çox oxucularımızı kitabxanaya cəlb edən amil Rəna xanımın cəmiyyətdəki nüfuzu və hörməti olmuşdur.

Buraya hər birimiz onun nuruna, aydın zəkasına toplaşırıq, ondan işləmək, yaratmaq üçün ilham alırıq. Onun keçdiyi yol hər birimiz üçün bir məktəbdir. Biz ondan həm həyat, həm də yaradıcılıq dərsi alırıq. Jurnalımızın yaradıcı kollektivi və kitabxanamızın əməkdaşları Rəna xanımı təbrik edir, ona can sağlığı, həyat və fəaliyyətində uğurlar arzu edir!

2006- 2008- Cİ İLLƏR ÜZRƏ «AZƏRBAYCAN TƏBABƏTİNİN MÜASİR NAİLİYYƏTLƏRİ» JURNALINDA DƏRC OLUNAN MƏQALƏLƏRİN TƏHLİLİ

Son 3 il ərzində «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalında dərc olunan məqalələr nəzərdən keçirilərkən məlum olmuşdur ki, ilbəil nəşr olunan elmi- praktiki məqalələrin sayı artmaqdadır. 2006- cı ildə məqalələrin ümumi sayı 35, 2007- ci ildə- 148, 2008- ci ildə 178 olmuşdur. cədvəl 2- də maqələlərin növlər üzrə kəmiyyət göstəriciləri verilmişdir.

Cədvəl 1

Məqalələrin növləri	İllər		
	2006	2007	2008
İcmallar	2	20	31
Orijinal məqalələr	26	88	128
Qısa məlumatlar	7	35	18

2006- cı ildə məqalələrin sayının az olması həmin ildə jurnalın yalnız 2 sayının işıq üzü görməsi ilə bağlıdır. 2007- ci ildən rüblük jurnal kimi 4 sayı nəşr edilməyə başlamışdır və bununla əlaqədar olaraq məqalələrin sayında da artım baş vermişdir.. Məqalələr müxətəlif tibbi elmi- praktiki və tədris ocaqlarından daxil olmuşdur. Jurnalda məqalələri müntəzəm nəşr edilən tibb müssisələrinin kəmiyyət göstəricisi cədvəl 2- də verilmişdir.

Cədvəl 2

Tibb müəssisələrinin adları	Məqalələrin sayı (illər üzrə)			
	2006	2007	2008	Ümumi
Azərbaycan tibb universiteti	15	58	56	79
Ə.Əliyev ad. AzDHTİ	3	25	27	55
M.Topçubaşov ad. Elmi cərrahiyyə mərkəzi		14	3	17
Mərkəzi neftçilər xəstəxanası		5	5	10
ET Mamalıq- ginekologiya institutu		4	12	16
Milli onkologiya mərkəzi	3	5	12	20
Mir- Qasımov ad. Respublika xəstəxanası	2	3		5
V.Axundov ad. Milli profilaktika institutu		2	1	3
B.Eyvazov ad. Hematologiya və qanköçürmə instiutut		2		2
Bakı Dövlət universiteti		2		2
Mərəkzi klinik xəstəxana		2	1	3
Mərkəzi hərbi klinik hospital	1	2	12	14
ET Ağ ciyər xəstəlikləri institutu		2	2	4
Angiologiya və mikrocərrahiyyə mərkəzi		1	1	2
Azərbaycan Beynəlxalq universiteti		1		1
Beynəlxalq Ekoenergetika institutu	1	1		1
Respublika toksikologiya mərkəzi		1		1
Respublika QİÇS- lə mübaricə mərkəzi	1	1	4	6
Z.Əliyeva ad. Göz xəstəlikləri institutu		1	3	4
Azərbaycan Respublika Dövlət elmi tibb kitabxanası		1	3	4
Sumqayıt 1 saylı şəhər xəstəxanası	1			1
Azərbaycan Respublikası E/A Zoologiya İnstitutu			2	2
Əfəndiyev ad. 3 syalı xəstiəxana			1	1
DİN hospitalı			1	1
ET Kardiologiya institutut			2	2
Tibbi klinik mərkəz			3	3
Respublika stamatologiya mərkəzi			1	1
Rusiya uşaqların sağlamlığı elmi mərkəzi			1	1
K. Fərəcova ad. ET Pediatriya institutu			2	2
Respublika doğum evi			3	3
Respublika dəri- zöhrəvi dispanseri			1	1
ET Travmatologiya və ortopediya institutu			2	2
Tusi klinikası			1	1
Dəmiryol xəstəxanası			1	1

