

Azərbaycan Respublikası
Səhiyyə Nazirliyi

“Azərbaycan Cərrah və
Qastroenteroloqlar” İctimai Birliyi



Jurnal 2005-ci ildə təsis olunub,
ildə 4 dəfə buraxılır.

Ali Attestasiya komissiyasının Rəyasət
heyətinin 30.04.2010-cu il tarixli
(protokol №10-R) qərarı ilə
“Cərrahiyyə” jurnalı “Dissertasiyaların
əsas nəticələrinin dərc olunması
tövsiyə edilən elmi nəşrlərin müvafiq
elm sahələri üzrə siyahısı”na daxil
edilmişdir.

Nəşr olma lisenziyası № 1280.

Redaksiyanın ünvanı:

AZ 1122. Bakı ş., Şərifzadə küç., 196.
Akademik M.A. Topçubaşov adına
Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi

Адрес редакции:

AZ 1122. г. Баку, ул. Шарифзаде, 196.
Научный Центр Хирургии
им. академика М.А.Топчубашова.

Address:

AZ 1122. Str. Sharifzade 196,
Scientific Centre of Surgery named
after acad. M.A.Topchubashev
Baku, Azerbaijan Republic.

Tel.:

(99412) 432 18 30

(99450) 349 55 66

(99470) 349 55 66

Fax: (99412) 432 18 30, 497 71 58

E-mail: dr.bahruz@mail.ru

E-mail: dr.bahruz@yahoo.com

CƏRRAHİYYƏ

ХИРУРГИЯ SURGERY

№ 1, 2019

ELMI-PRAKTİK JURNAL

Redaksiya heyəti:

Baş redaktor: R.M.Ağayev

Baş redaktor müavini: M.Y.Nəsirov

Məsul katib: B.V. Musayev

Şirəliyev O.K.

Abbasov F.E.

Bayramov N.Y.

Cəfərov Ç.M.

Camalov F.H.

Əmiraslanov Ə.T.

Əliyev C.Ə.

Hidayətov Ə.A.

Hadiyev S.İ.

İbrahimli Ş.F.

İmamverdiyev S.B.

İsayev H.B.

Quliyev Ç.B.

Qarayev Q.Ş.

Qasimov N.A.

Seyidbəyov O.S.

Redaksiya şurası:

Abdullayev İ. (Azərbaycan, Naxçıvan)

Abdel-Vahab M. (Misir, Mansura)

Bayraktar Y. (Türkiyə, Ankara)

Bismut H. (Fransa, Paris)

Cəfərov İ.B. (Azərbaycan, Səlyan)

Fartinq M. (İngiltərə, Braiton)

Hüseynov Z.H. (Azərbaycan, Gəncə)

Maqomedov A.Q. (Rusiya, Mahaçqala)

Mamakeyev M.M. (Qırğızıstan, Bişkək)

Mosidze B.A. (Gürcüstan, Tiflis)

Musayev K. (Azərbaycan, Bakı)

Nazırov F.Q. (Özbəkistan, Daşkənd)

Nakao A. (Yaponiya, Naqoya)

Novruzov R.M. (Azərbaycan, Sumqayıt)

Novruzov S.A. (Azərbaycan, Naxçıvan)

Ozkan H. (Türkiyə, Ankara)

Post S. (Almaniya, Manhaym)

Parodi P.(Udine, Italy)

Qalperin E. (Rusiya, Moskva)

Qurbanov F.S. (Rusiya, Moskva)

Qupta S. (ABŞ, Nyu York)

Skiappa J. (Portuqaliya, Lissabon)

Sultanaliyev T.A. (Qazaxıstan, Almatı)

Xacıbəyev A.M. (Özbəkistan, Daşkənd)

MÜƏLLİFLƏRİN NƏZƏRİNƏ

"Cərrahiyyə" jurnalı Azərbaycan Cərrah və gastroenteroloqların Assosiyasının elmi-praktiki jurnalı olub, və cərrahiyyənin, onkologiyanın, urologiyanın, travmatologiyanın, gastroenteroloqiyanın anesteziologiya və reanimatologiyasının müxtəlif sahələr üzrə məqalələrini dərc edir. Məqalələr Azərbaycan, rus və ingilis dillərdə qəbul olunur. Jurnal ildə 4 dəfə dərc edilir. Məqalələr redaksiya heyətinin qərarından sonra 3-6 ay müddətində çap olunur.

Jurnal aşağıdakı bölmələrdən ibarətdir: baş məqalə, orijinal məqalələr, praktikadan müşahidələr, icmal, mühazirələr, redaktora məktub, tibb tarixi, yubiley, xarici jurnallarda çap olunmuş məqalələrin xülasələri, rəy, yeni dərmanlar və s.

Məqalələrin dərc olunması üçün aşağıdakı qaydalara əməl olunması vacibdir:

1. Baş redaktorun adına göndərən müəssisənin rəhbərliyi tərəfindən göndəriş
2. Məqalənin ilk səhifəsinin yuxarı sol küncündə göndərən müəssisənin möhürü vurulur və müəssisə rəhbəri tərəfindən imzalanır.
3. Məqaləyə müvafiq sahəyə aid elmi dərəcəsi olan bir mütəxəssisin rəyi əlavə olunur.
4. Azərbaycan dilində olan məqalələrə ingilis və rus dillərində, rus dilində azərbaycan və ingilis dillərində, ingilis dilində olan məqalələrdə isə rus və azərbaycan dillərində bir vərəqə həcmində xülasələr əlavə olunur.
5. Məqalə A4 formatlı ağ kağızın bir üzündə yazılır. Vərəqin sol tərəfində 3 sm, sağ tərəfində - 1 sm boş sahə saxlanılır; hər səhifədə sətirlərin sayı 30 dan artıq olmamalıdır.
6. Məqalələrin həcmi (cədvəl, illüstrasiyalar, xülasələr və ədəbiyyat siyahısı ilə birgə) 8-10 səh., icmal və mühazirələr üçün 12 səh. artıq olmamalıdır.
7. Məqalə bir nüsxədə qəbul edilir və dərc olunduğdan sonra qeri qaytarılmır.
8. Məqalə diskdə Microsoft Word proqramında təqdim olunmalıdır (çap olunmuş nüsxə ilə bərabər). Bu zaman **Times New Roman (ingilis və rus mətnləri üçün)** şriftlərdən istifadə olunmalıdır.
9. Məqalənin ilk səhifəsində məqalənin adı, müəlliflərin inisialları və soyadı, müəlliflərin işlədiyi müəssisənin və kafedranın bütövlükdə adı, şəhər və ölkə göstərilir.
10. Məqalədə Beynəlxalq Vahidlər Sistemindən istifadə olunmalıdır.
11. Orijinal məqalələr aşağıdakı hissələrdən ibarət olmalıdır:
 - a) müqəddimə; b) material və tədqiqat metodları; c) tədqiqatın nəticələri; ç) müzakirə.
12. Hər məqalədə 3 cədvəl, 3 foto, və ya 3 qrafik verilə bilər.
13. Ədəbiyyat siyahısında: orijinal məqalələr üçün 7-10, icmal və mühazirələr üçün 40-50 əsər və məqalələrin siyahısı göstərilir.
14. Redaksiyanın göndərilən məqalələri ixtisar etmək və düzəlişlər aparmağa səlahiyyəti vardır.
15. Dərc edilmiş məqalələrin dürüstlüyünə müəlliflər cavabdehdir.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал "Cərrahiyyə" ("Хирургия") является научно-практическим журналом Ассоциации Хирургов и Гастроэнтерологов Азербайджана. В нем публикуются статьи по различным аспектам хирургии, травматологии, онкологии, урологии, гастроэнтерологии, анестезиологии-реаниматологии. Журнал выходит 4 раза в год.

Статьи принимаются на азербайджанском, русском и английском языках. Журнал состоит из следующих разделов: оригинальные статьи, случаи из практики, письмо редактору, лекции, обзоры литературы, рефераты из зарубежных журналов, история медицины, юбилей, отзывы, новые лекарственные препараты и др.

При оформлении статьи для публикации необходимо соблюдать следующие требования:

1. Статья должна быть представлена вместе с сопроводительным письмом на имя главного редактора, подписанная руководителем учреждения в котором трудятся авторы.
2. В левом верхнем углу первой страницы необходимо поставить печать и подпись руководителя учреждения.
3. Отзыв специалиста с ученой степенью, не являющегося сотрудником отделения (кафедры), в котором трудятся авторы.
4. К статье прилагаются резюме на русском и английском языках (если статья написана на азербайджанском), азербайджанском и английском языках (для статей на русском языке), азербайджанском и русском языках (для статей на английском языке). Резюме должно быть в объеме не более 1 страницы.
5. Статья пишется на одной стороне белой бумаги формата А4. На каждой странице число строк не должно превышать 30. Отступ по левому краю - 3 см, по правому -1 см, сверху и снизу -2 см.
6. Объем статьи не должен превышать 10 страниц (вместе со списком литературы). Для литературных обзоров и лекций - объем не более 12 страниц.
7. Статья принимается в одном экземпляре и после печатания возврату не подлежит.
8. Статья должна быть представлена на диске в программе Microsoft Word (вместе с распечатанной формой). Для этого надо использовать **шрифты Times Roman** для текста на азербайджанском языке и **Times New Roman - для английского и русского текстов**.
9. На первой странице статьи указывается название статьи, инициалы авторов и их фамилии, полное название предприятия и кафедры, страна и город.
10. В статье необходимо использовать Систему Международных Единиц.
11. Оригинальные статьи должны состоять из следующих частей:
 - а) Введение; б) материалы и методы исследования; в) результаты исследований; г) обсуждения.
12. В каждой статье можно разместить не более 3-х таблиц, фотографий и графиков.
13. Количество использованных литературных источников не должно превышать 10 (для оригинальных статей) и 50 - для литературных обзоров.
14. Редакция имеет право производить сокращения и изменения в статьях.
15. За достоверность данных, напечатанных в статье, ответственность несут авторы.

KƏSKİN DESTRUKTİV XOLESİSTİTİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ ƏMƏLİYYATDAN ƏVVƏL VƏ ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI DÖVRDƏ IMMUNOFANIN TƏTBİQİNİN EFFEKTİVLİYİ.

M.Y. NƏSİROV, F.H. CAMALOV, R.B. ABBASƏLİYEV, P.M. ABBASƏLİYEVƏ

ATU-nun III Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan.

Efficiency of implementation of immunofan during surgical treatment of acute destructive cholecystitis before and after operation

M.Y.Nasirov, F.H.Camalov, R.B.Abbasaliyev, P.M.Abbasaliyeva

Summary. *Timely urgent cholecystectomy in patients with OKH and ODKH, taking into account the possibility of using minimally invasive techniques using Immunofan, strengthens the immune system and significantly improves the results of surgical treatment. In the period from 2017 to 2018, 46 patients with various forms of acute calculous cholecystitis aged from 15 to 86 years were hospitalized at the surgical clinic of the Azerbaijan Medical University. All 46 patients were divided into two groups: I-A I control group entered 10 patients II-B In the main group, patients were divided into several subgroups. In subgroup A, 8 patients were operated on an emergency basis, for 5-6 hours with a diagnosis of destructive cholecystitis diffuse peritonitis. In subgroup B - 12 patients, after traditional preoperative preparation, with the addition of immunotherapy (immunofan), patients were operated on in an emergency order, within 12-48 hours. In C-16 patients, perioperative therapy was carried out using immunotherapy (immunofan). All patients were examined according to the standard scheme: clinical examination, instrumental studies, laboratory studies*

Key words: *Immunofan, Immunotherapy, acute stone cholecystitis, acute destructive colchular xolisistitis.*

Эффективность применения имунофана при хирургическом лечении острого деструктивного холецистита до и после операции

М.Я.Насиров, Ф.Г.Джамалов, Р.Б.Аббасалиев, П.М.Аббасалиева

Резюме. Своевременная срочная холецистэктомия у больных с ОКХ и ОDKХ с учетом возможности применения малоинвазивных методов с применением Имунофана усиливает иммунитет и заметно улучшает результаты хирургического лечения. В период 2017 - 2018 годы в хирургическую клинику Азербайджанского Медицинского Университета были госпитализированы 46 больных с различными формами острого калькулезного холецистита в возрасте от 15 до 86 лет. Все 46 пациентов были разделены на две группы: I-Ав контрольную группу вошли 10 пациентов. II-В основной группе, больные были подразделены на несколько подгрупп. В подгруппе А 8 больных были оперированы в экстренном порядке, в течение 5-6 часов с диагнозом деструктивный холецистит диффузный перитонит. В подгруппе Б-12 больных, после традиционной предоперационной подготовки, с дополнением иммунотерапии (имунофана), пациенты были оперированы в экстренном порядке, в течение 12-48 часов. В подгруппе С-16-больным проводили в периоперационном периоде терапию с использованием иммунотерапии (имунофана). Все пациенты были обследованы по стандартной схеме: клинический осмотр, инструментальные исследования, лабораторные исследования.

Ключевые слова: Имунофан, иммунотерапия, Острый калькулезный холецистит, острый деструктивный калькулезный холецистит малоинвазивные методы.

Açar sözlər: *Immunofan, İmmunoterapiya, kəskin kolkulyoz xolesistit, kəskin destruktiv kolkulyoz xolisistit.*

Problemin aktuallığı. Hazırda kəskin xolesistit cərrahiyyədə ən geniş yayılmış təxirəsalınmaz xəstəliklərdən biri hesab edilir. Əsas müzakirə olunan məsələ kəskin xolesistit zamanı rəasional cərrahi taktika seçimi və əməliyyatın vaxtının təyin edilməsidir. (1.4.5) Kəskin xolesistitin təxirəsalınmaz cərrahi müalicəsində böyük uğurların əldə edilməsinə baxmayaraq, bu tipli əməliyyatlardan sonra letallıq göstəriciləri planlı müdaxilələrə nisbətən bir neçə dəfə yüksək olaraq qalır. Bu göstərici müxtəlif müəssisələrdə 2-12% arasında dəyişərək, tutmaların ən yüksək anında əməliyyat olunanlarda 14-15% təşkil edir (2.3.7). Xəstələrin yaşı artdıqca letallıq göstəricisi də kəskin artaraq qocalarda 20%-ə qədər çatır. Təxirəsalınmaz əməliyyat zamanı 80 yaşdan yuxarı xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı letallıq həddi 40-50%-dən yüksək olur ki, bu da qoca yaşlı xəstələrdə təxirəsalınmaz müdaxilələrin son dərəcə riskli olduğunu göstərir. Eyni zamanda iltihabi proseslər aradan qaldırıldıqdan, xəstənin ətraflı müayinəsi və əməliyyata hazırlıq tədbirləri aparıldıqdan sonra icra edilən planlı və ya təxirə salınmış əməliyyatlar isə nəzərəçarpan dərəcədə yaxşı nəticələr verir. Belə hallarda əməliyyatdan sonrakı letallıq 0,5-1% təşkil edir (5.8.9.18).

Hazırda əksər cərrahlar aktiv cərrahi taktika tərəfdarıdır ki, bu taktika da xəstənin klinikaya daxil olduğu erkən mərhələdə (24-72 saat ərzində) irinli-iltihabi ocağın aradan qaldırılması və bununla da öd kisəsi divarının perforasiyası, kistətrafi abseslər, peritonit, xolangit, konkretlərin xoleddoxa və qarın boşluğuna miqrasiyası kimi təhlükəli ağırlaşmaların qarşısını almaq mümkün olur (10.12.15.19).

Gözləmə taktikasına əməl edən cərrahlar əsas argument kimi təxirəsalınmaz əməliyyatlara nisbətən “soyuq” dövrdə icra edilən əməliyyatdan sonra letallığın nəzərəçarpan dərəcədə aşağı olmasını göstərir. Tədqiqatlarının nəticələrinə əsasən təxirəsalınan əməliyyatlardan sonra letallıq 3 dəfə aşağı olmuşdur (3.6.7.11.14).

Bəzi müəlliflər isə xüsusi olaraq qeyd edirlər ki, tutmaların aradan qaldırılması məqsədilə antibiotiklərin təyin edilməsi zəruridir (13.15.16.17).

Digərləri isə hesab edirlər ki, cərrahi müdaxilədən əvvəl orqanizmə yeridilən antibiotiklər, hətta öd mikroflorasına nəzərən aktiv olan antibiotiklər istifadə edildikdə belə tam olaraq infeksiyanı aradan qaldırmaq mümkün deyildir.

Tədqiqatın material və metodları. 2017-2018-ci illər ərzində Azərbaycan Tibb Universitetinin tədris cərrahiyyə klinikasına 15-86 yaşlar arasında müxtəlif formalı kəskin kalkulyoz xolesistitli 46 xəstə daxil olmuşdur. Bütün xəstələr iki qrupa ayrılmışdır:

I-A nəzarət qrupuna 10 xəstə daxil edilmişdir. II-B əsas qrup isə bir neçə yarımqrupa ayrılmışdır: A yarımqrupuna daxil olan destruktiv xolesistit və diffuz peritonit diaqnozlu 8 xəstə 5-6 saat ərzində təxirəsalınmaz şəkildə əməliyyat olunmuşdur. B yarımqrupuna daxil olan 12 xəstə immunoterapiya (immunofan) da daxil olmaqla əməliyyatdan əvvəlki ənənəvi hazırlıq tədbirlərindən sonra 12-48 saat ərzində təxirə salınmış şəkildə əməliyyat olunmuşdur. C yarımqrupunda əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonrakı dövrdə immunoterapiya (immunofan) aparılmışdır.

Bütün xəstələr standart sxem üzrə müayinə edilmişlər: klinik müayinə, instrumental müayinə (döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası, qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsi, elektrokardiografiya, xarici tənəffüs funksiyası), laborator müayinələr (qanın və sidəyin ümumi müayinəsi), qanın biokimyəvi müayinəsi: bilirubin, ALAT, ASAT, qlükoza, ümumi zülalın səviyyəsi.

Xəstəliyin davam etmə müddəti 5saatdan, 7 və daha artıq sutka təşkil etmişdir. Kəskin kalkulyoz xolesistit olan bütün xəstələrdən 8(17,4%) nəfəri 6 saata qədər müddət ərzində xəstəxanaya yerləşdirilmişdir. 16(34,8%) xəstə isə kəskin destruktiv xolesistitin inkişaf etdiyi andan 24 saatdan sonra klinikaya daxil olmuşdur.

Əsas A və B yarımqruplarında kəskin kalkulyoz xolesistit (KKX) və kəskin destruktiv kalkulyoz xolesistit (KDKX) olan 30(65,2%) xəstəyə əməliyyata qədərki və əməliyyatdan sonrakı mərhələlərdə təklik etdiyimiz üsulla immunofan təyin edilmişdir, nəzarət qrupunda 10(21,7%) xəstəyə ənənəvi üsulla müalicə aparılmışdır. Xəstələrdən götürülən qan nümunələri əməliyyatdan əvvəl, əməliyyatdan sonra 5-ci və 10-cu günlərdə müayinə edilmişdir. Aşağıda qeyd olunan immunoloji göstəricilər təyin edilmişdir: qanda leykositlərin mütləq tərkibi, qanda limfositlərin və onların subpopulyasiyalarının: T-limfositlər, T-helperlər, T-sitotoksik hüceyrələr, MS-hüceyrələr nisbi və mütləq tərkibi, B-limfositlər, T-helperlər ilə T-sitotoksik hüceyrələrin nisbəti, A,M,G immunqlobulinlərin mütləq tərkibi, leykositlərin faqositar aktivliyi (LFA), faqositar indeks (Fİ), fazositozun başa çatması indeksi, IgA- A immunqlobulini, IgG – G immunqlobulini, IgM –M immunqlobulini, HCT testi (soptan və stimullaşdırılmış), HCT yüklənmə indeksi, sirkulyasiya edən immun komplekslər, qanda monositlərin, eozonofillərin, çubuqnüvəli və seqmentnüvəli leykositlərin nisbi və mütləq tərkibi. Əməliyyata qədər bu immunoloji göstəricilər müqayisəli şəkildə cədvəl 1-də öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 1

İmmunoloji göstəricilər

İmmunoloji göstəricilər (norma)	Xəstələr qrupu	
	Nəzarət qrupu KKX olan xəstələr (n=10)	KDKX+ immunofan (n=18)
Qanda leykositlər (4600-7100kl/mkl)	6200±1170	9578±1471
Limfositlər (1600-2400 kl/mkl)	1058±44,7	1599±79,4
T-limfositlər (1100-1900kl/mkl)	Γ114±57,6	970,3±42,8
B-limfositlər (200-600kl/ mkl)	1'73,6±120,6	164,4±82,49
Monositlər (450-600 kl/mkl)	400,2±28,4	579,9±37,4
Eozonofillər (120-180 kl/mkl)	108,9±6,7	142,29± 15,09
Çöplər (500-1100 kl/mkl)	469±24	901±51,4
Seqmentlər (5000-6000 kl/mkl)	3805±109	5462±155,5
EÇS (2-25 mm/saat)	18,95±6,7	19,7±4,9
T-helperlər (700-1400 kl/mkl)	609,2± 30,8	956,3±56,3

Bizim tədqiqatlarımızda əsas və nəzarət qrup xəstələrdə əməliyyata qədər immunoloji göstəricilər təhlil edilmişdir. Bu göstəricilər: qanda leykositlərin mütləq tərkibi, limfositlərin nisbəti və mütləq tərkibi, T-limfositlərin, T-helperlərin və B-limfositlərin mütləq tərkibi, faqositozun başa çatması indeksi, monositlərin, eozonofillərin və seqmentnüvəli leykositlərin, mütləq tərkibi, eləcə də çubuqnüvəli leykositlərin nisbi tərkibi dürüst olaraq fərqlənmişlər.

Cədvəl 2-də KKKX və ODKX olan xəstələr arasında leykositlərin mütləq tərkibinin nisbəti təqdim edilmişdir. Buradan görüldüyü kimi qanda leykositlərin orta səviyyəsi ODKX olan xəstələrə nisbətən əməliyyata qədər dürüst aşağı olmuşdur ($p < 0,05$).

Cədvəl 2.

Leykositlərin tərkibi

Göstəricilər	Xəstələr qrupu	
	Nəzarət qrupu- KKKX olan xəstələr (n=14)	KDKX+immunofan (n=47)
Qanda leykositlər (kl/mkl)	6377±1226	9578±1571

Nəzarət qrupunda KKKX olan əksər xəstələrdə qanda leykoistlərin səviyyəsi norma daxilində olduğu halda, KDKX olan xəstələrdə leykositlərin səviyyəsi yüksək olmuşdur.

Cədvəl 2-də olan göstəriciləri nəzərə alaraq, belə qənaətə gəlmək olar ki, nəzarət qrupunda KKKX olan xəstələrdə qanda leykositlərin səviyyəsi KDKX üçün əsas risk meyarı hesab edilir, yəni kəskin xolesistit olan xəstələrdə leykositlərin normal həddi artır, kəskin destruktiv kalkulyoz xolesistitin yaranma ehtimalı meydana gəlir. KKKX-in adi gedişatı olan nəzarət qrupu xəstələrdə qanda limfositlər (nisbi və mütləq həddi) ya normalı yuxarı həddində olmuş, ya da ondan yüksək olmuşdur ki, bu da orqanizmdə immun sistemin iltihabi prosesin gedişinə olan reaksiyası haqqındakı müasir təsəvvürlərə uyğun gəlir. Beləki normal fəaliyyətdə olan immun sistem orqanizmdə baş verən kəskin destruktiv iltihaba limfositoz ilə cavab verir ki, biz də bunu KDKX olan xəstələrdə müşahidə etdik. Əsas qrupda limfositlərin nisbi və mütləq tərkibinin aşağı olması isə KKKX olan xəstələrdə immun sistemin destruktiv iltihaba olan reaksiyasının zəifləməsi (limfositopeniya) haqqında fikirləri təsdiq edir. Bununla əlaqədar olaraq biz əməliyyatdan əvvəlki dövrdə təklif etdiyimiz metodika üzrə İmmunofanı təyin edirik ki, bu da immun sistemin orqanizmdəki irinli-destruktiv iltihabi prosesə olan reaksiyasını gücləndirir. Əməliyyata qədər əsas qrup xəstələrdə nəzarət qrupu xəstələrə nisbətən İmmunofanın təsiri nəticəsində qanda limfositlərinin mütləq və nisbi tərkibinin dürüst daha aşağı olduğunu nəzərə alsaq, biz limfositlərin subpopulyasiyanı öyrəndikdə kəskin formalı destruktiv xolesistit olan xəstələrin qanında T-limfositlərin, B-limfositlərin tərkibinin daha aşağı olduğunu aşkar etdik. Müqayisə qruplarında əməliyyata qədər qanda T-limfositlərin mütləq tərkibi, nəzarət qrupunda T-limfositlərin mütləq tərkibi əməliyyatdan əvvəl normadan aşağı olmuşdur. Əsas qrupda isəqanda T-limfositlərin mütləq tərkibi yuxarı həddə qədər artmış və ya yuxarı norma həddində olmuşdur. Belə ki, T-limfositlər orqanizmdə əsas funksiyaları: effektor və tənzimləyici icra etdikləri üçün onların azlığı T-limfositlərin spesifik sitotoksikliyinə aşağı düşməsinə və B-limfositlərin, eləcə də mikroorqanizmlərdə faqositozu həyata keçirən neytrofillərin və makrofaqların tənzimlənməsinin pozulmasına gətirib çıxara bilər. Yuxarıda qeyd olunanlar immun sistemin qüsurlu fəaliyyətinə zəmin yaradır: Bütün bunlar iltihab ocağına mikroorqanizmlərin toplanmasına (öd kisəsi) və destruktiv iltihabın aradan qaldırılmasına gətirib çıxarır. Beləliklə qeyd edilənləri nəzərə alaraq, belə nəticəyə gəlmək olar ki, kəskin xolesistitli xəstələrdə qanda aşağı T-limfositlərin tərkibi mütləq göstəriciləri KDKX inkişaf etməsi riskini artırır. Bizim təklif etdiyimiz üsulla immunofanın təyin edilməsi KKKX-in kompleks müalicəsində və sonrakı fəsadların proqnozlaşdırılmasında meyar kimi (başqa göstəricilər ilə yanaşı) istifadə edilə bilər. Nəzarət qrupu KKKX olan xəstələrdə T-helperlərin tərkibi əməliyyata qədər analoji olaraq aşağı olmuşdur ki, bu da destruktiv iltihaba olan immun reaksiyanın zəiflədiyini göstərir. Əsas qrup xəstələrdə T-helperlərin tərkibi ya norma daxilində olmuş, ya da orta dərəcədə artmışdır ki, bu da orqanizmdə iltihabi prosesin inkişaf etdiyi dövrdə immun statusun dinamikası haqqında təsəvvürlərə uyğun gəlir. KKKX olan xəstələrdə T-helperlərin səviyyəsinin aşağı olması, həmin xəstələrin qanında limfositlərin ümumi səviyyəsinin azalması ilə bağlı olmuşdur. İmmun sistemin hüceyrə halqasının bu şəkildə tükənməsi, orqanizmdə destruktiv iltihabın klinik gedişatının xarakterində öz əksini tapır (Cədvəl 3).

T-helperlərin fərqi

Göstərici (norma)	Xəstələr qrupu	
	Nəzarət qrupu KKKX (n=14)	KDKX+immunofan (n=17)
T-helperlər (700-1400)kl(mkl)	609,2± 30,8	956,3±56,3
p<0,05*		

Kifayət qədər əməliyyatönu hazırlıq aparıldıqdan sonra hospitalizasiya anından başlayaraq qısa müddət ərzində obturasiya və destruksiya, irinli intoksikasiya, xolangit və peritonitin aydın klinik əlamətləri olduqda kalkulyoz xolesistit olan xəstələrə təxirəsalınmaz əməliyyata göstəriş olmuşdur. Belə hallarda USM və göstəriş olduqda laparoskopiyanın köməkiyi ilə diaqnoz dəqiqləşdirilə bilər. Təxirəsalınmaz əməliyyata göstəriş olmadıqda müalicəyə konservativ müalicənin təyin edilməsindən başlanılır. Kəskin kalkulyoz xolesistitin klinik mənzərəsi bir qayda olaraq ağrı tutmaları, ağrılı öd kisəsinin böyüməsi, lokal əzələ gərginliyi, bədən temperaturunun yüksəlməsi, leykositoz, öd qusma, dilin quru və ərpli olması, Ortner və Şotkin-Blümderq simptomları ilə xarakterizə olunur. Kəskin obturasiyalı xolesistit diaqnozu müəyyən edildikdə konservativ müalicənin effektivliyi 24-48 saat ərzində qiymətləndirilir. Konservativ müalicənin effekti olmadıqda təcili olaraq cərrahi müdaxilə məsləhət görülür.

İmmunofan preparatı əməliyyata qədərki və əməliyyatdan sonrakı dövrlərdə xəstələrə təyin edilir. Orqanizmə yeridildikdən 2-3 saat sonra preparatın təsiri qeydə alınır və 4 aya qədər davam edir. Başqa immunoloji preparatlardan fərqli olaraq bu preparat İgE (E immunqlobulini) sinfindən olan reagin anticisimlərin sintezinə təsir göstərmir və təcili tipli hiperhəssaslıqını gücləndirir. İgA çatışmazlığı olduğu halda preparat onun (A immunqlobulini) yaranmasını stimullaşdırır və onların həssaslığını artırır.

İmmunoloji müayinələr Azərbaycan Tibb Universitetinin klinikasının bazasında aparılmışdır. KKKX diaqnozu ilə klinikaya daxil olan bütün xəstələri müayinə etmək və optimal müddətdə müdaxiləni aparmaq mümkün olmuşdur. Təxirə salınmış əməliyyatlar zamanı perivezikal ağırlaşmalar 37%-dən 9%-ə qədər aşağı düşmüşdür. Bu qayda ilə əsaslandırılmış müalicə taktikası kəskin kalkulyoz xolesistitli xəstələrin müalicə taktikası kimi qəbul olmuşdur. Tədqiqat prosesində KKKX üçün xarakterik olan klinik əlamətlər müəyyən edildikdə, cərrahi taktika zamanı yeni göstəricilər nəzərə alınmışdır. Bizim müşahidələrdə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar 47 xəstədən 3 nəfərində 6,4% qeydə alınmış və ağırlaşmalar KDKX olan xəstələr qrupunda nisbətən 28,2% aşağı olmuşdur. KKKX olan bütün xəstələrə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşma halları müxtəlif xarakter daşmışdır. Müşahidələrdən birində açıq xolesistektomiyadan sonra yaranan irinləşməsi baş vermişdir. Bir xəstədə birtərəfli pnevmoniya qeydə alınmışdır.

Beləliklə, vaxtında aparılan təxirəsalınmaz xolesistektomiya KKKX olan xəstələrdə azinvaziv metodikaların və İmmunofanın tətbiqinin imkanlarını nəzərə alsaq, immunitetin gücləndiyi və cərrahi müalicənin nəticələrinin nəzərəcarpan dərəcədə yaxşılaşması məlum olur. Müqayisəli təhlilin nəticələri nəzərə alınmaqla, KKKX və adi gedişatlı destruktiv xolesistiti olan xəstələrdə immunitetin göstəriciləri öyrənildikdə aşağıdakı nəticəyə gəlmək olar:

KDKX ilə müayinə edilən xəstələrdə immun sistem öz funksiyasını icra etmək qabiliyyətini saxlayır, lakin, bir neçə halqada qüsurlu işləyir.

Fərqli klinik-immunoloji əlamətlərin aşkar edilməsi kəskin xolesistit olan bütün xəstələr arasında kəskin destruktiv kalkulyoz xolesistit qrupunu ayırmağa imkan verir.

KDKX olan xəstələr qrupunda əməliyyata qədər immun statusunun dürüst zəifləməsi aşkar edilmişdir (normadan 13-34% az), xüsusilə T-limfositlər, T-helperlər kimi göstəricilərdə qeydə alınmışdır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə aparılan kompleks müalicə fonunda T-limfositlərin səviyyəsinin normallaşması müşahidə edilmişdir, lakin T-helperlərin səviyyəsi, eləcə də faqositozun sona çatması indeksi uzun müddət aşağı düşmüşdür (normadan 8-19%).

Kəskin destruktiv kalkulyoz xolesistitin diaqnostikasına kompleks yanaşma təxirəsalınmaz əməliyyata ehtiyacı olan xəstələri aşkar etməyə, həmin qrupda azinvaziv əməliyyatların tezliyini artırmağa imkan vermişdir. Bu da öz növbəsində əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların 11,6%-dən 4,3%-ə qədər aşağı düşməsinə və letallıq göstəricilərin 2,6 dəfə azaltmağa imkan vermişdir.

ƏDƏBİYYAT:

1. M.Y.Nəsirov, M.M.Mursəlov, G.A.Rəsulova Öd daşı xəstəliyinin ağırlaşmalarının operativ müalicə üsullarının qiymətləndirilməsi. "Kimya, biologiya, tibb" jurnalı № 2, 2005, səh.97-103
2. M.Y. Nəsirov, D.C.Cəfəri, D.D. Allahverdiyev Kəskinləşmiş öd daşı xəstəliyinin mikrobioloji aspektləri. Azərbaycan Təbabətinin müasir nəaliyyətləri № 6, 2010, səh. 14-19
3. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чиников М.А., Попович В.К., Пантелеева И.С., Сушко А.Н. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных острым калькулезным холециститом. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2014. - №1, - С. 30-33.
4. Курбанов Ф.С., Алиев Ю.Г., Чиников М.А., Волобуев А.В., Пантелеева И.С., Абдинов Э.А. Хирургический ретрактор-осветитель в лечении желчнокаменной болезни из минилапаротомного доступа. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2014. - №6. - С. 69-71
5. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чиников М.А., Сушко А.Н., Пантелеева И.С., Алвендова Л.Р. Видеоэндоскопическое лечение больных с острым холециститом в условиях краткосрочной госпитализации. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. - Эндоскопическая хирургия. - 2014. - №1, — Приложение. - С. 14.
6. Оспанова, К.Б. Иммуномониторинг эффективности лечения хирургической инфекции: Автореф. дис. ... докт. мед.наук. / К.Б. Оспанова. - Алматы. - 2003. - 37 с.
7. Острый холецистит у больных старческого возраста / А.В. Быков, А.Ю. Орешкин, С.Ф. Захаров, А.И. Воробьев // Матер. Всероссийской конференции хирургов «Актуальные проблемы неотложной хирургии (острый холецистит, травма сосудов, сочетанная травма)». — Пятигорск, 2005. - С.26 — 27.
8. Послеоперационные осложнения и летальность при остром деструктивном, холецистите / В.А. Самарцев, П.Я. Сандаков, И.Г. Аристов, Т.А. Кириллова // Анналы хирургической гепатологии. 2004.- том 9.- №2.- С.148-149.
9. Савенков М.С. Малосимптомный острый деструктивный холецистит: комплексный мониторинг и оптимизация лечебной тактики: Автореф. дис. ... канд. мед.наук / М.С. Савенков. - Астрахань, 2006. - 24 с.
10. М.Я. Насиров, Д.Дж. Джафари, Э.Я.Шарифов, Г.Х.Ахмедов. Улучшение результатов лечения желчнокаменной болезни с применением современной антибиотика профилактики и иммуномодулирующей терапии. "Тəbabətin aktual problemləri" ATU-nun əmək-n elmi-tədqiqatlarının yekunları. Bakı, 2014. səh. 175-176.
11. Срочная холецистэктомия при скрытой форме деструктивного холецистита: Метод. Рекомендации / Волгоградский гос. мед. ун-т.; Сост.: А.В. Быков, А.Ю. Орешкин. - Волгоград. - 2007. - 56с.
12. Хаитов, Р.М. Иммунология / Р.М. Хаитов, И.Г. Сидорович, Г.А. Игнатьева. М.: Медицина, 2000. - 432 с.
13. Хаитов Р.М. Физиология иммунной системы / Р.М. Хаитов. М.: ВИНТИ РАН, 2001, 224 с.
14. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Попович В.К., Чиников М.А., Сушко А.Н., Пантелеева И.С. Малоинвазивное хирургическое лечение острого и осложненного калькулезного холецистита. // Московский хирургический журнал. — 2014. - №2. - С. 12-16.
15. Чернов, В.Н. Диагностика и лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста / В.Н. Чернов, И.В. Суздальцев // Ростов-на-Дону: изд. РГМУ, 2002. - 280 с.
16. Юдина, С.М. Иммунологические нарушения и топическая диагностика при острых абсцессах легких / С.М. Юдина, И.А. Снимщикова // Аллергология и иммунология. - 2002. — Т. 3. - №2. - С. 255 - 259.
17. M.Y.Nasirov, D.J.Jafari, E.Y. Sharifov. Modern antibakterial profilaksis and immunomodulating therapy in kompleks treatment of patients with cholecystitis. İmmunitet və infeksiya jurnalı (simpozium buraxılışı) cild 2, say 1, Bakı, 2013, səh.
18. A case of spontaneous gallbladder perforation / H.J. Kim, S.J. Park, S.B. Lee et al. // Korean. J. Intern. Med. - 2004. - Vol.19, N 2. - P.138-141.
19. Burcharth, F. Diagnosis and treatment of complications during cholecystectomy / F. Burcharth, F.A. Moesgaard // Ugeskr. Laeger. - 2005. - Vol. 76. N 3. P: 2620 - 2622.

Рəyçi: ATU-nun II cərrahi xəstəliklər kafedrasının assistenti:

t.ü.f.d. Qasimov R.Ş.

Redaksiyaya 11.02.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

П.Ф. ГЮЛЬМАМЕДОВ, А.П. КОНДРАТЕНКО

Донецкий национальный Медицинский Университет Кафедра общей и детской хирургии

Our experience in application surgical laser on hemorrhoids treatment
P.F. Gulmamedov, A.P. Kondratenko

Resume. *In recent years, in developed countries, has been a steady increase in the incidence of hemorrhoids among the working population, which makes it an important socio-economic problem. Because in case of acute hemorrhoids, the quality of life is significantly reduced. The choice of tactics for treatment of chronic hemorrhoids still remains the solution to the problem. In the article a comparative analysis of the technique of performing hemorrhoidoplastics with the use of the surgical laser "Lika-surgeon" is performed, in comparison with the classical hemorrhoidectomy technique by Milligan-Morgan.*

Keywords. *Hemorrhoids, hemorrhoidectomy, laser hemorrhoidectomy.*

Bizim təcrübəmizdə hemoroidal xəstəliyin müalicəsində cərrahi lazerin tətbiqi.
P.F. Gülməmmədov, A.P. Kondratenko

Xülasə: Son illər inkişaf etmiş ölkələrdə işləyən kontingent arasında hemoroidal xəstəliyin artması, bunu social- iqtisadi problemə çevirib. Belə ki, kəskin hemoroidal xəstəlik zamanı həyat keyfiyyəti əhəmiyyətli dərəcədə aşağı düşür. Xroniki hemoroidal xəstəliyin müalicə taktikasının seçilməsi hələ də problem olaraq qalır. Bu məqalədə "Lika-surgeon" cərrahi lazerinin köməyi ilə icra olunan hemorroidplastika üsulu ilə Milligan-Morqan metodu ilə klassik hemorroidektomiyanın müqayisəli analizi aparılır.

Açar sözlər: hemoroidal xəstəlik, hemorroidektomiya, lazer hemorroidektomiya.

Актуальность проблемы. На сегодняшний день геморроидальной болезнью на разных ее стадиях и в разных формах страдает значительное количество населения, в том числе трудоспособного. Геморрой существенно ухудшает качество жизни больных, ограничивает участие в общественной жизни. Продолжительные сроки лечения, медицинской и социальной реабилитации обуславливают медико-социальную значимость проблемы. Большинство пациентов, страдающих геморроидальной болезнью, обращаются к врачу на III-IV стадии болезни, а нередко и с такими осложнениями: как некроз узлов, тромбоз, ущемление узлов. Оперативное лечение применяется приблизительно 60-70% больных. Несмотря на многообразие предлагаемых методик, проблема далека от разрешения. Очень широко внедряются современные методики лечения геморроя, в т.ч. с использованием инфракрасной коагуляции, различных видов хирургического лазера, биполярной коагуляции, ультразвуковых ножей и т.д. Однако работ посвященных комбинированным методикам операций с использованием лазера, на сегодняшний день недостаточно.

Цель работы. Целью нашего исследования было сравнение результатов лечения пациентов, страдающих хроническим геморроем (ХГ), при помощи диодного лазера, и с применением классической методики геморроидэктомии по Миллигану-Моргану. В ходе исследования сравнивались – течение послеоперационного периода, потребность в наркотических и ненаркотических анальгетиках, частота послеоперационных осложнений, сроки пребывания в стационаре, сроки медицинской и социальной реабилитации.

Материалы и методы исследования. В период с 2016 по 2018 г. было прооперировано 138 больных с ХГ III (79) и ХГ IV (59). Мужчин было – 67 (48%), женщин – 71 (52%). Средний возраст – 44,58 ± 0,55 года. Использовали две методики: лазерную геморроидопластику у 73 (53%) пациентов (группа ОГ), и классическую геморроидэктомию по Миллигану-Моргану у 65 (47%) пациентов (группа КГ) таб. 1.

При лазерной геморроидопластике использовался хирургический лазер «Лика хирург» с длиной волны 1470 Нм. При узлах менее 1 см и рассыпном типе использовали лазерную коагуляцию с мощностью 10 Вт, режим непрерывный. Лазером прожигалось точечное отверстие, отступая не менее 7-8 мм дистальнее узла, и постепенно продвигая световод вперед в толщу узла, тем самым обрабатывая его изнутри. При таких размерах узлов сосудистая ножка не прошивалась. Использовался торцевой световод для введения в просвет узла и последующей подачи энергии лазера, с обработкой узла лазерным излучением во всех направлениях.

В случае размера узла 1см и более, ножка узла дважды прошивалась восьмиобразным швом, т.е. выполнялась подслизистая мукопексия. После чего проводилось иссечение узла при помощи лазерного световода с торцевым наконечником - мощностью 12,5 Вт, режим непрерывный. Дно раны не ушивалось, т.е. предпочтение отдавалось открытой методике.

Отдаленные послеоперационные результаты

	Основная группа	Контрольная группа
Болевой синдром после стула	12 до 20 дней	17 до 25 дней
Выраженность отека п/о раны	16-22 дней	24-35 дней
Рецидивы	2%	11%
Кровотечение	1,4%	3%

Выводы. Проведя сравнительный анализ результатов лечения, у больных со смешанным геморроем III—IV стадии с использованием хирургического лазера с длиной волны 1470 нм и традиционной методики, мы увидели следующие преимущества ОГ:

- Операции в ОГ длились в среднем на 10 % меньше времени, в сравнении с КГ.
- Потребность в наркотических анальгетиках была более чем в 2 раза больше в КГ
- Болевой синдром в первые сутки был на 18% более выражен у пациентов в КГ
- Среднюю продолжительность п/о койко-дня удалось сократить на 2,6 дня в ОГ
- Болевой синдром после стула в ОГ в среднем составил от 12 до 20 дней, а в КГ от 17 до 25 дней
- Кровянистые выделения при акте дефекации отмечались в КГ до 24-35 дней, в ОГ до 16-22 дней
- Рецидивы спустя 1 год составили в ОГ до 2%, в КГ 11%

ЛИТЕРАТУРА:

1. Борисов, И.Ф. Геморроидэктомия плазменным скальпелем: автореф. дис. канд. мед. наук / И.Ф. Борисов. – М. – 2011. – 16 с.
2. Воробьев, Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.: Литтерра, 2010. – 200 с.
3. Гаин, М.Ю. Малоинвазивные технологии в комплексном лечении геморроя / М.Ю. Гаин, С.В. Шахрай // Новости хирургии. – 2011. – № 4. – Т. 19. – С. 113–122.
4. Гейниц, А.В. Лазеры в хирургическом лечении геморроя / А.В. Гейниц, Т.Г. Елисова // Лазерная медицина. – 2009. – № 2. – Т. 13. – С. 31–35.
5. Загрядский, Е.А. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация в сочетании мукопексией в лечении геморроя III–IV стадии / Е.А. Загрядский, С.И. Горелов // Колопроктология. – 2010. – № 2 (32). – С. 8–14.
6. Arun Loganathan, Atandrilla Das, Andrew Luck, Peter Hewett/ Transanal haemorrhoidal dearterialization for the treatment of grade III and IV haemorrhoids: a 3-year experience// ANZ Journal of Surgery, 2016///86, 1-2, 59/// Wiley Online Library.
7. C. Simillis, S. N. Thoukididou, A. A. P. Slessor, S. Rasheed, E. Tan, P. P. Tekkis/ Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids// British Journal of Surgery, 2015/// 102, 13, 1603///Wiley Online Library.
8. Danson Yeo/ Hemorrhoidectomy - making sense of the surgical options// World Journal of Gastroenterology, 2014///20, 45, 16976///CrossRef
9. Jason F. Hall/ Modern Management of Hemorrhoidal Disease// Gastroenterology Clinics of North America, 2013/// 42, 4, 759///CrossRef
10. Nitin Mishra, Jason F. Hall/ Operative management of hemorrhoids// Seminars in Colon and Rectal Surgery, 2013/// 24, 2, 86///CrossRef.
11. Petra F. Janssen, Hans A. M. Brölmann, Judith A. F. Huirne/ Effectiveness of electrothermal bipolar vessel-sealing devices versus other electrothermal and ultrasonic devices for abdominal surgical hemostasis: a systematic review// Surgical Endoscopy, 2012/// 26, 10, 2892///CrossRef.
12. Ronnie Mathew, Lionel Chen, Mark Wong/ Hemorrhoids, 2018// CrossRef.
13. Ronnie Mathew, Lionel Chen, Mark Wong/ Hemorrhoids, 2018, 2, 471// CrossRef.

Рәүҗи: *Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin elmi işçisi*

t.ü.f.d. Musayev B.V.

Redaksiyaya 25.01.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur.

KARDİYANIN AXALAZİYASI: ETİOPATOGENEZİNİN BƏZİ ASPEKTLƏRİ, DİAQNOZU VƏ MÜALİCƏSİNİN MÜASİR PRİNSİPLƏRİ

S.F.İBRAHİMLİ, İ.T.AXUNDOV, S.G.HÜSEYNOV, R.Z.HƏSƏNOV

ATU-nun III cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan.
(email: shakir.ibrahimli@mail.ru)

Achalasia of the cardia: some aspects of etiopathogenesis, diagnosis and modern treatment principles
Sh.F.Ibrahimli, I.T.Akhundov, Sh.G.Huseynov, R.Z.Hasanov

Summary: This article analyzes the results of surgical treatment of 45 patients with achalasia of cardia. Modern literature data on some aspects of the etiopathogenesis of this disease are presented. It is noted that the conservative therapy is usually ineffective in achalasia of cardia, cardiodilation gives short-term effect. In addition after it in the cardioesophageal zone often develops scar deformation, which complicates the course of surgery and is the cause of relapse. Not only stage III-IV, but according to the latest data even stage II of the disease is an indication for surgery. Esophagocardiomyotomy with gastroplasty by T.A.Suvorova creates an sharpe angle of Hiss, provides an adequate gas bladder of the stomach, restores the antireflux mechanism of the cardioesophageal zone, and therefore is the surgery of choice for achalasia of the cardia.

Keywords: achalasia of the cardia, etiopathogenesis, diagnosis, treatment.

Ахалазия кардии: некоторые аспекты этиопатогенеза, диагностика и современные принципы лечения.
Ш.Ф.Ибрагимли, И.Т.Ахундов, Ш.Г.Гусейнов, Р.З.Гасанов

Резюме: В статье приведен анализ результатов хирургического лечения 45 больных ахалазией кардии. Представлены современные литературные данные по некоторым аспектам этиопатогенеза этого заболевания. Отмечено, что при ахалазии кардии консервативная терапия, как правило, мало эффективна, кардиодилатация дает кратковременный эффект. Кроме того после кардиодилатации в кардиоэзофагеальной зоне нередко развивается рубцовая деформация, которая усложняет ход операции и является причиной рецидивов. Не только III-IV стадия, но, по последним данным, даже II стадия заболевания является показанием к операции. Эзофагокардиомиотомия с гастропластикой по Т.А.Суваровой создает острый угол Гиса, обеспечивает адекватный газовый пузырь желудка, восстанавливает антирефлюксный механизм кардиоэзофагеальной зоны, а потому является операцией выбо-ра при ахалазии кардии.

Ключевые слова: ахалазия кардии, этиопатогенез, диагностика, лечение.

Açar sözlər: Kardiyanın axalaziyası, etiopatogenez, diaqnostika, müalicə.

Giriş: Kardiyanın axalaziyası yemək borusunun siniz-əzələ aparatının patologiyası kimi çox qədimdən mövcud olsa da etiopatogenezi dəqiq məlum olmadığı üçün müalicəsinin də nəticələri qənaətbəxş sayılmır və xəstəlik təbabətin aktual problemlərindən biri olaraq qalır.

Miculicz 1882-ci ildə patoloji prosesi azan sinirin təsirinin aradan götürülməsi ilə əlaqədar olaraq kardiyanın spazmı kimi qiymətləndirərək xəstəliyə “kardiospazm” adı vermişdir. 1914-cü ildə Perri bu xəstəlik üçün “axalaziya” terminini təklif etdi. Termin yunan sözüdür a-inkar, chalasis-boşalma, zəifləmə, açılma, mənasını daşıyır. Tibbi ədəbiyyatda axalaziya terminini ilk dəfə 1914-cü ildə Hurst istifadə edərək xəstəliyi udma aktına cavab olaraq kardial sfinkterdə normal halda müşahidə olunan reflektor “açılmanın” olmaması kimi dəyərləndirdi. Bu fikir sonradan manometrik və rentgenkinematoqrafik tədqiqatlarla təstiqləndi.

Xəstəliyin etiologiyası dəqiq deyil. Braziliyanın bəzi vilayətlərində Krus tripanosomy ilə yoluxmuş xəstələrdə axalaziyanın müşahidə edilməsi xəstəliklə bu virus arasındakı əlaqənin olması fikrinə gətirsədə, sonrakı tədqiqatlar bu faktı təsdiq etmədi. Herpes simplex, sitomegalovirus, varicella-zoster viruslarının da xəstəliyin etiologiyasında rolu öz təsdiğini tapa bilmədi.

Yaxın qohumlarda bu patologiyanın çox az təsadüf etməsi xəstəliyin irsi xarakter daşımamasına dəlalət edir. Xəstələrin böyük əksəriyyətinin psixoemosional sferasında pozğunluğun olması xəstəliyin psixotraumalarla əlaqəsini təsdiq etmədi. Mə'lum oldu ki, bu xəstələrdə patoloji vəziyyətin uzun müddət davam etməsi sonradan psixoemosional gərginliyə gətirib çıxarır.

F.E. Templeton (10) rentgenoloji müayinə zamanı kardiyanın axalaziyasından əziyyət çəkən 39 xəstədən 36-da udma aktından sonra yaranmış ilkin peristaltik dalğanın yemək borusu boyunca ancaq aorta qövsünün yuxarı kənarına qədər yayılmasını qeyd etdi. Əksər xəstələrdə yemək borusunun müxtəlif səviyyələrində zəif seqmentar xarakterli yığılmalar müşahidə edilmişdir. Beləliklə kardiyanın axalaziyası zamanı udma aktına qarşı reflektor olaraq kardiyanın açılmaması ilə yanaşı yemək borusunun peristaltikasının kəskin zəifləməsi də müşahidə olunur. Bu fakt axalaziya zamanı yemək borusunun intramural sinir aparatında dəyişikliyin olması fikrini yaratdı.

Alvariz V.C.(6) kardiyanın axalaziyası zamanı histoloji müayinədə yemək borusunun auerbax sinir kələfinin qanqlioz hüceyrələrində distrofiya, dağılma və hüceyrələrin ümumi sayının azalmasını aşkar etdi. Digər tədqiqatçılar da xəstəlik zamanı auerbax kələfinin həm qanqlialarında, həm də sinir liflərində distrofik dəyişikliklər qeyd etdilər.

Məlumdur ki, kardial sfinkterin açılması udma aktına qarşı reflektor olaraq baş verir. Udma aktı zamanı bukko-faringeal zonanın reseptorları qıcıqlanır və beyin kötüyünün dorsal hərəkəti nüvələrinin neyronlarından keçən reflektor qovsün hesabına kardial açılır. Axalaziya zamanı auerbax kələfinin postqanqlionar hərəkəti neyronları zədələndiyi üçün yemək borusunun motorikası zəifləyir və udma aktına qarşı kardiyanın açılma refleksi itir. Kennonun avtonom denervasiya qanununa əsasən denervasiya olunmuş strukturların spesifik sinir mediatorlarına qarşı həssaslığı artır. Kardiyanın axalaziyası zamanı dərialtına 5-10 mq mexolilin (asetilmetilxolin) yeridilməsinə qarşı yemək borusunun ağırlı tonik yığılmalarla cavab verməsi parasimpatik innervasiyanın pozulmasına dəlalət edir (5).

Bəzi müəlliflər (2) axalaziya zamanı yemək borusunun intramural sinir aparatının funksiyasının pozulmasını spesifik neyrotransmitterin defisiti ilə əlaqələndirirlər. Belə bir transmitter NO-sintetaza fermentinin iştirakı ilə L-arginindən yaranmış azot oksiddir(NO). Azot oksid siklik quanozinmonofosfatın köməyi ilə kalsiumun hüceyrədaxili konsentrasiyasını dəyişərək sayə əzələlərin boşalmasını (tonusunun azalmasını) təmin edir. Müəlliflər axalaziyalı xəstələrdə yemək borusunun aşağı sfinkterinin toxumasında NO-sintetaza fermentinin azalmasını qeyd edirlər.

Son zamanlar kardiyanın axalaziyası və kardiospazmın kliniki, rentgenoloji və morfoloji olaraq fərqli xəstəliklər olması sübut olunmuşdur (cədvəl 1).