Cədvəl 2- dən məlum olur ki, ATU və Ə. Əliyev ad. AzDHTİ- dən jurnalımıza daxil olan məqalələrin sayı (79,55) digərləinə nisbətən daha çox olmuşdur. Bu da əsasən həmin tibb ocaqlarının respublikamızda ən böyük tədris, elm ocağı olması ilə əlaqədardır. Daxil olan məqalələrin sayına görə Milli onkologiya mərkəzi say etibarilə digərlərindən fərqlənir. Bu mərkəzdən jurnalımıza 20 məqalə daxil olmuşdur. Daha sonra məqalələrinin sayına görə M.Topçubaşov ad. Elmi cərrahiyyə mərkəzi (17), ET mamalıq və ginekologiya institutu (16), Mərkəzəi hərbi klinik hospital da (14) üstünlk təşkil edir.

Mövzu baxımından da məqalələrin təhlili zamanı ümumi mənzərənin rəngarəng olduğu məlum olmuşdur. Demək olar ki, tibbə dair bir çox mövzular öz əksini tapmışdır. 2006- 2008- ci illərdə «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalında dərc olunan məqalələrin məzmun cəhətdən təhlilinin kəmiyyət göstəriciləri Cədvəl 3- də verilmişdir.

Cədvəl 3

Jurnalda əks olunan elmi- tibb mövzular	Məqalələrin sayı (İllər üzrə)			
	2006	2007	2008	Ümumi
Uşaq xəstəlikləri	7	8	15	30
Kardiologiya	5	12	11	28
Hepatit	4	10	8	22
İnfeksion xəstəliklər, mikrobiologiya, epidemiologiya, gigiyena	2	8	30	40
Əczaçılıq	2		3	5
Travmatologiya	2	2	3	7
Mamalıq	1		18	19
Ginekologiya	1	8	5	14
Onkologiya	1		14	15
Stomatologiya	1	11	13	25
Cərrahiyyə	1	1	12	14
Tibb işçilərinə kitabxana-informasiya xidməti	1	1	3	5
Qastroenterologiya		12	2	14
Angiologiya		7	2	9
Endokrinologiya		6	3	9
Ag ciyər xəstəlikləri və vərəm		4	4	8
Toksikologiya		4	1	5
Genetika		4	3	7
Urologiya		3	6	9
Dermatologiya		3	1	4
Diaqnostika		1	5	6
Tibbi ekspertiza		1		1
QİÇS		1	2	3
Səhiyyənin təşikli		1		1
Hematologiya			4	4
Nevrologiya, psixiatriya		1	3	4
LOR			7	7
Anatomiya			3	3
Oftalmologiya		1	4	5

Cədvəl 3- dən məlum olur ki, bəzi tibbi mövzular geniş işlənsə də, bəzilərinə çox az toxunulmuşdur. Məsələn infeksion xəstəliklər, epidemilogiya, gigiyena bölməsində məqalələrin ümumi sayı 40-a bərabərdir. Bunun əsas səbəbi bir neçə sahənin bir arada hesablanmasıdır. Çünki tibbin bu saşələri bir- birinə daha yaxındır. Uşaq xəstəliklərinə dair maqələlər kəmiyyət baxımından ikinci yerdədir. Onların ümumi sayı 30-a bərabərdir. Kardiologiya (28), stomatologiya (25), hepatit (22), mamalıq və ginekologiyaya (19,14) dair məqalələrin də sayında nəzərəçarpacaq artım vardır. Ən az məqalə tibbi ekspertiza (1) və səhiyyənin təşiklinə (1) həsr edilmişdir.