Material və müayinə üsulları: Son 20 il ərzində klinikada kardiyanın axalaziyası diaqnozu ilə 45 xəstə müalicə almışdır. Xəstələrdən 15-i kişi, 30-u qadın olmuşdur. Xəstələrin yaş həddi 23-72 arasında, xəstələnmə müddəti isə 8-35 il arasında təbəddüd etmişdir. Xəstəlik tədricən başlamış və ilk vaxtlar əsasən bərk və qıcıqlandırıcı qidaların qəbulu zamanı qida kütləsinin döş sümüyü arxasında qısa müddət ərzində ləngiməsi ilə xarakterizə olmuşdur. İllər keçdikcə disfaqiya inkişaf etmişdir və xəstələr qida kütləsinin mədəyə düşməsi üçün müxtəlif vasitələrdən istifadə etmişlər. Bütün xəstələr uzun müddət ambulator və stasionar şəraitdə müalicə almışlar. Müsbət nəticə qısa müddət ərzində müşahidə olunmuşdur. Disfaqiya və döş sümüyünün arxasında ağrı xəstələrin əsas şikayətləri olmuşdur. Bundan əlavə qida kütləsinin ağız boşluğuna qayıtması 39 xəstədə, qıvcırma hissi 12 xəstədə, gəyirmə 29 xəstədə, arıqlama 32 xəstədə qeyd olunmuşdur. Xəstələrin əksəriyyətində qeyd olunan şikayətlərin 3-ü və daha çoxu müşahidə olunmuşdur. Bütün xəstələrin psixo-emosional sferasında müxtəlif xarakterli (yuxusuzluq, özünəqapanma, baş ağrıları, əsəbilik, tez yorulma, həyəcan və s.) dəyişiklik qeyd olunmuşdur. 45 xəstədən ancaq 6-ı öz xəstəliyini streslə əlaqələndirmişdir. Qalan xəstələr psixo-emosional sferadakı dəyişikliyi xəstəliyin nəticəsi kimi qeyd etmişlər.

Xəstəliyin dərəcəsini təyin etmək üçün B.V.Petrovskinin 1957-ci ildə təklif etdiyi təsnifatdan istifadə etmişik. Bu təsnifat müalicə taktikasının seçilməsində daha səmərəli hesab olunur. Təsnifata əsasən xəstəliyin 4 dərəcəsi (mərhələsi) qeyd olunur: I – spazm funksionaldır, yemək borusu genişlənməmişdir; II – spazm davamlıdır, yemək borusu zəif genişlənməmişdir; III - əzələ qatında çapıq dəyişikliklər, yemək borusunda kəskin genişlənmə qeyd olunur; IV – kardiostenoz, yemək borusunun həddən artıq genişlənməsi və S-şəkilli deformasiyası qeyd olunur.

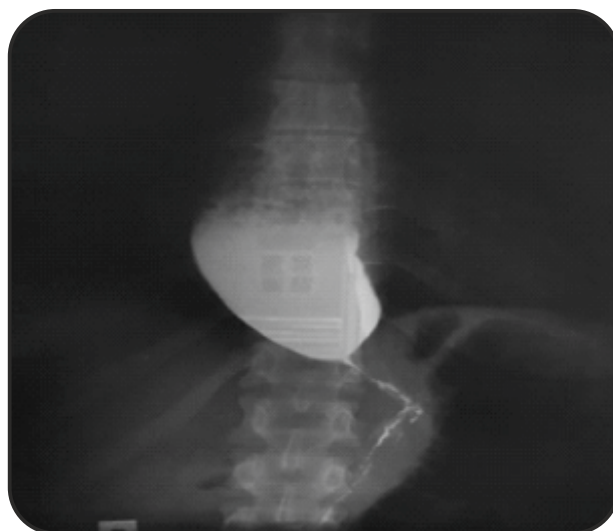
Xəstələrin 17-də xəstəliyin II dərəcəsi, 25-də III dərəcəsi, 3-də isə IV dərəcəsi müşahidə olunmuşdur.

Xəstələrin əsas müayinə üsulları kontrast rentgen müayinəsi və endoskopiya olmuşdur. Təcrübəmiz göstərir ki, qeyd olunan müayinə üsulları diaqnozun qoyulması və müalicə taktikasının seçilməsi üçün kifayət edir. Ezofaqomanometriya, hesab edirik ki, müalicə taktikasının seçilməsində əsas rol oynamır. Rentgenoloji müayinədə yemək borusunun genişlənmə dərəcəsinə, onun hərəkəti funksiyasına, kontrast maddənin kardial nahiyədə ləngimə müddətinə, mədənin qaz qonucuğunun vəziyyətinə qiymət verilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, kardioezofaqeal zonanın şişləri zamanı da analoji rentgen əlamətlər müşahidə olunduğu üçün diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədi ilə bütün xəstələrdə endoskopik müayinənin aparılması vacibdir. Endoskopik müayinədə yemək borusunun genişlənmə dərəcəsinə, mənfəzində qida kütləsinin olmasına, seliklis qışanın vəziyyətinə, kardiyanın aparata görə keçiriciliyinə, hava ilə infulyasiya zamanı açılmasına, şiş toxumasının və peptiki strukturanın olmasına fikir verilmişdir.

Kardiyanın axalaziyasını kardiospazmdan fərqləndirən kriteriyalar

Kriteriyalar	Kardiyanın axalaziyası	kardiospazm
Morfoloji dəyişikliklər	Auerbax kələfinin postqanqlionar hərəkəi neyronları zədələnir	Azan sinirin dorsal nüvələrinin preqanqlionar neyronları zədələnir
Yemək borusunun hərəkəi aktivliyi	Zəifləyir	Qeyri propulsiv motorika güclənir, seqmentar yığılmalar qeyd olunur
Yemək borusu – mədə təzyiqinin qradianti (norma 10±3 mm civə st)	20 mm civə st.	20 mm civə st-dan çox
Regurqitasiya	Qida qəbulundan xeyli sonra baş verir (əsasən horizontal vəziyyətdə yaxud bədəni önə əydikdə)	Yemək vaxtı, yaxud dərhal qida qəbulundan sonra baş verir
Disfaqiya	Tədricən inkişaf edir	Gözlənmədən baş verir
Ağrının xarakteri	Ezofaqit inkişaf etdikdən sonra yandırıcı, göynədici xarakterli ağrılar olur	Spastik döş sümüyü arxası ağrılar olur
Udma aktına qarşı kardiyanın açılma refleksi	Yoxdur	Zəifləmişdir
Kardial sfinkterin tonusu	Normaldır	Kəskin artmışdır
Atropin testi	Spazm güclənir	Spazm zəifləyir

Tədqiqatın nəticələri və müzakirələr: Rentgenoloji müayinə zamanı bütün xəstələrdə yemək borusunun hərəkəi funksiyasının müxtəlif dərəcəli zəifləməsi qeydə alınmışdır. Xəstəliyin IV dərəcəsi olan 3 xəstədə isə barium məhlulunun yemək borusunun divarı ilə sanki öz çəkisi hesabına axaraq onun aşağı 1/3 hissəsinə çatması və orada 3 sutkadan çox ləngiməsi qeyd olunmuşdur. 32 xəstədə müayinə zamanı yemək borusunda qida kütləsinin və mayenin ləngiməsi hesabına maye səviyyəsi qeydə alınmışdır. 5 xəstədə yemək borusundan zondla 2 l-ə yaxın möhtəviyat xaric edilmişdir. Kontrast mayenin yemək borusunda ləngimə müddəti 30 dəqiqədən 3 sutkaya qədər tərəddüd etmişdir. Xəstələrin 25-də yemək borusu sanki “ağzi bağlanmış kisəni” xatırlatmışdır. Digər 20 xəstədə isə kontrast maddə yemək borusunun aşağı 1/3 hissəsində müxtəlif müddətə ləngiyərək “sıçan quyuğunu” xatırladan nazik axınla mədəyə daxil olmuşdur (şəkil 1). Yemək borusunun diametri 4-10 sm arasında tərəddüd etmişdir. Xəstələrin 12-də mədənin qaz qovucunun xeyli kiçilməsi, 33-də isə olmaması qeydə alınmışdır.



Şəkil 1. Kardiyanın axalaziyası olan xəstənin rentgenoqramması (izahatı mətndə)

Endoskopik müayinə zamanı 45 xəstədən ancaq 3-də yemək borusunun selikli qisasında kobud dəyişiklik aşkar olunmamışdır. Digər xəstələrin hamısında selikli qisada müxtəlif dərəcəli hiperemiya, ödem, büküşlərin qalınlaşması, eroziv dəyişiklik qeydə alınmışdır. Yemək borusunun müxtəlif dərəcəli genişlənməsi, mənfəzində qida qalıqlarının olması (40 xəstə), kontakt zamanı selikli qısanın asanlıqla qanması (38 xəstə) aşkarlanmışdır.

Yemək borusunun aşağı 1/3 hissəsinə qədər eroziya və xoralaşma 16 xəstədə, orta 1/3 hissəsinə qədər 26 xəstədə, yuxarı 1/3 hissəsinə qədər 3 xəstədə müşahidə olunmuşdur.

Kardiyanın axalaziyasının müalicə taktikası bu günə qədər öz həllini tapa bilməmişdir. Böyük əksəriyyət müəlliflər (1, 4, 5, 8, 11) xəstəliyin I-II dərəcəsində konservativ terapiyanın aparılmasını təklif edirlər. Cərrahi müalicəni ancaq xəstəliyin III-IV dərəcəsində, kardiodilatasiya effekt vermədikdə, məsləhət görürlər. Bizim təcrübəmiz göstərdi ki, xəstəliyin I mərhələsində xəstələr əsasən sahə terapevtlərində müalicə alırlar. Cərrahi klinikalara xəstəliyin II – IV mərhələlərində müraciət edirlər. Kardiodilatasiyanın effekti 1-2 ildən artıq davam etmir. Kardiodilatasiyadan sonra sirkulyar əzələlərin cırılmış ucları çox yaxın qaldıqları üçün xəstəliyin residivi labüddür. Təkrari kardiodilatasiyalar toxumalarda kobud çapıqların yaranmasına, əməliyyatın aparılması zamanı böyük texniki çətinliklərə, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların artmasına və residivlərin yaranmasına səbəb ola bilərlər. Bundan əlavə residiv yaranıqda xəstələrin psixi durumunun kəskin pisləşməsi xəstəliyin kliniki gedişini daha da ağırlaşdırır. Kardiodilatasiyanın mümkün ağırlaşmalarını da (çapıqlaşma, perforasiya, mediastenit və s) nəzərə alsaq bu üsulun axalaziya zamanı istifadəsinin vacibliyi şübhə doğurur.

Biz təcrübəmizdə axalaziya zamanı kardiodilatasiyanın tətbiqindən imtina etmişik. Bu xəstələrə konservativ terapiyanın uzun müddət aparılmasının əleyhinəyik. Xəstəliyin təkcə III – IV mərhələsində deyil, həm də II mərhələsində cərrahi əməliyyatın aparılmasını məsləhət görürük. Bəzi müəlliflərin (4, 9) xəstəliyin IV dərəcəsində yemək borusunun ekstirpasiyası və birmomentli ezofaqogastroplastikası təklifi mübahisə doğurur. Bizim təcrübəmiz göstərir ki, xəstəliyin IV dərəcəsində adekvat icra olunmuş cərrahi əməliyyatdan sonra yemək borusunun diametri tədricən kiçilir, onun hərəkəti aktivliyinin zəif olmasına baxmıyaraq kardiya nahiyəsində manieə olmadığı üçün qida kütləsinin yemək borusu boyunca hərəkətini xəstələr hiss etmir və qidalanma ilə bağlı şikayətləri olmur.

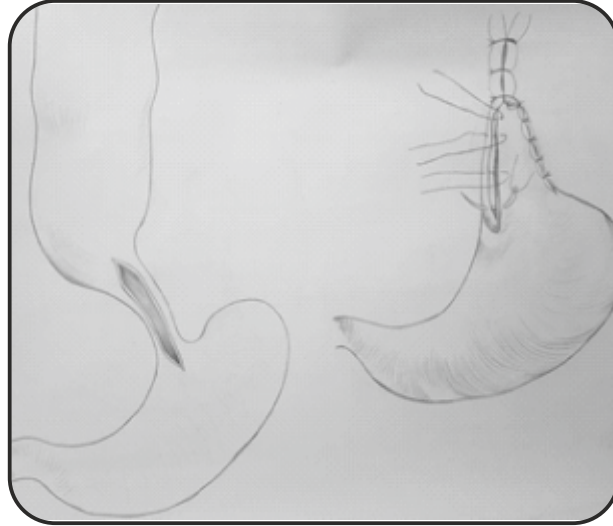
Kardiyanın axalaziyasının çoxsaylı cərrahi müalicə üsulları mövcuddur. Bu əməliyyatlar açıq və qapalı üsulla icra oluna bilər. Son vaxtlar peroral endoskopik miotomiya (3,7) tətbiq olunmaqdadır. Biz təcrübəmizdə 1960-cı ildə T.A.Suvorova tərəfindən təklif olunmuş eqzofaqokardiomiomiya və gastroplastikadan geniş istifadə edirik. 45 xəstədə tətbiq olunmuş bu üsul bütün xəstələrdə müsbət nəticələr vermiş və əməliyyatdan sonra şikayətlər keçmişdir. T.A.Suvorova əməliyyatın torakotomik kəsiklə aparılmasını təklif etmişdir. Biz bu əməliyyatı laparotomik kəsikdən icra edirik. Əməliyyatın bəzi texniki aspektlərini qeyd edirik.

Əməliyyat yuxarı orta laparotomik kəsiklə icra olunur. Qaraciyərin sol üçbucaq bağı kəsilir (bu zaman aşağı boş venanın zədələnmə ehtimalı nəzərə alınmalıdır) və sol pay alətlə sağa itələnilir və fiksə olunur. Aşağı diafraqmal vena iki yerdən bağlanılır və A.Q.Savinix üsulu ilə sagital diafraqmotomiya icra edilir (perikardın zədələnmə ehtimalı nəzərə alınır). Sonra yemək borusunun aşağı 1/3 hissəsi arxa divararalığından mobilizə olunur. Bütün xəstələrdə yemək borusunun distal hissəsinin spazmı və divarının qalınlaşması qeyd olunmuşdur. Sonra mədənin dibini mobilizə edirik və dalağın üst qütbü nahiyəsində 1-3 qısa mədə-dalaq arteriyasını bağlayıb kəsirik. Bununla da plastika məqsədi ilə istifadə edəcəyimiz mədə dibinin mobilliyini təmin edirik. Cərrahi əməliyyatın növbəti mərhələsində əsasən 2 problem öz həllini tapmalıdır: disfaqiyanın residivi və refluks-ezofaqit. Disfaqiyanın residivinin profilaktikası adekvat ezofaqokardiomiomiya və kəsilmiş əzələ kənarlarını kifayət qədər aralanması və diastaz vəziyyətində saxlanılmasını tələb edir. Bu məqsəddə çatmaq üçün yemək borusunun ön divarında 7-8 sm uzunluğunda ekstramukoz ezofaqokardiomiomiya aparırıq və kəsiyi mədənin kardial hissəsinə 2 sm uzadıırıq. Ədəbiyyatda qeyd olunur ki, kardial hissədə kəsiyin birinci selikaltı venadan aşağı aparılması kardiyanın çatmazlığına gətirə bilər (5). Təcrübəmiz göstərir ki, kəsiyin kardial hissədə 3-cü selikaltı venaya qədər aparılması belə, düzgün aparılmış plastika zamanı, kardial çatmazlıq yaratmır. Aparılmış ezofaqokardiomiomiya kəsiyin uzunluğu 10 sm-dən az olmamalı və kardioezofaqeal zonanın daralmış hissəsini əhatə etməlidir. Kəsiyin dərinliyinə də ciddi fikir verilməlidir. Ezofaqokardial zonanın sirkulyar əzələlərinin arasındakı məsafə kifayət qədər olmalıdır. Bu məqsədlə kəsilmiş əzələlər selikaltı təbəqədən ehtiyatla mobilizə olunaraq sağa və sola kənarlaşdırılır. Çapıq toxuma olmadıqda belə mobilizasiya çətinlik törətmir. Xəstəliyin III-IV dərəcəsində əksər xəstələrdə çapıq toxuması inkişaf etdiyi üçün mobilizasiyanı diqqətlə aparırıq və selikli qısanın zədələnməməsinə çalışırıq.

Xəstələrin 3-də çapıq toxuma güclü inkişaf etdiyi üçün selikli qısanın zədələnməsi baş verdi. Nazik atravmatik sapla defekt tikildi və mədə zonda 5 sutka saxlandı. Mobilizə olunmuş əzələnin kənarını yemək borusunun sağ və sol konturu səviyyəsinə qədər aralayırıq. Bu zaman sərbəstləşmiş selikli qısa boşluq daxili təzyiqin hesabına onə doğru qabarıq.

Reflüks-ezofaqitin profilaktikası əməliyyatın ikinci mühüm problemidir. Disfaqiya azad olunmuş xəstə reflüks – ezofaqitlə üzləşərsə vəziyyəti daha ciddi ağırlaşma bilər. Ezofaqokardiomiomiya zamanı yaranmış əzələ defektini öncədən mobilizə olunmuş mədənin dibi ilə 10 sm məsafədə örtürük. Bu zaman mədənin dibinin arxa kon-

turu əzələ kəsiyinin sol kənarına, ön konturu isə kəsiyin sağ kənarına düyünlü tikuşlə fiksə olunur (şəkil 2). Belə bir texnika Hiss bucağının itiliyini təmin edir, mədənin adekvat qaz qovucuğunu yaradır, əzələ defekti nahiyəsində divertikulun yaranmasının qarşısını alır və kardioezofaqeal zonanın antirefluks funksiyasını bərpa edir. Əməliyyatın sonunda diafraqmatomik kəsik 1-2 tikişlə bərpa olunur. Diafraqmanın ayaqcıqları tikilmir. Diafraqmanın yemək borusu dəliyi 1 barmağı sərbəst buraxmalıdır. Arxa divararalığı drenə olunur və laparatomik yara tikilir.



Şəkil 2. Ezofaqokardiomiomiya, gastroplastika (izahatı mətndə)

Xəstələrin qidalanması 3-cu sutkadan başlanılır. Selikli qısa zədələndikdə peroral qidalanmaya 5-ci sutkadan başlayırıq. Əməliyyatdan sonra 45 xəstədən 1-də laparatomik yaranın yuxarı 1/3 hissəsində irinləmə qeyd olundu. Yaranın infeksiyalaşmasının səbəbi selikli qişanın zədələnməsi ilə əlaqələndirdik. Xəstələrin 23-ü ilə telefon əlaqəsi yaratmaqla əməliyyatın uzaq nəticəsini öyrənə bildik. Bu xəstələr heş bir şikayətləri olmadığı üçün klinikaya təkrari müayinəyə gəlməyi vacib hesab etmədilər. Qalan 22 xəstə isə klinikaya dəvəti qəbul etdilər. Aparılmış kontrastlı rentgen müayinəsi zamanı bütün xəstələrdə kontrast maddənin asanlıqla mədəyə tökülməsi, adekvat qaz qovucuğunun olması və reflüksün olmaması qeydə alındı. Xəstələrin qidalanma ilə bağlı heş bir şikayətləri yoxdur. Ancaq 3 xəstə yuxu pozğunluğu olduğu üçün yuxugətirici dərmanların qəbul etməsini qeyd etdilər.

Nəticələr:

1. Kardiyanın axalaziyası zamanı konservativ terapiya effekt vermir, kardiodilatasiyanın effektivliyi qısa müddətli olur, dilatasiyadan sonra yaranmış çarpiq toxuma cərrahi əməliyyatın gedişini çətinləşdirir və residiflərin yaranmasına səbəb olur. Xəstəliyin təkcə III-IV dərəcəsi deyil, II dərəcəsi də cərrahi əməliyyata göstərişdir.

2. T.A.Suvarova üsulu ilə aparılmış ezofaqokardiomiomiya və gastroplastika Hiss bucağının itiliyini təmin etdiyi mədənin adekvat qaz qovucuğunu yaradığı və kardioezofaqeal zonanın antirefluks funksiyasını tam bərpa etdiyi üçün kardiyanın axalaziyası zamanı cərrahi əməliyyatın seçim üsuludur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. М.: Триада – X, 2000; с.78-85
2. Трухманов А.С. Ахалазия Кардии. Последние достижения в изучении этиологии и патогенеза. Современная консервативная терапия. // Российский медицинский журнал. – Т.4, №3, 1996, - с.3-7
3. Федоров Е.Д., Иноуе Х., Шаповальянц С.Г. и др. Пероральная эндоскопическая миотомия при ахалазии кардии – первый отечественный опыт. XVI Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. Сборник тезисов. М., 2012: 215-117
4. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П. и др. Ахалазия кардии и кардиоспазм – современные принципы лечения // Анналы хирургии. - №3. – 2012.
5. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев: Здоров`я, 1987; с.41-52.
6. Alvarez W.C. A simple explantation for cardiospazm and Hirschprung`s disease // Gastroenterology, 1949, 13, 422.

7. Gutschow C.A., Holscher A.H. Peroral endoscopic myotomy for esophageal achalasia – laparoscopic versus peroral endoscopic approach//Endoscopy, 2010. 42: 318-319
8. Orringer M.B. Reversing esophageal discontinuity//Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2007. Vol.19. P.47-55.
9. Sader A.A. Esophagectomy with gastric reconstruction for achalasia // J.Thorac. Cardiovasc. Surg. 2000. Vol.119. P.194-195.
10. Templeton F.E. Movements of the esophagus in the presence of cardiospasm and other esophageal diseases: a roentgenologic study of muscular action. // Gastroenterology, 1948, 10, 96
11. Zorate N., Mearin F. Achalasia: new concepts of an old disease //Gastroenterol. Hepatol. 1998. Vol.21, №1, P.16-25

Rəyçi: *Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin
elmi işçisi*

t.ü.f.d. Musayev B.V.

Redaksiyaya 25.01.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur.

MAKSİLYAR SİNUS BOŞLUĞUNDA BİDRƏFƏLİK ENDONAZAL MÜDAXİLƏ HESABINA AÇIQ SİNUS LİFTİNQ ZAMANI ŞNEYDER MEMBRNINDA SELİKLİ QIŞALARDA PERFORASIYANIN PROFİLAKTİKASI

RZAYEV Z.Ə.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Prevention of mucosal perforation of the bottom of the maxillary sinus with an open sinus lifting due to the simultaneous conduction of endonasal intervention on the maxillary sinus

Rzayev Z.A.

Summary: Purpose: to develop a system optimization sinus-lifting in diseases of the maxillary sinus by a one-step fix pathology sine and implementation of an open sinus lifting.

Materials and methods: 22 patients of the main group moved through the operation of an open sinus lift directly after priorendoscopic interventions on the maxillary sinus. 20 patients endonasal intervention on the maxillary sinus was performed for 2-6 months to open sinus lift. Comparing the results of different approaches to dental and endonasal procedures.

Results: do maintest perform dental and endonasal surgery is possible to eliminate the perforation membrane in the main group. In the control group this complication was detected in 3 (15%) patients. In the control group after sinus thickening of the mucous membrane of the maxillary sinus was observed in a larger number of patients (45% and 14,3%), the total duration of the two stages of the stationary period was almost 2 times longer with 3 times lengthened the period from surgical intervention to dental implantation. Do maintest perform dental and endonasal interventions with an open sinus lift, allows prevent perforation of the lining of the bottom of the maxillary sinus.

Key words: sinus lifting, perforation, slimy bottom of the maxillary sinus.

**Профилактика перфорации слизистой дна верхнечелюстной пазухи при открытом синус-лифтинге за счет одномоментного проведения эндоназальных вмешательств на гайморовой пазухе
Рзаев З.А.**

Резюме: Цель: разработать систему оптимизации проведения синус-лифтинга при заболеваниях верхнечелюстной пазухи путем одноэтапного устранения патологии синуса и реализации открытого синус-лифтинга.

Материалы и методы: 22 пациентам основной группы выполняли операцию открытого синус-лифтинга непосредственно после предварительных эндоскопических вмешательств на верхнечелюстной пазухе. 20 больным эндоназальные вмешательства на верхнечелюстном синусе проводили за 2-6 мес. до открытого синус-лифтинга. Сравнивали результаты различных подходов к выполнению стоматологических и эндоназальных вмешательств.

Результаты: одномоментность выполнения стоматологических и эндоназальных вмешательств позволила исключить перфорацию Шнейдеровой мембраны в основной группе. В контрольной группе данное осложнение встречалось у

3 (15%) больных. В контрольной группе после синус-лифтинга утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи наблюдалось у большего количества больных (45% против 14,3%), суммарная длительность двух этапов стационарного периода была практически в 2 раза продолжительнее, в 3 раза удлинялся период от оперативного вмешательства до дентальной имплантации.

Заключение: одномоментность выполнения стоматологических и эндоназальных вмешательств при открытом синус-лифтинге позволяет профилактировать перфорацию слизистой дна верхнечелюстной пазухи.

Ключевые слова: синус-лифтинг, перфорация, слизистая дна верхнечелюстной пазухи.

Açar sözlər: sinus lift, perforasiya, maksiller sinusun şişkin dibi.

Stomatoloji praktikada dental implantasiya hissəvi və ya tamamilə itirilmiş dişlərin müalicəsində effektiv üsul hesab edilir. Onun yuxarı çənədə aparılması çox zaman sümük toxumasında alveolyar çıxıntının atrofiyası ilə əlaqədar olan çətinliklər ilə müşayiət olunur [1]. Belə klinik vəziyyətdə yuxarı çənənin alveolyar çıxıntısının yüksəkliyini

artırmaq çünü sinus liftinqdən istifadə edilir [1]. Sinus liftinqin aparılmasına zəmin yaradan yuxarı çənə müdaxilələri, eləcə də travma zamanı boşluqların divralarının zədələnməsi, əvvəlki endodontik müalicədə yol verilən xətlər əməliyyatın aparılmasını çətinləşdirir [2,3]. Çox zaman çətinliklər yuxarı çənə boşluqlarında Şneyder membranı dəyişikliklər, əməliyyatlar zamanı perforasiyalar ilə də bağlı olur [4-6]. Adətən yuxarı çənədə sinus patologiyası aşkar edildikdə iltihabi və ya polipoz, kistoz, travmatik rinosinusitin endoskopik müalicəsi sinus liftinqə zəmin yaradır [7]. Lakin müasir diaqnostika və müalicə şəraitində yuxarı çənə sinusunun birdəfəlik endoskopik müalicənin aparılması, cərrahi müdaxilə və onun ağırlaşmalarının profilaktikası üçün açıq sinus liftinq aparılması zərurətinin qarşıya qoyur [8].

Yuxarıdakıları nəzərə alaraq, **tədqiqat işinin məqsədi** birdəfəlik sinus liftinq aparılması və açıq sinus liftinqin həyata keçirilməsi yolu ilə çəksima patologiyası xəstəliklərinin sinus liftinqinin optimallaşdırılmasının işlənilib həzirlənməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata 22 xəstə (əsas qrup) daxil edilmişdir. Bütün xəstələrə açıq sinus liftinq və endoskopik müdaxilə aparılmışdır. Əməliyyata qədərki mərhələdə ortopantomografiya, yuxarı çənənin kompyuter tomoqrafiyası, endoskopik rinoskopiya, qanın ümumi müayinəsi, qanın biokimyəvi müayinəsi, koagulogram aparılmışdır. Sinus liftinqdən əvvəl yuxarı çənədə çəksilyar sinusda aşağıdakı göstəricilər üzrə endoskopik müdaxilə aparılmışdır: sptum rezeksiyası və orta burun boşluğunda təbbi mənfəzin genişlənməsi, boşluq kistasının götürülməsi (plomblama materialı ilə), konxotomiya, etmoidotomiya. Yekun mərhələdə boşluq fizioloji və antiseptik məhlul ilə irriqsiya olunur. Növbəti mərhələdə yerli infiltrasion anesteziya altında açıq sinus liftinq aparılır. Əməliyyatdan 6 ay sonratəxirə salınmaz implantasiya aparılır. Müqayisəli təhlil aparılması üçün 20 nəfərdən ibarət nəzarət qrupu yaradılmışdır. Onlara yuxarı çənədə endonazal müdaxilə açıq sinus liftinqdən 2-6 ay əvvəl aparılmışdır. Yuxarı çənədə birdəfəlik endonazal sanasiyanın və endoskopik müayinə, sinus liftinqin effektivliyinin təhlili üçün klinik müşahidələrin nəticələrindən başqa, 1,5 aydan sonra burun boşluğu ətrafı nahiyədə kompyuter tomoqrafiyasının, 1 aydan sonra W.J. Lundand, D.W. Kennedy [9] üzrə əməliyyatdan sonra endoskopik mənzərəsi (ballar ilə) nəticələrinin də qiymətləndirdik. Aşağıdakı simptomlar nəzərə alınmışdır: ödem, hiperemiya, möhtəviyyatın ifrazı. Simptomların olmaması 0 ball, orta kəskin simptomlar 1 ball, qabarıq simptomlar 2 ball qiymətləndirilmişdir. Maksimal balların cəmi 6 olmuşdur. endoskopik rinocərrahiyyədən sonra burun boşluğunu pnevmatizasiya modifikasiya olunmuş W.J.LundandD.W. Kennedy (1995) şkalası üzrə aparılmışdır: 0 ball tam pnevmatizasiya, 1-selikli qişasının 5 mm-ə qədər qalınlaşması, 2-pnevmatizasiyanın 1/3 həcmdə aşağı düşməsi, 4-pnevmatizasiyanın 2/3 həcmdə aşağı düşməsi, 5 ball boşluda pnevmatizasiyanın tamamilə olmaması [9]. Statistica (StatSoft, ABŞ) programı üzrə nəticələrin statistik emalı aparılmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Cədvəl 1-də endonazal müdaxiləyə səbəb olan maksilyar sinus patologiyalarının strukturu əks etdirilmişdir.

Cədvəl 1.

Maksilyar sinus patologiyalarının strukturu

Sinusun patologiyası	Əsas qrup (n=22)	Nəzarət qrupu (n=20)	p
Rinogen kistalar	5 (22,7%)	6 (30%)	>0,05
Xronik haymoroetmoiditin ödemli-kataral forması	2 (9,1%)	-	>0,05
Xronik hipertrofik sinusit	3 (13,6%)	5 (25%)	>0,05
Polipoz irnisinusit	6 (27,4%)	5 (25%)	>0,05
Yad cisim (plomb materialı) ilə sinusit	4 (18,2%)	4 (20%)	>0,05

Əsas qrupda 5 (22,7%) xəstədə yuxarı çənə boşluğunda kistoz törəmə aşkar edilmişdir, o 1/3-1/2 həcmi doldurmuşdur, 2 (9,1%) – xronik haymoroetmoiditin ödemli-kataral forması, 3 (13,6%) - Xronik hipertrofik sinusit ilə boşluqları maye ilə dolması, 6 (27,4%) – polipoz rinosinusit, 4 (18,2%) xəstədə – Yad cisim (plomb materialı) ilə sinusit aşkar edilmişdir.

Nəzarət qrupunda 6 (30%) rinogen kista, 5 (25%) – polipoz rinosinusit, 4 (20%) - Yad cisim (plomb materialı) ilə sinusit, 5 (25%) - Xronik haymoroetmoiditin ödemli-kataral forması ilə boşluqların maye ilə dolması aşkar edilmişdir.

Septum endoskopik əməliyyatın başlanğıc mərhələsində maksilyar sinusda aparılmış və orta burun boşluğunda təbbi mənfəz birbaşa və geriye kəsici ilə 8-10 mm diamterində genişləndirilmişdir. Daha sonra patologiyadan asılı olaraq, Şneyder membranı yad cisimlər, endoskopik konxotomiya götürülmüşdür. Polipoz sinusitli və ya xronik haymoroetmoidli xəstələrə əlavə olaraq endoskopik etmoidotomiya aparılmışdır. Müdaxilə aparıldıqda maksilyar

sinusda ön-yan divar zədələnməmişdir. Açıq sinus-lifting aparıldıqda kəsiyi alveolyar darağın yuxarı hissəsində aparılmışdır, iki şaqulu kəskin əzəmlilik zonasının məhdudlaşdırmışdır. Trapez şəkilli olan sümüküstü sümükdən ayrılır, yuxarı çənə sinusunun ön-yan divarında bor vasitəsilə fasiləsiz olaraq fizioloji məhlul ilə işləyərək boşluğun ön-yan divarı yandırılır, selikli qişa sümük fraqmentindən o vaxta qədər ayrılır ki, yara mikroskopun görmə sahəsində görünmüş olsun. Sonra aralanmanın 0°, 30° və 70° optik endoskop altında aparılır. Endoskopun künc icmalı ilə dibdə və sinusun lateral şöbələrində selikli qişanı elevasiya mümkün olur. Başqa sözlə, biokompozisiya materialı ilə sümüyün həcmnin tam böyüdülməsi mümkündür. Boşluq tərəfindən başqa endoskop sinusun daxilindən Şnayder membranının mobilliyini yoxlamağa imkan verir. Daha sonra sümük dartılır, dartılmış sümük ilə Şnayder membranının dibi osteoplastik material ilə doldurulur, membran və trombositlər ilə zəngin olan autoplazma ilə rezorbsiya olunur. Mobilizə olunmuş mobilizə olunmuş mukoperistal flep yerinə qoyulur. Yara düyünlü tikiş ilə tikilir. əməliyyatdan sonra reabilitasiya dövründə antibiotiklər, antihistaminlə, qeyri-steroid iltihabəleyhinə, yerli damargenişləndirici və antiseptik vasitələr farmakoterpiya aparılır, 7 gün ərində qabıqlar, ərplər, fibrinin götürülməsi üçün burun boşluğunun kürejeji aparılır. Polipoz rinisinusitli xəstələrə burun boşluğunda yaraların divarları epitelləşdikdən və reaktiv iltihabi hallar söndükdən sonra endonazal topik kortikosterod terapiyası kursu başlanılır.

Əsas qrup xəstələrdə açıq sinus lifting aparıldıqda bir halda Şnayder membranı perforasiyası baş verməmişdir. Bununla yanaşı olaraq nəzarət qrupunda 3(15%) xəstədə yuxarı çənə sinusda Şnayder membranı riqidliyi və onun çapıqlı dəyişiklikləri baxımından sinus lifting aparılmasına baxmayaraq, sümük oturur, selikli qişada 2 və 3 mm ölçülü “nöqtəli” perforasiya baş vermişdir. Onun bağlanması üçün Şneyder membranı bütün aşağı sinusun üçdə biri boyunca elevasiya davam etdirmiş, sonra isə onu yuxarı qaldırır, zədələnməmiş selikli qişanın sahələri toxunana qədər və qatlar- dubikatorlar əmələ gələndə qədər qaldırılır, bununla da yaranmış qüsurlar bağlanır. Erkən əməliyyatdan sonrakı dövr əsasən nəzarət qrupunda eyni şəkildə gedişata malik olmuşdur. Yaralar repozisiya olunaraq birincilli sağalmışdır. Əsas qrupda cərrahi müalicədən sonra birinci sutkada əməliyyat nəhiyəsində zəif ağrılar narahat etmiş, burun tənəffüsündə çətinliklər, brundan qanlı ifrazat olmuşdur. Əməliyyatdan 2-3 sutka sonra əməliyyat tərəfindən boyun və gözaltı nahiyədə cüzi şişkinlik olmuşdur. Müəyyən xəstələrdə yumşaq toxumalarda qanlı imbibisiya qeydə alınmışdır. Əməliyyatdan sonra 7-ci gün üçün yumşaq toxumalarının şişkinliyi olmamış, aşağı burun pərlərində və ağız selikli qişasında şişkinlik azalmış, xəstələr əməliyyatdan sonrakı ilk sutkalar ilə müqayisədə burun tənəffüsünün yaxşılaşdığını qeyd etmişlər. Orta hesabla burun yolunda selikli qişada şişkinlik və hiperemiya olmuş, hemorragik ifrazat və fibrin qabıqları ifraz edilmişdir ki, bunla da genişlənmiş təbii mənəfi tuturdu. 30-cu sutkada genişlənmiş təbii mənəfin kənarları tamamilə epitelləşmiş, təmiz olmuş, şişkinlik və hiperemiya keçmişdir, boşuqlarından cüzi ifrazat olmuşdur. Boşuqların arxa divarlarının selikli qişası şiş olmamışdır. Ağız boşluğunun baxışı aparıldıqda əməliyyat yerində açıq çəhrayı rəngli müəyyən qədər nəmlənmiş selikli qişa aşkar edilmişdir. Palpasiya zamanı ağrı sindromu olmamışdır.

Əsas qrupda osteometal kompleksin orta endoskopik balı $2,78 \pm 0,65$ təşkil etmiş, 1 aydan sonra 60% ($p < 0,05$) aşağı düşmüş və $1,11 \pm 0,71$ təşkil etmişdir (Cədvəl 2).

Nəzarət qrupunda endoskopik görüntünün orta balı əməliyyata qədər eyni olmuş və $2,83 \pm 0,57$ təşkil etmişdir. Endoskopik rinosinuscərrahi müdaxilədən sonra orta bal $1,02 \pm 0,48$ bala qədər, yəni 64% ($p < 0,05$) azalmışdır.

Beləliklə, üç simptomun reqləsi- yuxarı çənədə təbii ostiumnahiyəsində selikli qişanın şişkinliyi, hiperemiyası və sinusdan möhtəviyyat əsas və nəzarət qruplarında eyni dərəcədə olmuşdur.

Cədvəl 2

Klinik qruplarda cərrahi müalicənin nəticələri

Göstəricilər	Əsas qrup		Nəzarət qrupu	
	Əməliyyata qədər	Əməliyyatdan sonra	Əməliyyata qədər	Əməliyyatdan sonra
Osteometal kompleksin ballar ilə endoskopik mənzərəsi	$2,78 \pm 0,65$	$1,11 \pm 0,71^*$	$2,83 \pm 0,57$	$1,02 \pm 0,48^*$
Burunətrafi boşluqların ballar ilə qiymətləndirilməsi	$4,93 \pm 1,0$	$1,75 \pm 0,48^*$	$4,99 \pm 1,08$	$1,44 \pm 0,28^*$
Darağın yüksəkliyindən boşluğun dibinə doğru sümük toxumasının qalınlığı, mm	-	$12,3 \pm 0,2$	-	$13,1 \pm 0,4$

Qeyd: * - $p < 0,05$ əməliyyata qədərki göstəricilər ilə müqayisədə fərqlərin dürütslüyü

Əsas qrupda burun boşluğunun kompyuter tomoqrafiyası əməliyyatdan sonra 1,5 ay sonra aparılmışdır. Maksilyar sinusda orta qalınlaşma 2(14,3%) xəstədə qeydə alınmışdır. Əsas qrupda burunətrafi boşluqların pnevmatizasiyasının ballar ilə qiyməti $4,93 \pm 1,0$ bal olmuş, 1,5 aydan sonra 64,5% ($p < 0,05$), yəni $1,75 \pm 0,48$ bala

qədər azalmışdır. Nəzarət qrupunda tomoqrafik mənzərədə buna bənzər dinamika qeydə alınmışdır. Pnevmatizasiya tomoqrafik görüntü ilə eyniyyət təşkil etmişdir. Orta bal əməliyyata qədər $4,99 \pm 1,08$, endoskopik rinosinus cərrahiyyədən sonra $71,1\%$ ($p < 0,05$), yəni $1,44 \pm 0,28$ bal azalmışdır. Lakin nəzarət qrupunda sinus liftinqdən sonra yuxarı çənə boşluqlarında selikli qişanın qalınlaşması əksər xəstələrdə- $9(45\%)$, əsas qrupda $14,3\%$ olmuşdur. Sinus liftinqdən sonra təkrar rentgenoloji müayinədə məlum olmuşdur ki, darağın yüksəkliyindən boşluğun dibinə doğru sümük toxumasının qalınlığı əsas qrupda $12,3 \pm 0,2$ mm, nəzarət qrupunda $13,1 \pm 0,4$ mm təşkil etmişdir ki, bu da dental implantasiyanın aparılmasına imkan vermişdir. Əsas qrupda stasionar müalicənin davam etmə müddəti $2,9 \pm 0,6$ sutka, nəzarət qrupunda isə stasionarda iki mərhələnin davam etmə müddəti $5,8 \pm 0,4$ sutka olmuşdur ki, bu da 2 dəfə çox olmuşdur. Əsas qrupda cərrahi müdaxilədən dental implantasiyaya qədər $3,7 \pm 0,5$ ay, nəzarət qrupunda isə $11,2 \pm 0,8$ ay keçmişdir.

Nəticələr: Maksilyar sinusunun endonazal sanasiyası ilə birlikdə endoskopik sinus liftinq aparılması sümükdən ayrılma zamanı Şnaydar membranının perforasiyanın profilaktikası baxımından üstünlüyə malik olmuşdur. Dental implantın yerləşdirilməsi vaxtı qısaldılmışdır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Зерницкий А.Ю., Кузьмина И.В. Факторы, влияющие на благоприятный исход операции синус-лифтинга. // Институт стоматологии, 2012, №3, с.56-57.
2. Anavi Y. Complications of maxillary sinus augmentations in aselective series of patients. // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod., 2008, Vol. 106, №1, p. 34-38
3. Даминов Р.О. Воспаление верхнечелюстной пазухи после операции дентальной имплантации и синус-лифтинга. // Стоматология, 2010, N 5, с.59-62.
4. Вишняков В.В., Харламов А.А., Панин А.М. Роль патологии внутринесовых структур в развитии осложнений операции синуслифтинга. // Российская ринология, 2010, N 4, с.25-28.
5. Barone A. A clinical study of the outcomes and complications associated with maxillary sinus augmentation. // Int. J. Oral. Maxillofac. Implants., 2006, v.21, p.81-85.
6. Качалова А.В. Эндоскопический контроль верхнечелюстной пазухи в имплантологии. // Российская оториноларингология, 2007, № 1, с. 98-103.
7. Кулаков А.А., Шелудченко Т.П. Буцан С.Б., Даминов Р.О., Сухарский И.И. Одномоментная эндоназальная санация верхнечелюстной пазухи и эндоскопически ассистированный синус-лифтинг у пациентов перед дентальной имплантацией. // Институт стоматологии. - 2010. - N 4. - С.52-53.
8. Lund V.J., Kennedy D.W. Quantification for staging sinusitis. International conference on sinus disease: terminology, staging, therapy // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. - 1995. - Vol. - 104, Suppl. - P.17-21.
9. Иванов С.Ю., Мураев А.А., Ямуркова Н.Ф., Мигура С.А. Устранение дефектов мембраны Шнейдера, возникающих во время операции синус-лифтинга. // Стоматология. - 2010. - №2. - С.48-51.
10. Мигура, С.А. Применение бедной тромбоцитами плазмы для устранения дефектов мембраны Шнейдера, возникающих при операции синус-лифтинг / С.Ю. Иванов, А.А. Мураев, Н.Ф. Ямуркова // Ж. Стоматология. - М, 2010. - №2(89). - С.52-56. Мигура, С.А. Устранение перфораций мембраны Шнейдера, возникающих во время операции синус-лифтинг / С.Ю. Иванов, А.А. Мураев, Н.Ф. Ямуркова // Сборник научных трудов X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Новые технологии в стоматологии и имплантологии». - 2010. - С. 75-78.

Рәүғи: *М.А.Торçубашов adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin Elmi İşlər üzrə direktor müavini :*

Prof. İsayev H.B.

Redaksiyaya 01.11.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur

MƏDƏ XƏRÇƏNGİ İLƏ ƏLAQƏDAR İNKİŞAF EDƏN MALABSORBSİYA SİNDROMUNUN PATOGENEZİNDƏ MƏDƏALTI VƏZİ FERMENTLƏRİNİN İNFORMATİVLİYİ

MİRZƏYEVA R.S.

ATU-nun Onkoloji klinikası, Bakı, Azərbaycan.

(e-mail:mirzayeva_1985@mail.ru)

Malabsorption syndrome due to gastric cancer in pathogenesis informatics of pancreas enzymes
Mirzayeva R.S.

Summary: In the study are presented, the results of pancreatic enzymes before and 3 and 6 months after surgery in patients gastric cancer with malabsorption syndrome. Patients were studied in blood serum lipase, α -amylase and elastase-1 in coprofiltrate before and after gastrectomy and subtotal resections. Patients with malabsorption syndrome were enzymatic adjusted to normalize metabolic processes depending on the extent of pancreatic secretory deficiency. As a result of the treatment, significantly increase in α -amylase and lipase's activity in blood serum, and reduction of activity elastase-1 enzyme in coprofiltrate was observed as a result of treatment in patients with malabsorption syndrome at 3 and 6 months after surgery. In addition, needed for prophylactic fermentative treatment for patients of gastric cancer without malabsorption syndrome.

Key words: gastric cancer, malabsorption syndrome, enzymes

Информативность ферментов поджелудочной железы в патогенезе синдрома мальабсорбции, развивающегося при раке желудка.
Мирзоева Р.С.

Резюме: В исследовании представлены результаты анализа ферментов поджелудочной железы, взятых до операции и в течение 3 и 6 месяцев после неё у больных раком желудка, осложнённым и неосложнённым синдромом мальабсорбции. Была изучена активность ферментов липазы и α -амилазы в сыворотке крови и эластазы-1 в копрофильtrate до и после гастрэктомии и субтотальной резекции. Больным, отягощённым синдромом мальабсорбции, в зависимости от тяжести внешне-секреторной недостаточности поджелудочной железы для нормализации метаболических процессов была проведена ферментативная коррекция. Было обнаружено, что в результате проведённого лечения у больных, осложнённых синдромом мальабсорбции, значительно снижается содержание в сыворотке крови α -амилазы и липазы, а в копрофильtrate повышается активность эластазы-1. Существует необходимость проведения профилактического ферментативного лечения больных раком желудка, неосложнённым синдромом мальабсорбции.

Ключевые слова: рак желудка, синдром мальабсорбции, ферменты.

Açar sözlər: mədə xərçəngi, malabsorbsiya sindromu, fermentlər.

Dünyanın əksər ölkələrində mədə xərçəngi (MX) bədxassəli şişlərin ən geniş yayılmış formalarından biri olub, onkoloji xəstəliklərin ümumi strukturunda 10% təşkil edir və bədxassəli şişlərdən ölüm hadisələrinin 11,8%-i MX-nin payına düşür. Azərbaycanda MX bədxassəli şişlərin 12,33%-ni əhatə edir və bədxassəli şişlərdən ölüm strukturunda 17,67% təşkil edərək, birinci yeri tutur. Epidemioloji tədqiqatlar göstərir ki, MX-nə kişilərdə qadınlara nisbətən 1,5-2 dəfə daha çox rast gəlinir və xəstələnmə 75% hallarda 60 yaşdan yuxarı olan şəxslər arasında daha çox aşkar edilir [1, 2, 3, 6, 9]. MX-nin diaqnostikası, müalicəsi və profilaktikası istiqamətində əldə edilmiş ciddi uğurlar, təəssüf ki, müalicənin uzaq nəticələrini yaxşılaşdırmamışdır. Xəstəliyin cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalarının rastgəlmə tezliyi hələ də yüksək olaraq qalır.

Bu ağırlaşmalar içərisində qida maddələrinin həzminin, sorulmasının və nəql edilməsinin müştərək pozulması ilə şərtlənən malabsorbsiya sindromu (MS) xüsusi diqqət mərkəzindədir. Son illərdə tədqiqatçılar MX ağırlaşmaları arasında xəstələrin təqribən 70%-də aşkarlanan malabsorbsiya və ya pozulmuş həzm sindromununun öyrənilməsinə xüsusi diqqət yetirir [5, 7, 17]. Tədqiqata daxil olan xəstələrin cərrahi əməliyyatdan əvvəl 34,6%-də MS müşahidə edilir. MS-nin molekulyar-patogenetik mexanizmlərinin tədqiqi və öyrənilməsi həm erkən diaqnostikada, həm də yeni terapevtik müalicə üsullarının işlənilib hazırlanmasında böyük elmi-praktik əhəmiyyət kəsb edə bilər. MS zamanı müşahidə edilən steoteroya, diareya, epiqastral nahiyədə ağırlıq və təzyiq hissi, ümumi zəiflik, çəkinin sürətlə itirilməsi, arıqlama, iştahanın azalması, apatiya, qusma və s. kimi klinik simptomlar xəstələrin həyat keyfiyyətlərini azaldır [4, 12, 14, 15].

MS-nin birincili və ikincili formalarını ayırd edirlər. MS-nin ikincili səbəbləri müxtəlifdir: qastrogen, hepatogen, pankreatogen, enterogen və s. [13, 20].

Pankreatik çatışmazlıq mədəaltı vəzinin fəaliyyət göstərən toxumasının azalması nəticəsində inkişaf edərək xroniki pankreatit, mukovissidoz və mədəaltı vəzinin xərçəngi zamanı müşahidə edilir. Bu zaman mədəaltı vəzi tərəfindən yağların həzm edilməsi və sorulmasında iştirak edən lipolitik (lipaza, kolipaza, fosfolipaza A), zülalların həzm edilməsi və sorulmasında iştirak edən proteolitik (tripsin, ximotripsin, elastaza, karboksipeptidaza) və karbohidratların həzm edilməsi və sorulmasında iştirak edən amilolitik (amilazaların) fermentlərin sintezinin zəifləməsi baş verir [8, 11, 19]. Mədəaltı vəzinin xarici sekretor funksiyasının pozulması nəticəsində piylərin nəcislə itkisi 14 q-ı aşma bilər.

Son zamanlar bu vəzinin ekzokrin funksiyalarının qiymətləndirilməsində yüksək dəqiqliyi və spesifikliyi ilə seçilən elastaza testindən geniş istifadə olunur. Elastaza-1 yalnız mədəaltı vəzinin hüceyrələri tərəfindən sintez edilir və bu ferment heç bir fermentativ preparatların tərkibinə daxil deyil. Onun koprofiltratda və onikibarmaq bağırsaqlarda fəallığı arasında birbaşa asılılıq mövcuddur [16].

Pankreatik elastaza-1 – mədəaltı vəzinin endokrin hüceyrələrində proelastaza şəklində sintez olunur və onikibarmaq bağırsaqlarında traktunda dəyişikliyə məruz qalır, bu xüsusiyyətinə görə nəcisdə təyini, mədəaltı vəzinin funksional fəaliyyətinin qiymətləndirilməsində “qızıl standart” hesab edilir. Nəcisdə fermentin spesifikliyi 94%, həssaslığı 93% təşkil edir. Sağlam insanlarda pankreatik elastazanın nəcisdəki miqdarı 200-500 mkq/q təşkil edir. Mədəaltı vəzinin xarici sekretor funksiyalarının orta dərəcəli pozulmalarında bu rəqəm azalır, ağır dərəcəli pozulmalarında isə 100 mkq/q-dan az olur [11].

Tədqiqat işinin əsas məqsədi: Mədə xərçəngi ilə əlaqədar inkişaf edən malabsorbsiya sindromu zamanı bəzi patogenetik dəyişikliklərin öyrənilməsindən, onların erkən aşkarlanmasından və adekvat korreksiyasının aparılmasından ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları.

Tədqiqat işinə Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji klinikasında mədə xərçənginə görə müayinə və müalicə edilmiş 36-71 yaşlı 78 xəstənin materialları daxil edilmişdir. Əməliyyatdan əvvəl aparılmış müayinələr zamanı 51 xəstədə malabsorbsiya sindromu aşkarlanmamışdır, lakin 27 xəstədə malabsorbsiya sindromu aşkarlanmışdır. Kontrol qrupu 17 nəfər praktiki sağlam şəxs təşkil etmişdir.

Xəstələrin hər iki qrupunda əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan 3 və 6 ay sonra təkrar kontrol müayinələri aparılmış, qaraciyər, öd yollarının və mədəaltı vəzinin funksional fəaliyyətini əks etdirən biokimyəvi göstəricilər təyin edilmişdir. MX xəstələrinin qan serumunda və koprofiltratında tədqiqat işinin məqsədinə uyğun olaraq, biokimyəvi müayinələr aparılmış və alınmış göstəricilər kontrol qrupun müvafiq göstəriciləri ilə statistik meyarlara əsasən müqayisə edilmişdir. Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi, tədqiqata cəlb olunan xəstələrin 27 nəfərində MS aşkarlanmışdır. Əməliyyatdan sonra həmin xəstələrə şiş əleyhinə aparılan əsas müalicə ilə yanaşı mədəaltı vəzin və qaraciyərin xarici sekretor çatışmazlığının dərəcəsi asılı olaraq fermentativ korreksiya aparılmışdır.

Mədəaltı vəzinin ilkin xarici sekretor çatışmazlığının diaqnostikasında α -amilaza, lipaza və fekal elastaza-1 fermentlərinin fəallığının təyini böyük əhəmiyyət kəsb edir.

MX-ni müşayiət edən MS-nin inkişafında qastrogen etioloji amillərlə yanaşı mədəaltı vəzinin xarici sekretor fəaliyyətinin çatışmazlığının mühüm rol oynadığını nəzərə alaraq koprofiltratda elastaza-1 fermentinin miqdarı təyin edilmişdir. Koprofiltratda elastaza-1 fermentinin miqdarı analiz üsulunun prinsipi ikiqat “sendviç” immunoferment reaksiyasına əsaslanır (“İmmun Diaqnostik”, Almaniya).

İmmunoferment müayinələr Stat Fax 303 Plus (ABŞ) immunoferment analizatorunda ($\lambda = 450$ nm, diferensial filtr 650 nm) aparılmışdır.

Alınmış nəticələr riyazi-statistik üsullardan istifadə edilməklə statistik təhlil edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Mədə xərçəngi ilə əlaqədar formalaşan malabsorbsiya sindromunun patogenetik mexanizmlərini aydınlaşdırmaq üçün xəstələrin qan və koprofiltratlarında, qida maddələrinin həzmində iştirak edən mədəaltı vəzinin xarici sekretor fəaliyyətini, qaraciyər və öd yollarının bəzi marker fermentlərinin aktivliyini qiymətləndirməyə imkan verən xüsusi tədqiqat aparılmışdır.

Cədvəl 1.

Kontrol qrupa daxil olan şəxslərin qanında və koprofiltratında mədəaltı vəzinin funksional vəziyyətini əks etdirən göstəricilər

Göstəricilər	M±m	Min	Maks
α - Amilaza, U/L	49,5±4,7	22,6	94,5
Lipaza, U/L	28,7±1,6	15,9	39,2
Elastaza, mkq/qr	223,3±5,2	185	255

Mədəalti vəzinin funksional fəaliyyətini qiymətləndirmək məqsədilə MS ilə ağırlaşmayan MX xəstələrində -amilaza, lipaza və elastaza-1 fermentlərinin aktivliyi təyin edilmişdir.

MS aşkarlanmayan MX olan 51 xəstənin qan serumunda əməliyyatdan əvvəl -amilaza fermentinin aktivliyi kontrol qrupun göstəricilərinə nisbətən 24,5% ($p<0,05$) artır. Müqayisəli təhlil göstərir ki, -amilazanın aktivliyi əməliyyatdan 3 ay sonra əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə 1,2 dəfə (18,2%, $p_1<0,01$), kontrol ilə müqayisədə isə 47,1% 1,5 dəfə ($p<0,001$) statistik etibarlı artır. Bu fermentin qatılığının 6 aydan sonra əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərə nisbətən 1,4 dəfə (40,6%, $p_2<0,001$), kontrol ilə müqayisədə isə 1,8 dəfə (78%; $p<0,001$) artması müşahidə edilir.