R.A. Pirverdiyeva, Y.U. Pirəliyeva

MÜNDƏRİCAT- ОГЛАВЛЕНИЕ

İCMALLAR-ОБЗОРЫ

Современные взгляды на молекулярно-клеточные механизмы патогенеза дисфункций иммунной системы, вызванных ионизирующим излучением
Г.М.Мамедов, Т.А.Семененко 3

О биологических факторах, способствовавших глобальному распространению вич-инфекции
А.А.Кадырова, А.Э.Дадашева, М.К.Мамедов 8

Диарейные заболевания, вызываемые микробами рода иерсиния (y. pseudotuberculosis и y.enterocolitica)
Р.А.Ахмедов, М.С.Касымов, А.Н.Талыбзаде, Н.М.Устун 12

Əməliyyatdan sonraki ventral yirtiqlarin cərrahi müalicəsi
H.Nəcəfquliyeva 15

Uşaqlarda bronxial astmanın yaranmasında sitokin statusunun rolu
A.A Əyyubova. N.H.Sultanova 19

Современные методы диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов
Ф.Ф.Агаев, Н.Н.Саттарова 22

Этиопатогенез и симптоматика параличей гортани
Р.М. Гашимли 27

Санация очагов одонтогенной инфекции полости рта у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями
М.А.Сафаров 32

Хроническая венозная недостаточность при беременности и её коррекция
И.М.Керимова 39

Целесообразность творческой компоненты в психопрофилактической подготовке беременных
Г.М. Мамедова 43

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Аберрометрическая оценка изменений оптико-рефракционных свойств хрусталика при развитии катаракты
А.М. Годжаева, И.М. Корниловский 47

Врождённая и наследственная формы глухоты у сельского населения астаринского района азербайджанской республики
В.М. Панахиан 50

Эхокардиографические показатели у детей с гломерулонефритом
Л.З.Ахмедова, С.Н.Ахмедова 52

Характеристика состояния тканей пародонта у солдат новобранцев из разных регионов
К.К. Кафаров 54

Особенности структурных изменений лимфоидных образований трахеи крыс после курсового действия ванн различного состава
Б.М. Гусейнов 57

Применение моксонидина у больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями
Л.И. Абасова, А.М.Бабаев, Э.А.Гасанова 61

Sidiklik- sidik axari seqmentində aparılan cərrahiyyə əməliyyatların optimal metodu
F.R Əlizadə, M.E Hüseynov, İ.H. Fiqarov 63

Kəskin və xronik periostitin yüksək prioritetli törədicilərinin müxtəlif nəsil və sinif antibakterial vasitələrə qarşı həssaslıq spektri
L.Ə.Mustafayeva 67

Streslə bağlı sidik qaçırması olan xəstələrin cərrahi müalicəsində atenzion transobturator bandvəatenzion transvaginal band tətbiqinin effektivliyi və həyat keyfiyyətinə təsirlərinin müqayisəsi
M.N. Mehdiyev 70

Некоторые размерно-количественные показатели лимфоидных образований маточной трубы при трубной беременности
С.В. Шадлинская 76

Клинико-иммунологические особенности формирования хронической сердечной недостаточности у детей
А.Г.Гасанов 80

Иммунологические аспекты лечения кишечных инфекций колинфантом
С.М. Касумова 84

Реакции и осложнения лучевой терапии, больных раком гортаноглотки при усиленном гиперфракционном режиме облучения в самостоятельном варианте и в комбинации с 5-фторурацил и цисплатиной
З.М.Гасанова 87

Критерии для постановки диагноза инфекционных осложнений в хирургической клинике
Б.Р.Зейналов.....91

Результаты хирургического лечения огнестрельных повреждений магистральных сосудов
Н.А.Гаджиев 95

Müxtəlif yaş qruplarında olan ilk və təkrar doğanlar arasında hamiləliyin gec hestozlarının rastgəlmə tezliyi
S.H.İsrafilbəyli, S.Ə.Əkbərbəyova, A.V. Qədirov 99

Морфологический индекс как прогностический критерий заживления раны на матке после кесарева сечения
Ф.Р. Гаджиева, С.Г.Алиева 103

Применение комбинированной антигомотоксической пасты на основе «traumeel s» и «zeel t» в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта
Л.К.Ибрагимова, Р.Н.Гусейнова, А.Ч.Пашаев 104

Bakı şəhərinin bir sıra tibbi müəssisəsinə müraciət edən qadinlar arasında endometriozun yayılma intensivliyinə dair
X.Ə. Həsənova 106

Südəmər yaşlı uşaqlarda mərkəzi sinir sisteminin perinatal hipoksik-işemik zədələnməsi fonunda inkişaf etmiş pnevmoniyanın müalicəsində astymin-c-nin səmərəliliyi
Z.Ş. İsayeva 110

Ön cəbhə zonasinda yarali və xəstələrin müalicəsində laborator müayinə metodlarinin təkmilləşdirilməsi yollari
Z.Ə.Salahov 113

Роль наследственности и перинатальных факторов в формировании атопического дерматита у детей раннего возраста
С.Т. Рустамова 117

Alimentar-konstitusional piylənmə olan hamilələrdə dölün vəziyyəti
E.Ə. Məmmədyarova 108

Tibbi yardımın müxtəlif mərhələlərində aparılan diaqnostik müayinələrin müqayisəli analizi
V.R. Mürsəlov 123

Enviromental factors and venom of vipera lebetina obtusa
H.A.Abiyev , Sh.A.Topchiyeva , E.T.Babayev 125

Уровень и структура генитального герпеса среди женщин г.Баку
Л.А.Сулейманова 129

Анализ периоперационных осложнений у геронтологических урологических больных, оперированных под регионарной анестезией
Р.И.Насирова 132

Bakı əhalisinin təcili və təxirəsalınmaz otorinolarinqoloji tibbi yardıma müraciətlələrinin yaş xüsusiyyətləri
N. M. Nüseynov, F. B. Ağayev, H. M. Rüstəmova 140

Спонтанная гипохромная анемия крыс как экспериментальная модель для антенатальной терапии нарушений цнс
М.С. Исмаилова 143

Иммунные функции пародонта у больных инсулинзависимым сахарным диабетом
К.Б. Шахбазов 145

Золендроновая кислота (зомета) в лечении костных метастазов рака предстательной железы
Т.Н. Мусаев, А.Х. Керимов, А.М.Ализаде 149

Особенности обследования сафено-феморального соустья методом допплерографии и ультразвукового картирования потоков крови
А.А. Шамсаддинский, Т.А. Шамсадинская 152

Qoruyucu həkimlik- profilaktik təbabət islamda ictimai sağlamlığın əsası kimi
K.Ə. Babayev 155

Böyük qafqazin şimal şərq hissəsində yerləşən xizi rayonu ərazisində qansoran ağcaqanadlarin bioekoloji xüsusiyyətləri və onlara qarşi səmərəli mübarizə tədbirləri
N.C.Namazov 158

Xroniki pankreatit modeli fonunda mədə rezeksiyasindan sonra qaraciyərin antitoksik funksiyasinda baş vermiş dəyişikliklər
Q.Ş.Qarayev, A.B.Həsənov, N.O.Quliyev 165

Azərbaycanda mamalıq və ginekologiyaya dair elmi tibbi ədəbiyyatın nəşri və biblioqrafiyası haqqında
Y. Pirəliyeva 170

Определение нормальных размеров почек у здоровых детей в соотвествие с ультразвуковыми показаниями
И. Рзаев 174

QISA MƏLUMATLAR- КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Показания и противопоказания для проведения плазмафереза при хронических диффузных заболеваниях печени
С.Д. Гасымов 178

Объективная оценка послеоперационного болевого синдрома после различных методик выполнения геморроидэктомии
Ч.Д. Гулиев 179

Boyunun ön xəttinin sist və süzgəclərinin diaqnostikası və cərrahi müalicəsi
R.H. Hüseynov, F.X. Saidova, Ş.N.Bağırova 180

Роль и возможности малоинвазивных дренирующих манипуляций под контролем ультразвуковой навигации в профилактике и лечении осложнений после спленэктомии
Г.Ш . Гасымзаде, П.С.Мамедов, Э.З. Аллазова 182

Süd vəzisi xərçənginin müasir diaqnostikası və müalicəsi» elmi-təcrübi konfransının nəticələri
F.Ə.Mərdanlı, N.A.Baxşəliyeva 183

XRONİKA- ХРОНИКА

Tibb elminin keşiyində.....185

Ad gününüz mübarək!.....186

2006- 2008- ci illər üzrə «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalında dərc olunan məqalələrin təhlili.....187

Çapa imzalanıb 10.12.2008.
Sayı 250. Həcmi 24 çap vərəqi.
Formatı 60x84 1/8. Əla növ kağız.

AzTU – nun mətbəəsi. H. Cavid pr. 25.
Tel: (994 12) 439-14-52