Lipaza fermentinin aktivliyi əməliyyatdan əvvəl 51 xəstənin 43 nəfərində (84,3%) kontrollə müqayisədə azalmış, 8 nəfərində isə (15,7%) əksinə artması müşahidə edilir. Əməliyyatdan 3 ay sonra lipazanın fəallığı əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə 13,3% ($p_1<0,05$), kontrol ilə müqayisədə isə 17,9% artması müşahidə olunur. Əməliyyatdan 6 ay sonra 27 (52,9%) nəfərdə kontroldan aşağı, 24 (47,1%) nəfərdə isə normativdən yuxarı olmuşdur. MS ilə ağırlaşmayan MX xəstələrində əməliyyatdan sonra mədəalti vəzinin sekretor fəaliyyətində ciddi pozulmalar müəyyən edilmişdir.

Cədvəl 2.

MS ilə ağırlaşmayan MX xəstələrinin materiallarında mədəalti vəzi fermentlərinin göstəricilərinin dinamikada dəyişməsi ($M\pm m$)

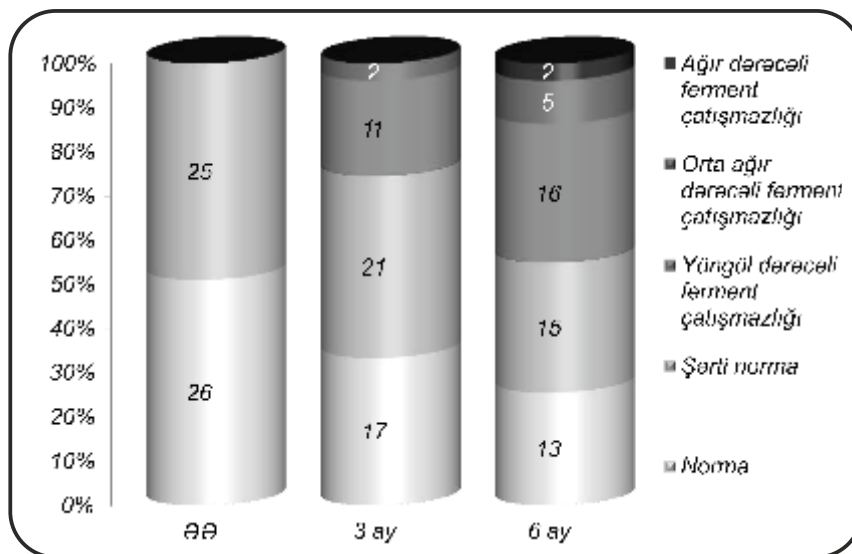
Göstəricilər	Qruplar			
	Kontrol, n=17	Əməliyyatdan əvvəl	Əməliyyatdan 3 ay sonra	Əməliyyatdan 6 ay sonra
α - Amilaza, U/L	49,5 \pm 4,7 (22,6-94,5)	61,6 \pm 2,4* (30,9-91,3)	72,8 \pm 3,0***, ^^ (33,4-107)	86,6 \pm 4,2***, ^^ (36-134)
Lipaza, U/L	28,7 \pm 1,6 (15,9-39,2)	29,9 \pm 1,1 (17-43,2)	33,9 \pm 1,4, ^ (17,5-52,5)	37,2 \pm 1,8*, ^^ (17,6-58,8)
Elastaza, mkq/qr	223,3 \pm 5,2 (185-255)	203,0 \pm 2,2*** (183-237)	188,1 \pm 4,4***, ^^ (107-247)	174,9 \pm 5,5***, ^^ (83,3-229)

Qeyd: göstəricilər arasında fərqin statistik dürüstlüyü:

1.kontrol qrupla: ***- $p<0,001$, **- $p<0,01$, *- $p<0,05$

2.əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərlə: ^^ - $p<0,001$, ^^ - $p<0,01$, ^ - $p<0,05$

Bizim apardığımız tədqiqat zamanı MS ilə ağırlaşmayan MX olan 51 xəstənin koprofiltratında elastaza-1 fermentinin aktivliyi kontrol qrupun göstəriciləri ilə müqayisədə çox cüzi, belə ki, 9,1% ($p<0,001$) azalmışdır, əməliyyatdan 3 ay sonra demək olar ki, heç dəyişmir (7,4%, $p<0,001$), 6 aydan sonra bu fermentin aktivliyinin əməliyyatdan əvvəlki nəticələrlə müqayisədə 13,9% (-1,4 dəfə), kontrol ilə müqayisədə isə 21,27% (1,3 dəfə, ($p<0,001$)) azalır.



Şəkil 1. Əməliyyatdan əvvəl malabsorbsiya sindromu ilə ağırlaşmayan xəstələrdə, əməliyyatdan 3 və 6 ay sonra ferment çatışmazlığı

Öyrənən bu fermentlər zədələnmiş hüceyrələrdən limfa sistemi vasitəsilə qan dövrəsinə daxil olur və aktivliyi vəzinin sekretor toxumalarının zədələnmə dərəcəsinin göstəricisi kimi diaqnostik məqsədlə istifadə edilə bilər. MX zamanı sekretor sahənin ümumi kütləsi azalır və eyni zamanda vəzi toxumasında adaptasion mexanizmlərin işə düşməsi özünü göstərir. MX xəstələrində pankreatik fermentlərin çatışmazlığı ilk növbədə onların sintezinin zəifləməsi və ya mədə-bağırsaq traktında, başqa sözlə, qaraciyərdə və qan damarlarında inaktivləşməsi və yaxud da həmin fermentlərə qarşı həssas olan reseptorların fəallığının zəifləməsi ilə izah edilir.

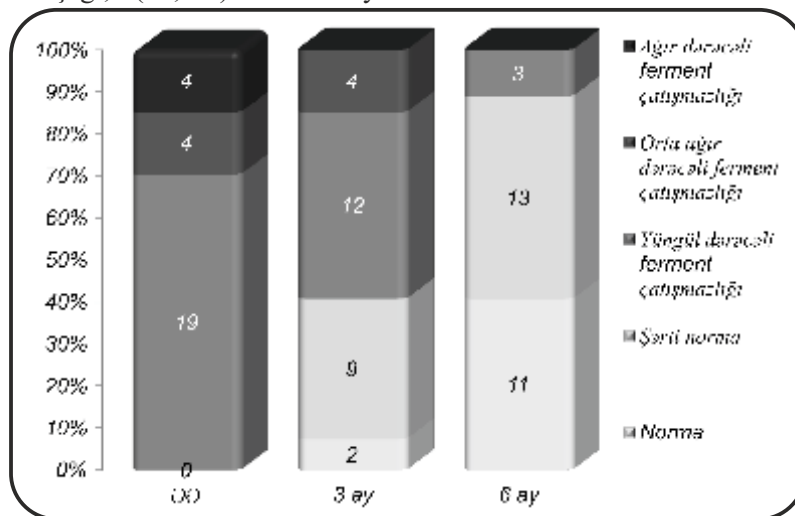
MS ilə ağırlaşan MX xəstələrinin qan serumunda-amilaza və lipaza fermentləri, koprofiltratında isə elastaza-1 fermentinin aktivliyi analiz edilmiş, kontrol qrupun və MS aşkarlanmayan MX xəstələrinin müvafiq göstəriciləri ilə müqayisə edilmişdir.

Cədvəl 3.

MS ilə ağırlaşan MX xəstələrinin qanında və koprofiltratında mədəaltı vəzi fermentlərinin göstəricilərinin dinamikada dəyişməsi (M±m)

Göstəricilər	Qruplar			
	Kontrol, n=17	Əməliyyatdan əvvəl	Əməliyyatdan 3 ay sonra	Əməliyyatdan 6 ay sonra
α- Amilaza, U/L	49,5±4,7 (22,6-94,5)	95,1±5,9*** (43,1-149)	84,0±4,6 ^^ (46,4-129)	82,5±3,5^^ (43,3-127)
Lipaza, U/L	28,7±1,6 (15,9-39,2)	51,7±3,6*** (25,1-82,8)	42,1±1,6*, ^^ (29,5-57,1)	35±1,7***, ^^ (21,6-48,9)
Elastaza, mkq/qr	223,3±5,2 (185-255)	132,4±5,6*** (85,4-176)	158,3±6,3**, ^^ (112-220)	198,3±4,6***, ^^ (150-246)

Əməliyyatdan əvvəl α-amilazanın aktivliyi 13 nəfər xəstədə (48,1%) kontrol göstəricilərindən aşağı, 14 nəfərində isə (52,9%) kontroldan yuxarı olmuşdur (p<0,01). Apardığımız analizlər nəticəsində məlum olmuşdur ki, MS ilə ağırlaşan MX xəstələrinin qanında -amilaza fermentinin aktivliyi kontrola nisbətən 1,9 dəfə (p<0,001), I qrupdakı xəstələrin göstəricisinə nisbətən isə 54,4% (p<0,001) artır.-amilazanın fermentinin aktivliyi əməliyyatdan 3 ay sonra xəstələrin 18 (66,7%) nəfərində kontroldan yuxarı, 9 (33,3%) nəfərində isə aşağı (p<0,05), 6 aydan sonra isə 20 (74,1%) nəfərdə kontroldan aşağı, 7 (25,9%) nəfərdə isə yuxarıdır.



Şəkil 2. Əməliyyatdan əvvəl malabsorbsiya sindromu ilə ağırlaşan xəstələrdə, əməliyyatdan 3 və 6 ay sonra ferment çatışmazlığı

Lipaza fermentinin fəallığı 8 nəfərdə (29,6%) normadan aşağı, 19 nəfərdə isə (70,4%) yuxarı olmuşdur (p<0,001).Tədqiqat işinin nəticələrinə görə MS ilə ağırlaşan MX xəstəliklərində lipazanın aktivliyinin kontrol qrupdakına nisbətən 80,0% (p<0,001), I qrupun nəticələrinə nisbətən isə 72,9% (p<0,001) artması müşahidə edilir. Lipazanın aktivliyinin artması ilk növbədə mədəaltı vəzi hüceyrələrinin struktur-funksional zədələnməsi nəticəsində qana xaric olması ilə əlaqədar olub, MX xəstələrində lipidlərin həzminin pozulmasına gətirib çıxarır.Lipaza fermentinin aktivliyi əməliyyatdan 3 ay sonra xəstələrin 11 (49,7%) nəfərində kontroldan yuxarı, 16 (50,3%) nəfərində isə aşağı (p<0,001), 6 aydan sonra isə 18 (66,7%) nəfərdə kontroldan aşağı, 9 (33,8%) nəfərdə isə yuxarıdır (p<0,05).Müalicədən əvvəlki nəticələrlə müqayisədə lipazanın aktivliyinin 32,3% (p<0,001) azalması müşahidə edilir. Kontrol qrupla müqayisədə 21,7% (1,2 dəfə, p<0,05) artır, I qrupun 6 aylıq göstəricilərinə nisbətən isə çox az fərqlənir.

MS ilə ağırlaşan MX xəstələrinin koprofiltratında elastaza-1-in aktivliyi kontrol qrup göstəricilərinə nisbətən 40,7% ($p < 0,001$), I qrupdakı göstəricilərə nisbətən isə 34,8% ($p < 0,001$) azalır. Elastaza-1 mədəaltı vəzinin proteolitik fermenti olub, burada sintez olunan fermentlərin 44%-ni təşkil edir. Medikamentoz müalicədən sonra mədəaltı vəzinin spesifik fermenti olan elastaza-1 fermentinin fəallığının əhəmiyyətli dərəcədə artması müşahidə olunur. Onun fəallığı əməliyyatdan 3 ay sonra xəstələrin 11 (40,7%) nəfərində kontroldan yuxarı, 16 (50,3%) nəfərində isə aşağıdır ($p < 0,001$). Alınmış rəqəmlərdən görünür ki, bu fermentin fəallığı 3 ay sonra kontrol qrupla müqayisədə 29,1% ($p < 0,001$) yüksəkdir, I qrupun 3 ay sonrakı göstəriciləri ilə müqayisədə isə 15,9% ($p < 0,001$) azdır.

Müalicədən 6 aydan sonra isə 24 (88,9%) nəfərdə kontroldan aşağı, 3 (11,1%) nəfərdə isə yuxarıdır. Müalicə aparılmayan xəstələrin 6 ay sonrakı nəticələri ilə müqayisədə isə 13,4% ($p < 0,01$) yüksək olmuşdur.

Aparılmış tədqiqatların nəticələri əsasında müəyyən edilir ki, MX ilə əlaqədar inkişaf edən MS zamanı mədəaltı vəzi fermentlərinin aktivliyində MS aşkar edilməyən MX xəstələri ilə müqayisədə daha ciddi dəyişikliklər müşahidə edilir.

Beləliklə, MX ilə əlaqədar inkişaf edən MS olan MX xəstələrinə aparılmış MS-nin aradan qaldırılmasına doğru yönəlmiş medikamentoz müalicə qan serumunda α -amilaza, lipaza fermentlərinin fəallığının azalmasına, koprofiltratda isə elastaza-1 fermentinin fəallığının əksinə olaraq artmasına səbəb olaraq mədəaltı vəzinin funksiyasının bərpasına səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Əliyev C.Ə. Azərbaycanda onkologiyanın inkişaf tarixi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 1999, № 2, s.13-14
2. Əmiraslanov Ə.T., Qaziyev A.Y. Onkologiya, Bakı: Təhsil, 2010, s.912.
3. Qaziyev A.Y. Azərbaycanda mədə xərçənginin statistikasını // Metabolizm Jurnalı, Bakı, 2003, №1, s.16-23
4. Баранская Е.К., Ивашкин В.Т. Клинический спектр предраковой патологии желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, Москва, 2002, №3, с. 7-14
5. Буторова, Л.И. Синдром мальабсорбции // Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. М.: МЕДпресс-информ, Москва, 2011, с. 230
6. Имянитов Е.Н. Эпидемиология и биология рака желудка // Практическая онкология, Санкт-Петербург, 2009, т.10, №1, с. 1-7
7. Bitzer M., Kaiserling M S, Horger H. Malabsorption syndrome. Rare differential diagnosis in a young patient / Internist, 2004, v. 45, pp. 211-215
8. Dumesy V, Dumay I., Delhaye M., Cotton F. Fat malabsorption screening in chronic pancreatitis // J. Gastroenterol 2004, v. 99, №7, pp. 1350-1354
9. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 // Int J Cancer, 2015, v. 136, is. 5, pp. E359-E386
10. Grizas S., Gulbinas A., Barauskas G., Pundzius J. A comparison of the effectiveness of the early enteral and natural nutrition after pancreatoduodenectomy // Medicina (Kaunas). 2008, v. 44, No 9, pp. 678-686
11. Hackert T., Schütte K., Malferteiner P. The Pancreas: Causes for Malabsorption. Viszeralmedizin. 2014, v. 30(3), pp. 190-197
12. Heneghan H., Zaborowski A., Fanning M. et al. Prospective study of malabsorption and malnutrition after esophageal and gastric cancer surgery // Ann Surg., 2015, v. 262(5), pp. 803-807
13. Jonathan D. Nolan, M. Johnston, Julian R. Walters. Physiology of malabsorption // Surgery (Oxford), 2012, v. 30, issue 6, pp. 268-274
14. Keller J., Layer P. The Pathophysiology of Malabsorption // Viszeralmedizin, 2014, v. 30(3), pp. 150-154
15. Kim D., Kim S., Sohn T., Bae J. Multiple Primary Malignancies in Patients with Multiple Early Gastric Cancer // J. Gastric Cancer, 2017, 17 (2), pp. 154-161
16. Lindkvist B., Phillips M., Domínguez-Muñoz J. Clinical, anthropometric and laboratory nutritional markers of pancreatic exocrine insufficiency: Prevalence and diagnostic use // Pancreatology, 2015, v. 15(6), pp. 589-597
17. Pacelli F., Bossola M., Rosa F. et al. Is malnutrition still a risk factor of postoperative complications in gastric cancer surgery // Clin Nutr., 2008, v. 27, pp. 398-407
18. Paik C., Choi M., Lim C. et al. The role of small intestinal bacterial overgrowth in postgastrectomy patient. // Neurogastroenterol Motil., 2011, v. 23, pp. 191-196
19. Pongprasobchai S. Maldigestion from pancreatic exocrine insufficiency // J Gastroenterol Hepatol., 2013, v. 28 Suppl 4, pp. 99-102
20. Salcino G., Salerno G., De Franco A., La Rosa S. Malabsorption syndromes // Rays, 2002, v. 27, pp. 19-34

Rəyçi: ATU-nun Biokimya kafedrası üzrə Elmi-Tədqiqat laboratoriyasının b.e.i.

b.ü.f.d. G.A.Cəfərova

Redaksiyaya 07.12.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.

CANLIDAN QARACIYƏR TRANSPLANTASIYASINDAN SONRA QARACIYƏR VƏ DALAQ ELASTOQRAFIYASININ DİNAMİKASI.

BAYRAMOV N.Y., SALAHOVA S.S., ZEYNALOV N.A.,
İSAZADƏ E.M., BAYRAMOVA T.E.

ATU I Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan
(e-mail:salahovaseva@yahoo.com)

*Dynamics of liver graft and spleen elastography after living liver transplantation.
Bayramov N.Y., Salahova S.S., Zeynalov N.A., Isazade E.M., Bayramova T.E.*

Summary: Aim of the study. In the last decade, liver transplantation is used as an effective treatment of end-stage liver diseases, hepatocellular carcinoma and acute liver failure. We aimed to investigate the dynamics of stiffness changes in elastography of liver graft and spleen after living-related liver transplantation. Material and methods 17 cirrhotic patients who received living donor liver graft were studied. Stiffness of spleen and liver was evaluated before transplantation and 1, 3, 6 months after transplantation by Supersonic Aixplorer Multi Wave device. Measurements were performed at more than in 10 points, the mean of results was obtained and was expressed in kPa. Results Mean value of liver and spleen stiffness before transplantation was 29 (14-38) kPa and 54 (38-92) kPa respectively. The stiffness of spleen has gradually reduced after transplantation being 46,1; 37,7 ve 26,0 kPa ($p=0.001$) at 1, 3 and 6 months. The stiffness of liver graft in patients without complications was stable at 4-5 kPa, once the same value in patients with complications was increased (≥ 7.5 kPa). In 5 patients endoscopic investigation confirmed the significant reduction of varicose veins after surgery. Conclusion Liver and spleen elastography after liver transplantation can be recommended as a useful follow-up test for patients after surgery.

Key words: liver and spleen elastography, liver transplantation

Динамика эластографии печени и селезенки после трансплантации печени
от живого донора

Байрамов Н.Ю., Салахова С.Ш., Зейналов Н.А., Исазаде Э.М., Байрамова Т.Э.

Резюме: Цель работы. В последнее время трансплантация печени широко используется в качестве стандартного и эффективного лечения последних стадий хронических заболеваний печени, таких как гепатоцеллюлярный рак и острая печеночная недостаточность. Наша цель – наблюдение за динамикой жесткости печени и селезенки после трансплантации печени от живого донора. Материалы и методы. Было исследовано 17 реципиентов с циррозом печени, получивших печень от живых доноров. До и через 1, 3, 6 месяцев после трансплантации проводилась эластография печени и селезенки с помощью аппарата Supersonic Aixplorer Multi Wave. Измерения проводились в более чем 10 точках, был получен средний результат, а жесткость выражалась в кПа. Результаты. Жесткость печени и селезенки до трансплантации составлял в среднем 29 (14-38) кПа и 54 (38-92) кПа соответственно. После трансплантации жесткость селезенки у всех пациентов постепенно уменьшилась и через 1, 3, 6 месяцев составила 46,3; 37,7 и 26,0 кПа ($p = 0,001$) соответственно. Через 1 месяц жесткость печени была стабильной (4-5 кПа) у пациентов без осложнений, но увеличилась у реципиентов с осложнениями ($\geq 7,5$ кПа). Эндоскопическое исследование у 5 больных подтвердило значительное уменьшение варикоза пищеводных вен. Заключение. Эластография печени и селезенки после трансплантации печени от живого донора могут быть предложены в качестве контрольного обследования.

Ключевые слова: эластография печени и селезенки, трансплантация печени.

Açar sözlər: qaraciyər və dalaq elastoqrafiyası, qaraciyər transplantasiyası

Giriş. Qaraciyər transplantasiyası qaraciyərin son dövr xəstəliklərində, hepatosellular xərçəngdə və kəskin qaraciyər yetməzliyində yerinə yetirilən standart və effektiv müalicə kimi geniş tətbiq edilməkdədir. Transplantasiyadan sonra köçürülən qreftdə, qastrointestinal sistemdə, o cümlədən dalaqda baş verən morfoloji və funksional dəyişikliklərin dinamikasının öyrənilməsi post-transplant nəticələrin qiymətləndirilməsi, ağırlaşmaların erkən dinamikası və müalicələrə cavabın dəyərləndirilməsi üçün vacib əsas təşkil edir.

Hazırda “palpasıyanı” əvəz edən və ondan fərqli olaraq obyektiv və ölçülə bilən üsul olan ulstrasəs əsaslı elastoqrafiya qaraciyər xəstəliklərində fibrozu, portal hipertenziyanı, ağırlaşmaları müəyyənləşdirmək üçün geniş istifadə edilir(1). Portal hipertenziyanı və varikozun ağırlıq dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün dalaq elastoqrafiyası tövsiyə edilir(1).

Qaraciyər tranplatasiyasından sonra aparılan tədqiqatlarda qreft elatoqrafiyasının fibrozu, kəskin rəddetməni və ağırlaşmaları proqnozlaşdırmaq üçün faydalı olduğuna dair məlumatlar var (2-10). Lakin qreft sıxlığında baş verən dəyişikliklərin dinamikası barədə tədqiqatlar azdır (8,11). Digər tərəfdən post-transplant xəstələrdə dalaq elastoqrafiyasının dinamikası və klinik əhəmiyyəti barədə məlumatlar da azlıq təşkil edir (12,13).

Tədqiqatın məqsədi canlıdan qaraciyər trasplantasiyası olunmuş xəstələrdə qaraciyərin və dalağın sıxlığının dinamikasını və buna ağırlaşmaların təsirini araşdırmaqdır.

Material və metodlar

Xəstələr

2015-2018-ci illərdə Gömrük hospitalında və İnönü Universiteti Qaraciyər transplantasiyası İnstitutunda canlıdan qaraciyər transplantasiyası əməliyyatı keçirmiş və Azərbaycan Tibb Universitetində nəzarətdə olan 17 xəstə tədqiqata alınmışdır. Əməliyyatdan əvvəl elastoqrafiya olunmuş, canlıdan sağ pay köçürülən və ən azı 6 ay yaşayan xəstələr tədqiqata daxil edilmişdir. Retransplantasiya olunanlar, splenektomiya və ya dalaq arteriyası liqasiyası olunanlar tədqiqata daxil edilməmişdir. Tədqiqat işi ARU Etik komissiyası tərəfindən qəbul edilmişdir, xəstələrin razılığı alınmışdır.

Bütün xəstələrdə qaraciyər transplantasiyası əməliyyatı standart texnika ilə həyata keçirilmişdir və nativ xəstə qaraciyər canlı donordan alınan sağ pay ilə əvəz edilmişdir. Qreftə orta qaraciyər daxil edilməmiş, V və VIII seqmentin venaları üçün damar uzadıcıları istifadə edilmiş, venoz anastomozlar piggy-bak texnikası ilə qoyulmuş, uc-uca porto-portal, arterio-arterial və biliar anastomozlar tətbiq edilmişdir.

Rutin immunosupressiya protokolu prednizolon, takrolimus və antimetabolitdən ibarət olmuşdur. Prednizolon əməliyyat vaxtı 500 mq, sonrakı gün 100 mq/gün, gündəlik 20 mq azaldılaraq 10 mq/gün dozaya çatdırılmış və 3 ay sonunda kəsilmişdir. Takrolimusun dərman səviyyəsi ilk ay 10-12 mkq/L, 2-3 ayda 8-10 mkq/L, 3-6 ay 6-8 mkq/L 6 aydan sonra isə 5 mkq/L səviyyədə tutulmuşdur. MMF (mikofenol mofetil) isə ilk 3 ayda 2000 mq/gün dozada verilmişdir.

Xəstələrin əməliyyatdan əvvəl, 1, 3, və 6 ay sonrakı klinik, laborator və radioloji müayinələri qeyd edilmişdir. Xüsusilə, xəstələrin yaşı, cinsi, transplantasiyaya göstərişlər, sirrozun ağırlaşmaları, MELD göstəricisi nəzərə alınmışdır. Laborator göstəricilər kimi hemoqram, ALT, AST, QQT, QF, bilirubin, kreatinin və CRP yoxlanılmışdır. Kontollarda rutin radioloji müayinə kimi bütün xəstələrdə USM və elastoqrafiya aparılmışdır.

Dalaq və qaraciyər elastoqrafiyası

Klinikamızda elastoqrafiya qaraciyər və transplantasiya olunmuş xəstələrdə rutin müayinə kimi 2016-cı ildən tətbiq edilməkdədir. Elastoqrafiya Supersonic Aixplorer Multi Wave cihazı ilə aparılmışdır. Qaraciyər elastoqrafiyasını həyata keçirmək üçün xəstə arxası üstə uzadılmış, qabırğarası sahədən qaraciyər parenximasının görüntüsü əldə edilir və 10 damarsız nöqtədə ölçmələr aparılır. 60%-dən çox uğurlu və ortalamadan 30% az variasiyası olan ölçmələrin orta nəticəsi qəbul edilmiş və kPa ilə ifadə edilmişdir.

Dalaq elastoqrafiyası üçün xəstə 45 dərəcə yan vəziyyətə döndürülür və qabırğarası sahədən dalaq görüntüsü əldə edilir. Qaraciyərdə olduğu kimi dalaqda da 10 damarsız nöqtədə ölçmələr aparılır, 60%-dən çox uğurlu və ortalamadan 30% az variasiyası olan ölçmələrin ortalama nəticəsi hesablanır.

Statistik təhlil

Statistik təhlillər SPSS proqramında yerinə yetirilmişdir.

Nəticələr:

Xəstələrin xarakteristikası

Əməliyyatın əməliyyatdan 1,3 və 6 ay sonra elastoqrafiya olunmuş və canlıdan sağ pay transplantasiyası edilmiş 17 xəstənin nəticələri qiymətləndirilmişdir. Xəstələr haqqında ümumi məlumatlar cədvəl 1-də verilmişdir. Xəstələrin ortalama yaşı 53 (21-65), 10-u kişi, 7-i qadın olmuşdur. Transplantasiyaya göstərişləri 3 xəstədə HBV mənşəli sirroz, 5 xəstədə HCV, 3 xəstədə kongental, 1 xəstədə autoimmun mənşəli sirroz, 1 xəstədə hepatosellular karsinoma, 1 xəstədə isə neyroendokrin törəmə təşkil etmişdir, ortalama MELD 17 (12-29) olmuşdur. Xəstələrin 12-ndə əməliyyatdan əvvəl assit görülmüş, ortalama trombosit sayı 69 (27-114) təşkil etmişdir.

Cədvəl 1.

Xəstələrin ümumi xarakteristikası

Göstərici	Nəticə
Xəstələrin sayı, N	17
Yaş, Mean (CI 95%)	53 (21-65)
Cinsi:	
Kişi	10
Qadın	7
Transplantasiyaya göstərişlər:	
HBV sirrozu	3
HCV sirrozu	5
Metaboik sirroz	3
Kongental sirroz/fibroz	3
Autoimmun sirroz	1
HSK	1
Neyroendokrin tumor	1
MELD	17 (12-29)
Trombosit sayı, x10 ⁹ /L, mean (CI 95%)	69 (27-114)

Transplantasiyanın nəticələri

Canlıdan sağ qaraciyər payı transplantasiyası olunduqdan sonrakı 6 ay ərzində xəstələrin 6-sında ağırlaşmasız gediş, 8-ində isə müxtəlif ağırlaşmalar qeyd edilmişdir. Biliar struktur ən çox rast gəlinən ağırlaşma olmuş və xəstələrin 3-ündə rastlanmışdır. Bu xəstələrə endoskopik stend qoyulmuşdur (bir xəstəyə tək, iki xəstəyə isə iki ədəd stend). İki xəstədə klinik rəddetmə qeyd edilmiş və bunlardan biri takrolimusun səviyyəsini qaldırmaqla, digərində isə metilprednizolon bolus terapiyası ilə (3 gün ərzində 1000 mq/gün dozada) müalicə edilmişdir. Bilioma (1 xəstə) təqib edilmiş, hepatik vena darlığı (1 xəstə) perkutan dilatasiya edilmişdir. Bir xəstədə HSK erkən residivi rastlanmış və 8 ay sonra itirilmişdir.

Dalaq elastografiyasının nəticələri

Bütün xəstələrdə transplantasiyadan əvvəl dalağın sıxlığı yüksək - 54 (38-92) kPa olmuşdur və əməliyyatdan əvvəl endoskopiyada 2-3-cü dərəcəli qida borusu varikozları və portal hipertenziv qastropatiya tapılmışdır (Cədvəl 2). Transplantasiyadan sonra xəstələrin hamısında dalaq sıxlığı tədricən və əhəmiyyətli dərəcədə azalmış, 1 və 3-cü aylarda uyğun olaraq 46,1 (32-61) və 37,7 (29-49) kPa olmuş, 6-cı ayda isə normal sərhədlərə çatmışdır - 26,0 (19-29) kPa. Bu xəstələrin 5-ində əməliyyatdan sonra endoskopiya edilmiş və varikozların və portal qastropatiyanın gerilədiyi görünmüşdür.

Cədvəl 2.

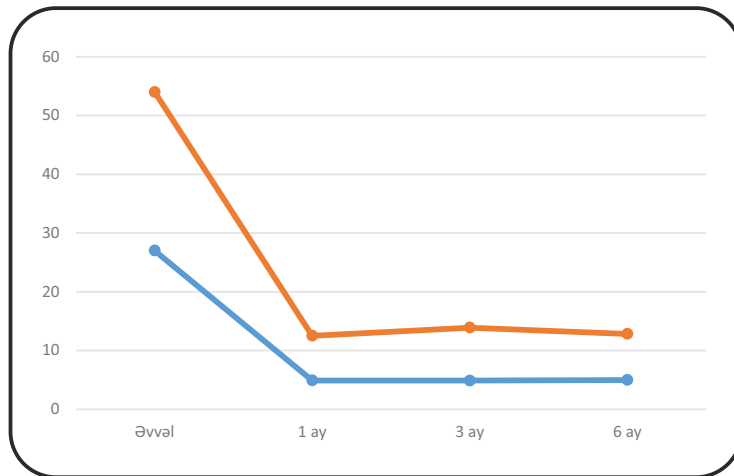
Dalaq və qaraciyər elastografiyasının əməliyyatdan öncə və əməliyyatdan 1, 3, 6 ay sonrakı nəticələrinin müqayisəli təhlili

	Əməliyyatdan öncə	1 ay sonra	3 ay sonra	6 ay sonra
Dalaq sıxlığı Mean (95%CI)	54(41,4-60,9)	46,1(32,1-47,2) p=0,001	37,7(31,1-38,7) p=0,001	26,0(22,4-25,8) p=0,001
Qaraciyər sıxlığı Ağırlaşmasız Mean (95%CI)	29(23,7-30,8)	4,8(4,3-5,4) p=0,02	4,7(4,6-5,1) p=0,02	4,9(4,5-5,3) p=0,02
Qaraciyər sıxlığı Ağırlaşmalarla Mean (95%CI)	27,1(24,7-29,5)	5,5(4,4-6,6) p=0,012	5,8(4,3-7,4) p=0,012	5,9(4,4-7,3) p=0,012

*p göstərici əməliyyatla öncə müqayisədə verilib

Qaraciyər elastografiyasının nəticələri

Əməliyyatdan əvvəl qaraciyərin elastoqrafik göstəriciləri bütün xəstələrdə yüksək olmuşdur və ortalama 29 (14-38) kPa təşkil etmişdir. Transplantasiyadan sonrakı dinamika isə dalaq elastoqrafiyasından fərqlənmiş və ağırlaşmalardan asılı olaraq dəyişmişdir (Qrafik 1). Ağırlaşmasız xəstələrdə (9xəstə) qaraciyərin sıxlığı dinamikada ciddi dəyişməmişdir, normal sərhədlərdə seyr edilmişdir və 1,3 və 6-cı aylarda uyğun olaraq 4,8; 4,7 və 4,9 kPa olmuşdur (p=0,3). Ağırlaşması olan xəstələrdə isə qaraciyər elastoqrafik göstəricisi normadan yüksək olmuş, 1,3 və 6-cı aylarda uyğun olaraq 7,6; 9 və 7,8 kPa təşkil etmişdir (p=0,7). Qeyd etmək lazımdır ki, canlı donorların əməliyyatdan əvvəlki qaraciyər elastoqrafik göstəricisi 5,1 kPa olmuşdur. Hər iki qrup xəstələrin laborator göstəricilərinin dinamikası cədvəl 3-də verilmişdir və ağırlaşmalı xəstələrdə qaraciyər enzimlərinin normadan yüksək olduğu diqqət çəkməkdədir.



Qrafik 1. Qaraciyər sıxlığının dinamikası

Labarator göstəricilərin dinamikası

Ağrlaşma yoxdur, N=9	Əməliyyat öncəsi	1 ay sonra	3 ay sonra	6 ay sonra
Hb, g/dl	10,7	9,7	11	11,6
Leykosit, $\times 10^9/L$	4,5	7,2	7,7	7,9
PLT, $\times 10^9/L$	65	115	146	157
ALT, U/L	95	40	35	39
AST, U/L	105	38	41	40
QQT, U/L	96	68	71	67
QF, U/L	145	138	140	134
Bil, mg/dL	4,5	0,9	0,8	0,9
İNR	2,1	1,1	1	1,1
CRP, mg/L	14,7	11	6	5
Ağrlaşma var, N=8				
Hb, g/dl	10,8	8,8	8	8,1
Leykosit, $\times 10^9/L$	4,7	11,2	10	8
PLT, $\times 10^9/L$	65	90	101	98
ALT, U/L	92	159	180	140
AST, U/L	101	137	98	141
QQT, U/L	98	201	198	212
QF, U/L	145	281	305	301
Bil, mg/dL	4,5	2,4	1,2	1,9
İNR	2,1	1,2	1,4	1
CRP, mg/L	14,7	28	26	17

Müzakirə

Canlıdan qaraciyər transplantasiyası keçirmiş xəstələrin əməliyyatdan 1, 3 və 6 ay sonra dalaq və qaraciyərin dinamik elastoqrafik müayinəsi üzrə apardığımız tədqiqatda başlıca olaraq iki nəticə əldə olunmuşdur. Birincisi, əməliyyatdan əvvəl yüksək olan dalaq sıxlığının əməliyyatdan sonra dinamik olaraq azaldığı və 6 ayda normaya yaxınlaşdığı və bu dinamikanın ağıraşmalardan asılı olmadığı ortaya çıxmışdır. İkincisi isə, qaraciyər sıxlığının ağırlaşmasız gedişdə normal səviyyədə və stabil davam etdiyi, ağırlaşmalı gedişdə isə artdığı müşahidə edilmişdir. Bu nəticələri ədəbiyyatdakılarla tutuşdurduqda bəzi oxşar və fərqli cəhətlər ortaya çıxır.

Chin JL və həmmüəlifləri tərəfindən aparılan tədqiqatda transplantasiyadan sonra dalaq sıxlığının azalaraq 2-ci həftədə 41.9 (27.0–47.4) kPa, 4-8-ci həftədə isə 32.9 (29.1–38.0) kPa təşkil etdiyi bildirilmişdir (13). Bizim xəstələrdə dalaq sıxlığının birinci və 3-cü aylardakı göstəricilərinin nisbətən yüksək olduğu görünməkdədir: 1 və 3-cü aylarda uyğun olaraq 40,3 (32-61) və 35,4 (29-49) kPa. Bu fərqləri əməliyyat texnikası və cihaz fərqi ilə izah etmək olar. Belə ki, Chin JL və həmmüəliflərinin tədqiqatında ortotopik qaraciyər transplnatasiyası edilmiş və Fibroskan tətbiq edilmiş, bizdə isə canlıdan qaraciyər parçası köçürülmüş və Explorer aləti istifadə edilmişdir. Digər bir tədqiqatda dalaq elastoqrafiyasının post-transplant hepatik və portal venoz strikturalarının ağırlaşmanın diaqnostikası üçün faydalı olduğu bildirilməkdədir (12). Bizim xəstələr arasında hepatik vena stenozu 1 xəstədə rastlanmış və dalaq göstəricisi dinamikada azalmışdır.

Dalaq sıxlığının qaraciyər fibrozu, portal hipertenziya və infiltrativ xəstəliklərdə əlaqədar artdığı məlumdur (1). TİPS-dən sonra qaraciyər sıxlığının dəyişməyə də dalaq sıxlığının əhəmiyyətli dərəcədə azalması (35-dən 28 kPa) portal hipertenziyanın dalaq elastikliyində önəmli olduğunu göstərməkdədir. Hazırda dalaq elastoqrafiyası portl hipertenziyanın surroqat markeri kimi tövsiyə edilməkdədir (1). Dalaq elstoqrafiyasının sirrotik xəstələrdə letallığın və dekompenssiyının proqnozlaşdırılmasında əhəmiyyətli olduğu bildirilməkdədir (14).

Qaraciyər transplantasiyasından sonra qraftın elastoqrafiyasına həsr edilmiş təqiatlarda qraft sıxlığı ilə fibroz, hemodinamik dəyişiklik, rəddetmə, işemiya-reperfuzya zədələnməsi və disfunksiya arasında korrelyasiya və sərtliyin dinamikası araşdırılmışdır.

Tədqiqatların əksəriyyətində post-trasplant fibrozla elastoqrafik göstərici arasında pozitiv korrelyasiya ortaya çıxmışdır və elstoqrafiya fibrozu dəyərləndirmək üçün faydalı üsul kimi tövsiyə edilmişdir (3,5,6). Lakin, hələlik qraftın fibroz və normal qaraciyər həddini göstərən elastoqrafik dəyər dəqiqləşməmişdir. Belə ki, normal populyasiya və qaraciyər donorlarında orta elstoqrafik göstərici kimi 4,1-4,7 kPa bildirilsə də (15), transplantasiyadan sonra ciddi fibrozu olanlarla ($F \geq 2$) olmayanlar ($F0-1$) arasındakı hədd (cutt-of) barədə müxtəlif göstəricilər verilmişdir (5,6). Bu populyasiya müxtəlifliyi ilə yanaşı istifadə edilən cihaz fərqləri ilə də əlaqəli ola bilər.

Kəskin rəddetmədə qaraciyər sıxlığının artdığı bizim təcrübəmizdə görünmüş və digər tədqiqatlarda da təsdiq edilmişdir (2,4,7). Bu tədqiqatlarda da kəskin rəddetmənin erkən diaqnostikası və müalicəyə cavabın qiymətləndirilməsi üçün faydalı üsul kimi qraft elstoqrafiyası tövsiyə edilir.

Transplantasiyadan sonrakı ilk günlərdə aparılan qraft elstoqrafiyasının proqnostik əhəmiyyət daşıdığı bildirilmişdir. Belə ki, greftin bir gün sonrakı sıxlığı 16 kPa-dan yüksək olanlarda intensiv terapiyada yatma müddəti, ağırlaşmalar daha çox rast gəlinmişdir (8). Qreftin sıxlığı ilə qaraciyərin disfunksiyası və ağırlaşmalar arasında sıx əlaqənin olduğu digər tədqiqatlarda da ortaya çıxmışdır (9,10). Bizim tədqiqatda da ağırlaşması olan xəstələrdə qreft sıxlığının olmayanlardan yüksək olduğu görünmüşdür (ilk yada 7,9 və 4,9 kPa).

Post-trasplant qreft sıxlığının 3 illik dinamikası üzrə aparılan bir tədqiqatda, xəstələrin 75%-ində sıxlığın stabil seyr etdiyi, 4%-ində azaldığı, 21%-ində isə azaldığı bildirilmişdir (11). Bizim tədqiqatda 6 ay müddətinə aparılan müşahidədə ağırlaşmasız xəstələrin əksəriyyətində aşağı sıxlıqda stabil seyr, ağırlaşmalarda isə yüksək sıxlığın dalğalanması qeyd edilmişdir.

Bizim tədqiqatın bir neçə çatışmayan cəhətləri vardır ki, bunlara xəstə sayının az olmasını, müayinənin ilk günlərdə aparılmamasını və müşahidə müddətinin nisbətən az (6 ay) olmasını qeyd etmək olar.

Beləliklə, bizim ilkin tədqiqat göstərir ki, canlıdan qaraciyər transplantasiyası olunmuş xəstələrdə dalağın sıxlığı dinamikada azalır, qaraciyərin sıxlığı isə ağırlaşmalı xəstələrdə yüksək, ağırlaşmasız xəstələrdə isə normal səviyədə seyr edir. Bu ilkin nəticələrə görə postrasplant xəstələrdə qaraciyər disfunksiyasını, portal hipertenziyanı dəyərləndirmək və izləmək üçün qraftın və dalağın zərbə-dalğa elstoqrafiyası faydalı vasitə ola bilər.

Tədqiqat işi Azərbaycan Respublikası Elmin İnkişaf Fodunun dəstəyi ilə həyata keçirilmişdir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Mazur R, Celmer M, Silicki J, Hołownia D, et al. Clinical applications of spleen ultrasound elastography - a review. *J Ultrason*. 2018 Mar; 18(72): 37-41.
2. Nacif LS, Gomes CDC, Mischiatti MN, et al. Transient Elastography in Acute Cellular Rejection Following Liver Transplantation: Systematic Review. *Transplant Proc*. 2018 Apr; 50(3): 772-775.
3. Rattansingh A, Amooshahi H, Menezes RJ, et al. Utility of shear-wave elastography to differentiate low from advanced degrees of liver fibrosis in patients with hepatitis C virus infection of native and transplant livers. *J Clin Ultrasound*. 2018 Jun; 46(5): 311-318.
4. Tang Y1, Zhao J1, Yu H, et al. Acoustic Radiation Force Impulse and Doppler Ultrasonography: Comprehensive Evaluation of Acute Rejection After Liver Transplantation. *J Ultrasound Med*. 2017 Jun; 36(6): 1137-1145.
5. Schmillevitch J, Chammas MC, Pugliese V, et al. Acoustic radiation force impulse (ARFI) elastography compared with biopsy for evaluating hepatic fibrosis after liver transplantation: a cross-sectional diagnostic study. *Sao Paulo Med J*. 2016 Nov-Dec; 134(6): 513-518
6. Mikołajczyk-Korniak N, Tronina O, Ślubowska K, et al. Dynamic Elastography in Diagnostics of Liver Fibrosis in Patients After Liver Transplantation Due to Cirrhosis in the Course of Hepatitis C. *Transplant Proc*. 2016 Jun; 48(5): 1725-9.
7. Crespo G, Castro-Narro G, García-Juárez I, et al. Usefulness of liver stiffness measurement during acute cellular rejection in liver transplantation. *Liver Transpl*. 2016 Mar; 22(3): 298-304.
8. Liu JH, Yan S, Zheng SS, et al. Application of transient elastography in early prognosis after liver transplantation. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2014 Nov; 43(6): 678-82.
9. Wildner D, Strobel D, Konturek PC, et al. Impact of acoustic radiation force impulse imaging in clinical practice of patients after orthotopic liver transplantation. *Med Sci Monit*. 2014 Oct 24; 20: 2027-35.
10. Crespo G, Lens S, Gambato M, et al. Liver stiffness 1 year after transplantation predicts clinical outcomes in patients with recurrent hepatitis C. *Am J Transplant*. 2014 Feb; 14(2): 375-83.
11. Rinaldi L, Valente G, Piai G, et al. Serial Liver Stiffness Measurements and Monitoring of Liver-Transplanted Patients in a Real-Life Clinical Practice. *Hepat Mon*. 2016 Dec 6; 16(12): e41162.
12. Tomita H, Fuchimoto Y, Ohkuma K, et al. Spleen stiffness measurements by acoustic radiation force impulse imaging after living donor liver transplantation in children: a potential quantitative index for venous complications. *Pediatr Radiol*. 2015 Apr; 45(5): 658-66.

13. Chin JL, Chan G, Ryan JD, McCormick PA. Spleen stiffness can non-invasively assess resolution of portal hypertension after liver transplantation. *Liver Int.* 2015 Feb; 35(2): 518-23.

14. Takuma Y, Morimoto Y, Takabatake H, et al. Measurement of Spleen Stiffness With Acoustic Radiation Force Impulse Imaging Predicts Mortality and Hepatic Decompensation in Patients With Liver Cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017 Nov; 15(11): 1782-1790.

15. Bende F, Mulabecirovic A, Sporea I, et al. Assessing Liver Stiffness by 2-D Shear Wave Elastography in a Healthy Cohort. *Ultrasound Med Biol.* 2018 Feb; 44(2): 332-341.

Rəyçi: *ATU-nun Ümumi Cərrahlik kafedrasının prof.:*

t.ü.e.d. Kərimov M.M.

Redaksiyaya 01.02.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur

YUMŞAQ TOXUMA MELANOMASI (NADİR RAST GƏLİNƏN HADİSƏ)

HƏTƏMOV Y.M., MURADOV H.K., İSMAYILOVA F.A.,
ZEYNALOVA S.M., XIDIROVA A.Ə.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan

Malignant melanoma of soft tissues

Gatamov Y.M., Muradov H.K., İsmayilova F.A., Zeynalova S.M., Khidirova A.A.

Summary: *Melanoma is one of the most malignant tumor types and has the tendency to give metastases in lymphogenic and hematogenic ways. This pathology often develops from the skin. However, melanoma is also found in other organs other than skin. The soft tissue melanoma is very rare. In the present case, the 45-year-old patient was examined and treated for soft tissue melanoma at the Oncology Clinic of Azerbaijan Medical University. In all cases diagnosis was confirmed histologically.*

Key words: *Malignant melanoma of soft tissues.*

Меланома мягких тканей

Гатамов Я.М., Мурадов Х.К., Исмаилова Ф.А., Зейналова С.М., Хыдырова А.А.

Резюме: *Являясь одной из наиболее злокачественных опухолей, меланома метастазирует лимфогенным и гематогенным путем. В большинстве случаев эта патология развивается в коже. Меланома мягких тканей встречается очень редко. В настоящей статье представлены материалы больного 45-и лет с установленным диагнозом меланомы мягких тканей, получавшем лечение в Онкологической клинике АМУ. Диагноз подтвержден гистологически.*

Ключевые слова: *меланома мягких тканей.*

Açar sözlər: *Yumşaq toxuma melanoması.*

Xülasə: Melanoma ən bədxassəli şiş növlərindən olub, limfogen və hematogen yolla metastaz verməyə meyllidir. Bu patologiya daha çox hallarda dəridən inkişaf edir. Lakin melanomaya dəridən başqa digər orqanlarda da təsadüf edilir. Yumşaq toxuma melanomasına isə çox nadir təsadüf edilir. Hazırki hadisədə Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji klinikasında yumşaq toxuma melanomasına görə müayinə və müalicə almış 45 yaşlı xəstənin materialları daxil edilmişdir. Bütün hallarda diaqnoz histoloji yolla təsdiq edilmişdir.

Melanoma bədxassəli şişlərin ən bədxassəli şiş növlərindən olub, limfogen və hematogen yolla metastaz verməyə meyllidir (1, 5). Müəyyən edilmişdir ki, melanomada rast gəlinən müxtəlif hüceyrə və quruluş polimorfizmi heç bir bədxassəli şişdə təsadüf olunmur (8). Müəlliflərin fikrinə görə melanomalar bütün bədxassəli şişlərin 1-4 %-ə qədərini təşkil edir. Bu şişlərlə xəstələnmə hadisəsi ilbə-il artır (1-4; 1-11; 4-3; 4-6). Əksər hallarda melanomalar vizual olaraq dəridəki piqment nevusları fonunda inkişaf edir. Ədəbiyyat məlumatlarında dəri melanomalarının nevus fonunda inkişafı haqqında məlumatlara çox rast gəlinmə də, bu məlumatlar öz müxtəlifliyi ilə fərqlənir. 25-50% melanomalar piqment nevuslarının maliqinizasiyasından yarandığı haqqında ədəbiyyat məlumatları var. Lakin dəri melanomasının dəyişilməmiş dəridən inkişafı haqqında da məlumatlara rast gəlinir.

Bu patologiyaya dəridən başqa digər orqanlarda da təsadüf edilir: gözün, selikli qişaların (burun, qadın cinsiyyət orqanları, sidik kisəsi, udlaq, qida borusu, mədə, düz bağırsağ və s.), yumşaq toxumanın, sümüyün (tək xəstələnmə hadisəsi: Bakı şəh. A.T.Abbasov adına şəhər Onkoloji dispanseri, 2000). Bu orqanların melanoma ilə zədələnməsinə çox az hallarda rast gəlinmə də, bu tip zədələnmələr dəri melanoması ilə müqayisədə daha aqressiv gedişlə xarakterizə olunur. Gözün melanoması dedikdə, əsasən konyuktivanın, göz qapaqlarının və damarlı qişanın zədələnməsi başa düşülür. Bunlardan ən bədxassəlisi isə göz qapaqlarının zədələnməsi ilə gedən formasıdır. Müvafiq zədələnmədən letallıq 50-60% təşkil edir.

Yumşaq toxuma melanomasına isə çox nadir rast gəlinir. Ədəbiyyat məlumatlarında bu barədə məlumatlara çox az rast gəlinir. Adətən dəri melanomasının yumşaq toxumaya metastazlarına daha çox rast gəlinir. Əksər müəlliflərə görə yumşaq toxuma melanoması zamanı proses daha çox aponevroz və bağlardan inkişaf edir (B.Г.Поляков, P.В.Шишков - 2014). Hazırki hadisədə yumşaq toxuma melanoması olan xəstədə xəstəliyin simptomatikası və morfoloji quruluşu barədə məlumat verilmişdir. Xəstəliyin gedişi müxtəlif variabel olduğu üçün kliniki diaqnostikası böyük çətinlik törətmişdir.

Tədqiqata Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji Klinikasında "Sağ süd vəzi melanomasının bazu və kürək nahiyəsi yumşaq toxumasına MTS-i. Kombinə olunmuş müalicədən sonrakı vəziyyət" diaqnozu ilə müayinə və müalicə edilmiş xəstənin materialları daxil edilmişdir. Xəstə kompleks klinik, laborator, instrumental, o cümlədən

USM, morfoloji müayinələrə keçmişdir. Xəstədə 09.07.2010 tarixdə “Sağ süd vəzinin melanoması. Sol süd vəzi və kürək nahiyəsi yumşaq toxumasına disseminasiya” diaqnozuna görə “Döş əzələlərinin saxlanması ilə sağ-tərəfli mastektomiya”, “Sol süd vəzinin sektoral rezeksiyası, təcili p/h müayinə ilə” və “Şişin geniş kəsilib götürülməsi” əməliyyatı aparılıb. P/h müayinə: Piqmentsiz melanoma. Xəstə 16.09.2010-15.01.2011 tarixdə 6 kurs FAC sxemi ilə KD müalicəsi qəbul edib. Xəstə 10.10.2011 tarixdə klinikaya sol qoltuqaltı nahiyədə olan törəmə şikayəti ilə müraciət edib. Aparılan klinik, laborator, instrumental müayinələr nəticəsində xəstəyə “Sağ süd vəzi melanomasının sol qoltuqaltı limfa düyünlərinə MTS-i. Kombinə olunmuş müalicədən sonrakı vəziyyət. Yumşaq toxumaya (sağ bazu və kürək nahiyəsi) disseminasiya” diaqnozu qoyulub. 13.10.2011-27.06.2012 tarixdə xəstəyə 6 kurs KD müalicəsi (Dakarbazin 600 mq, Carboplatin 450 mq) + İmmunoterapiya aparılıb. 13.09.2012 tarixdə “Melanomanın sol qoltuqaltı limfa düyünlərinə MTS-i” diaqnozuna görə “Döş əzələlərinin saxlanması ilə sol-tərəfli mastektomiya” əməliyyatı aparıldı. 7980-87/2012 Piqmentli melanoma. III dərəcəli bədləşmiş, aşağı differensiasiyalı, yumşaq toxumada melanoma disseminasiyası. II dərəcəli patomorfoz. Vertikal və horizontal disseminasiyalı. Klark təsnifatına görə IV dərəcəli təsnifat. Qan damarlarında şiş embolları var. Cərrahi sərhədlər intaktıdır. 10 ədəd limfa düyünündən 1-də MTS. Xəstənin anamnestik məlumatına əsasən 2013-cü ildə keçirilmiş süni yolla pozulmuş hamiləlikdən sonra prosesin kəskin progressivləşməsi qeyd olunub. Xəstə may ayında klinikaya sağ bazu nahiyəsində, döş qəfəsinin sol-yan nahiyəsində, kürək nahiyəsində olan törəmələr şikayəti ilə müraciət edib. Xəstədə 14.05.2013 tarixdə “Törəmələrin kəsilib götürülməsi” əməliyyatı aparılıb. P/h müayinə № 4142-43/2013. Materialda melanoblastomanın metastazı qeyd olunur. Kimyəvi dərman müalicəsindən sonrakı patomorfoz II dərəcəliyə uyğun gəlir.

Bütün hallarda diaqnoz histoloji yolla təsdiq edilmişdir.

Ümumilikdə, aşağıdakı sito-histoloji, histokimyəvi müayinə üsulları tətbiq olunmuşdur:

- hematoksilin – eozin
- van-Gizon üsulu ilə hematoksilin – pikrofuksin
- metil göyü – eozin
- buferləşdirilmiş 0,05%-li tionin
- toluidin abısı
- hematoksilin – natrium – flüoressein (uranin)
- dəmirli hematoksilinlə inkubasiya.

İşıq-optik tədqiqatlar üçün hazırlanmış yaxmalar və mikropreparatlar “Amplival”, “Nu-2E” (Karl Zeiss, Almaniya) mikroskoplarında tədqiq edilmişdir.

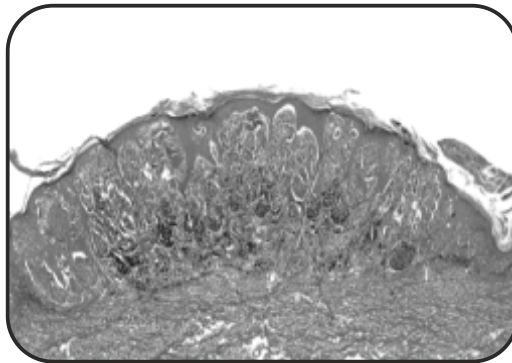
Morfoloji materiallar həm makroskopik, həm də mikroskopik səviyyələrdə kompleks şəkildə, yəni keyfiyyət və kəmiyyətə təhlil olunmuşdur.

Saymalar və ölçmələr üçün standart okulyar torları, xətkəşləri, şkalalarından (LOMO, Sankt-Peterburq) istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi: Melanomaların bioloji gedişi, proqnozu, gələcəkdə ağırlaşma və fəsadları, quruluşu və morfoloji görünüşünə görə bir çox təsnifatlar olmasına baxmayaraq ən çox işlənən təsnifat Klark təsnifatı hesab edilir. Klark melanomaların morfoloji və klinik xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq şişin böyümələrinin 3 klinik formasını ayırd etmişdir:

- 1) Səthi-yayılan melanoma
- 2) Bədxassəli lentiqo-melanoma
- 3) Düyünlü (nodulyar) melanoma

Qeyd edilən melanoma vertikal inkişaf fazasına malikdir, şiş hüceyrələrin invaziyası isə həm derma, həm də dərialtı piy təbəqəsində qeyd alınır. Hüceyrələr epiteləbənzər, iyəbənzər tiptə aşkar edilirlər. Mitozların miqdarı yüksək həddə qeyd alınır. Ətraf toxumanın hüceyrəvi reaksiyası zəifdir, çox qatlı epitelə melanositə aktivlik aşkarlanır.

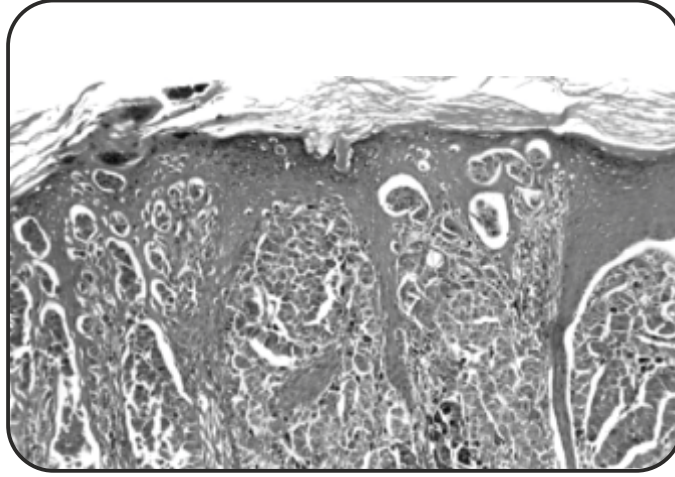


Şəkil 1. Melanoma. Vertikal inkişaf fazası
Boyaq: h&e

Morfoloji olaraq atipik iyəbənzer melanositlərin proliferaiyası, bir-biri ilə anastomozlaşan akontatik qaytanlı hiperplastik epidermis nəzərə çarpır. Proliferasiya edən melanositlər epidermo-dermal birləşmə boyunca yayılmışlar.

Digər sahələrdə törəmə iri, poliedrik hüceyrələrdən ibarət olub, açıq boyanan sitoplazmaya malik olurlar. Hüceyrələrin nüvəsi oval, girdə formada olub, əsasən eksentrik yerləşir. Mitozlar çoxdur və əksəriyyəti də patoloji mitozlardır. Xarakterik əlamətlərdən biri də xromatin danələrinin kütlələr halında yerləşməsidir. Bizim tədqiqatlar nəticəsində aşkar olunmuşdur ki, xromatin danələri çox vaxt nüvəciklərin ətrafında saplar halında yerləşərək, şüalı xromatin fiqurlarının yaranmasına səbəb olur.

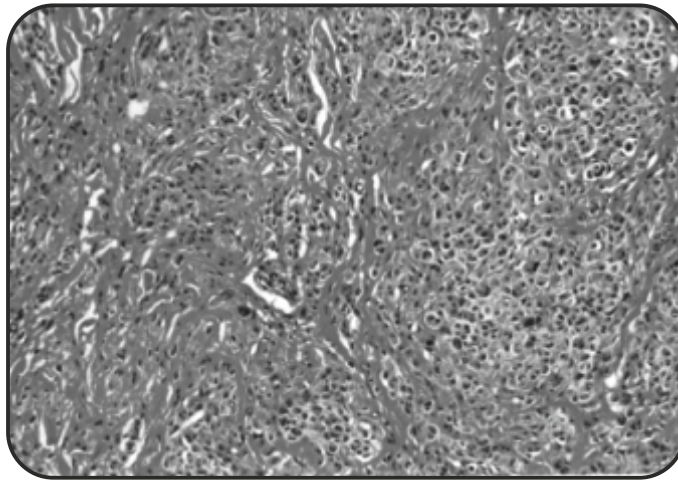
Qeyd edilən törəmədə hüceyrələrin qruplaşaraq alveollar əmələ gətirməsi aşkarlanır. Bu alveollar argirofil liflərlə çantayabənzer formada əhatələnir. Alveollar arasında zərif lifli stroma seçilir. Bəzi yerlərdə birləşdirici toxuma arakəsmələri şişləri ayrı-ayrı paylara bölür.



Şəkil 2. Melanoma. Hüceyrələrin qruplaşaraq alveollar əmələ gətirməsi.
Boyaq: h&e

Bizim tədqiqatda Klarkın inkişafın invaziya dərəcəsinin 5 mərhələ təsnifatından istifadə edilmişdir:

- 1) Epidermal səviyyə
- 2) Melanoma hüceyrələrinin dermanın məməcikli qatına siraəti
- 3) Dermanın məməcikli-etikulyar qatına siraət
- 4) Şişin dermanın retukulyar qatına tam invaziyası
- 5) Şiş elementlərinin derialtı qatına siraəti



Şəkil 3. Melanoma. Şişin dermanın retukulyar qatına tam invaziyası
Boyaq:h&e

Bizim fikrimizcə tədqiq etdiyimiz melanomanın invaziya dərəcəsi 3-4-cü invaziya dərəcəsinə uyğundur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Qaziyev A.Y. Azərbaycanca bədxassəli şişlərin epidemiologiyası, Tibbi demografik və sosial-iqtisadi aspektləri. Tibb elmləri doktoru dissertasiya. Bakı, 2005, 412 səh.
2. Бойко А.В., Дарьялова С.Л., Черниченко А.В., Дрошнева И.А. Подходы к лечебной тактике у больных с первично-множественными опухолями // Материалы 5 ежегодной Российской онкологической конференции. — Москва. 2002. - С. 33-34
3. Гельфонд М.Л. Дифференциальная диагностика опухолей кожи в практике дерматологов и косметологов// Практическая онкология, 2012, т. 13, № 2, стр. 69-78
4. Лапоткин И.А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. Атлас. Москва: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006, 166стр.
5. Лемехов В.Г. Эпидемиология, факторы риска, скрининг меланомы кожи. Практическая онкология, 2001, №4(8), с.3-11
6. Фрадкин С.З. Меланома кожи. Практическое пособие для врачей./ С.З. Фрадкин, И. В. Залуцкий. Беларусь, Минск, 2000, с. 221.
7. Avril M.F. Clinical diagnosis of melanoma / M.F. Avril, N.Cascinelli, M. Cristofolini // W.H.O: Melanoma Programme Publication. Milano (Italy), 1994, vol 3, P. 28
8. Carli P. Cutaneous melanoma histologically associated with a nevus and melanoma de novo havea different profile of risk: Results from a case-control study / P. Carli, D. Massi, M. Santucci // J.Am. Acad. Dermatol. 2012, № 40, P.549-557
9. Darzinkiewicz Z/ Flow cytometry in cytopathology. Overview and perspectives. Anal Quant Cytol Histol 2015. p. 459-461
10. Hegde U., Gause B. Skin cancer and melanoma. Bethesda Handbook of Clinical Oncology. Ed. By J. Abraham, C. Allegra. Lippincott, Williams & Wilicins: Philadelphia, Baitimor, N.Y. ets., 2011.-P. 249-270
11. Hoffman S.J. Cutaneous malignant melanoma / S.J. Hoffman, J.J. Yohn, D.A. Norris // Curr. Prob. Dermatol. 2003, vol 1, P. 44
12. Markovic S.N., Erickson L.A., RAO RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A. et al. Malignant melanoma in the 21 st century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention and diagnosis Mayo Proc 2007, vol. 82 (3), p. 364-380
13. Marks R. Do all melanomas come from “moles” A study of the histological association between melanocytic naevi and melanoma / R. Marks, A. P. Derevitch, G. Mason. Australian J. Dermatol., 1990, vol. 31, P. 77-80
14. Rager E.L., Bridgeford E.P., Ollila D. W. Cutaneous melanoma : update on prevention, screening, diagnosis, and treatment . Amer Family. Physician, 2005, Vol. 72, N 2, P. 269-276

***Rayçı:** Azərbaycan Tibb Universitetinin
Onkologiya kafedrasının dosenti:*

t.ü.f.d. N.İ. Mehdiyeva

Redaksiyaya 22.02. 2019-ci il tarixində daxil olmuşdur

ABDOMİNAL SEPSİSLİ XƏSTƏLƏRDƏ YARA KƏNARLARINI YAXINLAŞDIRAN QURĞUNUN İŞLƏDİLMƏSİNİN KLİNİKİ NƏTİCƏLƏRİ.

N.Ə.VƏLİYEV, D.N.HƏSƏNOVA

ATU-nun III Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Clinical results of usage the device for the convergence of wound edges in patients with abdominal sepsis.

N.A.Valiev , D.N.Hasanova

Summary: *In 44 patients with abdominal sepsis, the results of parameters of intra-abdominal pressure (IAP) and deformability of the anterior abdominal wall (K) were analyzed. It became known that with dates >112 nm coefficient K, IAP go over the level of 35 mmHg. which indicates the development of the syndrome of intra-abdominal hypertension. Based on the data obtained, the authors offered an original device for closing laparotomic wounds. The proposed device has provided a gradual decrease in parameters of IAP and K coefficient in the postoperative period, thereby reducing the development of intra-abdominal septic complications.*

Key words: *abdominal sepsis, intra-abdominal pressure, the coefficient of deformability of the abdominal wall, device for the convergence of the edges of wounds.*

**Клинические результаты применения аппарата для сближение краев ран у больных с абдоминальным сепсисом.
Н.А.Валиев, Д.Н.Гасанова**

Резюме: У 44-х больных с абдоминальным сепсисом были анализированы результаты показателей интраабдоминального давления (ИАД) и деформабельности передней брюшной стенки (К). Стало известно, что при показателях >112 н.м. коэффициента К, ИАД переходить уровня 35 мм вод. ст., что свидетельствует о развитии синдрома интраабдоминальной гипертензии. На основании полученных данных авторы разработали оригинальное устройство для закрытия лапаротомных ран. Предложенное устройство обеспечило постепенного снижения показателей ИАД и коэффициента К в послеоперационном периоде, тем самым уменьшало развитие внутрибрюшных гнойно-септических осложнений.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, интраабдоминальное давление, коэффициент деформабельности передней брюшной стенки, аппарат для сближения краев ран.

Açar sözlər: qarın sepsisi, qarındaxili təzyiq, qarının ön divarının deformasiya əmsalı, yaraların kənarlarının yaxınlaşması üçün aparat.

Giriş. Abdominal sepsislərdə istifadə olunan müxtəlif növ amartizasiyon tikişlər qarının həcmi kəskin azaldığından intraperitoneal təzyiqin yüksəlməsi və bununla əlaqədar peritonitin gedişində bir çox ağırlaşmaların yaranmasına səbəb olur.[1,3]

Laparatomiyadan sonra intraabdominal təzyiqin aşağı salınması məqsədi ilə qarının ön divarının qapanması üçün istifadə edilən adaptasion –repozision qurğular məlumdur. Bu qurğular yara kənarlarını tam repozisiya etməyə, bir-birinə uyğun şəkildə yaxınlaşdırmağa və eləcə də kifayət qədər yara kənarlarını kip saxlamağa imkan verir.[7].

Bu qurğunun çatışmayan cəhətləri aşağıdakılardan ibarətdir:

Qurğunun mürəkkəb konstruksiyası, yara kənarlarının birdəfəyə yaxınlaşdırılması, intraabdominal təzyiqin tənzimlənə bilməməsi.

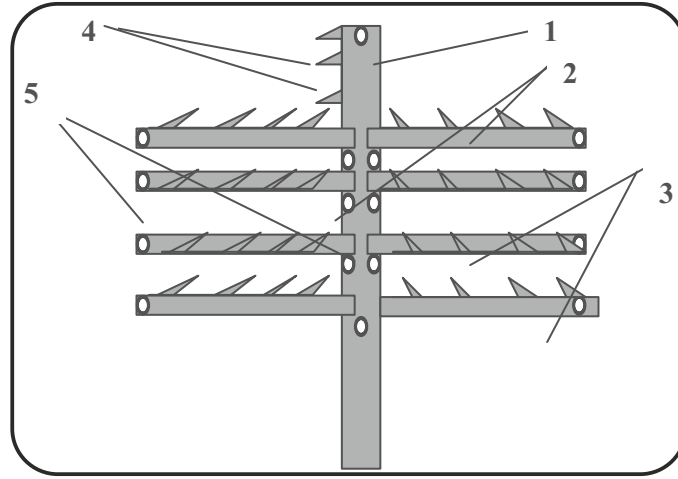
E.Л.Соков tərəfindən irəli sürülmüş qurğu Kірşner milindən hazırlanmış sancaqlardan və onları fiksə etmək üçün sap ilgəklərdən ibarətdir [10]. Metod aşağıdakı kimi həyata keçirilir: əvvəlcə yara boşluğundan kənardə və onun kənarlarına paralel olaraq fasiləli invagination tikişlər qoyulur. Sonra sapların ucları yara küncələrindən çıxdığı nahiyədə bir-birinə düyünlənir. Kірşner milini əyərək, ondan sancaq hazırlanır və həmin sancaqları yara küncələri boyu sapların ilgəklərinə keçirirlər. Sancaq tədricən açılaraq sapları çəkir və bununla da yara kənarları yaxınlaşdırılır. Qurğunun çatışmayan cəhətləri aşağıdakılardır: rigid və iltihablaşmış yara kənarlarının bir-birinə yaxınlaşdırılması belə zəif gücə malik əyilmiş Kірşner milinin köməyi ilə həyata keçirmək həmişə mümkün olmur, tikişlərin toxumaları cırma ehtimalı yüksəkdir, intraabdominal təzyiqin tənzimlənməsi mümkün deyil.

Tədqiqatın məqsədi abdominal sepsislərdə yüksək intraabdominal təzyiq zamanı laparotom yaraların qapanması üçün orjinal adaptasiyon –repozisiyon qurğunun işlənilməsi və onun kliniki effektivliyinin yoxlanılmasından ibarətdir.

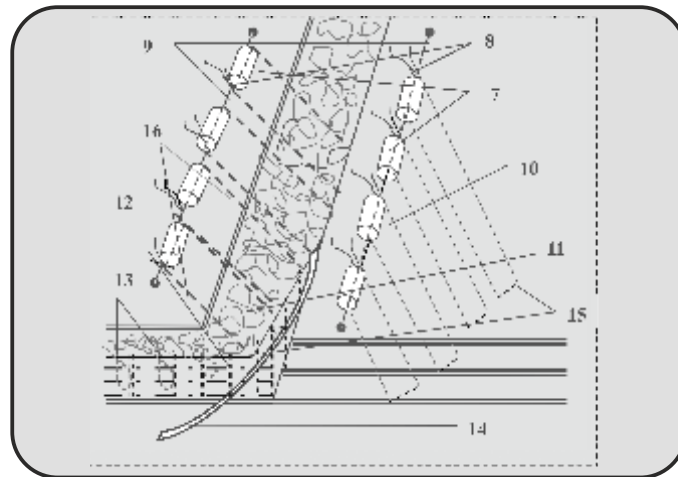
Material və metodlar: Təklif olunan üsul peritonitlər zamanı əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə intraabdominal təzyiqin aşağı salınmasını tənzimləyir və bununla da bu problemlə bağlı baş verə biləcək ağır fəsadların inkişafının qarşısını alır. Abdominal sepsisli 44 xəstədə tədqiqat işi aparılmışdır. Xəstələr 18-83 yaş arasında variasiya etmişlər. 44 xəstədən 29-u kişi, 15-i qadın olmuşdur. Qurğu intraabdominal təzyiqin və qarının ön divarının deformatsiya qabiliyyətini kontrol etməyə imkan verir. Qurğu 11 xəstədə istifadə olunmuşdur. Digər xəstələrin 12 -də laparotom yara adi tikişlərlə, 21-də isə prolen tor tikilməklə qapanmışdır. Əməliyyatdan sonrakı dövrlərdə (1,3,5,7,9-cu günlər) İAT və K əmsalı dinamikada öyrənilmiş [2], alınan nəticələrmüqayisəvi təhlil edilmişdir. Statistik təhlil Styudentin t^2 kriteriyası və Sprimenə görə korrelyasiya ilə işlənmişdir.

Adaptasion repozision qurğunun texniki göstəriciləri aşağıdakı kimidir:

Qarşıya qoyulan vəzifə onunla həyata keçirilir ki, dayaq sütunu və onun budaqlarından ibarət olan adaptasion-repozision qurğu laparotom yaraların hər iki tərəfdən 3-4 sm aralı olmaqla onun bütün qatlarından keçən «Π» şəkilli amartizasiyon tikişlər (hər tərəfdən 3 və ya 4 ədəd olmaqla) qoyulduqdan və boylama olaraq amartizasiyon poli- etilen borucuqlara Kirşner mili keçirildikdən sonra yara istiqamətində yerləşdirilir, borucuqlara keçirilmiş ilgəklər qurğunun budaqlarında olan 1-ci “dişlərə” keçirilir və eyni zamanda aponevroza tikilmiş distal ucu olan prolen №0 sap aponevrozdan fasiləsiz keçirilərək qurğunun proksimal ucunda olan “dişlərin” 1-cisinə fiksə edilir. Sonra, hər iki tərəfdən və aşağıdan yuxarı saplar bir dişdən digərinə keçirilməklə intraabdominal təzyiqin tənzimlənməsi şəraitində yara kənarlarının yaxşılaşdırılmasına nail olunur. Üsulun mahiyyəti Şək.1 və Şək.2-də aydın təsvir olunub.



Şəkil 1. Adaptasion Repozişion qurğu



Şəkil 2. Laparotom yara görünüşü

Burada:

1. Dayaq sütunu; 2. Sütunun budaqları; 3. Budaqların “dişləri”; 4. Sütunun proksimal ucunun dişləri; 5. Qurğunu yaraya təsbit etmək üçün dəyişikliklər; 6. «Π» şəkilli tikişlər; 7. Amartizasiyon borucuqları; 8. Borucuqların ilgəkləri; 9. Kirşner mili; 10. Monofil sap; 11. Yara kəşiyinin kənarları və qatları; 12. Böyük piylik və ya monofil tor; 13. Böyük piylik və ya monofil toru peritona fiksə edən ketqut sapların düyünləri; 14. Yaranın drenaj borusu; 15. Monofil sapın aponevroza fiksə olunmuş ucu; 16. Monofil sapın proksimal ucu.

Dayaq sütununa (1) hər iki tərəfdən perpendikulyar olaraq 4 ədəd budaq (2) bərkidilir, budaqların (3) və sütunun (4) “dişləri” (hər budaqda 4 ədəd, 1 sm məsafə ilə) öndə saxlanılır. Qurğunun qarının ön divarına qoyulub fiksə olunması aşağıdakı kimi həyata keçirilir [Fig.2].

İşə başlamamışdan əvvəl qurğu yığılı vəziyyətdədir. Əməliyyat qurtardıqdan sonra laparotom kəsik (10) açıq saxlanılır. Böyük piylik (11) yaranın dibinə gətirilir və hər iki tərəfdən peritona ketqut №3-lə (12) fasiləli tikişlərlə fiksə edilir. Böyük piyliyi monofil torlarla əvəz etmək mümkündür. Ketqut tikişləri peritonun kənarından 2 sm lateral qoyulur. Daha sonra yaranın dibinə boylama olaraq drenaj boru (13) qoyulur və onun distal ucu yaraya çıxarılır. Sonra «Π» şəkilli tikişlər (5) hər iki tərəfdə yara kəsiyinin bütün qatlarını (10) keçməklə dəri səthində amartizasion borucuqlardan (6) keçirilib düyünə alınır və borucuqlara əlavə ilgəklər (7) qoyulur, yaraya boylama olaraq kirşner mili (8) salınır. Sonra qurğu yara istiqamətində elə qoyulur ki, hər tərəfdə borucuğun ilgəyi (7) budaqlarla (2) uyğun gəlib uc-uca dayansınlar. Sonra hər iki tərəfdən borucuğun ilgəyi (7) uyğun budağın (2) 1-ci sıradakı “dişlərinə” (3) keçirilir və eyni zamanda monofil sapın (9) proksimal ucu (15) dayaq sütununun “dişlərinin” (4) 1-ci sırasına fiksə edilir. Bununla da qurğu qarının ön divarına tam oturdulmuş olur. Sonra hər gün borucuqların ilgəkləri (7) və monofil sapın proksimal ucu (15) bir “dişdən” digərinə keçirilməklə yara kənarları tədricən, mərhələ-mərhələ yaxınlaşdırılır.

Təklif olunan qurğu məlum texnoloji prinsiplər əsasında hazırlanan paslanmayan polad materiallarının 12 X18H9T, 20X13, 40X13 ГОСТ 5632-72 tiplərindən və ya plastik möhkəm materialdan hazırlana bilər.

Beləliklə, təklif olunan adaptasion-repozisiyon qurğunun peritonitli xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə intraabdominal təzyiğin tənzimlənməsi və eləcə də bununla bağlı baş verə biləcək qarın boşluğudaxili ağırlaşmaların qarşısının alınması üçün istifadə edilməsi məqsədəuyğundur.

Qurğunun fərqləndirici tərəfləri.

1. İntraabdominal təzyiği tənzimləyən adaptasion-repozisiyon qurğu dayaq sütunundan və ona perpendikulyar fiksə olunmuş 4 budaqdan ibarətdir və onun fərqləndirici cəhəti odur ki, əlavə qoyulmuş «Π» şəkilli tikişlərə borucuqlar vasitəsi ilə salınmış Kirşner mili və əlavə ilgəklərin budaqdakı və dayaq sütunundakı “dişlərə” keçirilməsi ilə qarın boşluğudaxili təzyiği tənzimləyir və yara kənarları dinamiki olaraq yaxınlaşdırılaraq bir neçə günə qapanır.

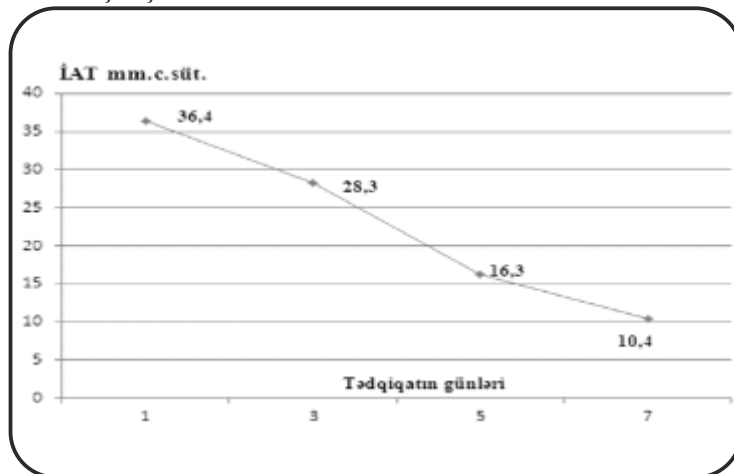
2. Qurğu texniki sadəliyi və işləmə prinsipinin çətinliksizliyi ilə fərqlənir.

3. İntraabdominal təzyiğin və qarının ön divarının deformasiya göstəricisi (K) mərhələ-mərhələ aşağı salınması ilə fərqlənir.

Eyni zamanda Wittman üsulu ilə dekompressiyon tikişlərin və prolen torların göstəriş əsasında istifadə olunması qarının ön divarının yarasında inkişaf edən irinli nekrotik proseslərlə əlaqədar həmişə tətbiq oluna bilmir. Çünki, irinli proses bu halda tikişlərin tutarsızlığı ilə nəticələnir və tətbiq edilən üsulları effektiv deyil. Ona görə də həmin qrup xəstələrdə dekompressiya məqsədi ilə bizim tərəfdən yaranın kənarlarını yaxınlaşdıran qurğu təklif edilmişdir. Həmin qurğu abdominal sepsislərdə cərrahi kəsiklərin dekompression tikişlərlə tamamlanması və mövcud intraperitoneal təzyiği tənzimləməklə mərhələ-mərhələ aşağı salınması üçün şərait yaradır. Qarının ön divarında hədsiz gərginliyin olması şəraitində ($k > 112 \text{ n.m.}$)[2]. laparatom yaranı tənzimləyən adaptasion-repozisiyon qurğunun istifadəsi yaranın irinli nekrotik toxumalardan təmizlənməsi üçün vaxt qazanmağa imkan verir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirə.

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı günlər peritonitin gedişinin normal olduğu bir şəraitdə İAT günbəgün azalmış və 3-cü gündən başlayaraq normallaşmışdır.



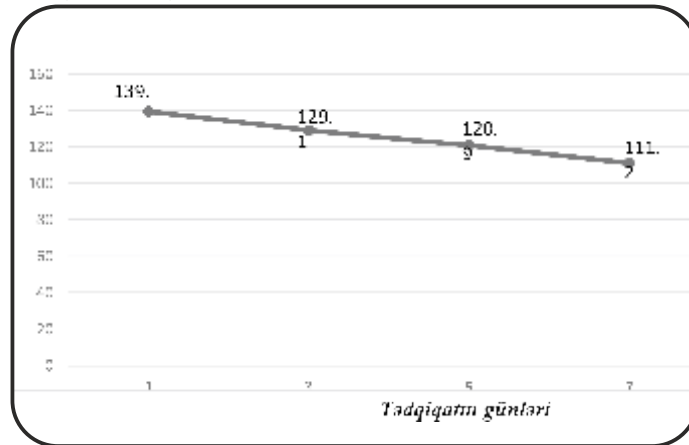
Qrafik 1. Yara kənarlarını yaxınlaşdıran qurğunun qoyulması zamanı İAT –in dinamik dəyişiklikləri.

Qrafik 1.-dən göründüyü kimi, peritonitin fəsadsız gedişi zamanı öyrənilən fiziki parametrlər tədqiqat günlərindən asılı olaraq tədricən aşağı düşmüşlər. Belə ki, cərrahi əməliyyat vaxtı k əmsalının 11 xəstədə 112. n.m. yuxarı olduğu aşkar edilmiş (139,5±2.0) və bu halda İAT 35 sm civə sütunundan yuxarı qeyd edilmişdir. Öyrənilən parametrlərin məhz göstərilən səviyyədə yuxarı olması laparatom kəsiklərin dekompresiyası məqsədilə prolen torların qoyulmasına və yaxud təklif olunan adaptasiyon–repozisiyon qurğunun istifadəsinə göstəriş hesab edilmişdir. Qarının ön divarında irinli- nekrotik proses inkişaf etdiyi halda dekompresiv qurğu 11 xəstədə qoyulmuşdur. Digər halda isə prolen tor tikilmişdir (21 xəstə). 22 xəstədə isə K əmsalı 112 n.m.-dən aşağı olduğundan laparotom kəsik adi tikişlərin qoyulması ilə nəticələnmişdir. Qurğunun qoyulması ilə əlaqədar K əmsalını dinamikada izləmək mümkün olmuşdur.

Bu xəstələrdə 3-cü tədqiqat günü öyrənilən parametrlər 1-ci günlə müqayisədə statistik etibarlı fərqlənən rəqəmlərlə nümayiş olunmuşlar ($p < 0.05$).

Həmin göstəricilər 4-5 ci tədqiqat günləri daha əhəmiyyətli dərəcədə aşağı düşmüşlər və normallaşmışlar ($p < 0.001$). Bu onu göstərir ki, peritonitin repressiyaya uğraması ilə əlaqədar parietal və visseral peritona yığılmış maye rezorbsiyaya uğrayır. Bu baxımdan qarın boşluğunun həcmi müəyyən mənada artır və bu da İAT-in kəskin aşağı düşməsi ilə nəticələnir. İAT -in aşağı düşməsi qarının divarlarına, xüsusən də onun ön divarına daxil olan təzyiqlin azalmasını göstərir.

K əmsalının dinamik enməsi də bu İAT və elastiki qüvvələrin göstəricilərinin eməsi ilə korrelyasiya edir ($r = 0,73$). Gündəlik olaraq qarının ön divarında olan saplar [2] medial dişlərə keçirilmiş və nəticədə K və İAT göstəricilərinin aşağı düşdüyü hal nəzərdə saxlanılmışdır. Sonda (7-9-cu günlər) öyrənilən göstəricilərin normaya düşməsi və eləcə də buna uyğun laparotom yaranın qapanması dövrü artıq qurğunun vəzifəsinin yerinə yetirdiyini göstərmiş və axırıncı çıxarılmışdır (Qrafik 2.)



Qrafik 2. Yara kənarlarını yaxınlaşdıran qurğunun qoyulması zamanı K əmsalının dinamik dəyişiklikləri. (sağalma ilə)

Bizim tədqiqat işimizdə 44 xəstədən 7 xəstədə peritonitin gedişi fəsadlaşmışdır. Bunlardan 2 xəstədə paralitik ileus, 2 xəstədə progressivləşmiş peritonit, 3 xəstədə qarın boşluğudaxili abses və infiltratlar inkişaf etmişdir.

Qurğu tətbiq edilən xəstələrdə bu ağırlaşmalardan cəmi 1-i baş vermişdir (infiltrat)

Peritonitin fəsadlı gedişi zamanı öyrənilən fiziki parametrlərin dinamik dəyişiklikləri fəsadız gedişdəkindən tamamilə fərqlənmişdir və yüksək səviyyədə qalmışdır. 44 xəstənin 4-ü ölmüşdür (9,0%), Bütün hallarda ölümün səbəbi inkişaf edən poliorqan çatmamazlığı olmuşdur.

Beləliklə, peritonitin fəsadlı gedişində əgər bağırsaqlarda total perez inkişaf edirsə, yaxud peritonit progressivləşirsə, bu öyrənilən parametrlərin dinamikasında özünü biruzə verir. Belə ki, hər iki parametr – həm İAT, həm K əmsalı anormal olaraq bütün tədqiqat günlərində yüksək olaraq qalır.

Məlumdur ki, qeyd edilən ağırlaşmalar qarın boşluğunun visseral və parietal peritonda, eləcə də peritoneal boşluqda maye yığılması nəticəsində qarın boşluğudaxili təzyiqlin artmasına gətirib çıxarır. İAT –in artması isə əsasən qarın divarları içərisində ən çox elastikliyi olan, qarının ön divarına verilir. Bu isə həmin toxumalara düşən elastiki qüvvələrin artmasına səbəb olur, nəticədə toxumaların deformasiya qabiliyyətinin demək olar ki, tükənməsinə və uyğun olaraq, k əmsalının kəskin artmasına gətirib çıxarır. Bu halda K koordinatı göstərici kimi əhəmiyyətini itirir. Çünki, K əmsalı əsasən F–elastiki qüvvələrinin və İAT–in artmasından asılı olur. [4].

Bu xəstələr qrupunda yaraların irinləməsi aparat tənzimlənməsinin effektsizliyi ilə deyil, iltihabı prosesin peritonitin inkişafı ilə bağlı qarının ön divarına translokasiyası ilə izah edilir.

Alınan nəticələrin retrospektiv analizi göstərir ki, İAT–in göstəriciləri və K əmsalının əməliyyatdan sonrakı yaxın günlərdə yüksək qalması qarın boşluğudaxili ağırlaşmaların (paralitik ileus, peritonitin progressivləşməsi) inkişafını göstərir. Bu hal ədəbiyyat məlumatları ilə təsdiq edilir. [5,8]. Peritonit şəraitində qarının ön divarına qoyulmuş tikişlər, xüsusən amartizasiyon tikişlər, həmin zonada toxumaların mikrosirkulyasiyasının pozulması

üçün xüsusi şərait yaradır. Demək olar ki, bu şərait adi laporotomiyalarda olduğundan kəskin fərqlənir. Gərginlik altında qoyulmuş tikişlər təkcə sapların altında yox, eyni zamanda yaxın toxumalarda traksiya və sıxılma hesabına qan və limfa dövrünün kəskin pozulmasına gətirib çıxarır [7]. Bunlar da öz növbəsində yerli prosesin proqressivləşməsinə səbəb olur. Bunları nəzərə alaraq belə hesab edirik ki, ən yaxşı tikiş texnikasında bütün işlər liqatura altında mikrosirkulyasiyanın kifayət qədər az pozğunluğuna gətirib çıxaran texnika hesab edilməlidir. Çünki, mikrosirkulyasiyanın kəskin pozğunluqları sapın toxumaları kəsməsini daha da tezləşdirir və yaranın sağalması üçün bitişmələrin formalaşması ləngiyir. Bu eyni zamanda tikişlərarası zonalarda da sirkulyasiyanın pozulmasına gətirib çıxarır. Əksərən, bu hal təxirəsalınmaz patologiyalarda daha qabarıq özünü göstərir, çünki orqanizmin plastiki imkanları kəskin azalmış olur və onların bərpası üçün vaxt çatmır [6, 10].

Yaraları tənzimləyən adaptasiyon repozisiyon qurğunun üstünlükləri təkcə aldığımız praktiki nəticələrlə deyil, eyni zamanda bir çox elmi əsaslarla izah edilir. Hər şeydən əvvəl bu, qarın boşluğu təzyiqinə və eləcə də yaraya düşən elastiki qüvvələrin təsirinə toxumaların mərhələ- mərhələ adaptasiya olunmasından ibarətdir. Qarın boşluğunda iltihabı prosesin çəkilməsi, nazik bağırsaqların parez vəziyyətindən çıxması İAT-in kəskin azalmasına və buna uyğun olaraq qarının ön divarında elastiki qüvvələrin göstəricilərinin aşağı düşməsinə gətirib çıxarır. Ona görə də, yaraya düşən gərginliyi mərhələ-mərhələ artırmağa şərait yaranır. Bu isə qarın boşluğu təzyiqinin təkrari qalxmasına şəraiti aradan qaldırır.

Məsələnin digər tərəfi isə laparatom yaranın özünün güdişinə olan təsirə aiddir. Yaraları tənzimləyən adaptasiyon-repozisiyon qurğunun qoyulması nəticəsində yaraların qıcıqlanmasına səbəb olan mikrobların və tikiş materiallarının ciddi təsirinin, xəstənin hərəkəti, tənəffüs aktı və s. zamanı yara ilə sürtünmənin qarşısını alır. [7, 11] Yaranın sürtünməsi - mexaniki qıcıqlanma zamanı yara kənarı toxumalarda ödemənin inkişafına səbəb olur. Axırıncı isə öz növbəsində yarada sağalma prosesini ləngidir və yara infeksiyasının prosesə qoşulması üçün əlverişli şərait yaradır. Yarada olan sürtünmə nəticəsində yarada yeni formalaşan birləşdirici toxumaların dağılmasına səbəb olur ki, bu da yaranın möhkəmlənməsinin qarşısını alır. Gərginlik qüvvələri və eləcə də bununla əlaqədar yara kənarlarında təzyiqin artması yara prosesi gedişində reperativ regenerasiyanın səviyyəsini müəyyən edir.

Beləliklə, göründüyü kimi yaraları tənzimləyən adaptasiyon – repozisiyon qurğunun işlədilməsi təkcə əməliyyat sonrası dövrdə baş verə biləcək intraabdominal ağırlaşmaların deyil, eyni zamanda yaralarda irinli- septiki ağırlaşmaların sayının da aşağı endirilməsinə şərait yaradır. Ona görə də, təklif olunan qurğunun yayılmış irinli peritonitlərdə cərrahi əməliyyatdan sonra İAT-in və qarının ön divarının fiziki parametrlərinin yüksək olduğu hallarda və irinli- nekrotik proses şəraitində laparatom yaraların qapanmasında geniş istifadə olunması məqsədə uyğundur.

ƏDƏBİYYAT:

1. F.S. Qurbanov, N.Ə.Vəliyev, S.Ə.Əsədov. Klinik peritonologiya, Monoqrafiya. Bakı, Elm və yaradıcılıq nəşriyyatı. 2014, 480 s.
2. N.Ə.Vəliyev, N.Ə.Şıxməmmədov, D.N.Həsənova. Kəskin total peritonitlərdə cərrahi əməliyyat kəsiklərinin tamamlanmasının əsaslandırılması // Sağlamlıq.-2006. № 7. S. 34-37.
3. В.М.Бенсман, Ю.П.Савченко, С.Н.Щербов. Способы закрытия лапаротомной раны при распространенном перитоните // Хирургия, 2016.-№7,-с.30-35.
4. Н.А.Велиев. Хирургия осложненных пилородуоденальных язв. Монография. Казань, 2003, 122с.
5. Н.М.Врублевский. Хирургическая тактика завершения лапаротомии и релапаротомии по поводу разлитого гнойного перитонита // Автореф. дисс. на уч. степ. к.м.н., Кубань, 2008, 21с.
6. М.В. Зобелин. Синдром внутрибрюшной гипертензии в неотложной абдоминальной хирургии // Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. д.м.н., 2010, Москва 39 с.
7. С.Г.Измайлов, В.В.Бесгастанов. Применение репозиционных аппаратов для закрытия гранулирующих ран мягких тканей. \ Vest. Хир. им. Грекова. 2000. -№2. С.66-70
8. Е.Е.Луканычев. Хирургическая коррекция интраабдоминальной гипертензии при острой кишечной непроходимости (экспериментально- клиническое исследование) // Автореф. на соиск. уч. степ. к.м.н. 2011, Н.Новгород 22 ст.
9. М.Г. Рябков. Абдоминальная хирургическая инфекция: совершенствование методов и тактики оперативного лечения // Автореф. дисс. на уч. степ. д.м.н. 2015. Н. Новгород. 42 с.
10. Е.Л. Соков. Способ сближения краев раны // Хирургия, -1988. №4-с.130-131.
11. А.Ю.Шукин. Аппаратный способ этапных санаций брюшной полости при распространенном перитоните (экспериментально-клиническое исследование // Автореф. дисс.соиск. уч.степ. к.м.н., Н.Новгород. 2009, 21с.

Рәуғи: М.А.Торçубашов adına Eumi Cərrahiyyə Mərkəzinin professoru:

t.ü.e.d. Məmmədov Ə.Ə.

Redaksiyaya 30.01.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur

ÇƏNƏ SINIĞI İLƏ OLAN XƏSTƏLƏRİN KLİNİKİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

E.T. ƏHMƏDOV, S.B. QULİYEV, Q.B. ƏHMƏDOVA, B.Ş. ƏLİYEV

ATU Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Bakı, Azərbaycan
KTM Üz-çənə cərrahiyyəsi şöbəsi, Bakı, Azərbaycan

*Clinical evaluation of patients with mandibular fractures
Ahmadov E.T., Quliyev S.B., Ahmadova Q.B., Aliyev B.Sh.*

Summary: Among all fractures of the facial skeleton, mandibular fractures are the most common. Current study included the treatment of 87 patients. The purpose of this study is to conduct a clinical analysis of the treatment of patients with mandibular fractures. All patients underwent clinical, laboratory and X-ray examinations. After complex treatment, occlusion and condition of the temporomandibular joint were normalized. The shape of the mandible was restored and the anatomofunctional disturbance was eliminated.

Key words: mandibular fracture, clinical evaluation.

Клиническая оценка больных с переломами нижней челюсти
Ахмедов Э.Т., Гулиев С.Б., Ахмедова Г.Б., Алиев Б.Ш.

Резюме: Среди всех переломов лицевого скелета чаще встречаемы переломы нижней челюсти. В исследование было включено лечение 87 пациентов. Целью данного исследования является проведение клинического анализа лечения пациентов с переломами нижней челюсти. Пациентам были проведены клинико-лабораторные, рентгенологические исследования. После комплексного лечения нормализовался прикус и состояние височно-нижнечелюстного сустава. Были устранены анатомо-функциональные нарушения и восстановлена форма нижней челюсти.

Ключевые слова: перелом нижней челюсти, клиническая оценка.

Açar sözlər: çənə sınığı, kliniki qiymətləndirmə

Aktuallıq: Üz-çənə və stomatoloji xəstəliklər arasında çənə sınıqlarının vaxtında diaqnostikası və müalicəsi hələ də öz aktuallığını itirməyib [1,2,5,8]. Belə ki, üz skeleti zədələnmələriarasındarastgəlmə tezliyinə görə ən çox çənə sınıqları rast gəlinir. Anatomo-funksional pozğunluqlarla müşayət olunan çənənin zədələnməsi müxtəlif klinisistlərin göstəricilərinə əsasən 75-90%-ə qədər təşkil edir [1,3,4,7].

Bu problem xəstələrdə müvəqqəti əmək qabiliyyətinin itirilməsinə səbəb olmaq ləhəyat keyfiyyətinin pozulmasına gətirib çıxarır. Xəstələrdə qidanın qəbulu, çeynənməsi, udqunma kimi həyatı vacib funksiyalar patoloji dəyişikliyə uğrayır. Əlavə olaraq gicgah-çənə oynaqının və çənəətrafi əzələlərin funksiyaları tam pozulur. Belə vəziyyət isə xəstələrdə böyük narahətçılıqlar yaradır. Ona görə də çənə sınıqlarının müalicəsi tibbi-sosial əhəmiyyət kəsb edir [2,5,6,9].

Xəstələrin şikayətləri, anamnestik məlumat, kliniki mənzərə, rentgenoloji göstəricilər əsasında çənə sınıqlarının diaqnostikası adətən çətinlik yaratmır. Çənə sınıqlarının rastgəlmə tezliyinin çox olması həm də çənənin topoqrafik vəziyyəti və üzdəki digər sümüklərdən fərqli olaraq böyük ölçüyə malik olması ilə şərtlənir [1,8]. Çənə sınıqlarının əsas müalicə problemi ondan ibarətdir ki, qısa müddətdə çənənin forması, funksiyaları bərpa olsun və xəstələr normal həyat fəaliyyətinə qayıtsınlar.

Bu zaman cərrahi müdaxilə üz-çənə nahiyəsinin sümük-əzələ sistemində postravmatik dəyişikliklərin dərəcəsini artırır və əməliyyatdan sonrakı dövrdə yaranan ikincili infeksiyalaşmasını gücləndirə bilər. Çənə sınıqlarının diaqnostika və kompleks müalicəsindəkimüvəffəqiyyətlərə baxmayaraq sonradan baş verən ağırlaşmalar da az deyil [2,3,7]. Bu ağırlaşmalara yalançı oynaq, düzgün bitişməyən sınıqlar, çənənin osteomyeliti, çeynəmə əzələlərinin və gicgah-çənə oynaqının iltihabi kontrakturası, postravmatik artriti, tədricən inkişaf edə bilən artrozu və daxili pozğunluqları aiddir. Aparılmış araşdırmalar zamanı müəyyən edilmişdir ki, çənə sınıqlarının rastgəlmə tezliyinin artan dinamika ilə özünəməxsus yeri vardır [1,2,5,6].

Elmi tədqiqatların analizi göstərir ki, çənədə osteosintez əməliyyatı zamanı sümük fraqmentlərinin fiksasiyası çox hallarda empirik olaraq yerinə yetirilir. Bu vaxt çənənin biomexaniki xüsusiyyətləri nəzərə alınmır. Bu da öz növbəsində reparativ regenerasiya dövründə fraqmentlərin stabil möhkəmliyini təmin etmir [3,6,7]. Belə vəziyyət isə kompleks müalicə zamanı qənaətbəxş nəticələrə gətirib çıxarmır.

Məqsədimiz çənə sınığı ilə olan xəstələrin müalicəsinin kliniki analizini aparmaqdan ibarətdir.

Material və metodlar. Tədqiqatın materialı 2015-2016-cı illər ərzində Kliniki Tibbi Mərkəzin üz-çənə cərrahiyyəsi şöbəsində çənə sınığı diaqnozu iləstasionar və ambulator müalicə olunan 87 xəstənin kliniki analizini əhatə edir.

Müayinə və tədqiqatlar hər iki cinsdən olan 18 yaşından 64 yaşa qədər olan xəstələr arasında aparılıb. Müalicə olunan 87 xəstədən 59-u kişi, 28-i isə qadın olub.

Tədqiqatlar müalicə metodlarına görə üç qrup xəstələrdə aparılıb. Osteosintez əməliyyatı aparılmış birinci qrupda 20 xəstədə, konservativ metodla müalicə olunan ikinci qrupda 16 xəstədə və üçüncü qrupda isə kombinə olunmuş metodla 51 xəstədə kompleks müalicə aparılıb (cədvəl 1). Hər üç qrupda eyni xarakterli və həcmli müasir diaqnostik və müalicəvi tədbirlər həyata keçirilib.

Cədvəl 1.

Xəstələrin qrupları görə bölünməsi

qruplar	müalicə metodları	n=87
1-ci qrup	osteosintez	20 (22,9%)
2-ci qrup	konservativ	16 (18,5%)
3-cü qrup	kombinə olunmuş	51 (58,6%)

Müalicə olunan xəstələrin çoxu kişilərdən (67,8%) ibarət olub. Bu da kişilərin daha çox travmaya məruz qalmasını təsdiqləmişdir. Qadınlarda bu parametr 32,2% təşkil edib. Göründüyü kimi bu göstərici kişilərdə qadınlara nisbətən iki dəfədən də artıq olmuşdur.

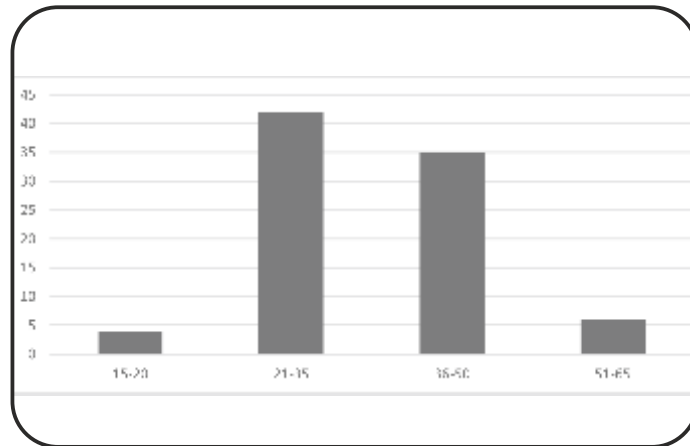
Müxtəlif etiologiyalı çənə sınıqları ilə müalicə olunan xəstələrdə orta yaş göstəricisi 36,4-ə bərabər olmuşdur. Bu isə orta yaşlı şəxslərin çənə sınıqlarına daha çox məruz qalmasını göstərmişdir. Kişilərdə orta yaş göstəricisi 40,1, qadınlarda isə 32,8 olub.

Çənə sınığı diaqnozu ilə müalicə olunan xəstələri 4 yaş qrupuna bölmüşük (cədvəl 2). Xəstələri yaş qruplarına görə analizi göstərir ki, ən çox xəstə 21-35 yaş qrupunda olub. Burada ümumi olaraq xəstələrin sayı 42-yə bərabər olub. Cədvəldən göründüyü kimi sonra çox xəstə 36-50 yaş qrupunda rast gəlinmişdir. Ən az xəstələr 15-20 yaş qrupunda müşahidə edilmişdir (şəkil 1). Bu göstərici müalicə etdiyimiz şəxslərin 4,6%-dən ibarət olmuşdur.

Cədvəl 2.

Xəstələrin yaş qruplarına görə bölünməsi

yaş qrupları	15-20 yaş	21-35 yaş	36-50 yaş	51-65 yaş
xəstələrin sayı				
87 xəstə	4 xəstə 4,6%	42 xəstə 48,2%	35 xəstə 40,3%	6 xəstə 6,9%



Şəkil 1. Xəstələrin yaş qrupları üzrə say diaqramması

Ümumi olaraq çarpayı günlərinin orta sayı – müalicə müddətinin orta parametri 22,9 gün təşkil edib. Tədqiqat nəticəsində aydınlaşdırılmışdır ki, çənə sınıqının ağırlıq dərəcəsi və aparılmış müalicədən asılı olaraq 87 xəstədən 32-si 3 həftədən çox, 19-u 3 həftə və digərləri isə 15-17 gün müalicə qəbul ediblər. Buradan məlum olur ki, xəstələrin 36,7%-də daha da uzunmüddətli müalicə aparılıb.

Kompleks müalicə olunan xəstələrin 52,8%-i (46 xəstə) Bakı şəhərinin sakinlərdən ibarət olub. Çənə sınığı kimi mürəkkəb anatomik-funksional pozğunluqla müşayiət olunan patologiyaya görə müraciət edən xəstələrin 41-ni isə Respublikamızın müxtəlif şəhər və rayonlarında yaşayan əhali təbəqəsi təşkil etmişdir.

Qeyd etmək istərdik ki, xəstələrin böyük əksəriyyətində – 74,5%-də müalicə üçün qəbul olarkən diaqnozlar demək olar ki, göndərən müəssisənin diaqnozuna uyğun gəlmişdir.

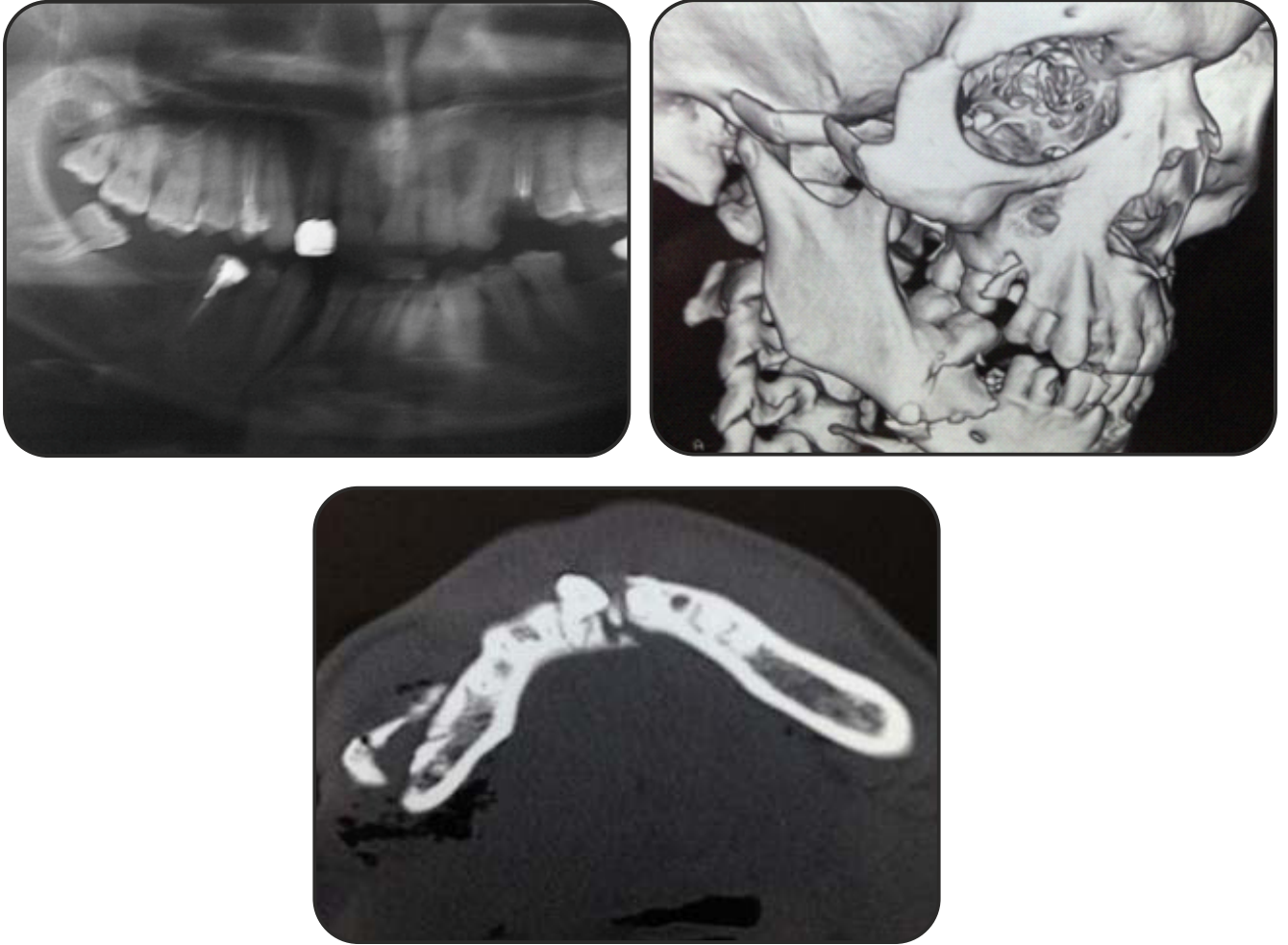
Tdqiqatın naticclari aydinlasdirmissir ki, xestclerin aksariyyati – 50,1%-i ozleri muayine ve mualice ucun klinikaya muraciət etmissler. 29,9% xestcler ise Respublikamızın muhtelif sheher ve rayon merkezi xestexanalarından kompleks mualice ucun gondarilmisler. Yalnız 17 xestc (20%) tibbi-tacili yardım vasitəsi ile taxirəsalmaz yardım ucun klinikaya gətirilmisdir.

Zcdclcnmeye maruz qalmis xestclerde etioloji faktorlar – meisct travmaları, yol-naqliyyat hadiscleri, hndurlukden yixilmalar, idman ve munaqisec zemininde bas vercn travmalar anatomik ve funksional deyisiklikler yaratmaqla cnenin sınımasına sebcb olmusdur. Xestclerde cnenin tamliginin pozulmasına sebcb olan faktorlar daha dcqic olaraq asagıdaki kimi muayyenlesdirilmisdir:

- meisct travmaları – 24 xestc (27,5%);
- yol-naqliyyat hadiscleri – 30 xestc (35,7%);
- idman zcdclcnmeleri – 15 xestc (17,2%);
- hndurulukden yixilmalar – 7 xestc (8,0%);
- munaqisec zemininde bas vercn travmalar – 12 xestc (13,7%).

Bütün xestcler klinikaya qcbul olarkcn kliniki, laborator, rentgenoloji olaraq muayine olunmuslar. Evvelce anamnestik melumat toplanilmis ve kliniki muayine aparilmisdir. Diaqnostikada kliniki olaraq xestclerde agızın acılmasının agrılı ve mehdud olması, qida qcbulunun pozulması, nitq zamanı narahatçılıq, ceyneme herakcrlerinin agrılı olması, gicgah-cene oynaqlarında agrılar ve funksional pozgunluqlar, dislamin pozulması, deviasiya ve ceneatrafı toxumaların ezilmesi müşahide edilmişdir.

Enenavi laborator muayineler aparilmisdir. Xestcler yanaşı gedcn patologiyalara gore neyrot travmatoloq, terapevt ve otorinolaringoloq terefından konsultasiya edilmişler. Rentgenoloji olaraq cene sınıqları ile olan xestclerin diaqnostikasında ortopantomogramma, 3D kompüter tomoqramma mühüm rol oynamışdır (şakil 2).



Şakil 2. Ortopantomogramma ve 3D kompüter tomoqramma muayinelerinin naticcleri

Xəstələrin 22-də çənənin oynaq başının, 35-də çənə cisminin, 21-də çənə bucağının və 14-də isə çənənin mental nahiyələrinin sınıqları müşahidə edilmişdir. Xəstələrin 67%-də birtərəfli, 33%-də isə ikitərəfli sınıq qeydə alınmışdır.

Osteosintez əməliyyatı xəstələrin 74%-də ağızdaxili və 26%-də isə ağız xarici üsulla aparılmışdır. Konservativ metod ortopedik üsulla aparılmış və xəstələrdə maxilla-mandibular fiksasiya – çənələrin immobilizasiyası yerinə yetirilmişdir.

Konbinə olunmuş metodla müalicə olunmuş xəstələrdə osteosintez əməliyyatı ilə yanaşı çənələrin immobilizasiyası əməliyyatı da aparılmışdır. Bütün xəstələrdə duru qida rejimi təyin olunmuş və antibakterial, antihistamin, analgetik, orqanizm möhkəmləndirici terapiya aparılmışdır.

Nəticələr və müzakirə. Kompleks müalicədən sonra alınmış nəticələr qənaətbəxş olmuşdur. Belə ki, xəstələrin 84%-də ağızın açılması ağrısız və sərbəst olmuş, qida qəbulu və çənənin hərəkətləri tədricən normallaşmışdır.

Gicgah-çənə oynaqının müayinəsi zamanı ağrı və funksional pozğunluqlar müşahidə edilməmişdir. Dışlən pozğunluğu aradan qaldırılmışdır. Deviasiya – ağız açılarkən çənənin xəstədə sağa və sola yerdəyişmələri qeyd edilməmişdir. Çənəətrafi əzələlərdə funksional pozğunluqlar tədricən bərpa olunmuşdur. Çənəətrafi toxumaların palpasiyası zamanı ağrı və narahatçılıq müşahidə edilməmiş və yüklənmə simptomu neqativ olmuşdur.

Klinikamızda müalicə olunan xəstələrin yalnız 16%-də kompleks müalicədən sonra iltihabi kontraktura qeydə alınmışdır. Bu da medikamentoz və fizioterapevtik müalicə ilə aradan qaldırılmışdır.

Qeyd etmək istərdik ki, çənəsiniği ilə olan xəstələrin kompleks müalicəsindən sonra yalançı oynaq, düzgün bitişməyən sınıqlar, çənənin osteomyeliti, gicgah-çənə oynaqının postravmatik artriti və sonradan tədricən inkişaf edən sklerozlaşdırıcı və deformasiya edici artrozu, o cümlədən, daxili pozğunluqları kimi ağırlaşmalar müşahidə edilməmişdir.

Aparılmış müalicənin nəticəsi olaraq çənənin anotomik-funksional pozğunluqları aradan qaldırılmış və forması bərpa edilmişdir. Yoxlama rentgenoloji müayinənin nəticələri də yuxarıdakı kliniki göstəriciləri təsdiqləmişdir. Yekun olaraq vurğulamaq lazımdır ki, kliniki vəziyyətdən asılı olaraq bizim istifadə etdiyimiz müalicə üsulları fərdi tətbiq edilməlidir.

Tədqiqat zamanı müəyyənləşdirilmişdir ki, bütün hallarda çalışmaq lazımdır ki, çənə sınığı ilə olan xəstələrin müalicəsində daha çox kombinə edilmiş metoddan istifadə edilsin. Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi aparılmış müalicənin səmərəli və effektiv olmasına əsas vermişdir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой хирургии, 2010, 256 стр.
2. Балин В.Н., Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. СПб: Спец Лит, 2005, 574 стр.
3. Эркинуулу Жусуп. Анализ эффективности хирургического лечения открытых переломов нижней челюсти. Вестник КРСУ, 2017, том 17, №7, стр.97-100
4. Belli E., Liberatore G., Mici E. et.al. Surgical evaluation in the treatment of mandibular condyle fractures // BMC Surg., 2015 Mar., v.15, -16
5. Boole J.R., Holtel M., Amoroso P., Yore M. 5196 mandible fractures among 4381 active duty army soldiers, 1980 to 1998 // Laryngoscope, 2001, v.111, №10, p.1691-1696
6. Cabrini G.M.A., Real G.M.F., Marcantonio E. et.al. Fixation of mandibular fractures with 2.0 mm miniplates: review of 191 // J.Oral Surg., 2003, v.61, №4, p.430-436
7. Chrcunovic B.R. Locking versus non-locking plate fixation in the management of mandibular fractures: a meta-analysis // Int.J Oral Maksillofac Surg., 2014, Okt., v.43(10), p.1243-1250
8. Kisinisci R. Management of fractures of the condyle. Condylar neck and coronoid process // J Oral Maxillofac Surg Clin N Am., 2013, 25, p.573-590
9. Rahpeyma A., Khajehahmadi S., Barkhori Mehni S. Treatment of mandibular fractures by two perpendicular mini-plates // Iran J Otorhinolaryngol., 2014 Jan., -26 (74), P.31-6

Rəyçi: M.A. Topçubaşov adına Eimi Cərrahiyyə Mərkəzinin elmi işçisi:

t.ü.f.d. İmanova N.C.

Redaksiyaya 20.12.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.

QANAXMA İLƏ FƏSADLAŞMIŞ MƏDƏ XORASI MODELİ ZAMANI HEMOSTATİK TERAPIYA FONUNDA YERİDİLƏN RİDUTOKS PREPARATININ TƏSİRİLƏ DOVŞANLARIN QANINDA VƏ QARACİYƏR TOXUMASINDA BAŞ VERƏN DƏYİŞİKLİKLƏR

Ş.İ.RƏHİMLİ, V.Ə.RƏHİMOV

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan

*Changes in the blood and liver tissue in rabbits with bleeding gastric ulcer model, after the hemostatic therapy and injection of ridutox
Sh.I.Rahimli, V.A.Rahimov*

Summary: *In rabbits, was modeled a bleeding gastric ulcer. Then, in an intact position and after the administration of aminocaproic acid and Ridutox, a biochemical analysis of blood and liver tissue was performed. The positive effect of ridutox on the activity of the antioxidant system in liver tissue was revealed.*

Key words: *bleeding ulcer, glutathione, liver, aminocaproic acid*

**Изменения в крови и печеночной ткани кроликов с моделированной кровотокающей язвой желудка, после введения ридутокса на фоне гемостатической терапии
Ш.И.Рагимли, В.А.Рагимов**

Резюме: У кроликов была смоделирована язва желудка осложненная кровотечением. Затем в интактном положении и после введения аминокaproновой кислоты и ридутокса был проведен биохимический анализ крови и ткани печени. Было выявлено положительное влияние ридутокса на активность антиоксидантной системы в ткани печени

Ключевые слова: язвенное кровотечение, глутатион, печень, аминокaproновая кислота.

Açar sözlər: *xora mənşəli qanaxma, qlutation, qaraciyər, aminokapron turşusu*

Son onillikdə konservativ terapiyadakı uğurlara baxmayaraq, mədə və onikibarmaq bağırsağ xorası mənşəli gastroduodenal qanaxmalar və onalrın residivi hələ də cərrahiyyənin əsas problemi olaraq qalmaqdadır. Belə ki, bu gün həzm orqanlarının patologiyası arasında qastroduodenal qanaxmalar ölümün əsas amilinə çevrilmişdir. Aparılan çoxsaylı tədqiqatlar sübuta yetirmişdir ki, qastroduodenal xoralar polietoloji xəstəlikdir. Lakin, onlar bir müstəvidə - xora nahiyəsində mikrosirkulyator damarların anadangəlmə və ya qazanılmış çatışmazlığı nəticəsində yaranan lokal işemiya fonunda inkişaf etməsi fikrində birləşirlər [1,2,3,4]. Belə ki, işemiya nahiyəsində selikli qişada baş vermiş degenerativ dəyişikliklər xoranın inkişafına rəvac verir.

Son zamanlar xora xəstəliyinin patogenezinə oksidativ stress (OS) nəzə-riyyəsinə böyük əhəmiyyət verilir. OS hüceyrə membranlarının keçiriciliyinin dəyişməsinin, membrana bağlı fermentlərin fəaliyyətinin patogenetik əsasını təşkil edir və son nəticədə hüceyrə metabolizminin ağır pozğunluqlarına gətirib çıxarır [5,6]. Orqanizmdə oksigenin aktiv formalarından hüceyrələrin müdafiə olunmasında əsas rollardan biri qlutationa məxsusdur [7,8,9]. Eksperimental tədqiqatlarda müəyyən edilmişdir ki, OS şəraitində mədənin selikli qişasında antioksidant fermentlərin və qlutationun aktivliyi əhəmiyyətli dərəcədə aşağı düşür və lipidlərin peroksidləşmə yolu ilə oksidləşməsi (LPO) məhsulları yığılır. Mədənin və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi və onun fəsadları zamanı LPO-nun patogenetik rolu sübut edilmişdir [10,11,12,13,14]. Bu zaman antioksidant qlutation tərkibli preparatların yeridilməsi xoradan qanaxma residivinin ehtimalını azaltmaq üçün patogenetik müalicə vasitəsi kimi istifadə oluna bilər.

Tədqiqat işinin əsas məqsədi, qanaxma ilə ağırlaşmış gastroduodenal xoralar zamanı qaraciyər toxumasında lipid peroksidləşməsi intensivliyinin vəziyyətini və onun zülal mübadiləsinə təsirini müəyyənləşdirməklə zülal sintezinin bərpası üçün patogenetik müalicə metodunun işlənilib hazırlanması və onun cərrahi əməliyyatın nəticələrinə təsirinin öyrənilməsidir. Bu məqsədlə ilk növbədə intakt qrupuna daxil olan “Şinşilla” cinsinə aid olan dovşanların normal funksional göstəriciləri əldə edilmiş və sonra yaradılmış modellərlə müqayisə edilmişdir.

Tədqiqatın materialı və metodu: Təcrübələr 38 baş “Şinşilla” cinsinə mənsub olan dovşan üzərində aparılmışdır. Təcrübələr qoyulmamışdan əvvəl, intakt vəziyyətində olan dovşanların qulaq venasından götürülmüş qanın biokimyəvi müayinələri nəticəsində alınmış kəmiyyət göstəriciləri norma kimi qəbul edilmişdir.

Dovşanlarda mədə xorası modeli yaradılması məqsədilə qarın boşluğuna 3 gün müddətində serotonin (30 mq/kg) yeridilmişdir. Sonra qarın boşluğu açılaraq mədənin ön divarından kəsik apararaq mədə boşluğu açılmış və selikli qişaya asetat turşusu ilə silinmişdir. Bununla da selikli qişada yaranmış defekt nahiyəsində qanaxma ocağı

yaradılmışdır. Qeyd olunan üsulla mədə xorası yaradılmış təcrübə heyvanları 2 qrupa bölünmüşdür: 1-ci qrupa daxil olan 9 baş dovşanın hər birinə 3 gün ərzində aminokapron turşusu köçürülmüşdür. 2-ci qrupa daxil olmuş 9 təcrübə heyvanlarına isə 3 gün müddətində vena daxilinə aminokapron turşusu ilə yanaşı ridutoks məhlulu da köçürülmüşdür.

Alınmış nəticələr. İntakt qrupuna daxil olan dovşanların qanında hemoqlobinin miqdarı 10-19 q/l intervalında dəyişmişdir, orta statistik qiyməti $14,9 \pm 0,4$ q/l-ə bərabər olmuşdur. Limfositlər 2,1-3 q/l intervalında qeydə alınmışdır, orta statistik göstəricisi $3,82 \pm 0,14$ q/l-ə bərabər olmuşdur. Eritrositlərin miqdarı 3-5,5 ş.v. intervalında dəyişmişdir, orta statistik qiyməti $4,19 \pm 0,11$ ş.v.-ə bərabərdir. Trombositlərin miqdarı 100-350 ş.v. intervalında dəyişmişdir, orta statistik qiyməti $234,2 \pm 10,9$ ş.v.-ə bərabər olmuşdur. Leykositlərin miqdarı 3-7,09 ş.v. intervalında qeydə alınmışdır, orta statistik göstəricisi isə $5,02 \pm 0,23$ q/l-ə bərabər olmuşdur.

Dovşanların qarın boşluğuna 6 gün müddətində serotonin, 5 gün ərzində diklofenak yeridildikdən sonra qanın ümumi analizinin nəticələri. Mədə xorası modeli yaradılmasının ilk günündə qanda hemoqlobinin miqdarı 4-14 q/l intervalında qeydə alınmışdır, orta miqdarı $8,8 \pm 0,5$ q/l-ə bərabər olmuşdur. Preparat yeridilmiş heyvanların qanında hemoqlobinin miqdarı intakt heyvanlarının qanında olan səviyyə ilə müqayisədə 41,0% azalmışdır ($P < 0,001$). Təcrübəyə götürülmüş 38 baş dovşandan 16 başının (42,1%) qanında hemoqlobinin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır. Digər 22 baş (57,9%) dovşanın qanında isə hemoqlobinin miqdarının normadan aşağı olması aşkar edilmişdir. Limfositlərin miqdarı 3-9,5% intervalında dəyişmişdir. Orta statistik göstərici $6,54 \pm 0,33\%$ olmuşdur. İntakt qrupuna daxil olan dovşanlarla müqayisədə mədə xorası modeli yaradılmış heyvanların qanında limfositlərin miqdarı 71,4% artmışdır ($P < 0,001$). Buna baxmayaraq, 10 baş (26,3%) dovşanın qanında limfositlərin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır. Qalan 28 baş (73,7%) dovşanın qanında isə limfositlərin miqdarı normadan çox olmuşdur. Qanda eritrositlərin miqdarının 2-3,4 ş.v. intervalında dəyişdiyi müşahidə edilmişdir. Onun orta statistik göstəricisi $2,74 \pm 0,08$ ş.v.-ə bərabər olub, intakt vəziyyətində olan dovşanların qanında olan səviyyə ilə müqayisədə 34,6% azalmışdır ($P < 0,001$). Tədqiqat üçün götürülmüş 22 baş dovşandan 7 başında (31,8%) qanda eritrositlərin miqdarı normada qalmışdır, 15 baş (68,2%) dovşanda isə normal səviyyədən aşağı düşmüşdür. Trombositlərin qanda miqdarı 100-290 ş.v. daxilində dəyişmişdir, orta statistik qiymət göstəricisi $198,6 \pm 12,6$ ş.v.-ə bərabər olmuşdur. İntakt qrupu ilə müqayisədə təcrübə qrupunda trombositlərin miqdarı 15,2% azalmışdır ($P < 0,05$). Lakin, buna baxmayaraq, təcrübəyə götürülmüş 22 baş (100%) dovşanın hamısının qanında trombositlərin miqdarı norma daxilində qalmışdır. Leykositlərin miqdarı 7,07-13,04 ş.v. intervalında dəyişmişdir, orta statistik qiyməti isə $10,0 \pm 0,4$ ş.v.-ə bərabər olmuşdur. Mədə xorası modeli yaradılmış dovşanların qanında leykositlərin miqdarı intakt qrupuna daxil olan heyvanların qanında olan səviyyə ilə müqayisədə 99,1% artmışdır ($P < 0,001$). Təcrübə dovşanlarından yalnız 1 başının (4,5%) qanında leykositlərin miqdarı norma səviyyəsini saxlamışdır. Qalan 21 baş (95,5%) dovşanda isə leykositlərin miqdarı normadan yuxarı səviyyəyə qalxmışdır.

Serotonin və diklofenak yeridilərək mədə xorası modeli yaradılmış dovşanlara 3 gün aminokapron turşusu yeridildikdən sonra qaraciyər toxumasında oksidativ stresin vəziyyəti. Təcrübəyə götürülən dovşanların 9 başına 6 gün serotonin yeridildikdən sonra, onlara 5 gün müddətində diklofenak vurulmuşdur. Bu qrup dovşanlar mədə xorası modeli kimi qəbul edilmişdir. Mədə xorası modeli yaradılmış dovşanların hamısına 3 gün ərzində vena daxilinə aminokapron turşusu köçürülmüşdür. Sonra onlar dekapitasiya edilərək qaraciyər orqanizmdən çıxarılmış və ondan hazırlanmış bioplatda oksidativ stressdən yaranmış məhsulların qatılığı müəyyən edilmişdir.

Müəyyən edilmişdir ki, homogenatda malon dialdehidinin (MDA) qatılığı 10,9-14,7 mmol/mq miqdarda dəyişmiş, orta qatılıq isə $12,71 \pm 0,43$ -ə bərabər olmuşdur. Qanaxmanı saxlayan təbiri görülməsinə baxmayaraq, qaraciyərdən hazırlanmış homogenatda MDA-nın qatılığı, intakt vəziyyətində olan dovşanların qaraciyərində olan səviyyə ilə müqayisədə 41,4% artmışdır ($P < 0,001$). Götürülmüş 9 baş dovşanın 100%-də qaraciyər toxumasında MDA-nın qatılığı normadan çox olmuşdur.

3 gün aminokapron turşusu yeridilmiş dovşanların qaraciyər toxumasında DK-nın qatılığı 7,7-12,1 mmol/mq intervalında dəyişmişdir. Dien konyuqatlarının (DK) qaraciyər toxumasında orta statistik qatılığı $9,83 \pm 0,52$ mmol/mq-a bərabər olmuşdur. İntakt qrupu ilə müqayisədə DK-nın qatılığı 184,2% artmışdır ($P < 0,001$). Təcrübəyə götürülən dovşanların hamısının, yəni 9 başının (100%) qaraciyər toxumasında DK-nın qatılığı normadan yuxarı həddə qalxmışdır. Mədə xorası yaradılmış dovşanlara 3 gün ərzində aminokapron turşusu köçürüldükdən sonra qaraciyər toxumasının ümumi antioksidant fəallığı (ÜAF) 20-29% intervalında dəyişmişdir. ÜAF-ın orta statistik göstəricisi $24,7 \pm 1,1\%$ -ə bərabər olmuşdur. Aminokapron turşusu yeridilmiş dovşanların qaraciyər toxumasının ümumi antioksidant fəaliyyəti intakt dovşanlarının ÜAF-ı ilə müqayisədə 36,4% azalmışdır ($P < 0,001$). 9 baş (100%) dovşanın hamısının qaraciyər toxumasında ÜAF-ın miqdarı normadan aşağı olduğu müşahidə edilmişdir.

Mədə xorası modelləşdirilmiş dovşanlara 3 gün müddətində aminokapron turşusu yeridildikdən sonra qanda zülal mübadiləsində baş vermiş dəyişikliklər. Təcrübə heyvanlarına 3 gün müddətində aminokapron turşusu köçürüldükdən sonra onlardan götürülmüş qanda ümumi zülalın, albuminin, qlobulinin, fibrinogenin və LDH-ın miqdarı təyin edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, qanda ümumi zülalın miqdarı 39,6-57,8 q/l intervalında dəyişmiş-

dir. Qanda ümumi zülalın orta miqdarı 47,0±2,0-yə bərabər olub, intakt qrupla müqayisədə 31,4% azalmışdır (P>0,05). Təcrübədə istifadə edilmiş 9 baş (100%) dovşanın hamısının qanında ümumi zülalın miqdarı normadan az olmuşdur. Aminokapron turşusu köçürülmüş dovşanların qanında albuminin miqdarının 22,9-28,1 q/l intervalında dəyişməsi qeydə alınmışdır. Orta statistik qatılıq 25,7±0,6 q/l-ə bərabərdir. İntakt qrupuna daxil olan təcrübə heyvanları ilə müqayisədə albuminin miqdarı 28,4% azalmışdır (P<0,001). Aminokapron turşusu yeridilmiş 9 baş (100%) dovşanın hamısının qanında albuminin miqdarı normadan aşağı olmuşdur. Mədə xorası modeli yaradılmış dovşanlara aminokapron turşusu köçürüldükdən sonra onların qanında qlobulinin miqdarı 20,9-32,4 q/l intervalında qeydə alınmışdır. Qlobulinin orta miqdarı 27,2±1,6 q/l-ə bərabər olmuşdur. İntakt vəziyyətində olan dovşanlardan alınan nəticə ilə müqayisədə qanda qlobulinin miqdarı 14,1% azalmışdır (P<0,01). 4 baş (44,4%) dovşanın qanında qlobulinin miqdarı norma səviyyəsində, 5 baş (55,6%) dovşanda isə normadan aşağı səviyyədə olmuşdur.

Aminokapron turşusu köçürülmüş dovşanların qanında fibrinogenin miqdarı 150-300 q/l intervalında qeydə alınmışdır. Orta qatılığı 222,2±20,1 q/l-ə bərabər olub, intakt qrupuna daxil olan dovşanlarla müqayisədə 35,0% azalması aşkar edilir (P<0,01). Təcrübədə götürülmüş 9 baş dovşandan 6 başında (66,7%) qanda fibrinogenin miqdarı normal səviyyədə qalmış, 3 başında (33,3%) isə qanda fibrinogenin miqdarı normadan aşağı səviyyədə olmuşdur. Aminokapron turşusu köçürülən dovşanların qanında laktatdehidrogenazanın qatılığı 320-450 µkkat/l intervalında dəyişmişdir. Laktatdehidrogenazanın orta qatılığı 378,9±14,0 µkkat/l-ə bərabər olmuşdur. İntakt qrup dovşanlarının qanında olan səviyyə ilə müqayisədə təcrübə dovşanlarının qanında laktatdehidrogenazanın qatılığı 9,3% artmışdır (P>0,05). Bunun nəticəsində 9 baş (100%) dovşanın hamısının qanında laktatdehidrogenazanın miqdarı normal səviyyəyə qalmışdır. Aminokapron turşusu köçürüldükdən sonra dovşanların qanında hemoqlobinin miqdarı 5-8,5 q/l intervalında qeydə alınmışdır. Hemoqlobinin orta miqdarı 6,7±0,4 q/l-ə bərabər olub, intakt qrupuna daxil olan dovşanlarla müqayisədə 54,7% azalmışdır (P<0,001). Bunun nəticəsi olaraq, təcrübəyə götürülmüş heyvanların 100%-də (9 baş) qanda hemoqlobinin miqdarı normal səviyyədə aşağı olmuşdur. Limfositlərin miqdarı isə 4,9-8% arasında dəyişmişdir. Onun orta miqdarı 6,61±0,32% olmuşdur. İntakt qrupuna daxil olan dovşanlarla müqayisədə aminokapron turşusu köçürülmüş təcrübə heyvanlarının qanında leykositlər 75,8% artmışdır (P<0,001). Təcrübəyə götürülmüş 9 baş dovşandan 8-də (88,9%) qanda leykositlərin miqdarı normadan yuxarı olmuşdur. Yalnız 1 baş (11,1%) dovşanın qanında leykositlərin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır.

Aminokapron turşusu köçürülən dovşanların qanında eritrositlərin miqdarı 2,3-4,5 ş.v. intervalında dəyişmişdir. Eritrositlərin orta miqdarı 2,97±0,17 ş.v.-ə bərabər olmuşdur. İntakt qrupu ilə müqayisədə aminokapron turşusu köçürülmüş dovşanların qanında eritrositlərin miqdarı 34,8% azalmışdır (P<0,001). Təcrübəyə götürülmüş heyvanların 8 başının (88,9%) qanında eritrositlərin miqdarı normadan aşağı düşmüşdür. Yalnız 1 baş (11,1%) dovşanın qanında eritrositlərin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır.

Aminokapron turşusu köçürülmüş heyvanların qanında trombositlərin miqdarı 130-320 ş.v. arasında dəyişərək, orta miqdarı 236,7±24,3 ş.v.-ə bərabər olmuşdur. İntakt qrupuna daxil olan dovşanlarla müqayisədə qanda trombositlərin miqdarı 24,9% azalmışdır (P>0,05). Lakin, buna baxmayaraq, 7 baş (77,8%) dovşanın qanında trombositlərin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır. 2 baş (22,2%) dovşanın qanında isə trombositlərin miqdarı normadan aşağı səviyyəyə düşmüşdür.

Aminokapron turşusu köçürülmüş dovşanların qanında leykositlərin miqdarı 7,05-11 ş.v. daxilində dəyişmişdir. Leykositlərin qanda orta miqdarı 8,93-0,48 ş.v.-ə bərabər olmuş, intakt qrupunu təşkil edən dovşanların qanında olan leykositlərin miqdarı ilə müqayisədə 36,7% artmışdır (P<0,05). Təcrübəyə götürülmüş dovşanların 5 başının (55,6%) qanında leykositlərin miqdarı normal səviyyədə, qalan 4 baş (44,4%) dovşanın qanında isə normadan yuxarı səviyyədə olmuşdur.

Mədə xorası modeli yaradılmış dovşanlara 3 gün müddətində aminokapron turşusu və ridutoks köçürüldükdən sonra qaraciyər toxumasında və qanda baş verən biokim- yəvi dəyişikliklər. Mədə xorası modeli yaradılmış dovşanlara 3 gün müddətində aminokapron turşusu və ridutoks yeridildikdən sonra hazırlanmış homogenatda qaraciyər toxumasından MDA, DK və ÜAF-ın qatılığı təyin edilmişdir.

Qaraciyər toxumasında MDA-nın qatılığı 6,3-10,8 mmol/mq intervalında dəyişmişdir. Orta qatılıq 8,18±0,56 mmol/mq-a bərabər olmuşdur. Təcrübəyə götürülmüş dovşanların qaraciyər toxumasında MDA-nın qatılığı intakt qrupuna daxil olan dovşanlardan alınan nəticələrlə müqayisədə 9,0% azalmışdır (P>0,05). Təcrübə heyvanlarının 5 başında (55,6%) MDA-nın qatılığı normal səviyyədə qalmış, 3 baş (33,3%) dovşanda MDA-nın qatılığı normadan aşağı, 1 baş (11,1%) dovşanda isə normadan yuxarı həddə qeydə alınmışdır.

Qaraciyər toxumasında DK-nın qatılığı 3,2-8,5 mmol/mq miqdarında qeydə alınmışdır. Orta qatılığı 6,21±0,68 mmol/mq-a bərabər olub, intakt qrupuna daxil olan dovşanlarla müqayisədə 79,5% artmışdır (P<0,001). Təcrübəyə götürülmüş dovşanların 7 başının (77,8%) qaraciyər toxumasında DK-nın qatılığı normadan yuxarı, 2 baş (22,2%) dovşanda isə norma həddində qalmışdır.

Təcrübə dovşanlarının qaraciyər toxumasında ÜAF 23-35 mmol/mq intervalında olmuşdur. Orta fəalliq 28,9±1,6 mmol/mq-a bərabərdir. İntakt qrupuna daxil olan dovşanlarla müqayisədə ÜAF 25,5% azalmışdır (P<0,001). Təcrübəyə götürülmüş dovşanların 3 başında (33,3%) ÜAF normal səviyyədə, 6 baş (66,7%) dovşanda isə normadan aşağı səviyyədə qalmışdır.

Mədə xorası modeli yaradılmış dovşanlara 3 gün müddətində aminokapron turşusu və ridutoks köçürüldükdən sonra qanda ümumi zülalın miqdarı 41,1-61,3 q/l intervalında dəyişmişdir. Ümumi zülalın orta miqdarı 50,4±2,3 q/l-ə bərabər olmuşdur. Aminokapron və ridutoks məhlulu köçürülməsinə baxmayaraq, yenə də mədə xorası yaradılan dovşanların qanında ümumi zülalın miqdarı, intakt vəziyyətdə olan dovşanlarla müqayisədə 26,4% azalmışdır ($P<0,001$). Təcrübəyə götürülən dovşanların 100%-də (9 baş) qanda ümumi zülalın miqdarı normal səviyyədən aşağı olmuşdur. Albuminin miqdarı 25,5-31,6 q/l arasında qeydə alınmışdır. Orta miqdarı 28,9±0,8 q/l-ə bərabərdir. İntakt vəziyyətlə müqayisədə qanda albuminin miqdarı 19,4% azalmışdır ($P<0,001$). Qanda albuminin miqdarının azalması təcrübəyə götürülmüş dovşanların 100%-də (9 başında) qeydə alınmışdır. Qanda qlobulinin miqdarı 23,3-35,4 q/l intervalında dəyişmişdir. Qlobulinin orta miqdarı 29,9±1,7 q/l-ə bərabər olub, intakt vəziyyətdə olan heyvanlardan alınmış nəticə ilə müqayisədə 5,6% azalmışdır ($P>0,05$). Təcrübəyə götürülən dovşanların 2 başının (22,2%) qanında qlobulinin miqdarı normal səviyyəsini saxlamışdır. Lakin, 3 baş (33,3%) dovşanın qanında qlobulinin miqdarı normadan yuxarı, 4 baş (44,4%) dovşanda isə norma həddindən aşağı səviyyədə olmuşdur.

Təcrübə dovşanlarının qanında fibrinogen 165-310 q/l daxilində dəyişmişdir. Fibrinogenin orta qatılığı 237,3 ± 18,6-ya bərabər olub, intakt qrupuna daxil olan dovşanların qanında olan səviyyəyə nisbətən 30,6% azalmışdır ($P<0,01$). Nəticədə təcrübəyə götürülən dovşanların 6 başının (66,7%) qanında fibrinogenin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır. Lakin, 3 baş (33,3%) dovşanda, qanda fibrinogenin miqdarı normal səviyyədən aşağı düşmüşdür.

Laktatdehidrogenazanın qatılığı 330-450 μ kat/l intervalında dəyişmişdir. Onun orta qatılığı 391,7-13,4 μ kat/l-ə bərabər olmuşdur. Laktatdehidrogenazanın qatılığı intakt qrupuna daxil olan dovşanların qanında olan səviyyəyə nisbətən 13,0% artmışdır ($P>0,05$). Qanda laktatdehidrogenaza fermentinin qatılığının normadan yüksək olması təcrübəyə götürülən dovşanların 100%-də müşahidə edilmişdir.

Mədə xorası modeli yaradılmış dovşanlara 3 gün müddətində aminokapron turşusu və ridutoks yeridildikdən sonra qanın ümumi analizindən aşağıdakı nəticələr alınmışdır. Qanda hemoqlobinin miqdarı 6-9,6 q/l intervalında dəyişmişdir. Onun orta miqdarı 8,0±0,4-ə bərabər olub, intakt qrupu ilə müqayisədə 45,7% azalmışdır ($P<0,001$). Qanda hemoqlobinin miqdarının azalması təcrübəyə götürülmüş heyvanların 100%-də müşahidə edilmişdir. Limfositlərin miqdarı 4-7% intervalında dəyişmişdir. Limfositlərin qanda orta miqdarı 5,56±0,34%-ə bərabər olmuş, intakt qrupuna daxil olan heyvanlardan alınmış nəticə ilə müqayisədə 47,8% artmışdır ($P<0,001$). Limfositlərin miqdarı 2 baş (22,2%) dovşanda norma daxilində qalmış, qalan 7 baş (77,8%) dovşanda isə norma göstəricisindən yuxarı olmuşdur. Qanda eritrositlərin miqdarı 2,7-4,3 $\times 10^9$ $\times 10^9$ $\times 10^9$ hüdədədə dəyişmişdir, orta miqdarı 3,38±0,17-ə bərabər olmuşdur. İntakt qrupuna daxil olan dovşanların qanında eritrositlərin miqdarı ilə müqayisədə 25,8% azalmışdır ($P<0,001$). Götürülmüş 9 baş təcrübə dovşanının qanında eritrositlərin miqdarı yalnız 1 baş (11,1%) dovşanda normal səviyyədə qalmışdır. 8 baş (88,9%) dovşanın qanında eritrositlərin miqdarı norma göstəricisindən aşağı olmuşdur. Trombositlərin miqdarı 140-370 $\times 10^9$ $\times 10^9$ $\times 10^9$ hüdədədə dəyişmişdir, orta statistik göstəricisi 268,9±28,6 $\times 10^9$ $\times 10^9$ $\times 10^9$ hüdədədə bərabər olmuşdur. İntakt qrupuna daxil olan dovşanlarla müqayisədə, təcrübə dovşanlarının qanında trombositlərin miqdarı 14,6% azalmışdır ($P>0,05$). Təcrübəyə götürülən dovşanlardan 7 başının (77,9%) qanında trombositlərin miqdarı normal səviyyədə saxlanmış, 2 baş (22,2%) dovşanda isə trombositlərin miqdarı normadan aşağı səviyyədə qeydə alınmışdır. Leykositlər 6,03-10 $\times 10^9$ $\times 10^9$ $\times 10^9$ hüdədədə dəyişmiş, qanda orta miqdarı 7,96±0,41 $\times 10^9$ $\times 10^9$ $\times 10^9$ hüdədədə bərabər olmuşdur. Təcrübə dovşanlarının qanında leykositlərin miqdarı intakt qrupuna daxil olan dovşanların qanında olan səviyyə ilə müqayisədə 21,9% artmışdır ($P>0,05$). Buna baxmayaraq, 9 baş dovşanın (100%) hamısının qanında leykositlərin miqdarı normada qalmışdır.

Beləliklə, hemostatik terapiya fonunda qlutation tərkibli ridutoksun yeridilməsi qanaxma ilə fəsadlaşmış gastro-duodenal xoralar zamanı qaraciyərin funksional vəziyyətini yaxşılaşdırmaqla zülal sintezini bərpa edir və belə patoloji zamanı kompleks müalicənin tərkib hissəsi kimi istifadə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT:

1. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В. Тактика лечения больных с язвенными кровотечениями. // XI съезд хирургов Российской Федерации. Волгоград, 2011, с. 643
2. Лебедев Н.В. и др. Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия, 2007, №3, с. 17-21
3. Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Сагитов Р.Б. Гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях. // Хирургия. 2010, №3, с. 20-26
4. Okan A., Simsek İ., Akpınar H. et al. Somatostatin and ranitidine in the treatment of non- variceal upper gastrointestinal bleeding: a prospective, randomized, double-blind, controlled study. //Hepatogastroenterology, 2000, vol. 47, p. 1325-1327
5. Брехов Е.И., Репин И.Г., Никифоров П.А., Забровская Л.В. Подготовка хирургов к выполнению операций при гастродуоденальных кровотечениях в условиях симуляционного центра. //XI съезд хирургов Российской Федерации. Волгоград, 2011, с. 652-653

6. Cappell M.S; Medscape. Therapeutic endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2010, Mar 9

7. Коровин А.Я., Кулиш В.А., Манжос А.Н., Породенко Е.Е. Эндоскопический гемостаз с применением аргоноплазменной коагуляции в жидкой среде. //XI съезд хирургов Российской Федерации. Волгоград, 2011, с. 668

8. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. Прогноз рецидива кровотечений из гастродуоденальных язв. // Хирургия, № 2, 2009, с. 32-34

9. Липницкий Е.М., Кургузов О.П., Алекберзаде А.В., Эрадикационная терапия в предупреждении рецидивов кровотечения у больных язвенной болезнью. //V съезд научного общества гастроэнтерологов России. М. 2005, с. 108-109

10. Винокуров М.М., Капитонова М.А. Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, //Хирургия, № 2, 2008, с. 33-36

11. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. // Хирургия, № 7, 2003, с. 43-49

12. Хамидов М.Г., Курбонов К.М., Сафаров Ф.Ш. Новое в патогенезе перфорации хронических гастродуоденальных язв. // XI съезд хирургов Российской Федерации, Волгоград, 2011, с. 704

13. Diciar M., Peura D. Helicobacter pylori and related gastrointestinal diseases. //J. Clin. Gastroenterology, 2007, vol. 41, №6, p. 548-558

14. Wang X., Fang J.Y., Lu R., Sun D.F., A meta-analysis: comparison of esomeprazole and other proton pump inhibitors in eradicating Helicobacter pylori. Digestion. // 2006; 74(3-4):235

***Rəyçi:** ATU-nun III Cərrahi xəstəliklər kafedrasının dosenti:*

C.N.Ramazanov

Redaksiyaya 22.11.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.

RİGLER TRIADASI. 90YAŞLI QADINDA KLİNİK TƏCRÜBƏMİZ

A.C.ABDULLAYEV, E.V.NƏBİYEV, F.H.CAMALOV, İ.Ə.ŞƏFİYEV, A.Ş.QASIMOV
ATU-nun III Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Triad rigler. Clinical observation of 90 summer patient
A.J. Abdullaev, E.V. Nabiyeva, F.G. Jamalov, I.A. Shafiyev, A.Sh. Qasimov

Summary: A clinical case of gallstone ileus accompanied by cholecystoduodenal fistula and tactics of treatment of this pathology in a certain clinical situation is described in the article. A 90-year-old woman was hospitalized to the center with the diagnosis of chronic pancreatitis, exacerbation; complaints of moderate pains in the epigastrium and paraumbilical area, nausea and single plentiful vomiting within one day. After instrumental examination including the abdominal ultrasound, fibrogastroduodenoscopy, abdominal CT scan the diagnosis of cholecystoduodenal fistula and gallstone ileus was made. In operative intervention performance of revealed the site of obstruction of the small intestine. Considering the age of the patient and the accompanying pathology as well as the absence of duodenal and gallbladder inflammation, only enterolithotomy was done. Throughout the postoperative period no complications were observed.

This case report demonstrates an unusual complication of cholelithiasis: cholecystoduodenal fistula with the formation of gallstone ileus. Certain attention at pathology is paid to surgical volume in different groups of patients. One-stage elimination of both ileus and cholecystoduodenal fistula with a cholecystectomy is carried out only instable patients without severe accompanying pathology. In case of pathology described in this report, it is necessary to perform only enterolithotomy preferably by invasive technique and only in the delayed period depending on the condition of the patient the surgeon should decide on implementation of the second stage – cholecystectomy and elimination of cholecystoduodenal fistula.

Key words: chronic calculous cholecystitis, cholecystoduodenal fistula, obstructive ileus, gallstone ileus

Триада риглера. Клиническое наблюдение 90 летней пациентки
А.Дж. Абдуллаев, Э.В. Набиева, Ф.Г. Джамалов, И.А. Шафиев, А.Ш. Гасымов

Резюме: В статье описан клинический случай желчнокаменной кишечной непроходимости при наличии холецистодуоденального свища и тактика лечения данной патологии в определенной клинической ситуации. Женщина 90 лет была госпитализирована в центр с диагнозом хронический панкреатит, обострение. Предъявляла жалобы на умеренные боли в эпигастрии и околопупочной области в течение суток, тошноту и однократную обильную рвоту. После проведения инструментального обследования (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, компьютерная томография органов брюшной полости) был выставлен диагноз: холецистодуоденальный свищ, обтурационная тонкокишечная непроходимость. Выполнено оперативное вмешательство: лапаротомия, при которой было выявлено место обтурации тонкой кишки. Учитывая возраст пациентки и сопутствующую патологию, а также отсутствие воспалительного процесса в области желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки, была выполнена только энтеролитотомия.

Случай демонстрирует редко встречающееся осложнение желчнокаменной болезни: холецистодуоденальный свищ с формированием желчнокаменной тонкокишечной непроходимости. Обращается внимание на объем оперативного вмешательства при данной патологии у разных групп пациентов. Одномоментное устранение и кишечной непроходимости, и холецистодуоденального свища с холецистэктомией выполняется только у стабильных пациентов, не имеющих тяжелой сопутствующей патологии. При наличии таковой, как в описанном случае, необходимо ограничиться только энтеролитотомией, по возможности малоинвазивным способом, и только в отсроченном периоде, в зависимости от состояния пациента, следует решать вопрос возможности и необходимости выполнения второго этапа – холецистэктомии или ликвидации холецистодуоденального свища.

Ключевые слова: хронический калькулезный холецистит, холецистодуоденальный свищ, обтурационная кишечная непроходимость, желчнокаменная кишечная непроходимость.

Açar sözlər:

Giriş. Öddəşi xəstəliyi (ÖDX) ən çox yayılmış cərrahi xəstəliklərdən biridir [1]. Bu vəziyyət müasir diaqnostik skrininq üsulların yayılması (qarın boşluğu orqanların ultrasəs müayinəsi) və həmçinin, metabolik sindromlu xəstələrin sayının artması ilə izah edilir. ÖDX risk faktorlarına ilk öncə «4F» (female — qadın çinsi, fat — köklük, forties — 40 yaşdan yuxarı, fertile — çox doğmuş qadınlar) aiddir [2].

ÖDX ilə olan xəstələrin sayı biliar traktın fəsad strukturlarını artırır. Öddaşı mənşəli obturasion bağırsaq keçməzliyin rast gəlmə tezliyi bağırsaq keçməzliyi ilə müşahidə olunan halların ümumi sayına nisbəti 0,17 - 6,2%, letallıq isə yaşlı xəstələrdə 25,5% təşkil edir [3]. Əsasən fistula 12-barmaq bağırsaq, yoğun bağırsaq, bəzi hallarda isə mədə və nazik bağırsaqla yaranır. Biliar ileus ölçüsü 2-2,5-dən sm çox olan böyük öd daşların keçməsi nəticəsində yaranır[4]. Biliar ileusun klinikası genişdir və obturasiyanın səviyyəsindən asılıdır. 50% hallarda diaqnoz yalnız laparotomiya zamanı qoyulur.

İşin məqsədi– cərrahi müalicənin taktikasını təsvir edərək öddaşı mənşəli bağırsaq keçməzliyi olan klinik müşahidənin prezentasiyasıdır.

Material və metodlar. Klinik müşahidə.

Klinik müşahidəmiz

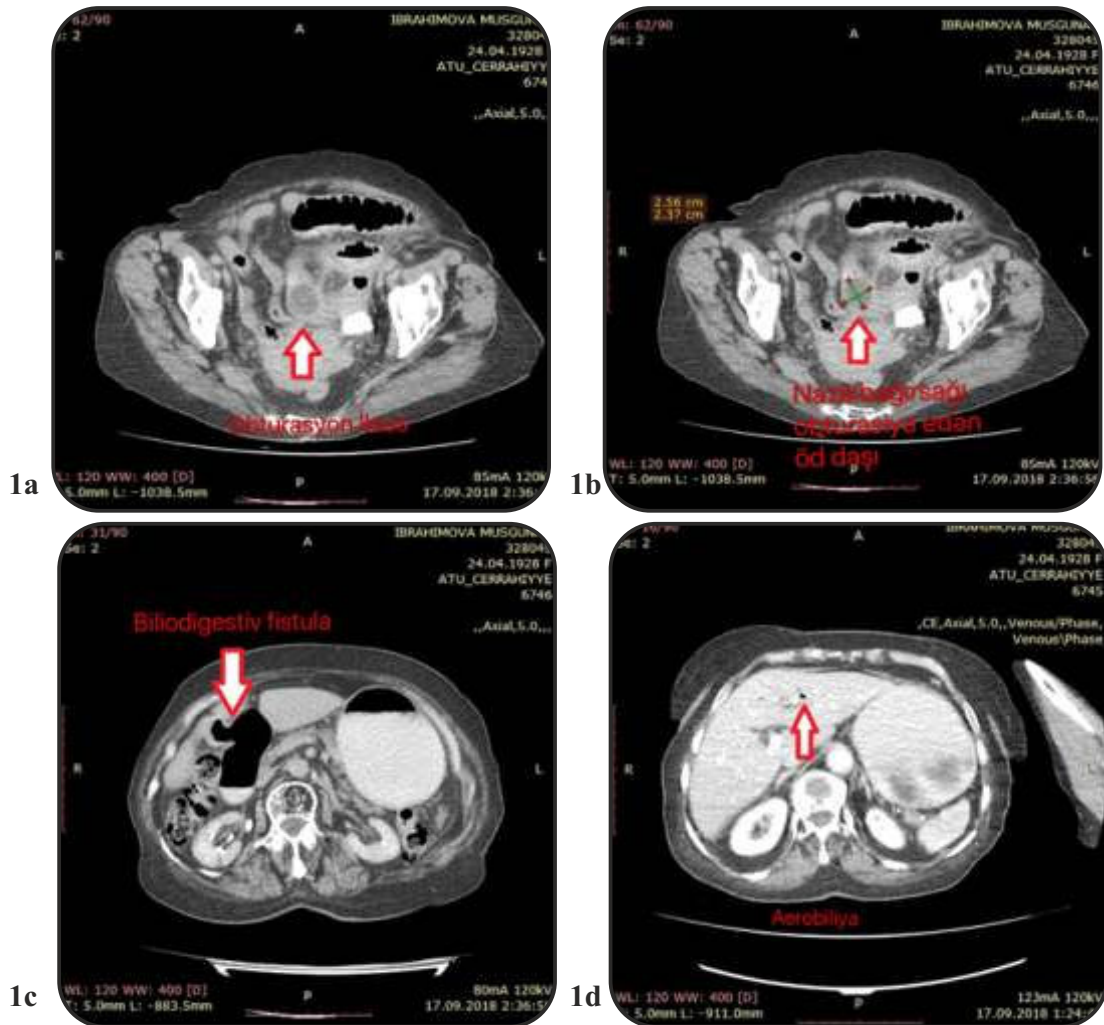
Xəstə İbrahimova Muşginaz 90 yaşında (xəst. tarixi 5796/18) Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris-cərrahiyyə klinikasına 19.09.2018-ci il tarixində “Kəskin bağırsaq keçməzliyi” diaqnozu ilə gəbul olunmuşdur. Anamnezindən bəlli olur ki, xəstə uzun müddət xroniki kalkulyoz xolesistitə görə əziyyət çəkib.

Daxil olarkən xəstənin şikayətləri qarında olan tutmaşəkilli ağrılar, köp, ürəkbulanma və dəfələrlə qusma, nəcis və qazların olmaması, ümumi zəiflik və halsızlıqdan ibarət olmuşdur.

Ultrasəs müayinəsi zamanı öd kissəsi patologiyasızdır, boşalmış vəziyyətdədir, mənfəzində konkret qeyd olunmur.

FQDS zamanı 2 litrə qədər öd qarışıqlı bulanıqmədə möhtəviyyatı evakuasiya olunub, mədənin antral hissəsində eroziyalar qeyd olunur.

Qarın boşluğu orqanların kompüter tomoqrafiyasının nəticəsi: Qaraciyərdaxili və xarici öd yollarında, öd kissəsinin mənfəzində aerobiliya, sərbəst hava qabarçıqların və nazik bağırsaq mənfəzində konkretin (öd daşı) olması qeyd olunur. Çanaq boşluğunda orta xəttə nazik bağırsaq ilgəyinin daxilində yığıntının və sərbəst hava qabarçığının izləndiyi düzgün konturlu struktura (öd daşı) (şəkli 1a, b,d).



Şəkil 1a,b,c,d. Qarın boşluğu orqanların kompüter tomoqrafik görünüşü.

Proksimal nazik bağırsağ keçməzliyi. Geniş əsaslı xolesistoduodenal fistula (şəkillc). Mədəaltı vəz struktur dəyişiksizdir.

Qarın boşluğu orqanların icmal rentgenoqrafiyası zamanı – mədə bağırsağ traktı boyu qaz qeyri- müntəzəm yerləşmədədir. Nazik bağırsağ keçməzliyi üçün səciyyəvi olan hava-maye səviyyələri izlənilir. Kiçik çanaqda orta xətdə kalsifik kölgəlik- aşkar edilir (şəkil 2).



Şəkil 2. Qarın boşluğu orqanların rentgenoqrafik görünüşü.

Klinik – laborator analizlərdə: WBC – $10,99 \times 10^9/l$, RBC – $4,34 \times 10^{12}/l$, HGB – $14,4g/dl$, PLT – $327 \times 10^9/l$, HBsAg(-), Anti-HCV(-), Qlukoza aclıq – $149,3mg/dL$, PT – $9,2sn$, Pİ- $117,3\%$, İNR- $0,85$, ümumi bilirubin - $12 mkmol/l$, kreatinin – $1,68 mg/dl$, CRP - $169,78mg/l$.

Bağırsağ keçməzliyi əlamətlərin olması ilə əlaqədar xəstə urqent qaydada əməliyyat olunub. Operativ müdaxilənin protokolundan: Endotraxeal narkoz altında orta-orta laparotom kəsiklə qarın boşluğu açıldı. Qarın boşluğunda 500 ml bulanıq seroz maye aşkar olundu və evakuasiya edildi. Təftiş zamanı nazik bağırsağ Treys bağından başlayaraq 2 m məsafədə diametri 4,5-5sm-dək dilatasiyaya uğramışdır. Dilatasiya 2m məsafədə yerləşən mənəfəzi tam obstruksiya etmiş və buraya pərçinlənmiş bərk konsistensiyalı ölçüləri 2,2-2,5 sm olan konkrement hesabınadır. Obstruksiyadan sonrakı bağırsağ ilgəhləri genişlənməyib, mənəfəzi boşdur. Bağırsağ boylama 2sm-lik kəsiklə enterotomiya edilərək, mənəfəzindən üzəri kələ-kötür və ölçüləri 2,2-2,5sm olan konkrement –öd daşı xaric edildi (şəkil 3).



Şəkil 3a,b. Törəmənin üzərində aparılan boylama enterotomiya, üzəri kələ-kötür konkrement.

Daş xaric edildikdən sonra, divarda olan defekt köndələn fasiləsiz tikişlərlə bağlandı. Əməliyyat sahəsi xaricə drenə olundu.

Əməliyyatdan sonrakı diaqnoz: Kəskin obturasion öddaşı mənşəli bağırsaq keçməzliyi.

Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçib. Xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Nəticələr və müzakirə. Kəskin obturasion öddaşı mənşəli bağırsaq keçməzliyi tipik kliniki gedişat və dövrü təzahür simptomların olmaması ilə xarakterizə olunur. Lakin bəzi müəlliflər biliar ileusun klinikasında kəskin xolesistitin kəskinləşməsindən asılı olaraq xəstəliyin gedişatında müəyyən bir dövrü təzahür və gedişat qeyd edirlər [5]. Öddaşı mənşəli bağırsaq keçməzliyin 3 tipini ayırd edirlər: piloroduodenal, nazik bağırsaq və yoğun bağırsaq keçməzliyi. Ən çox obstruksiya qalça bağırsağın distal hissəsində lokalizə olunur. Piloduodenal obstruksiya daşın 12-barmaq bağırsaqda pərcinlənməsi zamanı yaranır (sindrom Buvere). Ədəbiyyatda öddaşı mənşəli bağırsaq keçməzliyi zamanı Q. Mondor triadası (1940) barədə məlumatlar qeyd olunur: ahıl və qoca yaş, palpasiya zamanı müəyyən olunan bərk konsistensiyalı şişəbənzər törəmə, anamnezində ÖDX-nin olması.

Öddaşı mənşəli bağırsaq keçməzliyin diaqnozu kifayət qədər çətin və 50% hallarda laparotomiya zamanı müəyyən olunur. Klassik əlamətlərə aiddir: pnevmobiliya, bağırsaq keçməzliyi, öd daşlarının qeyri tipik yerdə yerləşməsi. Bu 3 əlamət Riqler triadasını təşkil edir, 40-50% hallarda rast gəlinir. Fibroqastroduodenoskopıyanın köməylə 12-barmaq bağırsağın mənfəzində konkret və biliodigestiv fistula aşkar etmək olur. USM fəaliyyətini itirmiş öd kissəsi, aerobiliya, qarın boşluğunda ektopik yerləşmiş konkret aşkarlanmasına kömək edir. Lakin klinik, sonografik simptomlar və anamnestik məlumatların eyni zamanda olması 10-20% hallarda rast gəlinir.

Bu patologıyanın əsas müalicə üsulu operativ müdaxilədir. Öddaşı mənşəli bağırsaq keçməzliyi zamanı əməliyyat – açıq və ya laparoskopik enterolitotomiyadır. Bağırsaq mənfəzinin bağırsağın dəyişilməmiş hissəsində açmaq məqsədilə, konkret imkan daxilində proksimal istiqamətə tərəf itələnilir.

Simultant əməliyyatlar destruktiv xolesistit, öd kissəsinin perforasiyası, mexaniki sarılıq, irinli xolanqit və s. olan ağırlaşmalar zamanı aparılır.

Öddaşı mənşəli obturasion bağırsaq keçməzliyin cərrahi müalicəsinin təkmilləşməsi urgent abdominal cərrahiyyədə çətin və axıra kimi həll olunmayan problem olaraq qalmaqda davam edir. Bu isə öz növbəsində optimal cərrahi strategiyanın müəyyən etməsi üçün sonrakı müayinələrin aparılmasını tələb edir.

Nəticələr. ÖDX fəsadlarının profilaktikası üçün, hətta “lal” daşlar olduğu halda, vaxtında öd axarı yolların cərrahi sanasiyasını aparmaq lazımdır.

Öddaşı mənşəli bağırsaq keçməzliyin müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşması xəstəliyin gedişatının xarakteri barədə biliklərin olması, alınan anamnestik məlumatların, obyektiv və instrumental müayinə üsulların düzgün interpretasiyası hesabına olur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Ринчаг Н. О. Хвороби органів травлення: історичні паралелі змін класифікації та епідеміологічної ситуації / Н. О. Ринчаг, А. О. Керецман // Семейная медицина, 2015, № 4 (60), с. 137-141.
2. Фадеенко Г. Д. Желчекаменная болезнь: механизмы развития, подходы к терапии / Г. Д. Фадеенко, В. М. Чернова // Сучасна гастроентерологія, 2015, № 4 (60), с. 137-141.
3. Щербина М.Б. Сучасний стан диспансерного спостереження за пациентами млодого віку з біліарною паталогією // Сучасна гастроентерологія, 2015, №4, с. 137-141.
4. Nuno-Guzmano C. M. Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction // WJGS., 2010, Vol. 2, №5, p. 172–76.
5. Криворучко И.А., Лесной В.В., Гончарова Н.Н. Клинический случай желчнокаменной кишечной непроходимости // Modern Methodology of Science and Education, 2017, №4, с. 53-56.

Rayçı: M.A. Topçubaşov adına Eimi Cərrahiyyə Mərkəzinin
Qida borusu, mədə, 12b/b cərrahliğı şöbəsinin rəhbəri:

t.e.d. Rüstəmov E.A.

Redaksiyaya 08.01.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur.

XORA MƏNŞƏLİ QASTRODUODENAL QANAXMALARIN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNƏ MÜASİR YANAŞMA

ALMƏMMƏDOV E.A., ŞİRİNOV Z.T., ABBASOVA G.Ə., AĞALAROVA G.Ə.

*Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan
5 saylı şəhər klinik xəstəxanası, Bakı, Azərbaycan
(email: gulshen.abbasova@inbox.ru)*

*Modern approach to the surgical treatment of gastroduodenal ulcerative bleeding.
Almamedov E.A., Shirinov Z.T., Abbasova G.A., Agalarova G.A.*

Summary: Gastrointestinal bleeding of ulcerative etiology has been and remains an urgent problem of surgery. The aim of the work is to develop a range of therapeutic measures, including endoscopic hemostasis, in acute gastroduodenal bleeding of ulcerative etiology. The article presents the results of treatment of 327 patients with acute bleeding on the background of gastric ulcer and duodenal ulcer. The methods of endoscopic hemostasis, surgical treatment of patients in this category are described. As a result of this work, we concluded that the management of patients with gastric bleeding and duodenal ulcer of ulcerative etiology requires an individual differential approach. In most patients, conservative treatment is positive.

Key words: Gastroduodenal bleeding, gastric ulcer, duodenal ulcer.

Современный подход к хирургическому лечению гастродуоденальных кровотечений
язвенной этиологии.

Алмамедов Э.А., Ширинов З.Т., Аббасова Г.А., Агаларова Г.А.

Резюме: Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии были и остаются актуальной проблемой хирургии. Целью работы является разработка комплекса лечебных мероприятий, включая эндоскопический гемостаз, при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. В статье представлены результаты лечения 327 пациентов с острым кровотечением на фоне язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. Описаны методы эндоскопического гемостаза, оперативного лечения больных данной категории. В результате проведенной работы, мы пришли к выводу, что при ведении больных с кровотечением желудка и 12 перстной кишки язвенной этиологии необходим индивидуальный дифференциальный подход. У большинства пациентов консервативное лечение дает положительный результат.

Ключевые слова: Гастродуоденальное кровотечение, язва желудка, язва 12 перстной кишки.

Açar sözlər: gastroduodenal qanaxma, mədə xorası, 12 barmaq bağırsağın xorası.

Giriş: Xora mənşəli gastroduodenal qanaxmaların müalicəsi müasir cərrahiyyənin aktual müzakirə mövzusu olaraq qalmaqdadır. Həzm traktının yuxarı şöbələrindən olan qanaxmalara 60-70% hallarda mədə və 12 barmaq bağırsağın xora xəstəliyi səbəb olur [1,2,3,4]. Hazırkı dövrdə mədə və 12 barmaq bağırsağın xora mənşəli qanaxmalarının rastgəlmə tezliyi çox yüksək olub 7,4-16%, letallıq isə 13-15% təşkil edir. Yaşlı insanlarda letallıq 25-30% qədər yüksəlib. Faiz göstəricilərinin belə yüksək olması qastroduodenal qanaxmaların müalicəsi və profilaktikası istiqamətində yeni tədqiqatların aparılmasını tələb edir [5,6,7,8,9,10].

Məqsəd: Endoskopik hemostazda daxil olmaqla kəskin qastroduodenal qanaxmaların müalicə kompleksinin işlənilib hazırlanmasından ibarətdir.

Material və metodlar: Kliniki material 2013-2017-ci illər ərzində Bakı şəhəri 5 saylı klinik xəstəxanasında qastroduodenal qanaxma ilə daxil olmuş 327 xəstənin diaqnostika və müalicəsinin nəticələrinə həsr olunmuşdur. Bütün xəstələrdə qanaxmaya xora xəstəliyi səbəb olmuşdur. Pasiyentlərin yaş həddi 15-90 arası olmuşdur. Orta yaş 56,5 olmuşdur. Bu pasiyentlərdən 257-i (78,6%) kişi 70 (21,4%), nəfəri isə qadın olmuşdur. Beləliklə bu patoloji ağırlaşma daha çox kişilərdə rast gəlinmişdir. Qastroduodenal qanaxmaların kişilər arasında və əmək qabiliyyətli insanlar arasında daha çox rast gəlinməsi sosial problem olduğuna dəlalət edir.

Kliniki olaraq 194 (59,3%) xəstədə melena, 79 (24,1%) xəstədə qəhvə xıltlı xarakterli qusma, 54 (16,5%) xəstədə qanlı qusma şikayətləri olmuşdur. Əksər xəstələrdə ümumi zəiflik, halsızlıq, başgicəllənmə kimi şikayətlər yer almışdır. Anamnestik məlumatlara əsasən 70% hallarda xəstələrdə xora olmuş qanaxma təkrarlanmışdır, 30% hallarda isə təzə rast gəlinmişdir.

Mədə və 12 barmaq bağırsağın qanaxmalarının müalicəsində əsas məqsəd qanaxmanın dayandırılması, qanaxma residivinin profilaktikası və xəstənin effektiv müalicəsidir. Bunun üçün ilkin olaraq qanaxmanın etiologiyası

nın, lokalizasiyasının təyini məqsədi ilə bütün xəstələrə təcili video-fibroezofaqoqastroduodenoskopiya (VFEQDS) aparılmışdır. Xəstələrə VFEQDS müayinəsinin sutkanın bütün saatlarında aparılmasına imkan və şərait vardır. Bu müayinə xəstə klinikaya daxil olduqdan ilk iki saat ərzində növbətçi həkim-endoskopist tərəfindən aparılır. Pasiyentlərin VFEQDS müayinəsinə hazırlanması xüsusi olaraq aparılır. Belə ki, mədəyə zond salınaraq təmiz su gələnə kimi yuyulur. 30-40 dəqiqəlik yuyulma effekt vermədikdə, yuma dayandırılır və VFEQDS müayinəsi icra edilir. Bu cür yuyulma böyük əksəriyyət xəstələrdə endoskopik olaraq diaqnoz qoyulmasına şərait yaradır. VFEQDS qanaxmanın aktivliyinin dərəcəsini, lokalizasiyasını və etiologiyasını təyin etməyə imkan vermişdir. 238 (72,8%) xəstədə qanaxma 12 barmaq bağırsağın xora xəstəliyi ilə əlaqədar olmuşdur. Digər 89 (27,2%) xəstədə qanaxma mənbəyi mədədə lokalizasiya olunmuşdur. Beləliklə əksər xəstələrdə (325-99,4%) qanaxmanın mənbəyi dəqiq tapılmışdır. Yalnız 2 (0,6%) xəstədə profuz qanama səbəbindən texniki çətinlik olmuş, qanaxmanın mənbəyi sonrakı müayinələrdə dəqiqləşdirilmişdir.

Xəstələrin vəziyyətinin qiymətləndirilməsində aparılan müayinə komplekslərinə obyektiv göstəricilərin toplanması, mütləq laborator və instrumental müayinələr, qan itkisinin miqdarının və ağırlığının qiymətləndirilməsi, qanaxmanın mənbəyinin vizualizasiyası və onun xarakteristikası, somatik statusun qiymətləndirilməsi, qanaxma residivinin riskinin müəyyən edilməsi daxil olmuşdur. Hemodinamik göstəricilər və laborator müayinələrin cavablarına əsasən 35% ağır, 42% orta, 23% yüngül dərəcəli qanıtirmə halları olmuşdur. Yüngül dərəcəli qanıtirmə halları zamanı hemotransfuziyaya ehtiyac olmamışdır.

279 (85,3%) xəstədə konservativ müalicə nəticəsində qanaxma dayanmışdır. Konservativ müalicə protokol üzrə aparılır. Burada hemostazın təmin edilməsi ilə yanaşı sirkulyasiya edən qan həcminin bərpası və hemodinamik göstəricilərin stabilləşdirilməsi kimi məqsədlər qoyulur. Xəstə bir başa reanimasiya və intesiv terapiya şöbəsinə (RİTŞ-ə) yerləşdirilir. RİTŞ-də xəstəyə nazoqastrol zond yeridilir, VFEQDS üçün hazırlıq aparılır. Orada parenteral olaraq proton pompası inhibitoru (pantoprozol, omeprozol) və ya H₂-histamin blokatoru (ranitidin, famotidin) təyin edilir. Tez bir zamanda mədə tuşuluğunu aşağı salmaq məqsədi ilə antisekretor preparatlar parenteral yeridilməlidir. Bu məqsəddə daha çox pantoprozol işə yarayır. Pantoprozolun bir dəfəlik vena daxili dozası 1 saat ərzində mədə turşusunu ingibisiya edir. 40 mq vena daxili vurulduda, turşuluq 86%, 60 mq – 98%, 80 mq – 99% azalır. Bu zaman həmçinin mədənin sekresiyası da azalır. Pantoprozolun standart dozası 80 mq vena daxili vurulduqdan 12 saat sonra turşuluq 95%, 24 saat sonra isə 79% azalmış olur. Qanaxmanın təkrarlanmaması üçün axlorhidriyanın saxlanması məqsədi ilə pantoprozolun 8 mq – 1 saat dozada daimi infuzion malicəsini tətbiq etmişik. İtirilmiş qan və hemodinamik göstəricilərinə uyğun infuzion, hemostatik terapiya aparılır. Traneksan turşusu (transamin, kleston) trombon əmələ gəlməsini tezləşdirir və damar elastikliyi yaxşılaşdırır. Bu dərman vasitəsindən əlavə disinon, vikasiol, aminokapron turşusu, kalsium-xlor məhlulu istifadə olunur. Hb səviyyəsi 70 q/l olduqda, hemotransfuziyaya göstəriş yaranır. Son 5-10 il ərzində qan tədarüki mərkəzləşdirilmiş qaydada olduğu üçün, istənilən vaxtda qanın əldə edilməsi mümkündür. Hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra təcili endoskopik müayinə edilir. Diaqnoz VFEQDS vasitəsi ilə dəqiqləşdirildikdən sonra qanaxma davam edərsə, endoskopik olaraq qanaxmanın saxlanılmasına cəhd edilir. İndiki zamanda endoskopik hemostaz gastroduodenal qanaxmaların dayandırılmasında və onların residivinin profilaktikasında önəmli metodlardan biri hesab olunur [5,10]. Mədə və 12 barmaq bağırsağı qanaxmaları endoskopik olaraq Forrest təsnifatı ilə dəyərləndirilmişdir.

1. Aktiv qanaxma: F1a - güclü pulsasiyalı arterial qanama; F1b – zəif axınlı venoz qanama.

2. Dayanmış qanaxma əlamətləri: F2a – görünən tromblaşmış damar; F2b – fiksə olunmuş qan laxtası; F2c – xora dibinin hemorragiya əlaməti.

3. Olmuş qanaxma əlaməti: F3 təmiz dibli xora, vizual olaraq qanama əlaməti görünür.

Qanaxma zəif olduğu halda F1b zamanı endoskopik hemostaz aparmağa cəhd edilir. 27 xəstədə endoskopik hemostaz aparılmışdır. 15 xəstədə adrenalın qarışıqlı soyuq su məhlulunun qanama mənbəyinə vurulması zəif qanaxmaların dayandırılmasına yardımçı olmuşdur. 10 xəstədə isə belə müdaxilə effekt verməmiş, invaziv metoda keçilmişdir. Belə ki, xora ətrafı nahiyəyə 4 yerdən fizioloji məhlulla durulaşdırmış adrenalın inyeksiyası – diatermokoaqulyasiya edilmişdir. Bu məqsədlə iynəsir-inyektor (akad. B. Ağayevin təklifi) il tətbiq olunmuşdur. 2 xəstədə birbaşa məhlul inyeksiyası aparılmışdır. Bu üsulla 2 xəstədə qanamayı dayandırmaya mümkün olmamışdır [1,2].

Endoskopik hemostaz üsullarından aşağıdakılar istifadə olunmuşdur:

1. Termiki üsul. Diatermokoaqulyasiya– uzun müddət kiniki təcrübə sınağından çıxmış universal və yüksək effektiv endoskopik hemostaz üsulu sayılır. Diatermokoaqulyasiya zamanı mono-, bi- və multikoaqulyasiya mənbəyindən istifadə olunur. Bu zaman yüksək tezlikli elektrik cərəyanının hesabına qısa zamanda toxumaların qızması və qanayan damarlar trombozuna və ya yaranmış trobon bərkiməsinə - pıxtalaşmasına səbəb olur. Son zamanlar termokoterizasiya 100 dərəcə qızdırılmış işləktermozond ucluğundan istifadə olunur.

2. İnyeksion üsul – adrenalın, alkohol, etil spirti, sklerozantlar – etoksisklerol və s.

3. Mexaniki üsul - klypləmə və elastiki həlqələrlə liqatra üsulları istifadə olunur.

36 (69,4%) pasiyentdə qanaxma VFEQDS zamanı dayandırılmışdır. Beləliklə əksər xəstələrdə (96,3%) konservativ müalicə effektiv olmuşdur. Müasir dərmanların tətbiqi, endoskopik müayinə və invaziv müalicə tədbirlərin, o cümlədən qan tədarükünün mərkəzləşmiş qaydada sutkanın istənilən vaxtda əldə olunması xəstələrin təcili cərrahi əməliyyata məruz qalmasını müəyyən qədər azaltmışdır.

Endoskopik müalicə müasir cərrahiyyədə önəmli metod olsada, onun imkanları məhduddur. Ağır gastroduodenal qanaxmalarda endoskopik hemostaz cərrahi müalicəyə alternativ sayıla bilməz.

Endoskopik hemostazdan sonra 1 xəstə ölmüşdür. Cəmi qanaxmalardan 2 (0,6%) xəstə ölmüşdür.

25 (7,6%) xəstədə konservativ tədbirlər effekt verməmişdir. Onlar təcili əməliyyata məruz qalmışdır. Bunlardan 5 xəstədə mədə xorası, 20 xəstədə 12 barmaq bağırsağın xorası aşkar olunmuşdur.

Cədvəl 1-də icra olunan əməliyyatların xarakteristikası verilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi əməliyyat olunanlar içərisində 5 xəstə (20%) mədə xorasına görə, 20 xəstə isə (80%) 12 barmaq bağırsağın xəstəliyinə görə əməliyyata məruz qalmışlar.

Cədvəl 1.

İcra olunan əməliyyatlar.

Xəstəliklər	Əməliyyatlar	Xəstələrin sayı	%
Mədə xorası	Qanayan xoranın atipik rezeksiyası	4	16
	Qastroektomiya	1	4
12 barmaq bağırsağın qanayan xorası	Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyası	7	28
	Qastroduodenotomiya, qanayan yaranın tikilməsi	5	20
	Selektiv mədə vaqotomiyası, duodenoplastika (Cadd, Finney, Cabuley)	8	32
Cəmi:		25	100

Kəskin qanaxma ilə ağırlaşan mədə xoralarının əməliyyatı zamanı qanayan xoranın atipik, yəni pazvari rezeksiyası 4 xəstədə (16%) icra olunmuş, 1 xəstədə isə xora infiltrativ şəkildə yayıldığı və maliqnezasiyaya şübhə olduğu üçün gastroektomiya əməliyyatına məruz qalmışdır. Sonraki patohistoloji müayinədə atipik hüceyrələr tapılmış və cərrahi taktikanın düzgün seçilməsi aşkarlanmışdır. 12 barmaq bağırsağın qanaxma ilə ağırlaşan xoraları zamanı 7 xəstəyə (28%) mədənin Bilrot II üsulu ilə rezeksiyası icra olunmuşdur. Bu zaman xoranın tam götürülməsi əsas şərt olmuşdur. Yəni 12 barmaq bağırsağın güdülü xoradan distal olmaqla daha çox açıq üsulla işlənmişdir. 5 xəstədə (20%) əməliyyatın həcmi qastroduodeotomiya qanayan xoranın tikilməsindən ibarət olmuşdur. Bu xəstələr qanaxmanın davam etdiyi hallarda və xəstələrin vəziyyətinin kritik olduğu durumlarda icra olunmuşdur. 8 xəstədə (32%) isə qastroduodenotomiya, qanayan xoranın tikilməsi – etiopatogenetik olaraq, selektiv mədə vaqotomiyası və piloroplastika (Cadd, Finney, Cabuley) ilə yekunlaşmışdır. Əməliyyatların xarakterindən göründüyü kimi biz daha çox radikal yanaşma üsullarına, yəni mədə rezeksiyası, qastroduodenotomiya, qanayan yaranın tikilməsi, selektiv mədə vaqotomiyası + piloroplastikasına üstünlük veririk (80%).

Mədə və 12 barmaq bağırsağın xora mənşəli qanaxmalarda xəstələrə fərdi differensial yanaşma və müasir müalicə metodlarından istifadə olunması son 15 ildə gastroduodenal qanaxmaların ölüm faizini bir qədər aşağı salmışdır.

Nəticə. Mədə və 12 barmaq bağırsağın xora mənşəli qanaxmaları zamanı xəstələrə fərdi və differensial yanaşma vacibdir. Əksər xəstələrdə konservativ müalicə tədbirləri müsbət nəticə verdiyi üçün biz də az invaziv üsullarla, konservativ müalicə yolu ilə qanaxmanın dayandırılmasının tərəfdarıyıq. Endoskopik hemostaz F1b zamanı qanaxmaların dayandırılmasında effektivdir. Konservativ müalicə, endoskopik hemostaz effekt vermədikdə və ya qanaxma residiv riski yüksək olduqda əməliyyata ehtiyac yaranır. Əməliyyat zamanı radikal üsullara üstünlük verilir. Müalicə üsulundan asılı olmayaraq, 3 il ərzində xəstələrin nəzarət altında olması vacib şərtidir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı, 2007, 808 səh.
2. Ağayev B.A. Cərrahi əməliyyatlar atlasının II-ci cildi. Bakı, 2015, 460 səh.
3. Алиев С.А., Хыдырова Н.М. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острыми гастроудоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Хирургия им. Пирогова, 2010, №2 стр.30-37.

4. Кубышкин В.А., Сажин В.П. и др. Организация и результаты хирургической помощи при язвенном гастродуоденальном кровотечении в стационарах центрального федерального округа. Хирургия им. Пирогова, 2017, №2 стр.4-9.

5. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Петухов В.А. Повторный эндоскопический гемостаз как альтернатива хирургическому лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Хирургия им. Пирогова, 2016, №2 стр.52-56.

6. Можаровский В.В., Мутных И.Н., Можаровский К.В. Клиническая оценка эндоскопических способов гемостаза в лечении больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии. Хирургия им. Пирогова, 2017, №1 стр.32-35.

7. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Под ред. проф. С.А. Блащенко. М.:2009.

8. Тимирбулатов В.М., Тимирбулатов Ш.В., Сагитов Р.Б. Гемостаз при желудочно-кишечных кровотечениях. Хирургия им. Пирогова, 2010, №3 стр.20-26.

9. Репин В.Н., Костылев Л.М. и др. Хирургическая тактика и причины летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Хирургия им. Пирогова, 2010, №3 стр.27-30.

10. Alexandrino G., Domingues T.D., Carvalho R., Costa M.N., Lourenco L.C., Reis J. Endoscopy Timing in Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. Clin Endosc. 2018 Oct 5. doi: 10.5946/ce.2018.093

Rəyçi: Rəyçi: ATU-nun II Cərrahi xəstəliklər kafedrasının dosenti

t.ü.e.d. R.E.Cəfərli.

Redaksiyaya 10.03.2019-cü il tarixində daxil olmuşdur.

NARKOMANLARDA POSTİNYEKSİON ARTERIAL FƏSADLARIN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİNİN BƏZİ ASPEKTLƏRİ

HAQVERDİYEVA T.H., EYUBOV Y.Ş., BUDAQOV İ.K.,
QULİYEV R.A., KƏRİMOVA G.Ə., ABDULLAYEVA G.Q.
Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

*Some aspects of diagnosis and treatment of postinjection arterial complications
in drug abusers*

T.G. Akhverdiyeva, Yu.Sh.Eyubov, I.K. Budagov, R.A. Guliyev, G.A. Kerimova, G.G. Abdullayeva

Summary: *Sixty four patients – parenteral narcomaniacs – with different types of postinjection arterial complications were observed. Doppler ultrasound diagnostic criteria, typical for these injuries, were elaborated; the state of peripheral circulation was estimated. Adequate treatment choice was based on the results of the investigation.*

Keywords: *parenteral narcomania, vascular complications, pseudoaneurisms, local and regional blood flow*

Некоторые аспекты диагностики и лечения постинъекционных артериальных осложнений у наркоманов

Т.Г.Ахвердиева, Ю.Ш.Эюбов, И.К.Будагов, Р.А.Гулиев, Г.А. Керимова, Г.Г.Абдуллаева

Резюме: *Обследованы 64 пациента с различными видами постинъекционных артериальных осложнений у лиц с парентеральной наркоманией. Разработаны УЗДГ-ческие диагностические критерии, характерные для этих поражений, оценено состояние периферического кровообращения. Полученные результаты легли в основу выбора соответствующей адекватной лечебной тактики.*

Ключевые слова: *парентеральная наркомания, сосудистые осложнения, псевдо-аневризмы, локальный и региональный кровоток.*

Açar sözlər: *parenteral narkomaniya, damar fəsadları, sevdoanevrizmalar, lokal və regionar qan axını.*

Giriş: *Parenteral narkomaniyası olan 64 pasientdə postinyeksion arterial fəsadlaşmanın müxtəlif növləri müayinə olunmuşdur. Belə zədələnmələrə xas olan USDQ-ik diaqnostik kriterilər işlənib hazırlanmış, periferik qan dövranının vəziyyəti qiymətləndirilmişdir. Əldə olunmuş nəticələr adekvat müalicə taktikasının seçilməsi üçün əsas olmuşdur.*

Narkotik asılılıqdan əziyyət çəkən xəstələrin sayının durmadan artması bu problemin tibbi və hüquqi aspektdə prioritetlərdən biri olmasına gətirib çıxarmışdır.

Müasir narkoloji durum narkoepidemiya və narkomaniyanın cavanlaşmasını israr etməyə əsas verir.

Bir çox müəlliflərin [1,2] göstəricilərinə görə, bu xəstələr arasında yaşı 15-dən 28-dək olan şəxslər çoxluq təşkil edirlər. Bu əsasən maddə dolanışığı aşağı səviyyədə olan asosial şəxslərdir. Belə ki, onlar adətən ucuz və asan əldə olunan narkotik maddələrdən istifadə edirlər. Yalnız narkotik təsir deyil, eyni zamanda, toksiki təsirə də malik olan bu preparatlar sonunda orqanizmin müxtəlif orqan və sistemlərinin zədələnməsinə səbəb olur.

Damar fəsadlarının yaranması riski kifayət qədər yüksəkdir. Bunların arasında ən təhlükəli ətrafların arterial sisteminin postinyeksion zədələnməsidir [3,4].

Narkomaniyanın angiocərrahi aspektləri aktual problem olmaqda davam edir və onun hərtərəfli araşdırılması tələb olunur. Postinyeksion arterial fəsadların müxtəlif variantlarının müalicə metoduna və taktikasına olan differensial yanaşma periferik qan dövranının vəziyyətindən əhəmiyyətli dərəcədə asılıdır.

Hal-hazırkı zamanda regionar qan təchizatının qiymətləndirilməsində daha informativmetod ultrasəs duplex angioskanlaşdırma ilə doplerografiya və reovazografiya [5].

Tədqiqatın məqsədi *parenteral narkomaniyası olan şəxslərdə postinyeksion arterial fəsadların müxtəlif növlərinə xas diaqnostik kriterilərin işlənib hazırlanması və bu zədələnmələr zamanı müvafiq müalicə taktikasının seçilməsi üçün periferik qan dövranının vəziyyətinin qiymətləndirilməsidir.*

Tədqiqatın materialı və metodları: *Postinyeksion damar zədələnmələrinin müxtəlif növləri ilə olan 192 pasiyent müayinə olunmuşdur. Arterial fəsadları olan 64 şəxsin müayinələrinin nəticələri bu məlumatın əsasını təşkil etmişdir. Bunlardan 63 pasiyent kişi, 1-i qadın olmuş, yaşları 17-42 arasında tərəddüd etmişdir. Narkotikdən istifadə müddəti 1,5-12 il olmuşdur.*

Dupleks angioskanlaşdırma ilə USM (USDAS) ötürücüsü 7,5 MHz olan Sonoace Pico cihaz ilə aparılmışdır. Cihaz eyni zamanda, rəngli doppler kartlaşma (RDK), energetik kartlaşma (EK), doppler – spektral dəyişikliklər (DQ) B-flow rejim imkanlarına malikdir.

DQ-manın spektral analizi əyrinin formasını (-üç, - iki və ya monofazlı olması), nəbz indeksini (Nİ) və periferik müqavimət indeksini (PMİ) təyin etməyə yol verirdi.

Boylama seqmentar reovazografiya (RVQ) qurğusunun lövhəcik şəklində elektrodlar istifadə etməklə, PГ-4-01 cihazı ilə aparılmışdır. RVO-nin göstəriciləri ümumi qəbul olunmuş kəmiyyət və keyfiyyət parametrlərinə görə qiymətləndirilmişdir.

Bazu-baldır indeksinin (BBİ) hesablamasına xüsusilə diqqət yetirilirdi. Bu göstərici ultrasəs dopplerosfiqmonometriya üsulu ilə təyin edilirdi.

USM-nin tətbiqi arterial defektin ölçüsünü və onun toxumalarda yerləşməsi dəriniyini yüksək dəqiqliklə təyin etməyə imkan verir. Anevrizmanın boynunun diametri və uzunluğu, onun həcmi, qan axınının xüsusiyyəti, kameraların mövcudluğu və boşluqda trombotik kütlənin olub-olmaması araşdırılırdı.

Əldə olunmuş nəticələrin analizi: 5 halda zədələnmənin bazu arteriyasında, qalan 59 halda bud arteriyasında lokallaşması müşahidə olunmuşdur ki, bu da narkotik yeridilərkəndə çox istifadə edilməsi ilə izah olunur.

Əsas fəsadlar: qasıq nahiyəsində pulsasiya edən hematoma (21 şəxs), səthi – bud arteriyasının divarının nekrotik zədələnməsi (15 şəxs), lokal tromboz olmaqla arterial sistemin tromboobliterasiyası (19 şəxs), bud arteriyasının psevdanevrizması (31 şəxs) olmuşdur. Sonuncular həcminə görə kiçik və kifayət qədər iri ola bilər.

Bir çox müəlliflərə görə [6,7] ölçüləri 25-30 sm³-dək olanlar həcmcə kiçik anevrizmalar hesab olunur. Bizim müayinə etdiyimiz pasiyentlərdən 14-də kiçik həcmli psevdanevrizmalar var idi. Törəmənin boynunun uzunluğu və diametri 2,0-2,5 mm-i keçməmişdi. B-flow rejimində damarların qırılmış olması ayırd olunurdu. Qan axını turbulənt şəkildə olması ilə xarakterizə olunurdu, əhatəsində olan toxumaların gərginliyi isə anevrizma boşluğunun növbəti genişlənməsinə mane olurdu.

Kiçik həcmli anevrizmalar olduqda adətən, kompression müalicə aparılırdı. 70,6% hallarda (10 xəstə) sonuncunun nəticəsi müsbət qiymətləndirilmişdir. Belə ki, bu anevrizmatik boşluqların hissəvi və ya tam trombozlaşması ilə sonlanırdı. Bu xəstələrin DQ-sı xaos kimi təsvir olunurdu, rəngli kartlaşma zamanı isə səs itirdi, belə ki, mənfəz an – və hipoexogen strukturlarla (müxtəlif müddətli trombotik kütlələrlə) dolu idi.

29,4% hallarda (4 pasiyent) kompression müalicənin nəticəsi mənfə hesab olunmuşdur. Pulsasiya edən hematomanın olması və bu zaman anevrizmanın həcmnin artması boşluğun cırılması təhlükəsini yaratdığından və sonda qanaxmaya səbəb ola biləcəyindən kritik vəziyyət kimi qiymətləndirilirdi.

Həcmcə ölçüləri 35 sm³-i keçən psevdanevrizmalar böyük və kompression müalicəyə tabe olmayan hesab olunmuşdur.

Belə xəstələrə (17 nəfər) müxtəlif növ cərrahi əməliyyatlar: magistral arteriyaların liqaturaya alınması ilə aparılan psevdanevrizmanın rezeksiyası, defektin autovenoz “yamaq” parçası ilə plastika etməklə yalnız anevrizmanın rezeksiyası (6 xəstə), bud arteriyasının növbəti autovenoplastikası ilə həyata keçirilən anevrizmanın rezeksiyası əməliyyatı (5 xəstə) aparılırdı.

Bu əməliyyatların nəticələri zədələnməmiş ətrafın periferik qan təchizatının vəziyyətindən və xəstənin ümumi vəziyyətini ağırlaşdıran amillərin olmasından asılı idi.

Bizim məqsədimiz, müxtəlif növ bərpaedici əməliyyatların müqayisəli araşdırılması deyildi. Təqdim olunmuş tədqiqatın əsas məsələlərindən biri bu əməliyyatlardan sonra regionar qan təchizatının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi olmuşdur.

Konkret metodik üsullardan asılı olmayaraq magistral qan axımının bərpa olunması, öyrənilən göstəricilərin yaxşılaşmasına səbəb olmuşdur.

Belə ki, USDQ –göstəricilərin müsbət dinamikası: erkən geriqayıdan diastolik qan axımının yaranması və müqavimətin doppler parametrlərinin qalxması: dizaltı arteriya sahəsində Nİ orta hesabla $4,19 \pm 0,52$ -yədək (orta hesabla $N=5,78 \pm 0,84$); PMİ isə $0,54 \pm 0,15$ -ədək (orta hesabla $N=0,71 \pm 0,23$) çatmışdır. Eləcə də, baldır səviyyəsində reoqrafik indeksin və reodalğanın amplitudunun artması, RVQ-nın konfigurasiyasının normallaşması, anakrotun davamiyyətinin azalması, katakrotta əlavə dalğaların yaranması müşahidə edilmişdir. Belə ki, Rİ orta hesabla $0,67 \pm 0,33$ -dək (N-da $0,95 \pm 0,55$) çatması, BBİ-nin orta hesabla $0,6-0,8$ olmaqla (N-da $>1,0$) artması aşkar olunmuşdur.

Erkən və gecikmiş fəsadlar arasında trombozlar, qanaxma və irinləmə vardı. Tromboz “uzaq” dövrdə yaranırdısa, xəstələrdə işemiyaya qarşı yüksək davamlılıq aşkar olunurdu və ətrafın vəziyyəti kompensə edilmiş qalırdı. Belə xəstələrin DQ-sı əhəmiyyətli dərəcədə enmiş və ya monofazlı, bəzən hətta xaos kimi formasını almasına baxmayaraq, RVQ-nın göstəriciləri qənaətbəxş idi.

“Uzaq” dövrdə məhz kollateral qan təchizatının kompensəedici qabiliyyəti ətrafın saxlanmasına real imkan verir ki, bu da RVQ-nın göstəricilərinə əsasən təyin olunur.

Müşahidə müddətində biz geri qayıtmayan işemiyə əlamətlərini qeyd etməmişik.

Beləliklə, təsdiq olundu ki, rəngli kartlaşma ilə dupleks angioskanlaşma və qan axınının spektral analizi reovazografiya ilə müştərək postinyeksion arterial fəsadların diaqnostikasında asan əldə olunan və informativ üsul olmaqla, parenteral narkomaniası olan xəstələrin müalicəsi taktikasının seçilməsi üçün kifayət qədər effektivdir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Куликова А.Н. Постинъекционные гнойно-воспалительные и травматические сосудистые повреждения у больных наркоманией (статистика, диагностика, иммунный статус, хирургическая тактика, методы консервативной терапии) // *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2000, т. 6, №4, с. 113-118.
2. Лисицын А.В. Особенности хирургического лечения постинъекционных гнойно-некротических осложнений у больных с наркотической зависимостью // *Автореф. канд. мед. наук*, 2012, 25 с.
3. Карпов В.В. Особенности хирургической тактики при ложных постинъекционных аневризмах у наркозависимых пациентов // *Автореф. канд. мед. наук*, 2011, 19 с.
4. Памфилова Н.О. Ультразвуковая диагностика постинъекционных сосудистых осложнений у наркозависимых больных // *Дисс. канд. мед. наук*, Томск, 2005, 132 с.
5. Ахвердиева Т.Г. Нарушения периферического кровообращения и прогнозирование результатов хирургического лечения при ишемизирующих заболеваниях артерий конечностей // *Автореф. д-ра мед. наук*. М. 2001, 41 с.
6. Михайлулов С.В., Михальский В.В., Черняков А.В и др. Ультразвуковая диагностика постинъекционных осложнений наркомании // *Ультразвуковая и функциональная диагностика*, №2, 2010, с. 75-82.
7. Памфилов Д.С. Комплексное лечение постпункционных ложных аневризм бедренных артерий // *Автореф. канд. мед. наук*, Томск, 2012, 31 с.

***Rəyçi:** Akad. M.A.Topçubaşov adın ECM-nin
Damar cərrahiyyəsi şöbəsinin cərrahı:*

t.ü.f.d. C.O.Rzayev

Redaksiyaya 07.01.2019-cü il tarixində daxil olmuşdur.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Х.Р.БИНЯТЗАДЕ

Родильный дом №2, Сумгаит, Азербайджан

*The results of studying the clinical and morphological features of benign cervical disease
H.R. Binyatzadeh*

Summary: *The aim of the study was to study the clinical and cytological features of benign cervical disease. We conducted a retrospective analysis of 200 cards of pregnant women and examined 170 women who were divided into groups: I group comprised 120 pregnant women with DZShM, II group - 25 pregnant women without clinical and laboratory signs of DZSHM and III group comprised 25 non-pregnant women with cervical disease. When carrying out a cytological examination of smears from exo- and endocervix, it was found that in group I pregnant women of grade I (PAP I) smears were defined in 6.7%, in group II - in 40.0% of cases, II in 90.8% and 60.0% of cases. Class III smears were detected in only 2.5% of the pregnant group I. At a cytologic research at pregnant women of I group in 1.5 times the signs of an inflammation were more often revealed. Atypical changes were not detected in any case.*

Keywords: *clinical research, morphological studies, diagnostics*

Uşaqılıq boynu xoşxassəli xəstəliklərinin klinik-morfoloji xüsusiyyətlərinin tədqiqin nəticələri
X.R.Binnətzadə

Tədqiqatın məqsədi uşaqılıq boynu xoşxassəli xəstəliklərinin klinik və sitoloji xüsusiyyətlərinin öyrənilməsindən ibarətdir. Tərəfimizdən 200 hamilə qadının kartının retrospektiv təhlili aparılmış və 170 qadın müayinə edilmişdir. Onlar iki qrupa ayrılmışlar: I qrupa uşaqılıq boynu xoşxassəli xəstəlikləri olan 120 qadın, II qrupa uşaqılıq boynu xoşxassəli xəstəliklərinin klinik və laborator əlamətləri olmayan 25 hamilə qadın daxil edilmişdir. III qrupa isə hamilə olmayan, lakin uşaqılıq boynu xoşxassəli xəstəlikləri olan 25 qadın daxil edilmişdir. Yaxmaların və ekzo- və endoserviksin sitoloji müayinələri zamanı aşkar edilmişdir ki, I qrup qadınlarda I sinif yaxmaları (PAP I) 6,7% hadla, II qrupda 40,6% halda müəyyən edilmişdir. II sinif yaxmaları, uyğun olaraq 90,8% və 60,0% aşkar edilmişdir. III sinif yaxmaları I qrupda yalnız 2,5% qadında müəyyən edilmişdir. Sitoloji müayinə zamanı I qrup qadınlarda iltihablaşma əlamətləri 1,5 dəfə çox aşkar edilmişdir. Heç bir halda atipik dəyişikliklər müəyyən edilməmişdir.

Açar sözlər: uşaqılıq boynu xəstəlikləri, klinik müayinələr, morfoloji müayinələr, diaqnostika.

Ключевые слова: *заболевания шейки матки, клинические исследования, морфологический исследования, диагностика*

Проблема заболеваний шейки матки (ШМ) остается одной из самых значимых в современной гинекологии. Несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении патологии ШМ, заболевания этой локализации продолжают составлять значительный удельный вес в структуре гинекологической патологии [1,2,3]. Последнее объясняется не только разнообразием патологических состояний ШМ, но, главным образом, потенциальным риском их злокачественной трансформации и многообразием клинико-морфологических особенностей этого органа при различных состояниях репродуктивной системы. Доступность для изучения, морфологическая уникальность ШМ формируют постоянный интерес диагностического поиска [4,5,6]. Частота репродуктивных потерь у беременных с измененной ШМ составляет 8% после хирургического лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазии в прегравидарный период и 5% при полиповидных образованиях цервикального канала. При эктопии перинатальные потери имеют место в 2% [7,8].

Целью исследования явилось изучение клинических и цитологических особенностей доброкачественных заболеваний шейки матки

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 200 карт беременных и обследовано 170 женщин, которые были разделены на группы: I группу составили 120 беременных с ДЗШМ, II группу - 25 беременных без клинических и лабораторных признаков ДЗШМ и III группу составили 25 небеременных женщин с ДЗШМ.

При диагностики ДЗШМ мы придерживались комплексного и поэтапного обследования.

Результаты и их обсуждения. При УЗИ определяли эхоструктуру ШМ и ее стромы, толщину, четкость и ровность наружного контура эндоцервикса, экзогенность и эхоструктуру эндоцервикса, четкость, ровность, толщину М-эхо, а также диаметр просвета цервикального канала. У беременных исследования проводили в 10-14 недель; 24-29 недель; 34-38 недель, у пациенток III группы - в раннюю пролиферативную фазу менструального цикла (5-7 дни).

Согласно полученным данным у беременных I группы объем шейки матки прогрессивно увеличивался на протяжении всей беременности с $18,7 \pm 2,3 \text{ см}^3$ в 10-14 недель до $26,4 \pm 3,5 \text{ см}^3$ в 25-29 недель и уменьшался к родам, составив $21,4 \pm 2,0 \text{ см}^3$. При этом наблюдалось расширение внутреннего зева почти в 3 раза (с $0,37 \text{ см}^3$ до $1,05 \text{ см}^3$), наиболее выраженное с 34 до 40 недель.

У пациенток II группы средняя длина шейки матки в 10-14-ю неделю беременности ($35,4 \pm 5,0 \text{ мм}$) значительно увеличивалась, достигая максимума ($41 \pm 4,1 \text{ мм}$) к 24-29 неделям беременности, затем уменьшалась по мере созревания и раскрытия шейки, что происходит после 34 недели беременности (в среднем $36 \pm 3,8 \text{ мм}$).

У беременных женщин I группы средняя длина ШМ в сроки беременности 10-14 нед. составила $29,0 \pm 5,5 \text{ мм}$, что в среднем в 1,2 раза короче по сравнению с ШМ женщин II группы на таком же сроке беременности. По мере увеличения срока гестации длина ШМ, также как и у беременных без ДЗШМ увеличивалась, достигнув в 24-29 нед. гестации в среднем $36,3 \pm 3,1 \text{ мм}$ и уменьшилась к концу гестации, однако, при этом не превышала величины длины ШМ у женщин II группы.

Средняя толщина шейки на уровне внутреннего зева у беременных II группы составила $29 \pm 2,8 \text{ мм}$ в 10-14 нед. и прогрессивно увеличивалась в последующие сроки гестации. У женщин I группы толщина ШМ в этот же срок гестации превышала аналогичный показатель беременных II группы в 1,2 раз, в последующие сроки соответственно в 1,1 раз.

У беременных I группы среднее значение угла было в 1,2 раза больше по сравнению с показателями II группы на том же сроке, причем эта разница сохранялась на протяжении беременности.

У пациенток I и II групп визуализировалась правильная форма ШМ, неправильная форма выявлена у 34,2% женщин III группы.

У 41,6% женщин I и у 40,0% пациенток III группы с эндоцервицитом отмечалось утолщение М-эха более 5 мм; неоднородная структура эндоцервикса; гиперэхогенные включения в эндоцервиксе; неровная граница между слизистой и мышечным слоем; множественные мелкие кисты ШМ. У обследованных небеременных женщин с ДЗШМ в просвете цервикального канала вне перивульварной фазы визуализировалось анэхогенное содержимое. У пациенток с эндоцервицитом I и III групп отмечались гиперэхогенные включения малых размеров с акустическим феноменом, характерным для пузырьков газа; васкуляризация эндоцервикса и обильная васкуляризация подлежащих тканей.

У пациенток I и III группы цервикальный канал определялся в виде линейного образования высокой эхогенности. В 92,0% случаев во II группе встречалась средняя эхогенность стромы ШМ. Однородная эхоструктура всех отделов ШМ определялась в 23,3% случаев в I группе и в 32,0% случаев - во II группе, причем у первобеременных. У повторнобеременных эхоструктура ШМ была неоднородной.

У женщин с полипами ШМ, как в I, так и в III группе локальное утолщение М-эха, включения повышенной эхогенности в его структуре, иногда с визуализацией цветových эхо-сигналов кровотока в проекции включения.

У всех обследованных с сальпингоофоритом и эндометритом определялось увеличение толщины М-эха, неоднородная структура ШМ.

У 10% обследованных I и у 4% - III группы с миомой ШМ эхографически визуализировалось наличие одного узла в ШМ. Узлы имели чаще всего правильную округлую (у 8 женщин) или овоидную форму (у 5 женщин) с четкими и ровными контурами.

При доплерометрии у беременных I группы ИР на протяжении всей беременности в среднем был в 1,1 раз выше, чем у беременных II группы. Показатель индекса васкуляризации (VI) у беременных с ДЗШМ в сравнении с беременными II группы был в 1,4 раз ниже, в сроке гестации 34-38 нед. - в 1,5 раз. Степень васкуляризации у беременных с угрозой выкидыша, который отмечался у 7 беременных I группы в I и у 15 женщин во II триместре, была ниже показателей у беременных II группы в эти же сроки гестации соответственно в 1,7 раз ($p < 0,05$) и в 1,5 раз. Индекс васкуляризации у беременных с гестозом во II и III триместре был снижен в 1,6 раз ($p < 0,05$) соответственно. Показатель потокового индекса (FI) у беременных I и II группы существенно не различался.

Проведение расширенной кольпоскопии позволило выявить во II группе наличие эктопии ШМ в 24,0% случаев, полипа цервикального канала - в 4,0%. У обследованных I группы проведение этого диагностичес-

кого метода позволило обнаружить наличие рубцовой деформации ШМ в 43,3%, эктопии - в 37,5%, нормальную зону трансформации - в 46,7% случаев. Ацетобелый эпителий, пунктация, мозаика, лейкоплакия выявлены в 22,5% случаев.

При проведении цитологического исследования мазков с экзо- и эндоцервикса выявлено, что у беременных I группы мазки I класса (РАР I) определялись в 6,7%, во II группе - в 40,0% случаев, II класса соответственно в 90,8% и 60,0% случаев. Мазки III класса определялись лишь у 2,5% беременных I группы. При цитологическом исследовании у беременных I группы в 1,5 раза чаще выявлялись признаки воспаления. Атипических изменений ни в одном случае не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика патологии шейки матки: Дисс. д.м.н. Москва, 2004, 207 с.
2. Frey M.K., Gupta D. Evaluation of Women with Atypical Glandular Cells on Cervical Cytology // Gynecologic oncology, 2011, vol.36, No9, p.23-29.
3. Грибова С.Н., Хрипунова Г.И. Современные представления об этиологии, патогенезе, методах диагностики и лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки // Саратовский научно-медицинский журнал, 2008, №2, Том 4, с.18-23.
4. Казачкова Э.А., Шумилина К.С., Казачков Е.Л., Воропаева Е.Е. Этиологические факторы и условия возникновения лейкоплакии шейки матки / Тезисы Международного междисциплинарного форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» (14–17 ноября 2012 года, Москва). Москва: Изд-во журнала Status Praesens, 2012, с. 39-41.
5. Zhao C., Austin R.M., Pan J. et al. Clinical significance of atypical glandular cells in conventional Pap smears in a large, high-risk U.S. West Coast minority population // Acta Cytol., 2009, vol.53, No2, p.153-159.
6. Прилепская В.Н., Голубенко А.Е. Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки // Поликлиническая гинекология. Под ред. В.Н. Прилепской. Москва, 2004, с. 9–19.
7. Свердлова Е.С. Заболевания шейки матки: алгоритмы диагностики и технологии лечения: монография. Под ред. проф. С.И. Кулинич. Иркутск: ОАО «Иркутская областная типография», 2010, 124 с.
8. MacKenzie I.Z., Naish C., Rees C.M., Manek S. Why remove all cervical polyps and examine them histologically? // BJOG, 2009, vol.116, No8, p.1127-1129.

Rəyçi: M.A.Topçubaşov adına Eimi Cərrahiyyə Mərkəzinin professoru:

t.ü.e.d. Məmmədov M.M.

Redaksiyaya 14.12.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.

XOLESİSTEKTOMİYADAN SONRA XRONİKİ PANKREATİTİN KƏSKİNLƏŞMƏSİNİN PATOGENEZİNDƏ ANTIOKSİDANT MÜDAFİƏ SİSTEMİNİN ROLU

Q.Ş.QARAYEV., V.FƏRƏCLİ., Ş.X.ƏLİYEV

ATU-nun Elmi-Tədqiqat Mərkəzi və III cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan
(e-mail: qalib1947@cloud.com)

The role of antioxidant defense system in pathogenesis of the chronic pancreatitis acutance after cholecystectomy

G.Sh.Garayev, V.F.Farajli, Sh.Kh.Aliyev

Summary. The investigation has been devoted to pathogenesis of the chronic pancreatitis acutance after cholecystectomy (gallbladder removal surgery). The experiments have been carried out on 21 rabbits from chinchilla breed. They were divided into three groups. The first group – 5 rabbits have been investigated in a state of heart attack.

In the group 2 – on 8 rabbits, the acute cholecystic model was built within the context of chronic pancreatitis. 8 rabbits included to group 3 were exposed to cholecystectomy after providing the pathology of the group 2. The concentrations of alkaline phosphatase, AST, ALT and -glutamyl transferase and amylase have been determined in order to follow the progress of the pathologic process. The homogenate has been prepared from the liver of rabbits taken for experiments and its state of the antioxidant defense system has been studied. The concentrations of glutathione reduced in the homogenate, catalase, protein hydrosulphide groups located superficially and structural-internal protein hydrosulphide groups have been determined for this purpose.

It has been found that antioxidant defense system in the livers of experimental animals that have created acute cholecystic model within the context of chronic pancreatitis dwindles down and this proceeding intensifies in animals included in group 3.

From the obtained results we can reach the conclusion that due to the dwindling the antioxidant defense system of the liver, which developing within the context of chronic pancreatitis during cholecystectomy the oxidative stress intensifies in the liver and this process continuous after cholecystectomy also. The obtained toxic compounds effecting to the peptic gland amplify chronic inflammation in there.

Роль системы антиоксидантной защиты в патогенезе остроты хронического панкреатита после холецистэктомии

Г.Ш.Гараев, В.Ф.Фараджли, Ш.Х.Алиев

Исследование было посвящено патогенезу остроты хронического панкреатита после холецистэктомии (операция по удалению желчного пузыря).

Эксперименты проводились с 21 кроликом из породы шиншилла. Они были разделены на три группы. Первая группа - 5 кроликов были исследованы в состоянии сердечного приступа. Во 2-й группе - на 8 кроликах была построена модель острого холецистита в контексте хронического панкреатита. 8 кроликов, включенных в группу 3, подвергались холецистэктомии после строения патологии группы 2. Установлено концентрации щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ и glu-глутамил-трансферазы и амилазы, чтобы следить за ходом патологического процесса.

Гомогенат был приготовлен из печени взятых для экспериментов кроликов и изучено его состояние системы антиоксидантной защиты. Концентрации глутатиона, восстановленное в гомогенате, каталаза, белко-гидросульфидных групп, расположенных поверхностно, и структурно-внутренних белко-гидросульфидных групп были определены для этой цели.

Было установлено, что система антиоксидантной защиты у экспериментальных животных, у которых создано острый холецистический модель в контексте хронического панкреатита понижается, и этот процесс усиливается у животных, включенных в группу 3.

Из полученных результатов можно сделать вывод, что благодаря ослаблению системы антиоксидантной защиты печени, развивающейся в контексте хронического панкреатита во время холецистэктомии, в печени усиливается окислительный стресс, и этот процесс продолжается и после холецистэктомии. Полученные токсические соединения, воздействия на пептическую железу, усиливают там хроническое воспаление.

Açar sözlər: *Xolisistektomiya, xroniki pankreatit, antioksidant müdafiə sistemi.*

Qarın boşluğu üzvlərinin daha çox təsadüf olunan xəstəliklərindən biri də öd daşı xəstəliyidir. Bu xəstəlik sosial vəziyyətdən asılı olmayaraq dünya əhalisinin 10-15%-də təsadüf edir və bütün yaş dövrlərini əhatə etməklə kişilərə nisbətən qadınlar arasında daha çox təsadüf edir (1, 2, 3). Müəyyən edilmişdir ki, öd daşı və ümumilikdə qaraciyər öd yolları xəstəlikləri çox zaman xroniki pankreatitlə müştərək gedir və bu zaman aparılan xolisistektomiya əməliyyatından sonra xroniki pankreatitin kəskinləşməsi ölümün əsas amilinə çevrilir (4, 5, 6).

Bununla bağlı olaraq cərrahi əməliyyatdan sonra baş verən ölünün səbəbini və onun patogenezinin aydınlaşdırılması bu gün bilyar sistemin cərrahiyyəsinin prioritet sahəsinə çevrilmişdir. Bütün bunları nəzərə alaraq biz də eksperimentdə xroniki pankreatit fonunda kəskin xolesistit modeli yaratdıqdan sonra aparılan xolisistektomiya əməliyyatı ilə bağlı olaraq xroniki pankreatitin inkişaf mexanizmində antioksidant müdafiə sisteminin rolunu aydınlaşdırmağı qarşımıza məqsəd qoyduq.

Tədqiqatın material və metodları.

Tədqiqatlar şinşilla cinsinə mənsub olan 21 baş dovşanlar üzərində aparılmışdır. Tədqiqatın məqsədindən asılı olaraq onlar 3 qrupa bölünmüşlər:

1-ci qrupa daxil olan 5 baş dovşan intakt vəziyyətində tədqiq edilmişdir.

2-ci qrupa daxil olan 8 baş dovşanda xroniki pankreatit fonunda kəskin xolesistit modeli yaradılmışdır.

3-cü qrupa daxil olan 8 baş dovşanda 2-ci qrupda göstərilən patologiya yaradıldıqdan sonra xolisistektomiya əməliyyatı aparılmışdır.

Patoloji prosesin inkişafını izləmək məqsədilə təcrübə heyvanlarının qulaq venasından götürülmüş qanda qələvi fosfatazanın, AST-nin, ALT-nin φ -qütamil transferazanın və amilazanın qatılığı təyin edilmişdir. Adı çəkilən markerlər Çexiya Bio-la-test “Xemapol” firmasının istehsalı olan reaktiv dəstlərindən istifadə etməklə tam avtomat rejimdə işləyən “BioScreen MS-500” markalı analizatorda təyin edilmişdir.

Xroniki pankreatit və kəskin xolesistit modeli aşağıdakı qaydada yaradılmışdır. Xroniki pankreatit yaratmaq məqsədilə qarının ön divarından qarın boşluğuna 7 gün müddətində gündə 10 ml yüksək toksikliyə malik peritoneal eksudat yeridilmişdir. Peritoneal eksudatın qarın boşluğuna yeridilməsinin dayandırılmasından sonra təcrübə götürülən heyvanların qarın boşluğu açılaraq öd kisəsinə 5 ml yüksək toksikliyə malik peritoneal eksudat yeridilmiş və qarın boşluğu germetik tikilmişdir.

Yüksək toksikliyə malik Peritoneal eksudat Azərbaycan Tibb universitetinin Elmi-Tədqiqat Mərkəzində Usikov üsulu ilə peritonit yaradılmış dovşanların qarın boşluğuna yığılan möhtəviyyatdan hazırlanmışdır. Onun toksikliyi isə K.В.Недошвина (1972) üsulu vasitəsilə təyin edilmişdir.

Təcrübəyə götürülən bütün heyvanların qaraciyəri orqanizmdən çıxarılmış və ondan hazırlanmış homogenatda orqanizmin antioksidant müdafiə sisteminin aşağıdakı markerləri təyin edilmişdir:

1. Reduksiya olunmuş qlütation – Ellman üsulu vasitəsilə (1959).
2. Katalazanın qatılığı – Berqmeyer üsulu vasitəsilə
3. Səthi yerləşən zülal hidrosulfid (SH) qrupları – Ellman üsulu vasitəsilə (1959)
4. Struktur daxili zülal hidrosulfid (SH) qrupları – Ellman üsulu vasitəsilə (1959)

Xolisistektomiya əməliyyatı aparmaq üçün təcrübə heyvanlarının venası daxilinə 1 ml kallipsol məhlulu yeridilmiş və narkoz vəziyyəti alındıqdan sonra orta kəsiklə qarın boşluğu açılmışdır. Öd kisəsi çıxarıldıqdan sonra qarın boşluğu germetik olaraq bağlanmışdır.

Təcrübələr apararkən Beynəlxalq Bioetika Komitəsinin, xüsusilə Avropa Bioetika cəmiyyətinin qəbul etdiyi 86/09 EEC və UNESCO (Paris) qaydalarına ciddi riayət edilmişdir.

Təcrübələrdən alınmış kəmiyyət göstəriciləri Г.Ф.Лакин (1990), К.Додж (2002) tövsiyyələri əsasında ayrı-ayrı qruplardan alınan kəmiyyət göstəriciləri variasion sıraya düzülüb orta ədəbi qiymət (M), orta xəta (m) minimal maksimal hədlər tapıldıqdan sonra qruplarda göstəricilər arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün Uilkokson (Mann-Uiti) meyyarından (U) istifadə etməklə qeyri parametrik üsulla statistik dürüstlük müəyyən edilmişdir.

Hesablamalar Azərbaycan Tibb Universitetinin informatika və hesablama kursunda tərtib olunan EXCEL elektron cədvəlində hesablanmışdır.

Alınmış nəticələr. Pankreatit fonunda kəskin xolesistit modeli yaradılmış və xolisistektomiya aparılmış təcrübə heyvanlarında patoloji prosesi izləmək üçün qanda xarakterin markerlərin miqdarı təyin edilmiş və ondan alınmış nəticələr cədvəl 1-də verilmişdir. Cədvəldən görüldüyü kimi hər iki qrupda qələvi fosfatazanın, ALT-nin, AST-nin və φ -qlütamin fosfatazanın qatılığı dinamik olaraq artmışdır.

Qaraciyər markerlərinin qatılığının təcrübə qrupları üzrə dəyişməsi.

№	Təcrübə heyvanlarının qrupu	Təcrübənin günləri	Qələvi fosfotaza E/l	ALT E/l	AST E/l	φ - qlütamin transferaza q/l
1	İntakt qrup	-	74,0±17,8	29,2±7,7	63,0±14,3	32,2±7,3
	2-ci qrup	3-cü gün	95,2±8,6 *	68,1±7,2 **	47,3±5,3 **	78,8±9,0 **
		7-ci gün	132,0±13,8 **	91,7±11,6 ***	72,6 ±9,9 ** *	144,9±21,2 ***
2	3-cü qrup	3-cü gün	106,3±9,2 *	78,6±8,5 ***	55,6 ±5,8 ** *	109,0±10,4 ****
		7-ci gün	209,4±26,0 ***	159,7±23,3 ***	100,1±13,7 ***	210,4±25,6 ****

Qeyd: * $p > 0,05$

** $p < 0,05$

*** $p < 0,01$

**** $p < 0,001$

Alınmış nəticələrin təhlili zamanı müəyyən edilmişdir ki, patoloji prosesin inkişafı dinamik olaraq dərinləşmişdir. Model yaradılmasının 3-cü günündən başlayaraq qanda kəskin xolesistiti və eləcə də xroniki pankreatiti xarakterizə edən markerlərin qatılığı dinamik olaraq artmışdır. Eyni zamanda patoloji prosesə cəlb olunan təcrübə heyvanlarının sayı da artmışdır.

Təcrübənin 3-cü günündən intakt vəziyyətlə müqayisədə qanda qələvi fosfatəzinin qatılığı 29%, ALT-nin qatılığı 133%, AST-nin qatılığı 111%, amilazanın qatılığı 98,5%, γ -qlütamil transferaza fermentinin qatılığı isə 145% artmışdır. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, qanda fermentlərin qatılığının belə yüksək olmasına baxmayaraq patoloji prosesin inkişafı heç də təcrübəyə götürülən heyvanların 100%-də qeydə alınmamışdır. Təcrübəyə götürülən heyvanların 75%-də qələvi fosfatəzinin, 19%-də ALT-nin, 25%-də AST-nin, 44%-də amilazanın, 25%-də γ -qlütamil transferazanın qatılığı normal səviyyədə qalmışdır. Modelin yaradılmasının 7-ci günü qanda tətbiq etdiyimiz fermentlərin qatılığı artmaqda davam etmişdir. Bununla yanaşı qanda normal səviyyəsi saxlanılan təcrübə heyvanlarının da sayı kəskin şəkildə azalmışdır. Qanda qələvi fosfatəzinin qatılığı normal səviyyədə olan dovşanların sayı təcrübəyə götürülən heyvanların 42%-ni, qalan fermentlərin (ALT, AST, amilaza, γ -qlütamil transferaza) hər biri 17%-ni təşkil edir. Bu onu göstərir ki, yaradılan model digər modellərdən fərqli olaraq patoloji proses xəstəliyin kliniki gedişinə uyğun olaraq tədricən inkişaf edir. Hesab edirik ki, bu bizim təklif etdiyiz modelin imitasiya etdiyi patoloji prosesə daha yaxın olmasını sübut edən əlamətdir.

Antioksidant müdafiə sisteminin tətbiqinin nəticəsi göstərmişdir ki, intakt vəziyyətində olan təcrübə heyvanlarının qaraciyərində reduksiya olunmuş qlütationun orta qatılığı $12,98 \pm 0,46$ nol/mq-a, Katalazanın qatılığı, $256,6 \pm 4,2$ v/ml-ə, səthidə yerləşən zülal SH qrupunun qatılığı $34,5 \pm 1,6$ nmol/mq-a, struktur daxili zülal SH qrupunun qatılığı $23,7 \pm 0,9$ nmol/mq-a bərabərdir (cədvəl 2).

Xroniki pankreatit fonunda kəskin xolesistit modelinin yaradılmasının 3-cü günündə qaraciyər toxumasında reduksiya olunmuş qlütationun orta qatılığı $10,8 \pm 0,52$ nol/mq-a, katalazanın orta qatılığı $223,9 \pm 6,3$ v/ml-ə səthdə yerləşən zülal SH qrupunun qatılığı $26,1 \pm 2,0$ nol/mq-a, struktur daxili zülal SH qrupunun qatılığı $18,4 \pm 0,9$ nmol/mq-a enmişdir. Beləliklə model yaradılmasının 3-cü günündə qaraciyər toxumasında reduksiya olunmuş qlütationun qatılığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 12,5% ($p < 0,05$), katalazanın fəallığı 6% ($p < 0,05$), səthi yerləşən SH qrupunun qatılığı 6% ($p < 0,05$), struktur daxili zülal SH qrupunun qatılığı 4% azalmışdır.

Təcrübənin 7-ci günündə qaraciyər toxumasında antioksidant müdafiə sistemi markerlərinin qatılığı azalmaqla davam etmişdir. Reduksiya olunmuş qlütationun orta qatılığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 24% ($p < 0,05$), azalaraq $9,40 \pm 0,92$ nmol/mq-a enmişdir.

Katalazanın orta qatılığı isə $229,8 \pm 6,8$ v/ml-ə bərabər olub intakt vəziyyətində olan təcrübə heyvanları ilə müqayisədə 11,5% ($p < 0,05$), azalmışdır. Hər iki arkerin orta qatılığının azalması təcrübəyə götürülən heyvanların 100%-də müşahidə edilmişdir.

Səthi yerləşən zülal SH qrupunun orta qatılığı ($m \pm m = 28,6 \pm 2,4$ nmol/mq) intakt vəziyyətlə müqayisədə 11% azalmışdır. Lakin təcrübəyə götürülən heyvanların 50%-də onun qatılığı normal səviyyədə qalmışdır.

Struktur daxili yerləşən zülal SH qrupunun qatılığı isə intakt vəziyyətlə müqayisədə cəmi 2% azalaraq $21,0 \pm 1,5$ nmol/mq-a bərabər olmuşdur. 2-ci qrup təcrübə heyvanlarından aldığımız nəticələrə əsasən hesab edirik ki, öd kisəsinə və eləcə də qarın boşluğuna yeridilmiş çox çeşidli patogen mikrofloranın yaratdığı endotoksikoz qaraciyərin və eləcə də mədəaltı vəzin toxumasında hüceyrə membranının dağıdıcı təsir göstərir. Bunu bir başa olmasa da bir sıra tədqiqatçıların apardıqları elmi araşdırmalar da təsdiq edir (11,12).

Xroniki pankreatit fonunda kəskin xolesistit modelinin yaradılması zamanı qaraciyərin patoloji prosesə qoşulması daha bir mexanizmin açıqlamasına imkan yaratmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, yüksək toksikliyə malik peritoneal eksudatın orqanizmə yeridilməsi sayəsində qaraciyər toxumasında reduksiya edilən qlütatyonun, katalazanın, səthi yerləşən və eləcə də struktur yerləşən zülalların qatılığının azalması qaraciyər toxumasının metabolizinin normal gedişini pozur və antioksidant müdafiə sisteminin tədricən zəifləməsinə səbəb olur. Bunu əsas tutaraq hesab edirik ki, xroniki pankreatit fonunda kəskinləşmiş xolisistitdən törənən ağırlaşmalar zamanı antioksidant müdafiə sisteminin zəifləməsində endogen intoksikasiya vacib rol oynayır.

Xroniki pankreatit fonunda kəskin xolisistit modeli yaradılmış 8 baş dovşanda xolesistektomiya əməliyyatı aparılmışdır. 3-cü qrupa daxil olan təcrübə heyvanlarının qaraciyərlərindən hazırlanmış homogenatda antioksidant müdafiə sistemi markerlərinin qatılığı aşağıdakı qaydada dəyişmişdir (cədvəl 2).

Xolesistektomiya əməliyyatından 3 gün sonra reduksiya olunmuş qlütatyonun orta qatılığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 29% ($p < 0,01$), 2-ci qrupla müqayisədə isə 19% ($p < 0,05$) azalaraq $8,87 \pm 0,63$ nmol/l-ə enmişdir.

Katalazanın orta qatılığı isə intakt vəziyyətlə müqayisədə 9% ($p > 0,05$), 2-ci qrupla müqayisədə 4% azalaraq $235,4 \pm 6,6$ v/ml-ə bərabər olmuşdur.

Səthdə yerləşən zülal sulfahidril qrupunun orta qatılığı isə intakt vəziyyətlə müqayisədə 11%, 2-ci qrupa daxil olan təcrübə heyvanları ilə müqayisədə isə 5% azalaraq $28,7 \pm 2,6$ nmol/mq zülala enmişdir (hər iki halda $p > 0,05$).

Struktur daxili zülal sulfahidril qrupunun orta qatılığı $20,4 \pm 1,5$ nmol/mq-a bərabər olub intakt vəziyyətlə müqayisədə 5%, 2-ci qrupla müqayisədə isə 8% azalmışdır (hər iki halda $p > 0,05$).

Qaraciyər toxumasında reduksiya olunmuş qlütatyonun və katalazanın qatılığı təcrübəyə götürülən heyvanların 100%-də, səthdə yerləşən zülal sulfahidril qrupunun qatılığı 50%-də, struktur daxili zülal sulfahidril qrupunun qatılığı 75%-də normal səviyyədən aşağı düşmüşdür.

Beləliklə apardığımız təcrübələrin nəticəsi göstərmişdir ki, xroniki pankreatit fonunda inkişaf edən kəskin xolesistit münasibətilə cərrahi əməliyyat aparılmış heyvanlarda qaraciyərin funksional vəziyyətini əks etdirən markerlərin dinamikasında pozitiv istiqamətli dəyişikliklər elə də ciddi xarakter almamışdır. Öd kisəsinin çıxarılmasından 3 gün keçməsinə baxmayaraq Qf-nin, AL-nin, AST-nin qatılığı cərrahi əməliyyata qədərki səviyyədən yüksək olmuşdur.

Qaraciyərlə yanaşı mədəaltı vəzin də funksional vəziyyətini səciyələndirən fermentlərin o cümlədən amlaza ilə γ -QT-nin qatılığı əməliyyatdan əvvəlki səviyyəsindən yüksək olmuşdur. Bütün bunlar onu göstərir ki, öd kisəsinin çıxarılmasına baxmayaraq qaraciyərdə və eləcə də mədəaltı vəzidə gedən patoloji proses davam edir. Ona görə də cərrahi əməliyyatdan 7 gün keçməsinə baxmayaraq qanda fermentlərin qatılığın normal həddən yuxarı səviyyədə qalmışdır.

Eksperimentlərdən alınmış nəticələr bizə xroniki pankreatit fonunda inkişaf edən kəskin xolesistit zamanı aparılan cərrahi əməliyyatın uğursuzluğunun patogenezini açıqlamağa imkan verdi. Alınmış nəticələrə əsaslanaraq hesab edirik ki, hər iki patologiya zamanı qaraciyərin funksional vəziyyəti pozulmuş olur. Bunun əsas təkanverici amili qaraciyər toxumasında antioksidant müdafiə sisteminin sönükləşməsi və buna rəğmən oksidativ stresin intensivləşməsidir. Bu sistem şəklini alaraq zəncirvari bir reaksiyaya çevrilir və mütəmadi olaraq orqanizmi toksiki maddələrlə zənginləşdirir. Ona görə də cərrahi əməliyyatdan sonra müxtəlif ağırlaşmalar baş verir. Düzdür bir sıra müəlliflər (13,14) bu ağırlaşmaları hepatobilyar sistemdə disfunksional vəziyyətin yaranması ilə bağlayırlar. Lakin bizim təcrübələrdən aldığımız nəticələrə əsaslanaraq belə bir qənaətə gəlirik ki, hepatobilyar sistemdə yaranmış disfunksiyanın əsas patogenetik mexanizmini qaraciyərin antioksidant sisteminin sönükləşməsi təşkil edir.

Antioksidant Müdafiə sistemi markerlərinin qatılığının

№	Markerlər	Qruplar	İntakt vəziyyət	Tədqiqatın müddəti	
				3 gün	7 gün
1	Red. olunmuş qlütation nmol/mq	1-ci	12,98±0,46	-	-
		2-ci	-	7,20±0,43 ***	6,63±0,28 ***
		3-cü	-	8,78±0,63 **	7,13±0,88 **
2	Katalaza v/ml	1-ci	256,6±4,2	-	-
		2-ci	-	223,9±6,3 **	211,3±8,1 **
		3-cü	-	235,4±6,6 *	232,3±6,6 **
3	SYZ SH qrupu nmol/mq	1-ci	34,5±1,6	-	-
		2-ci	-	26,1±2,0 *	23,7±1,9 **
		3-cü	-	28,7±2,6 *	26,5±2,8 *
4	SDZ SH qrupu nmol/mq	1-ci	23,7±0,9	-	-
		2-ci	-	18,4±0,9 **	17,6±0,9 **
		3-cü	-	20,4±1,5*	18,8±1,6 *

Qeyd: * $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$
 *** $p < 0,001$

ƏDƏBİYYAT:

1. Рукосуева Т.В., Перьянова О.В., Серова Е.В. Изучение бактериохоллин в генезе калькулезного холостистита при желчнокаменной болезни. // Журнал Инфекционной патологии, 2010, № 3, ст.122-123.
2. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей. Москва, МИА, 2011, ст.880.
3. Юсиф-заде К.Р. Клинико-эпидемиологические особенности заболеваний желчевыводящей системы. // Sağlamlıq 2014, № 2, səh.31-35.
4. Маев И.В., Кучерявий Ю.А., Москалева А.Б. Хронический панкреатит: мифы и реальность. Гастроскоп 2011, № 1, ст.8-10.
5. Addlev J., Mitchell R.M. Advances in the investigation of obstructive jaundice. Curr. Gastroenterol Rep. 2012, № 6, page 311-519.
6. Родоман Г.В., Соколов А.А., Шалаева Т.И. и др. Эндоскопическая папиллотомия при остром билиарном некротическом панкреатите. // Хирургия, 2013, № 10, ст.12-17.
7. Усиков Ф.Ф., Романова Л.Д., Гончарова Л.С. Хирургическая модель острого гнойного перитонита. // Хирургия 1984. №8. с.127-129.
8. Недошвина Р.В. Изучения токсичности крови обонезженных собак методом биотестированной мышак с блокированной РЕС. // Патологическая физиология 1972. №2. с.39-42.
9. Ellman G. Tissue Sulphydrule groups II Archivas of Biochemistry and Biophysies 1959. №1. P.70-77.
10. Лакин Г.Ф. Биометрия. М. Высшая школа 1990, с.352.
11. Додж К., Кината С., Стинсон К. Тесоавт. group эффективная работа EXCEL. СПб 2002. 1067 с.
12. Звенигородская Л.А., Овсянникова О.Н., Самсонова Н.Г. Применение Гепабене в лечении холесте-роза желчного пузыря и стеатогепатита у больных с метаболическим синдромом // Трудный пациент, 2007, №6-7, с.9-12.
13. Попова Ю.А. Болезни печени и желчного пузыря. Диагностика, лечение, профилактика /СПБ.: Крылов 2008, с.192.
14. Нартайлаков М.А., Хирургия печени и желчных путей. Феникс 2007, с.408.
15. Гусев А.В., Боровков И.Н., Гусева Е.В., Мартинш Ч.Т. Альтернативные эндобилиарные вмешательства при холедохолитиазе и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Хирургия, 2009, №6, с. 22-26.

Rəyçi: Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin elmi katibi

t.ü.e.d. Kazımov İ.L.

Redaksiyaya 04.02.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ *HELICOBACTER PYLORI* ИНФЕКЦИИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ.

САЛИМОВ Т.Г., ШАМХАЛОВ З.М., ГИДАЯТОВА В.А., САДЫГОВ Б.И.,
ОСМАНОВА Р.Ю., ГУСЕЙНОВА Х.Г., САЛИМОВА Р.Т., МАГАЛОВА Н.С.,
РУСТАМЛИ И.А., ГАСЫМОВА И.Н., АСЛАНОВА Л.С., ХАЛИЛОВ В.М.,
ИБРАГИМОВ М.Р., КЕРИМОВА Т.М., ХАКИЕВА М.А.

Центр Научной Хирургии им.акад.М.Топчибашева. Баку, Азербайджан

The prevalence of Helicobacter Pylori infection in Azerbaijan

*Salimov T.G., Shamhalov Z.M., Hidayatova V.A., Sadigov B.I., Osmanova R.Y., Huseynova H.G.,
Salimova R.T., Magalova N.S., Rustəmli İ.A., Gasimova İ.N., Aslanova L.S., Khalilov V.M., İbrahimov M.R.,
Kerimova T.M., Khakiyeva M.A.*

Summary: The article provides information about the nature of Helicobacter Pylori, ways of its transmission, factors affecting epidemiological indicators, as well as methods of diagnosis and modern treatment of infection. The result of the study of the prevalence of Helicobacter Pylori on the territory of Azerbaijan, conducted in 2016-2017, are also presented in the article a complex of optimal methods of diagnosis and schemes of Helicobacter Pylori treatment in the conditions of Azerbaijan are identified in this article as well.

Helicobacter pylori infeksiyanın Azərbaycanda yayılması

Səlimov T.H., Şamxalov Z.M., Hidayətova V.Ə., Sadıqov B. İ., Osmanova R.Y., Hüseynova X.Q,
Səlimova R.T., Mahalova N.S., Rüstəmli İ.A., Qasımova İ.N., Aslanova L.S., Xəlilov V.M., İbrahimov M.R.,
Kərimova T.M., Xakiyeva M.A.

Xülasə: Məqalədə Helicobacter pylori infeksiyasının təbiəti, onun yayılma yolları, epidemioloji göstəricilərə təsir edən amilləri, müasir diaqnostika və müalicə üsulları barəsində ətraflı məlumat təqdim olunmuşdur. Eyni zamanda, Azərbaycan Respublikası ərazisində 2016-2017-ci illərdə Helicobacter Pylori infeksiyasının yayılması barəsində aparılmış tədqiqatın nəticələri əks olunmuşdur. Azərbaycan şəraitində Helicobacter Pylori əleyhinə optimal müayinə metodları və müalicə sxemləri seçilmişdir.

Заболевания органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения. Они склонны к хронически рецидивирующему течению, поражают лиц наиболее трудоспособного возраста, снижают качество их жизни и наносят огромный социально-экономический ущерб.

На протяжении последних десятилетий появились новые возможности в изучении заболеваний органов пищеварения. Появление и усовершенствование эндоскопической аппаратуры произвело революцию в возможностях медицины как в диагностическом, так и в лечебном плане. Появились также и неинвазивные методы исследования, такие как ультрасонография, определение широкого спектра серологических маркеров различных заболеваний.

Инфекция *Helicobacter Pylori* представляет серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему. Пилорическим хеликобактериозом инфицировано больше половины человечества. *Helicobacter Pylori* является главной причиной хронического гастрита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, мальтомы желудка. Она является важнейшим фактором риска рака желудка. В 1994 году Международным агентством по изучению рака ВОЗ эта инфекция была отнесена к канцерогенам I класса.

Эпидемиологические исследования показали, что у инфицированных *Helicobacter Pylori*, рак желудка встречается в 4-6 раз чаще, чем у неинфицированных (1,2,3,4). Зависимость между распространенностью *Helicobacter Pylori* и аденокарциномой желудка подтвердили эпидемиологические исследования, проведенные в целом ряде стран (5,6,7).

Важным вопросом в эпидемиологических исследованиях является изучение факторов, влияющих на показатели распространенности инфекции. Многочисленными исследованиями установлено, что основным фактором, определяющим инфицированность *Helicobacter Pylori* является экономический, и как показатель экономического развития общества- средний доход на душу населения (8,9,10).

Другими важными факторами, влияющими на уровень инфицированности населения, являются такие социальные факторы, как образование, профессия, состав семьи (11,12,13).

Существует несколько методов выявления и количественной оценки обсеменения слизистой оболочки

желудка и 12-перстной кишки *Helicobacter Pylori*. Наиболее распространенными из них являются уреазный и гистологический методы. Уреазный тест («кампи-тест») относится к числу экспресс-методов выявления *Helicobacter Pylori*. В качестве возможного источника хеликобактерной уреазы используют биоптаты слизистой оболочки.

Серологические методы основаны на выявлении у больных, инфицированных *Helicobacter Pylori*, специфических антител, которые обнаруживаются в сыворотке крови уже через 3-4 недели. С целью выявления специфических антител используется метод иммуноферментного анализа (ИФА) с определением антител классов IgG, IgA в сыворотке крови. Этот метод отличается высокой достоверностью и применяется для скрининговых исследований. Для контроля эрадикационной терапии метод не используется, так как снижение титра антител, как правило, наступает через несколько месяцев после окончания лечения.

Микробиологический метод заключается в получении культуры *Helicobacter Pylori* и позволяет определить чувствительность микроорганизма к антибактериальным препаратам. Метод актуален в тех случаях, когда имеется резистентность к выбранным эрадикационным схемам.

Радионуклидный метод, по мнению большинства исследователей, является «золотым стандартом» для определения и контроля за эффективностью проведенной антихеликобактерной терапии. Это так называемый дыхательный тест, отличающийся высокой чувствительностью в выявлении *Helicobacter Pylori* инфекции.

ПЦР (полимеразная цепная реакция) признана самым точным методом определения малых концентраций *Helicobacter Pylori*, в том числе и его кокковидной формы. Биологическим материалом может быть кровь, желудочный сок, слюна, биоптаты слизистой оболочки.

Эрадикация *Helicobacter Pylori* является основным компонентом лечения *Helicobacter Pylori*-ассоциированной патологии желудочно-кишечного тракта. В настоящее время принято, что эрадикационная терапия должна проводиться всем больным с язвенной болезнью независимо от стадии заболевания, однако в каждом случае требуется объективное подтверждение инфицирования слизистой оболочки *Helicobacter Pylori* при помощи гистологического, уреазного метода или дыхательного теста. Для эрадикационной терапии требуются специфические антибактериальные препараты, устойчивые к действию соляной кислоты, способные проникать под слой желудочной слизи и обладающие высокой бактерицидной эффективностью в отношении различных штаммов *Helicobacter Pylori*. По мере развития резистентности к тем или иным антибактериальным средствам предлагаемые эрадикационные схемы лечения менялись.

Выбор схем эрадикационной терапии, согласно материалам консенсуса Маастрихт V (2015 г.), основывается на сведениях о распространенности резистентных штаммов *Helicobacter Pylori* к кларитромицину и метронидазолу (включая двойную устойчивость к этим препаратам) в конкретном регионе мира. В регионах с низким уровнем резистентности к кларитромицину (< 15%) тройная терапия предлагается в качестве терапии первой линии, квадротерапия с препаратами висмута может рассматриваться как альтернатива. В регионах с высокой резистентностью к кларитромицину (> 15%) рекомендуется применение классической квадротерапии. В регионах с двойной резистентностью как к кларитромицину, так и к метронидазолу рекомендуется классическая квадротерапия в качестве терапии первой линии. С целью снижения побочных эффектов проводимой эрадикационной терапии рекомендуется назначение пробиотиков (14, 15).

Использование любой из схем эрадикационной терапии предполагает обязательный контроль за ее эффективностью. Известно, что использование сильнодействующих антибактериальных и антисекреторных средств резко снижает титр *Helicobacter Pylori* в слизистой оболочке. В связи с этим сразу после окончания терапии *Helicobacter Pylori* в биоптатах слизистой не обнаруживается и тесты, проводимые с эндоскопическими биоптатами, дадут ложноотрицательный ответ. Установлено, что прием эффективных антисекреторных средств резко повышает pH желудочного содержимого, создавая условия для миграции *Helicobacter Pylori* из антрального отдела в тело и дно желудка. Поэтому для оценки эффективности эрадикации необходимо исследование минимум двух биоптатов, взятых из антрального отдела и тела желудка, причем тестирование следует проводить не ранее, чем через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии.

Целью проведенного исследования было изучение распространенности *Helicobacter Pylori* на территории Азербайджана за 2016-2017 годы.

Сбор и анализ материала производился с учетом таких показателей, как пол, возраст, социальное положение, условия проживания, климато-географические условия.

Целью было также выявление факторов риска инфицирования населения, выбор оптимальных методов диагностики и лечебных антихеликобактерных схем в условиях Азербайджана. Была сделана попытка широкомасштабного охвата всех городов, регионов и районов республики.

Материал и методы исследования.

Материалом исследования служили специально разработанные анкеты, в которые вносились все данные лиц, обратившихся в гастроэнтерологическое отделение больницы №5 с жалобами, характерными для патологии желудочно-кишечного тракта.

За период 2016-2017 годы на наличие *Helicobacter Pylori* инфекции было обследовано 4960 человек, из которых у 3201 были диагностированы различные заболевания верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, а у 1760-прочие заболевания системы пищеварения. Среди обследованных женщины составляли 42%, мужчины- 58%. По возрастным группам больные были распределены в таком соотношении:

- 14-20 лет- 6,8%
- 21-30 лет- 26,7%
- 31-40 лет- 28%
- 41-50 лет- 18,7%
- 51-60 лет- 9%
- 61 и старше- 11,3%,

из чего следует, что наиболее инфицированными оказались лица в возрасте от 21 года до 50 лет.

Диагностика заболеваний основывалась на результатах эндоскопического, рентгенологического, ультразвукового, лабораторных исследований. Тестирования на наличие *Helicobacter Pylori* проводилось до назначения антихеликобактерной терапии и через 4-6 недель после ее завершения. Наиболее часто используемыми в нашей практике методами обнаружения *Helicobacter Pylori* были иммуноферментный, уреазной (обнаружение в биоптатах, полученных при эндоскопии) методы и определение антигена *Helicobacter Pylori* в кале, причем в наших исследованиях наиболее чувствительным тестом оказался уреазный тест с биоптатами, полученными при эзофагогастродуоденоскопии.

Результаты исследования.

Итак, из 4960 лиц, обследованных за два года *Helicobacter Pylori*-позитивными оказались 3898 человек, что составило 78,6%. Отдельно этот показатель в 2016 и 2017 годах составил соответственно 79,4% и 75,7%. Для сравнения приводим результаты, полученные в 2014 и 2015 годах. Инфицированность населения Азербайджана в эти годы по нашим данным составляла 79,8% и 79,4% соответственно.

Таким образом, в 2017 году имело место тенденция к снижению показателя инфицированности населения. ($p > 0,5$)

Таблица 1.
Распределение *Helicobacter Pylori*-позитивных больных в зависимости от заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

№	Патология	Годы	Число обследованных	H.pylori (+)	
				Число лиц	%
1.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки	2017	391	349	89,2
		2016	768	707	92
2.	Язвенная болезнь желудка	2017	85	62	73,1
		2016	133	92	69
3.	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	2017	27	23	87
		2016	41	33	81
4.	Хронический гастродуоденит	2017	146	105	72
		2016	349	283	81
5.	Хронический гастрит	2017	141	109	77
		2016	129	102	79
6.	Эрозивный гастрит	2017	78	61	78
		2016	155	115	74
7.	Эрозивный дуоденит	2017	71	54	76
		2016	117	94	80,2
8.	Эрозивный гастродуоденит	2017	59	40	68,1
		2016	99	70	70,6
9.	ГЭРБ	2017	105	61	58,1
		2016	104	69	66,1
10.	Рак желудка	2017	11	8	74,5
		2016	19	14	72,9
11.	Рак пищевода	2017	9	4	44,4
		2016	12	5	41,4
12.	Функциональная диспепсия	2017	26	10	38,5
		2016	39	14	39,6
13.	Симптоматические язвы	2017	38	13	34,2
		2016	49	19	38,8

Данные приведенной таблицы свидетельствуют, что заметное снижение инфицированности *Helicobacter Pylori* за 2017 год наблюдалось среди больных с хроническим гастродуоденитом, эрозивным дуоденитом, ГЕРБ и симптоматическими язвами. Напротив, в группах больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, а также раком желудка и раком пищевода имело место повышение аналогичных показателей.

Учитывая достаточно высокую эрадикационную эффективность трехкомпонентных антихеликобактерных терапевтических схем, предложенных II Маастрихским Соглашением, в нашей практике они не потеряли своей актуальности.

Используемая нами эрадикационная терапия I линии имела два варианта: I вариант: ИПП- 2 р в сутки, кларитромицин по 0,5 г- 2 р в сутки, амоксициллин по 1,0 г- 2 р в сутки. II вариант: ИПП- 2 р в сутки, кларитромицин по 0,5 г- 2 р, амоксициллин по 1,0 г- 2 р в сутки, De-nol по 120 мг- 4 р в сутки.

Препараты II линии включали: ИПП- 2 р в сутки, De-nol по 120 мг- 4 р в сутки, тетрациклин по 500 мг- 4 р в сутки, метронидазол по 250 мг- 4 р в сутки. III линия состояла из: ИПП- 2 р в сутки, левофлоксацин по 500 мг- 2 р в сутки, амоксициллин по 1,0 г- 2 р в сутки, De-nol по 120 мг- 4 р в сутки в течение 10 дней.

Таблица 2.

Эффективность эрадикационной терапии при использовании различных антихеликобактерных схем.

№	Схема эрадикации	Годы	Число обследованных	Положительный результат	
				Число лиц	%
1.	I линия Вариант 1	2016	569	295	52,4
		2017	349	233	66,8
2.	I линия Вариант 2	2016	1048	836	79,8
		2017	763	651	85,3
	II линия	2016	471	375	79,6
		2017	227	193	85,0
	III линия	2016	195	135	69,2
		2017	139	98	70,4

Как видно из таблицы наиболее эффективной оказалась лечебная схема 2-го варианта I линии и препараты, используемые в схеме II линии. Этот эффект может быть объяснен включением в лечебные схемы препарата De-nol, а также удлинением курса лечения с 10 до 14 дней.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.The EUROGAST Study Group. An international association between *Helicobacter Pylori* infection and gastric cancer (no authors listed)//Lancet.-1993.-Vol.341, N8861.-P.1668
- 2.Jemal A., Thomas A., Murray T., Thun M. Cancer statistic, 2002// CA Cancer J.Clin.-2002.- Vol.52.- P.23-47
- 3.Kato M.,Asako M., Nakamura T. et.al. *Helicobacter Pylori* eradication prevents the development of gastric cancer- results of a long-term retrospective study in Japan// Aliment.Pharmacol.Ther.-2006.-Vol.24 (suppl.4).-P. 2003-2006
- 4.Kokkola A., Louhimo J., Puolakkainen P., *Helicobacter Pylori* infection and low serum pepsinogen 1 level as risk factors for gastric carcinoma// Word J. Gastroenterol.-2005.-Vol.21- Vol.11, N7.-P.1032-1036
- 5.Grew K.D., Neugut A.I. Epidemiology of gastric cancer// Word J. Gastroenterol.-2006.-Vol.12, N3.-P.354-362
- 6.Mitipat N., Siripermpool P.,Jadwattanakul T., Chaunthongkum S. The prevalence of *Helicobacter Pylori* infection in patients with gastrointestinal symptoms in Chon Buri, Thailand// Southeast Asian J.Trop.Med. Public Health.-2005.-Vol.36, N2.-P.341-346
- 7.Plummer M., Franceschi S., Munos N. Epidemiology of gastric cancer// IARC Sci.Publ. -2004.-Vol.157, - P.311-326
- 8.Evans DJ, Evans DG, Takemura, et al. Characterization of a *Helicobacter Pylori* neutrophil-activating protein. Infect Immun 1995;63(6):2212-20
- 9.Yoshida N, Grabger DN, Evans DJ, et al. Mechanisms involved in *Helicobacter Pylori*- induced inflammation. Gastroenterology 1993;105(5):1431-40
- 10.Kurose I, Granger DN, Evans DJ, Jr., et al. *Helicobacter Pylori*- induced microvascular protein leakage in rats: role of neutrophils, mast cells, and platelets. Gastroenterology 1994;107(1):70-9

11. Peek RM, Jr., Miller GG., Tham KT, et al. Heightened inflammatory response and cytokine expression in vivo to CagA+ *Helicobacter Pylori* strains Lab Invest 1995;73(6):760-70
12. Crabtree JE, Covacci A, Farmery SM, et al. *Helicobacter Pylori* induced interleukin-8 expression in gastric epithelial cells is associated with CagA positive phenotype/ J Clin Pathol 1995;48(1):41-5
13. Keates S, Hitti YS, Upton M, Kelly CP. *Helicobacter Pylori* infection: activates NF-kappa B in gastric epithelial cells. Gastroenterology 1997;113(4):1099-109
14. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, Bazolli F, Gasbarrini A, Atherton J, Graham DY, Hunt R, Moayyedi P, Rokkas T, Rugge M, Selgrad M, Suerbaum S, Sugano K, El-Omar EM. Management of *Helicobacter Pylori* infection- the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut.2017;66(1):6-30
15. Malfertheiner P, Link A, Selgrad M, *Helicobacter Pylori*: perspectives and time trends. Nat Rev Gastroenterol Hepatol.2014;11(10):628-38

Rəyçi: *M.A.Topçubaşov adına Eimi Cərrahiyyə Mərkəzinin professoru:*

t.ü.e.d. Məmmədov Ə.Ə.

Redaksiyaya 12.02.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur.

**QIDA BORUSUNUN DİVERTİKULUNA GÖRƏ QOYULMUŞ STENTİNİN
QRANULYASİON TOXUMA İLƏ OBLİTERASİYASI VƏ ONUN
CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ**

BAYRAMOV N.Y., NAMAZOV A.E., RÜSTƏM Ə.M., İSAZADƏ E.M.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan

*Obliteration the stent into granulation tissue performed
about the diverticulum of the esophagus and its surgical treatment
Bayramov NY, Namazov AE, Rustam AM, Isa-zade E.M*

Summary: A case with obliteration of the endostent was described that has been placed in the esophagus because of isolate (midesophageal or parabronchial) diverticulum due to the inability and refusal the elderly patient to undergo surgical treatment. After installation and verification of the diagnosis and preoperative preparation under standard general anesthetic technique, with endotracheal intubation, a total single-stage esophagectomy with pyloroplasty and servical esophagogastrostomy was performed. The postoperative period was ordinary, without complications. In subsequent examinations, patient had no complacations/

Key words: Esophagus diverticulum, esophageal stenting, obliteration of a stent, esophagectomy, esophagogastranastomosis.

**Облитерация грануляционной тканью стента, наложенного
по поводу дивертикула пищевода и его хирургического лечения
Байрамов Н.Ю., Намазов А.Э., Рустам А.М., Иса-заде Э.М.**

Резюме: Описан случай из клинической практики с облитерацией эндостента, наложенного в пищевод с целью изоляции среднего (мидэзофагеального или парабронхиального) дивертикула, ввиду невозможности и отказа пожилого пациента от хирургического лечения. После установки и верификации диагноза, соответствующей предоперационной подготовки под общей внутривенной многокомпонентной анестезией в условиях эндотрахеальной интубации выполнена тотальная одномоментная эзофагоэктомия с пилоропластикой и наложением цервикального эзофагогастроанастомоза. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. В последующих осмотрах большой жалоб не предъявлял.

Ключевые слова: Дивертикул пищевода, стентирование пищевода, облитерация стента, эзофагоэктомия, эзофагогастроанастомоз.

Açar sözlər: Qida borusunun divertikulu, qida borusunun stentlənməsi, stentin tıxanması, ezofaqoektomiya, ezofaqoqastroanastomoz

Klinik praktikada qida borusuna qoyulmuş stentinin kobud, qaba qida qalıqları və ya yad cisimlə tutulması hadisələri xeyli çox rast gəlir. Bu hallarda endoskopik taktika (qida qalıqlarının parçalanması və ya mədəyə itələnməsi, yad cisimin çıxarılması və ya mədəyə itələnməsi) aparıcı mövqeyə malikdir və əksər xəstələrdə effektiv olur[1]. Qida borusuna qoyulmuş çılpaq stentlərin şiş toxumasının mənfəzə doğru inkişafı (ekzofit) hesabına təkrar daralmaları 8-35% hadisələrdə müşahidə edilir və bu səbəbdən 60% xəstələrdə disfagiyanın residivi baş verir[2]. Özbaşına açılan plastik örtüklü stent yerləşdirildikdən sonra keçiriciliyin pozulmasına görə disfagiya stentin proksimal və ya distal kənarlarında şiş toxumasının böyüməsi və mənfəzi daraltması, hətta tıxanması hesabına ortaya çıxır. Bu xəstələrdə adətən restentlənmə, toxumanın endoskopik lazer və ya elektroditermik destruksiyası, az hallardapalliativ endoskopik perkutan və ya laparoskopik qastrostomiya əsas müalicə taktikası hesab olunur [3, 4]. Ədəbiyyat məlumatlarına görə stentin qranulyasion toxumanın hiperplaziyası hesabına darılması və ya tam tutulması nadir hallarda müşahidə olunur və bu patoloji vəziyyətin endoskopik vasitələrlə ləğvi imkanları məhduddur[1, 5]. Praktikada təsadüf etdiyimiz hadisənin - qida borusunun təkrar qoyulmuş stentinin qranulyasion toxuma ilə tam tutulmasına görə restentlənmənin və digər endoskopik vasitələrin tətbiqinin mümkünsüzlüyünə görə xəstənin radikal cərrahi müalicəsinin nəticəsini təqdimatını məqsədəuyğun hesab etdik.

Xəstə A.K., 1938-ci il doğumlu, 21508884 sayılı x/t, 08.01.2018-ci il tarixdə qida qəbulunun çətinləşməsi, disfagiya, bərk qidaların qəbulu zamanı çəçəmə, diskomfort və ümumi rahatsızlıq şikayətləri ilə Azərbaycan Tibb Univer-

sitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasının orqan transplantasiyası şöbəsinə müraciət etmişdir. Özünü 2 ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi heç nə ilə əlaqələndirmir. Əvvəllər aparılmış konservativ müalicə kursları effekt verməmişdir.

Xəstə 1 il əvvəl, yanvarın ilk günlərində digər klinikada daimi öskürək və çəçəməşikayətləri ilə zəruri müayinələr olunmuş, instrumental (endoskopik, Rh-ji, kontrastlı torakal və abdominal KT) tədqiqat zamanı qida borusunun orta 1/3 hissəsinin divertikulu (midezofageal və ya parabronxial) aşkar edilmişdir. Xəstənin yaşı, anesteziya və cərrahi əməliyyat risklərinin böyüklüyünü və xəstənin cərrahi əməliyyatdan qətiyyətlə imtina etməsini nəzərə alaraq palliativ taktika seçilmiş, divertikulun həzm prosesindən təcridi məqsədi ilə qida borusunun divertikul gəzdirici seqmentinə məcburi qaydada çılpaq plastik stent yerləşdirilmişdir. 1 ay əvvəl artan disfagiya səbəbindən ilk stent çıxarılarəkən qida borusu cırılmış, ona görə də təkrar stent qoyulmuşdur. Son 1 ayda şikayətləri artdığı üçün klinikaya müraciət etmişdir.

2 il əvvəl total tiroidektomiya əməliyyatı keçirmişdir. Allergiyalar yoxdur. Tibbi preparatlar qəbul etmir. İrsiyyət xüsusiyyətsizdir. Özündə və aliə üzvlərində sosial əhəmiyyətli infeksiyaları, həmçinin viral infeksiyalar keçirməsini inkar edir. Hemotransfuziya aparılmamışdır. İnfuzion müalicə seanslarına reaksiya olmamışdır.

Həyat anamnezinin digər aspektləri xüsusiyyətsizdir.

Ümumi vəziyyəti kafidir. Huşu, şüuru aydındır. Suallara cavab verir. Eşitmə və görmə ilə bağlı şikayətləri yoxdur. Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Dərialtı piy qatı zəif inkişaf etmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliklidir.

Tənəffüs sistemi – SOFA 1, kardiovaskulyar sistem – SOFA 1, sinir sistemi – SOFA 1, qaraciyər – SOFA 1, böyrəklər – SOFA 1, koaqulyasiya sistemi – SOFA 1.

Qanın ümumi təhlili (08.01.2018): WBC - $4,3 \times 10^9/L$, RBC - $4,92 \times 10^{12}/L$, HGB - 14,1 g/dL, Eoz – 5,3%, Bazs – 1,2%.

Qanın biokimyası (08.01.2018): ALT – 10,4 U/L, AST – 13,4 U/L, Alb – 4,33 g/dL, ALP – 94 U/L, GGT – 32 U/L, Creat – 0,74mg/dL, qlükoza (aclıq) - 95 mg/dL, Tbil – 0,54 mg/dL, CRP – 11,09 ml/L. TSH III nəsil - 15,69 $\mu IU/L$

Koaquloqrafiya (08.01.2018): PT – 13,7 san, PI – 78%, İNR – 1,27

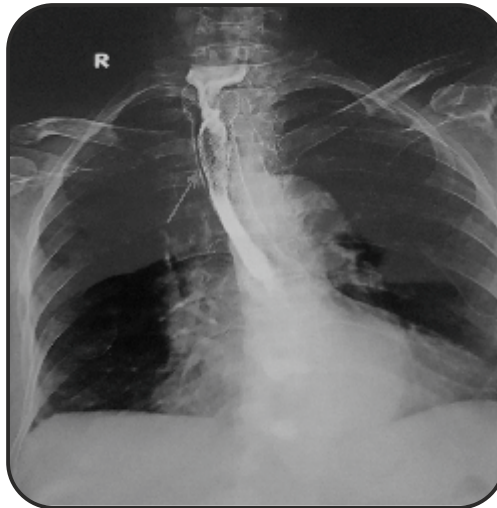
Qanda infeksiyalar (08.01.2018): Anti HIV (HIV 1 – HIV 2 anticisimlər) – neqativ, RPR – neqativ, HBs Ag – 0, anti-HCV -0,12

EKG (08.01.2018): Sinus ritmi. ST seqmentinin qeyri-spesifik dəyişiklikləri

Transtorakal ExoEKG (08.01.2018): Sol mədəciyin relaksativ tip diastolik disfunksiyası, aorta kökü və qapaqlarının kalsifik qalınlaşması, qalxan aortanın genişlənməsi (41 mm);

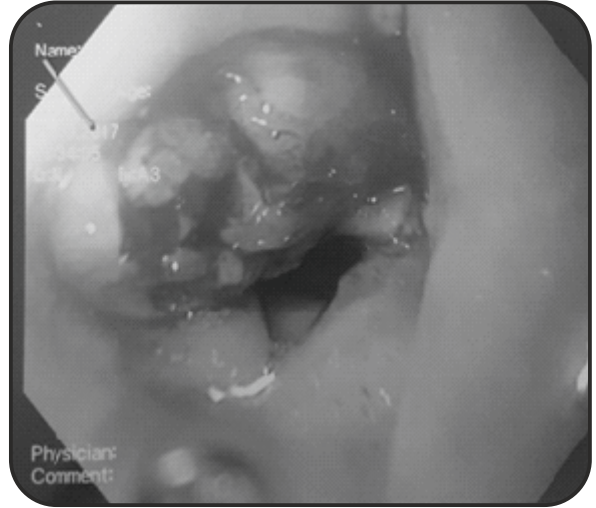
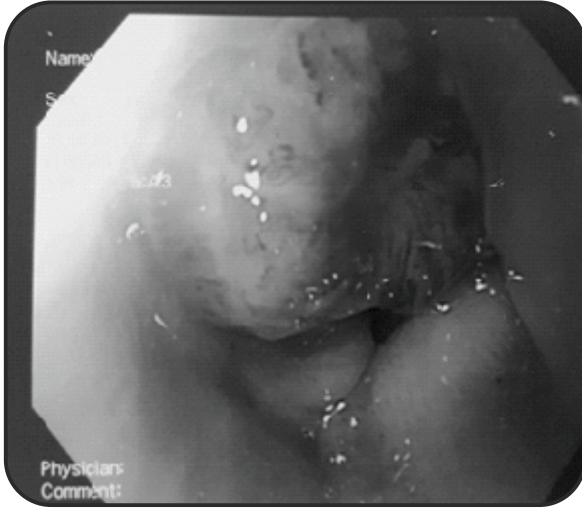
Rəngli Doppler ExoKQ (08.01.2018) – MÇ-I⁰ TÇ – min, AÇ-I⁰

Toraks Rh-qrafiyası(08.01.2018): Qida borusunun stenti. Stentin proksimal 1/3 hissəsinin yumşaq toxuma ilə obliterasiyası (şək. 1). Sağ ağciyərin yuxarı payının apikal və aşağı payın posteriobazal seqmentlərində plevroparenximal fibrotik çəkintilər.



Şək.1. Qida borusuna qoyulmuş stentin proksimal 1/3 hissəsinin granulyasion toxuma ilə tam obliterasiyası və suprastenotik genişlənməsi(stent oxla göstərilmişdir)

Endoskopiya (08.01.2018): Ön kəsici dişlərdən 16 sm məsafədə qida borusunun mənfəzinin 1/3 hissəsinə obliterasiya edən törəmə? Biopsiya materialı götürüldü (şək. 2).



Şək.2. Qida borusuna qoyulmuş stentin proksimal 1/3 hissəsinin obliterasiyaedici (2/3 hissə) törəməsi

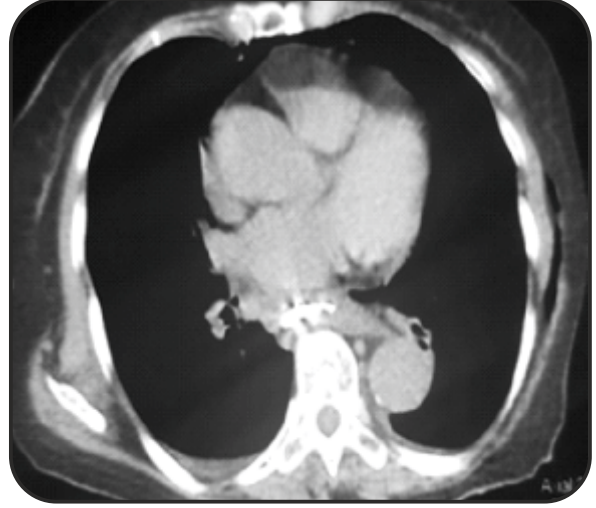
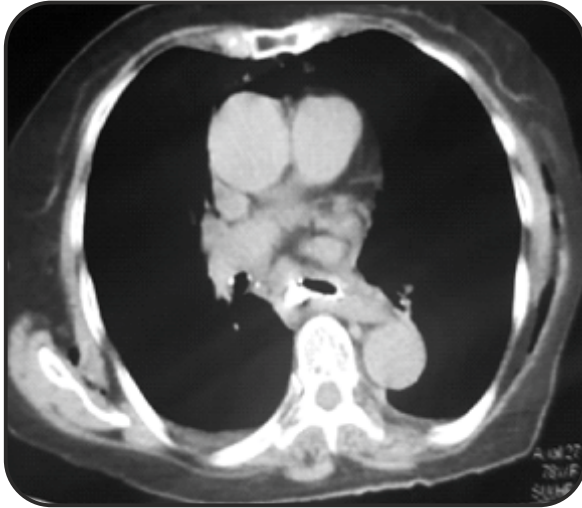
Toraks KT (08.01.2018): Qida borusunun proksimal 1/3 hissəsinin yumşaq toxuma hesabınadaralması (şək. 3). ÜST performans – 0 dərəcə, Charlison indeksi – 0.

Klinik diaqnoz: Qida borusunun stentdən sonrakı vəziyyəti. Stentin proksimal 1/3 hissəsinin qranulyasion toxuma ilə tam obliterasiyası

Müalicə taktikası və cərrahi əməliyyat üsulunun növü, həcmi digər ixtisaslı mütəxəssislərlə (tibbi radioloq, endoskopik cərrah, kardioloq, gastroenteroloq, hepatoloq, pulmonoloq, anestezioloq-reanimatoloq) birgə keçirilmiş konsiliumun qərarı ilə seçildi. Müvafiq əməliyyatönü hazırlıq kompleksindən sonra planlı qaydada cərrahi əməliyyat – total ezofaqoektomiya icra etmək qərarına alındı.

Əməliyyata göstərişlər: Stentdaxili toxumanın endoskopik (lazer, diatermik) eksiziyasının mümkünsüzlüyü, ağırlaşma (tam stenoz) təhlükəsi, prestenotik genişlənmiş və daha da genişlənəcək hissənin perforasiya riski (kəskin mediastenit), əmək qabiliyyəti və həyat keyfiyyətinin enməsi, xəstənin təkidi

Anesteziya və əməliyyat riski: ASA görə IV-V dərəcə



Şək. 3. Qida borusunun proksimal 1/3 hissəsinin yumşaq toxuma hesabınadaralması

Planlı əməliyyat (11.01.2018, 13⁰⁵ - 22⁴⁵): Yuxarı orta laparotomiya, sağ ön-yan torakotomiya, sol servikotomiya, mədənin və qida borusunun total mobilizasiyası, total ezofaqoektomiya, piloroplastika, boyun ezofaqogastroanastomozunun qoyulması. Sağ plevra boşluğunun və qarın boşluğunun sanasiyası, drenajı.

Anesteziya növü: Endotraxeal intubasiya şəraitində çoxkomponentli venadaxili ümumi

Yuxarı orta laparotomiya – təftiş zamanı mədənin ətraf toxumalarla çoxsaylı serti intim bitişmələri və yapışıqlar aşkar edildi. Bitişmələr, yapışıqlar küt və iti üsullarla ayrıldı, mədə böyük və kiçik əyriliklər boyunca və qida borusunun distal seqmenti sərbəstləşdirildi, piloroplastika icra olundu.

Sağ torakotomiya – qida borusunda stent əlləndi, stentin proksimal 1/3 hissədə tam obliterasiyası, həmin hissənin ətraf toxumalarla bitişmələr əmələ gətirməsi müəyyən edildi. Bitişmələr küt və iti üsullarla ayrıldı, orqan tam sərbəstləşdirildi.

Sol servikotomiya – qida borusunun boyun şöbəsi əldə edildi, küt üsulla ətraf toxumalardan ayrıldı, kardiya səviyyəsinə qədər o, boyun yarasına gətirildi, həmin səviyyədə kəsildi, kardial hissə ilə boyun şöbəsi arasında anastomoz (ezofaqogastroanastomoz) qoyuldu. Sağ plevra, qarın boşluqları sanasiya və drenaj olundu. Əməliyyat yaraları qatlar üzrə hermetik tikildi.

Əməliyyatdaxili ümumi qan itkisi - 300 ml, transfuziya həcmi – 400 ml eyniqruplu eritrosit kütləsi. Ümumi əməliyyat müddəti - 9 saat 40¹.

Əməliyyatdan sonrakı diaqnoz: Qida borusunun proksimal 1/3 hissəsində stentin yumşaq toxuma ilə tam obliterasiyası

Əməliyyatdan sonra xəstə ekstubasiya edilmədən stabil hemodinamik göstəricilərlə CRİT şöbəsinə köçürüldü. İntensiv infuzion müalicə fonunda hemodinamik göstəricilər və sistem (sinir, tənəffüs, qaraciyər-böyrək) dəyişiklikləri tam stabilləşdikdən sonra 12.01.2018-ci il tarixdə saat 12¹⁵-də ekstubasiya olundu. İnfuzion, simptomatik və korreksiyaedici-dəstək müalicəsi davam etdirildi. 15.01.2018-ci il tarixdə müalicənin davamı üçün şöbəyə köçürüldü. Kompleks infuzion, simptomatik, selektiv antibiotik və dəstək müalicəsi davam etdirildi.

Əməliyyatdan sonrakı dövr sakit keçmiş, 19.01.2018-ci il tarixdə xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılmış, müalicə ambulator şəraitdə tamamlanmışdır.

Patohistoloji rəy (17.01.2018): Qranulyasion və nekrotik toxumalar.

2 həftə, 1 və 3 aydan sonra xəstəyə baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur. Ev şəraitində gündəlik məişət işlərini yerinə yetirir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Mayoral W., Fleischer D., Salcedo J., Roy P., Al-Kawas F., Benjamin S. Non-malignant obstruction is a common problem with metal stents in the treatment of oesophageal cancer //GastrointestEndosc 2000; 51:556-9 PMID : 10805841

2. Дробязгина Е.А., Чикинев Ю.В., Анисеева О.Ю., Половников Е.С., Кудрявцев А.С. Ошибки и осложнения стентирования пищевода и пищеводных анастомозов //Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2016. Том 27. №2. -с.98-2 УДК 616.329-006.6-08

3. Годжелло Э.А., Хрусталева М.В., Пермяков В.Б., Галлингер Ю.И. Эндоскопическое стентирование пищевода и пищеводных анастомозов саморасправляющимися эндопротезами при сдавлении извне // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2011. №4. –с. 22-9

4. Струцкий Л.П., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хусанов А.М., Омонов Р.Р., Цой А.О., Ажи-муратов М.Т. Результаты эндоскопического стентирования в паллиативном лечении кардио-эзофагеального рака //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2017; 10: 1: 21-5. DOI: 10.18499/2070-478X-2017-10-1-21-25

5. Смирнов А.А. Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода //Дисс. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. 2010. Санкт-Петербург. – 124 с.

Rəyçi: ATU-nun II cərrahi xəstəliklər kafedrasının assistenti:

t.e.d. Cəfərli R.E.

Redaksiyaya 30.05.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.

UŞAQLARDA XRONİKİ QƏBİZLİKLƏRİN ETİOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİK KRİTERİYALARI.

POLUXOV R.Ş., MUSAYEVA K.B.

*ATU uşaq cərrahlığı kafedrası, Bakı, Azərbaycan
(email:konul.musayeva89@gmail.com)*

*Etiology and diagnostic criteria of chronic constipation in children
Polukhov R. Sh., Musayeva K.B.*

Summary: *In the article frequency in the occurrence of chronic constipation in children, its reasons, its criterions of functional constipation emerging in different age groups and methods of treatment have been explained. Results of conducted investigations show that chronic constipation is one the most widespread problems arising among children. However, the cause of chronic constipation can only be stated on the basis of detailed anamnestic information collected and instrumental examinations carried out. Since reasons of constipation are different, depending on them, preparation of examination and treatment algorithms and its application in clinic practice are one of the most important demand of today.*

Key words: *Chronic constipation, child, etiology, diagnostic criteria.*

**Этиология и диагностические критерии хронических запоров у детей.
Полухов Р.Ш., Мусаева К.Б.**

Резюме: В статье рассказывается о частоте встречаемости хронического запора у детей, критериях функционального запора в различных возрастных группах и методах их обследования. Результаты проведённых исследований показывают, что хронический запор является одной из широко распространённых проблем детского возраста. Причины хронического запора устанавливаются только на основании подробных анамнестических данных и проводимых инструментальных обследований. Ввиду различной этиологии запоров, выбор алгоритмов обследования и лечения в зависимости от причины возникновения и их применение в клинической практике являются одними из важных требований современности.

Ключевые слова: Хронические запоры, дети, этиология, диагностические критерии.

Açar sözlər: *Xroniki qəbizlik, uşaq, etiologiya, diaqnostik kriteriyalar.*

Müasir dövrdə xroniki qəbizlik 1 yaşına qədər olan uşaqlar arasında ən geniş yayılmış patalogiya olub, defekasiya aktının həftədə 2 dəfədən az və ya çətinliklə olması ilə xarakterizə olunan, həyat keyfiyyətini azaldan global problemlərdən biridir [1,2,3].

Epidemiologiyası. Aparılan tədqiqatlar zamanı müəyyən olunmuşdur ki, uşaqlarda ayrı-ayrı yaş qrupları arasında qəbizliyin görülmə tezliyi müxtəlif olub, daha çox 2-4 yaş arası uşaqlarda tualet tərbiyyəsinin başlandığı zaman yaranır. Böyüklərdə xroniki qəbizlik rast gəlmə tezliyinə görə ən çox qadınlar arasında müşahidə olunsada, uşaqlar arasında cinsə görə fərq yoxdur [4]. Uşaqlarda xroniki qəbizlik ən çox rast gəlinən patalogiyalardan biri olub, hər üç xəstədən birində təsadüf edilir. Araşdırmalar zamanı məlum olmuşdur ki, eyni yumurta əkizləri arasında xroniki qəbizliyin rastgəlmə tezliyi müxtəlif yumurta əkizləri ilə müqayisədə daha çoxdur [5]. Coğrafi ərazisinə görə bölgələr arasında rast gəlmə tezliyi müxtəlif olub, Şimali və Cənubi Amerikada 10%-23%, Avropada 0,7%-12%, Asiya ölkələri arasında 0,5%-29,6% arasında dəyişir [6].

Defekasiya aktının tezliyi uşağın yaşından asılı olaraq dəyişir. Neonatal dövrdə gündəlik defekasiya aktının sayı 4, 3 ay-3 yaş arası uşaqlarda 2, 3 yaşdan yuxarı uşaqların defekasiya aktının sayı 1 dəfəyə qədər müəyyən olunur [7,8].

Etiologiyası. Müasir dövrdə uşaqlarda xroniki qəbizliyin etiologiyası və patogenezi haqqında çoxlu sayda tədqiqatlar aparılmasına baxmayaraq, bu haqda elmi təsəvvürlər hələ də müxtəlifdir [9,10]. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, uşaqlarda xroniki qəbizliyin əsas səbəbi 95% hallarda funksional, 5% hallarda isə üzvidir [6].

Uşaqlara aid ən spesifik etioloji təsnifat A. И. Лёнюшкин tərəfindən təklif olunmuş təsnifatıdır:

2. Nevroloji xəstəliklər (Onurğa beyin dəbəliyi, nevrit, mielit, diabetik polineyropatiyalar)

5. İnfeksiyon xəstəliklər (Şaqasa xəstəliyi, dizenteriya və s.)

6. Yoğun bağırsağın iltihabi xəstəlikləri (xroniki enterit, Kron xəstəliyi, qeyri-spesifik xorali kolit)

8. Dərman preparatlarının əlavə təsiri (miorelaksantlar, qanqlioblokatorlar, xolinolitiklər, qıcolma əleyhinə preparatlar, diuretiklər, Dəmir və Ca preparatları, Ca kanalı blokatorları)

- Bağırsaqların hərəkətinin funksional pozğunluqları (qıcıqlanmış bağırsağ sindromu)
- Bağırsaqların sinir aparatının anadangəlmə və qazanılma patologiyaları (aqanqlioz, disqanqlioz, hipoganqlioz)
- Bağırsağın obstruksiyaları (şişlər, sıxılma, daralma)

Aparılan tədqiqatlar zamanı müəyyən olunmuşdur ki, anal nahiyədə çatın, hemorraidal düyünlərin olması defekasiya aktının ağrılı olmasına, nəcis ifrazının saxlanmasına və funksional qəbizliyə səbəb ola bilər [3].

Xroniki qəbizlik zamanı yoğun bağırsağın hərəki, sekretor və absorbsiya funksiyaları pozulur [16]. Yoğun bağırsağın hərəki funksiyası bağırsağ möhtəviyyatının bir istiqamətdə hərəkətini, bağırsaqdaxili təzyiqin stabil saxlanmasını və evakuasiyasını təmin edir.

11. Stefano Miceli Sopo Roberta Arena Monica Greco Marcello Bergamini Serena Monaco Constipation and Cow's Milk Allergy: A Review of the Literature Int Arch Allergy Immunol 2014;164:40–45
12. Лёнюшкин А. И. Хирургическая колопроктология детского возраста. - М.: Медицина, 1999. - 366 с.
13. Human PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2006; 130: 1519-1526.
14. Charles H. Knowles and Gianrico Farrugia¹. Gastrointestinal neuromuscular pathology in chronic constipation Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2011 February ; 25(1): 43-57
15. Hutson JM, Chow CW, Borg J. Intractable constipation with a decrease in substance P-immunoreactive fibres: Is it a variant of intestinal neuronal dysplasia? Journal of Pediatric Surgery 31(4):580-3 · May 1996
16. Филин В. А., Алиева Э. И., Лукин В.В., Халиф И. Л. Хронические запоры у детей: Пособие для врачей. - М., 2000. -С. 8-10
17. М.А. Хан, А.В. Петрова, В.В. Попов, Е.Ю. Утешева, Е.М. Бурякова, Е.М. Тальковский Физические факторы в комплексном лечении хронических запоров у детей /2011/ /№ 2
18. Borowitz SM, Cox DJ, Tam A, Ritterband LM, Sutphen JL, Penberthy JK. Precipitants of constipation during early childhood. J Am Board Fam Pract. 2003; 16: 213-218.
19. Max J Schmulson^{1*} and Douglas A Drossman^{2,3} What Is New in Rome IV (J Neurogastroenterol Motil 2017;23:151-163)
20. А.А. Камалова, А.Р. Шакирова Функциональные запоры у детей раннего возраста: диагностика и терапия на практике ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России; 2016; 4:108–113

Рәүҗи: ATU-nun Ümumi cərrahiyyə kafedrası:

prof. Əliyev M.Y.

Redaksiyaya 16.01.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ф.Г. ДЖАМАЛОВ, И.Т. АХУНДОВ, Ш.Ф. ИБРАГИМЛИ,
Т.П. ДЖАМАЛОВА, Ш. Г. ГУСЕЙНОВ

Азербайджанского Медицинского Университет, Баку, Азербайджан.

Radical surgical treatment of acute gastrointestinal bleeding of ulcerative etiology
F.H. Jamalov, I.T. Akhundov, Sh.F. Ibrahimli, T.P. Jamalova, Sh.G. Huseynov

Summary: Modern literary data on the problem of treatment tactics of patients with gastrointestinal bleeding of ulcerative etiology are presented.

It is noted that recurrence of bleeding (RB), characterized by a high frequency, is the main cause of unsatisfactory results of treatment. Currently, a differentiated treatment tactic is applied, consisting primarily in applying methods of endoscopic hemostasis with continued bleeding and predicting the likelihood of relapse, followed by the choice of method, volume and terms of treatment individually and differentiated, depending on the risk of RB and operational-anesthetic risk.

There is an example from the clinical practice, which testifies that at chronic ulcer of a backwall of the duodenal bulb complicated by profuse (arterial) bleeding from its crater, and penetrating into the head of the pancreas, at the height of RB, performing the gentle techniques of the mobilization of duodenum, in principle, it is possible to carry out a radical operation – resection 2/3 of the stomach with the removal of bleeding ulcer and the imposition of gastroduodenal anastomosis end-to-end by Bilrot I without the development of the anastomotic insufficiency (despite the exsanguination of the body) and pancreatitis (despite the penetration of ulcer in pancreas), with the condition for adequate postoperative intensive blood transfusion and replacement therapy with sandostatin.

Key words: acute gastrointestinal bleeding, relapse, radical treatment.

Xora etiologiyalı kəskin mədə-bağırsağ qanaxmalarının radikal cərrahi müalicəsi
F.H. Camalov, İ.T. Axundov, Ş.F. İbrahimli, T.P. Camalova, Ş.G. Hüseynov

Xülasə: Xora etiologiyalı kəskin mədə-bağırsağ qanaxması olan xəstələrin müalicə taktikasına həsr olunmuş ədəbiyyat məlumatları təqdim edilmişdir. Qeyd olunmuşdur ki, yüksək tezliklə xarakteri olunan qanaxma residivləri müalicənin qeyri-qənaətbəxş nəticələrinin əsas səbəbidir. Müasir dövrdə belə xəstələrdə differensə olunmuş müalicə taktikası tətbiq olunur. Belə ki, qanaxma davam etdikdə əvvəlcə endoskopik hemostaz üsulları tətbiq olunur, sonra, anestezioloji riskdən və qanaxmanın residivi ehtimalından asılı olaraq, müalicənin həcmi, müddəti və metodu individual şəkildə seçilir.

Kliniki təcrübədən 12-barmaq bağırsağın arxa divarının pankreasın başına penetrasiya etmiş xroniki xorasından profuz residiv qanaxması olan xəstədə xoranı götürməklə mədənin Bilrot-1 üsulu ilə distal 2/3 hissəsinin rezeksiyasının mümkünlüyünü təsdiqləyən müşahidə təqdim edilmidir. Xəstənin çox qanitirməsinə və xoranın pankreasa penetrasiyasına baxmayaraq əməliyyatdan sonra aparılmış adekvat konservativ terapiya (qan, qanəvəzedicilər, sandostatin tətbiq etməklə) anastomoz tikişlərinin etibarlılığını və pankreatitin profilaktikasını təmin etmişdir.

Açar sözləri: xora etiologiyalı kəskin mədə-bağırsağ qanaxmaları, radikal müalicə.

Ключевые слова: острые желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии, рецидив, радикальное лечение

Несмотря на революционные успехи клинической медицины и прогресс высоких технологий в начале XXI века, проблема лечения пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии (ЖКК ЯЭ) по-прежнему продолжает оставаться одной из наиболее животрепещущих тем современной неотложной хирургии.

Исторические факты свидетельствуют, что первая попытка оперативного лечения по поводу кровоточащей язвы желудка заключавшейся в ее иссечении была предпринята в 1880 г. хирургом А. Eiselsberg [13]. С тех пор прошло почти полтора века, однако, несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические

работы, осуществленные за этот период времени, проблема лечения пациентов с ЖКК ЯЭ остается крайне сложной и далекой от своего окончательного разрешения.

Как и в прошлом 20 веке, причинами постоянного интереса и дискуссий широкого круга хирургической общественности являются прогрессирующий рост числа пациентов с ЖКК ЯЭ, высокие уровни общей и послеоперационной летальности, а также экономические аспекты данной проблемы [3, 6, 20].

Так на долю ЖКК ЯЭ приходится порядка 60-80% всех геморрагических осложнений заболеваний органов ЖКТ [28, 32, 36].

За рубежом частота таких кровотечений находится в пределах 40-160 случаев на 100 тыс. населения, а доля ЖКК ЯЭ согласно данным некоторых авторов составляет 28-67% [27, 28, 36].

Многочисленные клинические исследования демонстрируют отсутствие тенденции к снижению как показателей общей летальности от ЖКК ЯЭ, достигающих 10-17% и возрастающих при рецидивах кровотечения до 35-40%, так и уровней послеоперационной летальности, составляющих 4,8-35% и резко возрастающих до 30-80% при развитии рецидива кровотечения (РК) [6, 8, 10, 12, 16, 20].

Согласно данным ряда исследователей из США, годовые затраты на лечение больных с ЖКК ЯЭ в период с 2002 по 2005 гг. составили около \$750 млн. Сравнение этого уровня затрат с годовыми затратами на стационарное лечение пациентов с ЖКК ЯЭ в последние годы (около \$2,5 млрд.) убедительно свидетельствует о существенном ухудшении ситуации [23, 39].

Гастродуоденальные кровотечения являются наиболее тяжелым и частым осложнением язвенной болезни, развиваясь в 15-30% случаях, они же остаются наиболее частой причиной ЖКК из верхних отделов ЖКТ [4, 12, 22, 24, 38].

Наиболее важной проблемой при лечении пациентов с ЖКК ЯЭ является РК, характеризующийся высокой частотой и служащий основной причиной неудовлетворительных результатов лечения [10, 19]. РК является наиболее неблагоприятным прогностическим фактором и развивается в 10-30% случаев после достигнутого первичного гемостаза [24, 30, 40]. Согласно S.V. Laurson et al. (2014) с РК сопряжено 5-кратное увеличение показателей летальности у пациентов с ЖКК ЯЭ [31].

В структуре летальных исходов, непосредственно связанных с ЖКК ЯЭ, ведущее место занимает геморрагический шок, обусловленный рецидивирующим характером кровотечения [14].

По разным данным, частота РК после спонтанной или эндоскопической остановки кровотечения колеблется в широких пределах (5,7-33 %), наиболее часто развиваясь у пациентов группы высокого риска [25, 26, 29, 34, 37, 41]. Такой широкий разброс показателей обусловлен отличиями в характере и объеме оказываемого пациентам лечебного пособия.

Известно, что РК является своего рода «дамокловым мечом» для пациентов с ЖКК ЯЭ, таящим в себе угрозу их жизни и здоровью. При развитии РК нередко приходится выполнять оперативное вмешательство в крайне неблагоприятных для пациента условиях, при этом каждый последующий РК приводит к еще большему истощению защитных сил и развитию необратимых изменений в жизненно важных органах и системах организма человека [19]. Операции «отчаяния», выполняемые на высоте кровотечения, особенно рецидивного, сопровождаются большим числом послеоперационных осложнений, а летальность после них чрезвычайно высока [5, 17]. По некоторым данным, послеоперационная летальность в таких случаях доходит до 80% [14]. Так по данным, представленным В.К. Гостищевым и М.А. Евсеевым (2010), у пациентов с ЖКК ЯЭ частота послеоперационных осложнений при РК увеличивается в 2,8 раза, летальность – в 5,9 раза, в сравнении с неотложными оперативными вмешательствами, выполняемыми в «холодный» период [3].

Взгляды хирургического сообщества на тактику лечения пациентов с ЖКК ЯЭ за последний век много раз менялись. Так, «крестный отец» желудочной хирургии и ярый сторонник активной тактики С.С. Юдин утверждал, что при развитии любого язвенного кровотечения должно быть выполнено хирургическое вмешательство, направленное в первую очередь на его остановку [21]. Сторонники активной тактики преследовали одну единственную цель – предупредить развитие РК и обусловленные им тяжелые гиповолемические/гипоксические последствия в органах и системах, выполнив оперативное вмешательство до их развития, так как риск осложнений при запоздалом вмешательстве очень велик [1, 5, 7, 11, 12, 13]. Однако показатели высокой послеоперационной летальности на фоне экстренных операций стали поводом к пересмотру и изменению мнений большинством врачей, и в 70-е гг. XX века активно стали пропагандировать активно-выжидательную тактику, в основе которой лежит принцип «вооруженного нейтралитета» [20]. Данная тактика заключается в том, что лечение пациентов начинают с консервативных методов, и лишь при их неэффективности или развитии РК переходят к хирургическому лечению. Сторонники такого подхода полагают, что большинство язвенных кровотечений на фоне фармакологического и эндоскопического лечения останавливаются, а оперативные вмешательства, выполняемые в «холодный» период менее опасны для жизни пациента и имеют лучшие результаты лечения [1, 33].

На смену вышеперечисленным тактическим подходам к лечению пациентов с ЖКК ЯЭ пришла дифференцированная лечебная тактика, которая имеет множество иных названий, хотя их суть одна. Она на сегодняшний день является стандартной в большинстве ведущих отечественных и зарубежных клиник и заключается в изначальном применении методик эндоскопического гемостаза в случаях продолжающегося кровотечения и прогнозировании вероятности рецидива кровотечения при состоявшемся кровотечении. В дальнейшем вопрос о выборе метода, объема, сроков лечения решается индивидуально и дифференцированно, в зависимости от риска РК и операционно-анестезиологического риска [2, 35, 16]. Дифференцированный подход к лечению пациентов с ЖКК ЯЭ способствует снижению частоты РК и летальных исходов, а также существенно сокращает экономические затраты на лечение таких пациентов [3].

Однако до сегодняшнего дня нет единого мнения и по поводу объема операции: одни авторы рекомендуют выполнять резекцию 2/3 желудка в одной из множества модификаций, полагая, что она является гарантированным способом гемостаза и носит радикальный характер в плане излечения пациентов от язвенной болезни; другие - призывают выполнять паллиативные операции путем прошивания или иссечения кровоточащей язвы, с гастродуоденопластикой и последующей фармакотерапией язвенных поражений; а третьи рекомендуют эти операции дополнять различными видами ваготомии, утверждая о более низких показателях РК и летальности при них [1]. Выбор операции должен быть адекватным и обоснованным. Несомненно, резекция желудка наиболее радикальна в отношении профилактики РК и излечения пациента от язвенной болезни, но она сопряжена с высоким риском осложнений и летального исхода, а также нередко характеризуется снижением качества последующей жизни [9]. Необходимо отметить, что за последние десятилетия число резекционных операций у пациентов с ЖКК ЯЭ существенно снизилось [7, 15]. Вероятно, это обусловлено активным применением консервативных методик гемостаза, совместно с современными эффективными ингибиторами протонной помпы.

Некоторые авторы высказываются о том, что приписываемые резекционным операциям более высокие уровни послеоперационной летальности, в сравнении с паллиативными, явно преувеличены и не соответствуют действительности [5].

С.А. Алиев и Н.М. Хыдырова (2010), обобщая свой опыт лечения пациентов с ЖКК ЯЭ, также пришли к выводу, что риск резекционных хирургических вмешательств преувеличен: они утверждают, что летальность после резекции 2/3 желудка по Бильрот-II в 2 с лишним раза ниже, чем после неотложных паллиативных операций (гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы/сосуда, иссечение кровоточащей язвы). При выполнении неотложных операций у пациентов с желудочной локализацией язвы, при прочих равных условиях, авторы рекомендуют отдавать предпочтение резекции 2/3 желудка по Бильрот-II, как патогенетически обоснованной операции, дающей более низкую послеоперационную летальность [2].

Очевидно, что у пациентов на высоте кровотечения, тем более с тяжелой кровопотерей и декомпенсацией сопутствующих заболеваний, обуславливающих высокий операционно-анестезиологический риск, операции радикального характера становятся непереносимыми, поэтому таким пациентам по витальным показаниям выполняют паллиативные операции в максимально щадящем объеме. Негативное отношение к этим паллиативным оперативным вмешательствам обусловлено большой частотой РК, сопровождающихся высоким уровнем летальности (15-80%) и послеоперационных осложнений (22-55%) [2, 15, 18]. По некоторым данным частота РК при неотложных паллиативных операциях находится в диапазоне 23,5-35,0% [1, 2].

Большинство авторов сходятся во мнении, что у тяжелобольных пациентов, особенно на высоте кровотечения, предпринимаемое экстренное хирургическое вмешательство должно быть направлено на спасение жизни и быть минимальным по объему и травматичности (прошивание кровоточащей язвы/сосуда, иссечение язвы, с различными вариантами гастродуоденальной пластики и др.) [1, 12, 16]. А в случаях явной угрозы непереносимости пациентом даже паллиативного оперативного вмешательства, у группы крайне высокого риска, необходима интенсивная консервативная терапия и допустимо многократное выполнение превентивного эндоскопического гемостаза [5]. При дуоденальной локализации язв многими авторами представляется предпочтительной селективная проксимальная ваготомия, так как данная органосохраняющая операция характеризуется высоким качеством жизни, низким риском РК и летального исхода [1, 9, 12].

Необходимо согласиться с тем, что современные подходы к лечению осложненной кровотечением язвенной болезни в значительной степени сузили показания к оперативным методам лечения и часто позволяют избежать неотложных операций, но, не стоит забывать о том, что они лишены радикальности, направленной на излечение пациента от язвенной болезни. В первую очередь ставится задача остановить кровотечение посредством эндоскопических или рентгенэндоваскулярных методик гемостаза, в сочетании с мощной фармакотерапией язвенного поражения, прибегая к операции лишь тогда, когда невозможно добиться гемостаза с помощью консервативных методов лечения; по некоторым данным такая необходимость возникает в 4,8-13% наблюдениях [14, 35].

При этом следует также отметить, что чрезмерное сокращение плановых операций при язвенной болезни является фактором, повышающим частоту неотложных операций и сопряженные с ними уровни летальности. Также необходимо учесть, что даже самая эффективная противоязвенная медикаментозная терапия не излечивает от язвенной болезни, а лишь обеспечивает более или менее длительную ремиссию, улучшая на некоторое время качество жизни пациентов.

Следовательно, в хирургической практике язвенной болезни обязательно должно оставаться место для плановой хирургии, как упреждающего фактора в отношении экстренных операций [9].

Таким образом, ЖКК ЯЭ, являясь угрожающим жизни экстренным состоянием, как ни одна другая патология требуют применения четкого, ясного, индивидуального подхода к лечению, поскольку от своевременного принятого в каждой конкретной ситуации верного решения и его четкого поэтапного соблюдения зависит жизнь пациента [3].

Ниже мы приводим клинический пример из собственной практики, еще раз подтверждающий актуальность, верность и значимость всего вышеизложенного.

Больной Керимов Д.Х., 51 года, история болезни №16043, поступил во 2 приемное отделение РКБ им. акад. М.А. Мир-Касимова 26.10.2018 г. в 18.10 с направлением ЦРБ г. Агдаша с диагнозом «Острое желудочно-кишечное кровотечение». При поступлении состояние больного крайне тяжелое (критическое), сознание затемненное (сопорозное), на вопросы не отвечает. Кожа и видимые слизистые бледные, покрыты холодным, липким потом, отмечаются явления выраженного акроцианоза. Язык сухой. АД – 52/36 мм рт. ст. Пульс на периферии не определяется; прощупывается только на сонной артерии – 130 уд. в 1 мин. Дыхание поверхностное, частота дыханий – 26 в 1 мин., тоны сердца приглушены. При пальцевом исследовании прямой кишки на перчатке кал черного цвета. Hb – 48 г/л, Ht – 0,15, эритроциты – $1,7 \cdot 10^{12}$, время свертываемости крови 7 мин. 40 сек., общий белок – 50 г/л, гепатиты В и С - негатив.

Больной с диагнозом «Острое желудочно-кишечное кровотечение, геморрагический шок 4 степени» из приемного отделения срочно переведен в ОРИТ для проведения интенсивной терапии. Начата гемостатическая, заместительная и гемотранфузионная терапия: полиглюкин (400 мл), рибоксин (10 мл), кокарбоксилаза (100 мг), преднизолон (50 мг), рингер (400 мл), 0,9% физ.раствор (400 мл), 10% глюкоза (400 мл), кальция глюконат (10%-10 мл), дицинон (4,0 4 раза в сутки), трансамин (5 мл), эпсилонаминокапроновая кислота (по 100 мл 3 раза в сутки) и т.д. После определения группы (В-3) и Rh крови (Rh+) перелито 300 мл эритромаcсы и 400 мл плазмы.

Налажена подача увлажненного кислорода (сатурация 94%). На фоне проводимых интенсивных мероприятий было отмечено улучшение общего состояния больного: сознание прояснилось, выделение свежей крови из назогастрального зонда приостановилось, АД поднялось до 100/80 мм рт.ст., пульс снизился до 80 уд. в 1 мин., Hb поднялся до 50 г/л.

Биохимический анализ крови (26.10.2018 г.):

Общий белок – 50 г/л

Общий билирубин – 9,0 ммоль/л: связанный – 3,0 ммоль/л; свободный – 6,0 ммоль/л

Глюкоза – 12,0 ммоль/л

Коагулограмма (28.10.2018 г.):

Время свертывания – 7 мин. 40 сек. (по Ли-Уайту).

Протромбиновый индекс – 90%.

Время рекальцификации – 2 мин. 15 сек.

Ретракция – 0,23.

Тромботест – II.

После относительной стабилизации состояния больного 28.10.2018 г. ему произведена ЭФГДС, при которой на передней и задней стенках 12-перстной кишки выявлены 2 хронические («целующиеся») язвы, ближе к ее постбульбарному отделу. Размеры язвы на передней стенке 9*14 мм, а на задней – 8*12 мм. Дно язв покрыто белым фибрином, при контакте имеется склонность к кровотечению.

Больному было предложено оперативное лечение, однако он и его родственники от операции категорически отказались, в связи с чем ему была продолжена консервативная гемостатическая и заместительная инфузионная терапия в условиях ОРИТ РКБ.

30.10.2018 г. примерно в 16.00 у больного ЖКК возобновилось: из назогастрального зонда начала активно выделяться свежая кровь. АД упало с 95/60 до 80/50 мм рт.ст., пульс с 54 возрос до 98 уд. в 1 мин., нитевидный, Hb с 80 г/л, снизился до 60 г/л.

По жизненным показаниям больной был взят на операционный стол. Под интубационным наркозом в режиме ИВЛ на фоне капельного введения допмина на полиглюкине произведена операция «резекция 2/3 желудка по Бильрот 1 с удалением кровоточащей язвы на задней стенке луковицы 12-перстной кишки».

Произведена верхняя срединная лапаротомия, с обхождением пупка слева; вскрыта брюшная полость. При этом было обнаружено, что в желудке, тонкой и толстой кишке имеется кровь. При дальнейшей ревизии установлено, что на задней стенке луковицы 12-перстной кишки имеется хроническая язва, пенетрирующая в головку панкреас. После дуоденотомии было выявлено активное артериальное кровотечение из а. pankreatoduodenalis, расположенной на дне кратера этой язвы. Кровотечение остановлено прошиванием кровоточащего сосуда, после чего произведена мобилизация дистальных 2/3 желудка типичным способом. Мобилизация луковицы 12-п.к. была произведена с большими техническими трудностями. Заднюю стенку удалось полностью отделить от головки панкреас вместе с кровоточащей язвой. Произведена резекция луковицы 12-перстной кишки, после чего наложен гастродуоденоанастомоз конец-в-конец по Бильрот 1.

Диагноз после операции: «Хроническая кровоточащая язва задней стенки луковицы 12-перстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы, острое ЖКК, геморрагический шок».

Продолжительность операции – 3 часа.

Во время операции больному перелито 300 мл одноклеточной эритроцитной массы, 400 мл плазмы, др. коллоидные и кристаллоидные растворы. Общий объем инфузий около 3,2 л. Через 30 мин. после окончания операции больной на интубационной трубке был переведен в ОРИТ.

Через 3,5 часа после окончания операции ввиду полного обеспечения спонтанного дыхания произведена экстубация.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 1.11.2018 г. Нв поднялся до 73 г/л. С целью профилактики возникновения у больного явлений послеоперационного панкреатита в комплекс послеоперационной интенсивной гемотрансфузионной, гемостатической, заместительной и антибактериальной терапии был включен сандостатин.

Рана зажила первичным натяжением. 8.11. 2018 г. на 9-е сутки после операции больной был выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Исходя из вышеизложенного, можно констатировать, при хронической язве задней стенки луковицы 12-перстной кишки, осложненной профузным (артериальным) кровотечением из ее кратера, и пенетрирующей в головку поджелудочной железы, на высоте рецидивного кровотечения, при соблюдении щадящей техники мобилизации 12-перстной кишки, в принципе, возможно осуществление радикальной операции резекции 2/3 желудка с удалением кровоточащей язвы и наложением гастродуоденоанастомоза конец-в-конец по Бильрот 1 без развития явлений недостаточности анастомоза (несмотря на обескровливание организма) и панкреатита (несмотря на пенетрацию язвы в панкреас), с условием проведения адекватной послеоперационной интенсивной гемотрансфузионной и заместительной терапии с применением сандостатина.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абуладзе И.О. Кровотечения из острых гастродуоденальных язв: Автореф. канд. дис.-М., 2009.-18 с.
2. Алиев С.А. С.А., Хыдырова Н.М. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №2. – С. 30-37.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике // Сеченовский вестник. – 2010. – № 1. – С. 29-35.
4. Джитава И.Г., Смирнова Г.О., Мартиросов А.В., Сивков А.С. Особенности современной хирургической тактики при язвенном желудочно-кишечном кровотечении // Анналы хирургии. – 2011. – № 5. – С. 49-54.
5. Дунц А.С., Полежаев А.А., Макаров В.И., Стегний К.В., Юдин С.В. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Тихоокеанский медицинский журнал. 2015. № 4. – С. 45-47.
6. Ермолов А.С., Тетерин Ю.С., Пинчук Т.П. Комбинированный эндоскопический гемостаз при язвенном гастродуоденальном кровотечении // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2014. – №2. – С. 4-7.
7. Ларичев А.Б., Фавстов С.В., Бахилина В.Л. Хирургические аспекты язвенного гастродуоденального кровотечения // Новости хирургии. – 2013. – Т. 21. – № 6. – С. 29-37.
8. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Петухов В.А. Эндоскопический гемостаз у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Рос. мед. журнал. – 2015. – V. 21 (1). – С. 15-18.
9. Лобанков В.М. Язвенная болезнь: концепция лечебной стратегии // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2012. – № 3. – С. 41-49.
10. Малков И.С., Закирова Г.Р., Хамзин И.И., Халилов Х.М. Прогнозирование риска рецидива кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта на современном этапе // Вестник совр. клинич. медицины. – 2014. – Т.7, №2. – С. 116-121.

11. Петров Ю.В., Федоров С.В., Хунафин С.Н., Власов А.Ф. Хирургическая тактика при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях // Пермский медицинский журнал. – 2014. – Т.31, № 6. – С. 20-24.
12. Репин В.Н., Чудинов А.А., Гудков О.С. и др. Хирургическая тактика при лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Пермский мед. журнал. – 2014. – Т. 32. – № 4. – С. 6-11.
13. Розанов Б.С. Профузные желудочные кровотечения язвенного характера и их хирургическое лечение / Б.С. Розанов. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1950. – 160 с.
14. Ступин В.А., Баглаенко М.В., Кан В.И. и др. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013. – № 5. – С. 31-35.
15. Федоров В.Э., Шмелев С.Н. Значение резекций желудка в лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями // Журнал медиаль. – 2012. – № 1. – С. 10-12.
16. Хунафин С.Н., Федоров С.В., Петров Ю.В. и др. Гастродуоденальные язвенные кровотечения // Пермский мед. журнал. – 2014. – Т. 33, № 5. – С. 17-21.
17. Хусенов Б.А. Выбор метода гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности: Канд. дисерт.– СПб., 2015. – 131 с.
18. Черкасов М.Ф., Лагеза А.Б. Хирургическая тактика при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 614-621.
19. Шабунин А.В., Нечипай А.М., Коржева И.Ю. и др. Прогнозирование рецидива язвенного кровотечения (обзор) // Анналы хирургии. – 2016. – Т. 21, № 6. – С. 16-24.
20. Щеголев А.А., Митичкин А.Е., Аль Сабунчи О.А., Павлычев А. В. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Доктор. Ру. – 2014. – № 56 (10). – С. 18-20.
21. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. – М.: Издательство БИНОМ, 2003. – 289 с.
22. Aabakken L. Current endoscopic and pharmacological therapy of peptic ulcer bleeding // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2008. – V. 22, № 2. – P. 243-259.
23. Adam V., Barkun A.N. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States // Value Health. – 2008. – V. 11(1). – P. 1-3.
24. Baracat F., Moura E., Bernardo W. et al. Endoscopic hemostasis for peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials // Surg. Endosc. – 2016. – V. 30 (6). – P. 2155-2168.
25. Chen C.C., Lee J.Y., Fang Y.J et al. Randomised clinical trial: high-dose vs. standard-dose proton pump inhibitors for the prevention of recurrent haemorrhage after combined endoscopic haemostasis of bleeding peptic ulcers // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2012. – V. 35 (8). – P. 894-903.
26. Gashi Z., Joksimovic N., Dragusha G., Bakalli A. The efficacy of PPI after endoscopic hemostasis in patients with bleeding peptic ulcer and role of Helicobacter pylori // Med. Arh. – 2012. – V. 66 (4). – P. 236-239.
27. Gralnek I.M, Dumonceau J.M., Kuipers E.J. et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline // Endoscopy. – 2015. – №47. – P.a1-a46.
28. Holster I.L., Kuipers E.J. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives // World J. Gastroenterol. – 2012. – V. 18 (11). – P. 1202-1207.
29. Jairath V., B.C. Kahan, R.F. Logan et al. National audit of the use of surgery and radiological embolization after failed endoscopic haemostasis for non-variceal upper gastrointestinal bleeding // Br. J. Surg. – 2012. – V. 99 (12). – P. 1672-1680.
30. Laine L., Jensen D.M. Management of patients with ulcer bleeding // Am. J. Gastroenterol. – 2012. – V. 107 (3). – P. 345-360.
31. Laursen S.B., Hansen J.M., Andersen P.E. et al. Supplementary arterial embolization an option in high-risk ulcer bleeding—a randomized study // Scand. J. Gastroenterol. – 2014. – V. 49 (1). – P. 75-83.
32. Marmo R., Koch M., Cipolletta L. et al. Predicting mortality in patients with in-hospital nonvariceal upper GI bleeding: a prospective, multicenter database study // Gastrointest. Endosc. – 2014. – V. 79. – P. 741-749.
33. Miller A.R., Farnell M.B., Kelly K.A. et al. Impact of therapeutic endoscopy on the treatment of bleeding duodenal ulcers: 1980–1990 // World. J. Surg. – 1995. – V. 19 (1). – P. 89-95.
34. Mungan Z. An observational European study on clinical outcomes associated with current management strategies for non-variceal upper gastrointestinal bleeding (ENERGIB-Turkey) // Turk. J. Gastroenterol. – 2012. – V. 23 (5). – P. 463-477.
35. Rosenstock S.J., Møller M.H., Larsson H. et al. Improving quality of care in peptic ulcer bleeding: nationwide cohort study of 13,498 consecutive patients in the Danish Clinical Register of Emergency Surgery // Am. J. Gastroenterol. – 2013. – V. 108. – P. 1449-1457.
36. Rotondano G. Epidemiology and diagnosis of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 2014. – V. 43 (4). – P. 643-663.

37. Simon E.G., Chacko A., Dutta A.K. et al. Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding-experience of a tertiary care center in southern India // Indian. J. Gastroenterol. – 2013. – V. 32 (4). – P. 236-241.
38. Świdnicka-Siergiejko A., Rosołowski M., Wróblewski E. et al. Comparison of the efficacy of two combined therapies for peptic ulcer bleeding: adrenaline injection plus haemoclipping versus adrenaline injection followed by bipolar electrocoagulation // Prz. Gastroenterol. – 2014. – V. 9 (6). – P. 354-360.
39. Trawick E.P., Yachimski P.S. Management of non-variceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: controversies and areas of uncertainty // World J. Gastroenterol. – 2012. – V. 18 (11). – P. 1159-1165.
40. Vergara M., Bennett C., Calvet X., Gisbert J.P. Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high-risk bleeding ulcers [Electronic resource] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2014. – V.10. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005584.pub3/pdf/abstract> [Accessed: October, 2016].
41. Yamada S., Wongwanakul P. Randomized controlled trial of high dose bolus versus continuous intravenous infusion pantoprazole as an adjunct therapy to therapeutic endoscopy in massive bleeding peptic ulcer // J. Med. Assoc. Thai. – 2012. – V. 95 (3). – P. 349-357.

Rəyçi: *ATU-nun II cərrahi xəstəliklər kafedrasının Professoru:*

t.e.d. Musayev X.N.

Redaksiyaya 17.01.2019-cu il tarixində daxil olmuşdur

ƏMƏLİYYATIN NÖVÜNDƏN ASILI OLARAQ ƏMƏLİYYAT MASASINDA XƏSTƏLƏRİN MÜXTƏLİF POZİSİYALARINDA ANESTEZİYANIN ADEKVATLIĞI

K.N. NAMAZOVA

Akad. M.A. Topçubaşov ad. ECM Bakı, Azərbaycan

The article is devoted to the relevance of the anesthesia adequacy in various positions on the operating table, depending on the type of operation

K.N. Namazova

Summary: Thus, depending on the type of operation, we consider the adequacy of anesthesia during various positions in the patients operating table and the complications that occur during the postoperative period are still unexplored. Although I had information on various aspects of the patients operating table, depending on the type of operation in the literature, I did not find the adequacy of the anesthesia during the operation and the effects of these positions on vital organs. Although these positions are sometimes unacceptable for the anesthetist and the patient. We consider it important to control the adequacy of anesthesia and the functional importance of vital organs in patients with organs in patients with various exposures on the operating table, to control the arterial pressure, acid-alkaline status, myocardial oxygen demand, Peak pressure on the respiratory tract and etCO₂.

Key words: positions on the operating table, prone positions, Trendelenburg positions, VATS, obese patient, transthoracic esophagectomy.

Адекватность анестезии в зависимости от вида операции и положение больного на операционном столе

К.Н.Намазова

Резюме: Статья посвящена вопросом адекватности анестезии в зависимости от вида оперативного вмешательства и положения больного на операционном столе. Этот вопрос до сих пор не изучен. Хотя есть много информации в литературе о положение больного на операционном столе в зависимости от вида операции, но нет информации о влиянии этих положений на функция жизненно важных органов и адекватности анестезии. Эти позиции больного на операционном столе удобны для хирурга, но неприемлемо для анестезиолога и пациента. Вот почему для оценки адекватности анестезии и функции жизненно важных органов необходимо изучить кровяного давления, кислотно-щелочного баланса, потребности миокарда кислороде, пиковое давления дыхательных путей и etCO₂.

Ключевые слова: позиция на операционном столе, prone позиция, Тренделенбург, VATS, трансторакальная эзофагэктомия.

Açar sözlər: əməliyyat masasında vəziyyətlər, pron pozisiya, Trendelenburq vəziyyət, VATS, transtorakal ezofaqektomiya

Müqəddimə: Cərrahi əməliyyat və anesteziya zamanı xəstənin əməliyyat masasındakı mövqeyi potensial zədəyə və orqanizmin müxtəlif sistemlərinin fizioloji funksiyasının pozulmasına səbəb ola bilər. Bu problemin anlaşılması xəstənin təhlükəsizliyini artırır və personal arasındakı bu zəmində yaranan mübahisəyə son qoyur [2].

Xəstə əməliyyat masasında giriş narkozundan əvvəl yerləşdirilməli və xəstənin bəzi zəif nahiyələrinə yumşaq yastıqlar qoymaqla “normal” vəziyyət yaratmaq lazımdır [14]. Xəstənin əməliyyat masasında “patoloji” vəziyyətdə uzun müddət qalması yeni fəsadların inkişafına səbəb ola bilər. Cərrahi əməliyyat masasında xəstəyə verilən pozisiyalar cərrah üçün əlverişli olsa da, anestezioloq üçün intubasiya və larinqoskopiya zamanı bu poza qənaətbəxş olma-ya bilər [2, 15].

Qısa müddətli əməliyyatlarda bəzi pozisiyalar təhlükəsiz hesab edilir. Lakin uzun müddət xəstənin əməliyyat masasında eyni pozada qalması həyati vacib orqanların fizioloji funksiyalarının pozulmasına və daha dərin ağırlaşmalara: sinirlərin, sümük və bağların zədələnməsinə, ürək-ağciyər-damar sisteminin funksiyasında dərin pozğunluqlara səbəb ola bilər [17].

Xəstənin əməliyyat otağına transpartirovkası: Xəstə əməliyyat önü hazırlıq keçdikdən və premedikasiya olunduqdan sonra səliqəli əməliyyat otağına aparılır və əməliyyat masasını xərəklə eyni hündürlüyə və yaxınlığa qoyulmalıdır. Sonra xəstə personalın köməyi ilə əməliyyat masasına yerləşdirilməlidir [20].

Əməliyyat masasına xəstənin yerləşdirilməsi: Xəstə əməliyyat masasında xəstələr müxtəlif pozalarda: Horizontal (arxası üstə); Trendelenburq; əks Trendelenburq (Fövler); litotomik (Lloyd Davis); lateral (yanı üstə); oturaq vəziyyət və pron pozisiyada (üzü üstə) yerləşdirilə bilər [33]. Bir sıra alimlər xəstənin əməliyyat masasında yerləşdirilməsi üçün bir neçə müddəalar qəbul etmişlər [1]. Belə ki, xəstə əməliyyat masasında təhlükəsiz yerləşdirilməli, intubasiya zamanı əməliyyat masasına düzgün poza verilməli və xəstəyə əməliyyat masasında müxtəlif pozisiyalara çevirmək üçün tibbi personalın köməyi olmalıdır [26]. J. Chui (2016) və həmmüəlliflərinin fikrillə xəstəyə qoşulacaq tibbi avadanlıqlar əməliyyat masasına yaxın olmalı və xəstənin pozisiyasının dəyişdirilməsi zamanı orqan və ətrafların əzilməsinə diqqət edilməli, əməliyyatdan bir neçə gün sonra baş verə biləcək ağırlaşmalara qarşı profilaktik tədbirlər görülməlidir [21].

Q. Müslümov (2013) və həmmüəllifləri öz tədqiqatlarında sübut etmişdir ki əməliyyat masasında bir əməliyyat zamanı xəstə bir neçə dəfə müxtəlif pozisiyalara çevrilə bilər [3]. Məs: ezafaqda aparılan torakoskopik cərrahi əməliyyatı zamanı xəstə I mərhələdə horizontal vəziyyətdə intubasiya edilərək pron pozisiyaya keçirilir; sonra II mərhələdə yenidən horizontal vəziyyətə keçirilərək Fövler vəziyyəti verilir [28, 29]. K.Kawasaki(2015) və həmmüəlliflərinin fikrillə pozaları dəyişən zaman anestezioloq mütləq aşağıdakılara diqqət etməlidir: belə ki, endotraxeal boru və ya laringeal maska qoyulduğu göstəricinin üstündə olmalı, ağciyərlərin ekskursiyasına, kapnoqraf və pulsoksimetrin göstəricisinə, arterial təzyiqə, nəbzə, EKQ-yə nəzarət etməlidir. Göz qapaqları qapalı olmalı, ətraflarda sıxılma və əzilmə olmamalı, süni tənəffüs aparatının boruları, elektrod və kəbellər yerini dəyişməməli, düzgün bərkidilməlidir [27].

Horizontal vəziyyət: C. Kumar (2015) və həmmüəlliflərinin fikrillə bu poza ən sadə vəziyyət hesab olunur. Belə ki, üz, boyun nahiyəsində, qarın boşluğu orqanları, yuxarı və aşağı ətraflarda aparılan əməliyyatlarda xəstə əməliyyat masasında horizontal vəziyyətdə olur [30]. Bu zaman diafraqma döş boşluğuna doğru dartılır, tənəffüs həcmi və ağciyərlərin funksional qalıq həcmi azalır. K.Hiller (2016) və həmmüəlliflərinin fikrillə bu pozada xroniki obstruktiv bronxiti olan xəstələrdə aşağı tənəffüs yollarının obstruksiyası kimi ağırlaşma ola bilər. Həmçinin mərkəzi venoz təzyiq, ürəyin atım fraksiyası, ürəyin vurğu sayı və ümumi periferik damar müqaviməti azalır. Hipertoniyalı xəstələrdə isə ürəyə venoz axın artdığından ürək atımı da artır [25]. J. Zamora (2014) və həmmüəlliflərinin fikrillə müxtəlif abdominal patologiyalarda: bağırsağ keçməzliyi, mədə ptozları, onikibarmaq bağırsağın soğanağının stenozları, qida borusunun axalaziyaları) qastroezofagial sfinkterinin çatmamazlığında, Kessar əməliyyatlarında lateral vəziyyətdə olan xəstələrdə mədə möhtəviyyatı ilə aspirasiya riski daha yüksək olur [39]. N. Akhtar (2010) və həmmüəlliflərinin fikrillə bu pozada 25% xəstələrdə dirsək siniri zədələnir. Xüsusilə kişilərdə qadınlara nisbətən 3 dəfə çox olur [15]. H.Швырева (2011) və həmmüəllifləri öz tədqiqatlarında sübut etmişdir ki, boyunun ön nahiyəsində, xüsusilə tireoid [15], traxeya və qida borusu üzərində aparılan cərrahi əməliyyatlar zamanı başa Cekson vəziyyəti verilir ki, bu poza cərrah üçün əlverişli olsa da, 70% xəstələr əməliyyatdan sonrakı dövrdə boyun və baş ağrısından şikayət edirlər [12]. C. Kumarın (2018) fikrillə 30-40% hallarda isə əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələr ən çox ənsə və bel nahiyəsinin ağrısından şikayət edir [31].

Trendelenburq vəziyyəti: Bir sıra alimlərin fikrilləri laporoskopik və açıq üsulla icra olunan uşaqlıq və düz bağırsağ ekstripiyaları əməliyyatlarında cərrah üçün əlverişli poza hesab edilir [35]. Lakin bu pozanın çatışmayan cəhətləri də var. Belə ki, mədə möhtəviyyatı və qarın boşluğu orqanlarının ağırlığı ilə diafraqma döş boşluğuna sırayət edir və ventilyasion perfuzion nisbətini pozulmasına səbəb olur [37]. Bu zaman passiv requrgitasiya riski artsa da, lakin aspirasiya riski azalır. Periferiyadan ürəyə venoz qayıdış artdığından üzün və gözlərin şişməsi ola bilər ki, qlaukomalı xəstələrdə belə poza əks göstəriş hesab olunur [19]. H.Овчаренко (2011) və həmmüəlliflərinin fikrilləri bu zaman baroreseptorların aktivləşməsi hesabına ürəyin atım fraksiyası, vurğu sayı, ümumi periferik damar müqaviməti azala bilər [11].

Fövler vəziyyəti (əks Trendelenburq): Alimlərin statistik hesablamasına görə dünya anestezioloqlarının 35%-ə qədəri urgent cərrahiyyədə giriş narkozunda bu pozaya üstünlük verirlər [38, 39]. Təhlükəsiz pozisiya hesab olunur. A. Setayesh (2011) və həmmüəlliflərinin fikrilləri bu pozada xəstələrdə requrgitasiya riski az olsa da, lakin aspirasiya riski çoxdur [37]. Y.Zhang (2015) və həmmüəllifləri kök, hipertoniya, astma və ürək-ağciyər çatışmazlığı olan xəstələrə bu pozanın verilməsinin tərəfdarıdır [40]. Qaraciyər abseslərinin, diafraqmal yırtıqların ləğvində, qida borusunun transhiatal rezeksiyasında, kəllə və boyun nahiyələrində aparılan cərrahi əməliyyatlar zamanı xəstə əməliyyat masasında Fövler vəziyyətində olması cərrah üçün çox əlverişli hesab olunur [12,13]. E.Couture (2018) və həmmüəllifləri sübut etmişdir ki, piylənmə və bronxial astma xəstəliyi olan xəstələrdə bu poza daha əlverişlidir. Belə ki, nəfəsalma rahat olur, ürəyin yüklənməsi azalır, ürəyin atım fraksiyası və arterial təzyiq normal həddə olur [22]. Baroreflekslər simpatik tonusu ürəyin vurğu sayını və ümumi periferik damar müqavimətini artırır. Ağırlaşmalarından arterial hipotenziya və hava emboliya riski yüksəkdir [23].

Litotomik (Lloyd Davis) vəziyyəti: Düz bağırsağ və ginekoloji əməliyyatlar zamanı əməliyyat masasında xəstələrə bu poza verilir. Bu poza anestezioloji və cərrahi baxımdan təhlükəli hesab olunur. Bir sıra alimlərin fikrilləri

pozada olan xəstələrdə xüsusilə obez xəstələrdə reqrugitasiya və aspirasiya riski daha yüksəkdir [34]. Bu xəstələrdə autotransfuziya nəticəsində dövr edən qanın ümumi həcmi və ürəyin yüklənməsi və bu fonda arterial təzyiq və ürəyin atım fraksiyası artır, ağciyərlərin həyat tutumu azalır [22]. J. Lee (2015) və həmmüəlliflərinin fikrillə bu pozisiyada ən çox rast gəlinən ağırlaşmalar oturaq və bud sinirinin zədələnməsi, kompressiya və venoz emboliyadır [33].

Lateral vəziyyət: Böyrək, böyrəküstü vəzi əməliyyatları, torakotomiyalar, diaqnostik və kiçik invaziv torakoskopik əməliyyatlar bu pozalarda həyata keçirilir. Bu zaman altda qalan ağciyərdə atelektaz, yuxarı ətrafda isə venoz hipertenziya əmələ gələ bilər, həmçinin ventilyasion-perfuzion nisbət pozulur. Lakin ürəyin atım fraksiyası və venoz qayıdış dəyişir. Ümumi periferik damar müqavimətinin azalması hesabına arterial təzyiq düşür. Bir sıra alimlərin fikrillə əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalardan ən çox bazu kələfinin zədələnməsidir [7, 8]. Amerika Anestezioloqlar Cəmiyyətinin statistikasına görə lateral vəziyyətdə anestezioloji ağırlaşma-32%; periferik sinirlərin zədələnməsi-16%; kəllə beyin zədələnməsi-12%; gözlərdə zədələnmə-0,01% hallarda olub [18].

Oturaq vəziyyət: Stomatologiyada, üz-çənə cərrahiyyəsində, boyun fəqərələrində aparılan cərrahi əməliyyatlar və kraniotomiyalarda bu poza cərrah üçün əlverişli hesab edilir. Lakin bu pozanın da özünə məxsus çatışmayan cəhətləri vardır. Belə ki, aşağı ətraflarda venoz staz və durğunluq əmələ gələ bilər. Dövr edən qanın ümumi həcmi, atım fraksiyası və arterial təzyiq azalır, lakin ürəyin vurğu sayı və ümumi periferik damar müqaviməti artır. R. Fuzierin (2012) fikrillə obez xəstələrə bu pozada regionar anesteziya aparmaq bir qədər təhlükəli hesab olunur. Bəzən trombo-emboliya kimi ağırlaşmalara səbəb olur [24]. Kraniotomiyalarda bu poza zamanı ən çox rast gəlinən letallığa səbəb venoz hava emboliyasıdır [32].

Pron pozisiya: Torakoskopik lobektomiya, ezafaqoektomiya, VATS, büzdüm, fəqərə və aşağı ətraflarda aparılan cərrahi əməliyyatlar zamanı xəstələr əməliyyat masasında pron pozisiya vəziyyətində olur [27, 32]. Bu poza anestezioloq üçün çox da xoşagələn poza hesab edilmir. Qarına təzyiq olmazsa bu poza xəstə üçün çox əlverişli pozisiyadır: Uzun müddət bu pozada qalan xəstədə qarındakı təzyiq kəskin artdığından venoz qayıdış və atım fraksiyası azalır [40]. Lakin buna baxmayaraq bu pozada olan xəstələrdə ağciyərlərin funksional həyat tutumu, diafraqmanın ekskursiyası, oksigenasiya artır [4, 6, 7]. B. Кассил (2003) və həmmüəlliflərinin apardığı tədqiqatın nəticəsinə əsasən respirator distres sindromu olan 70-80% xəstələrdə pron pozisiyada oksigenasiya yaxşılaşır [8]. Lakin uzun müddət əməliyyat masasında lateral və ya pron vəziyyətində olan xəstələrin ağciyərlərində fizioloji ventilyasion-perfuzion nisbət dəyişir [36]. Süni tənəffüs rejimində tətbiq edilən anesteziya, miorelaksasiya, cərrahi retraksiya, plevra boşluğuna qaz vurulması və ya onun hermetikliyinin pozulması ventilyasion perfuzion nisbətini pozuntularını dərinləşdirə bilər [5, 14, 24]. B. Мороз (2008) və həmmüəlliflərinin fikrillə uzun müddət pron pozisiyada olan xəstədə başın, beyin, gözün, burunun və süd vəzilərinin zədələnməsi ola bilər [9]. Həmçinin pron pozisiyada başın yana dönməsi həmin nahiyədə venoz qayıdışı çətinləşdirir ki və bu zaman beyin qan dövrünü pozğunluğu da ola bilər [5].

Beləliklə, əməliyyatın növündən asılı olaraq cərrahi əməliyyat keçirən xəstələr əməliyyat masasında müxtəlif pozalarda olarkən mütləq həyati vacib orqanların işinə diqqət yetirmək, postoperasion dövrdə yarana biləcək ağırlaşmaların olmaması üçün müəyyən tədbirlər görülməlidir. Belə ki, bədənin müxtəlif nahiyələrinə xüsusi yastıqlar qoymalı, ətraflarda plegiyaların yaranmamasına diqqət etmək lazımdır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Qasimov N.A., Xəlilov İ.Ə. «Döş qəfəsi orqanlarının zədələnmələrinin diaqnostika və müalicəsində video-endocərrahi texnologiyaların tətbiqinin müasir vəziyyəti». // Cərrahiyyə.-2014, №4.-səh. 90-95.

2. Namazova K.N., Muradov N.F., Həsənov F.C., Kərimov Q.Ə., Abbasova M.T., Əsgərova G.A., Məmmədova G.C. Qida borusu üzərində cərrahi əməliyyatların anesteziolooji təminatının xüsusiyyətləri // Azərbaycan Tibb Jurnalı №3. 2017. Səh.143-149.

3. Agayev B.A., Muslimov G.F., İbragimov T.R., Aliyeva G.R. «The efficacy of the moisture and warmwd CO (2) for laparoscopic surgery». // Khirurgiia. Moskva. 2013. № 11:35-39.

4. Авдеев С. Н. Острый респираторный дистресс-синдром. Consilium Medicum 2005; V1. (4): 3-7.

5. Власенко А.В., Остапченко Д.А., Закс И.О., Митрохин А.А., Марченков Ю.В., Мещеряков Г.Н. Применение проп-позиции у больных с острым паренхиматозным поражением легких в условиях респираторной поддержки. Вестн. интенс. терапии. 2003; 3: 3-8.

6. Власенко А.В., Остапченко Д.А., Шестаков Д.А. и др. Эффективность применения маневра «открытия легких» в условиях ИВЛ у больных с острым респираторным дистресс-синдромом. Общая реаниматология, 2006; 4: 50-59

7. Голубев А.М., Мороз В.В., Кузовлев А.Н., Сундуков Д.В. Значение ишемии-реперфузии в развитии острого повреждения легких. Общая реаниматология, 2007; 11(3): 107-113

8. Кассиль В.Л., Золотокрылина Е.С. Острый респираторный дистресс-синдром. М: Медицина; 2003
9. Мороз В.В, Голубев А.М., Чурляев Ю.А. и др. Транспульмональная термодилуция в диагностике ранних проявлений острого повреждения легких. Методические рекомендации ГУ НИИ ОР РАМН. М.:2008.
10. Мороз В.В., Власенко А.В., Закс И.О., Неверин В.К. Острое повреждение легких и острый респираторный дистресс-синдром. Фундаментальные проблемы реаниматологии. Труды ГУ НИИ ОР РАМН. М. 2000; Т 1:186217
11. Овчаренко Н.М., Цыпин Л.Е., «Оценка центральной и периферических гемодинамики при торакоскопических операциях». // Материалы XII сессии МНОАР 25 марта 2011 г, с.31.
12. Швырева Н.Е., Мизиков В.М., Стамов В.И., Пейкарова А.В. Периоперационный период и анестезиологическое обеспечение у пациентов, оперированных, по поводу ожоговых стриктур, рака пищевода и желудка. Анестезиология и реаниматология. Москва 2011 г., № 5, стр. 18-22.
13. Шнитко С.Н. Особенности анестезиологического обеспечения и техники выполнения видеоторакоскопических оперативных вмешательств. // Журнал «Медицинские новости», №12, 2003 г. С. 22-26.
14. Ярцев П.А., Гуляев А.А., Пахомова Г.В., Радыгина М.В., Черныш О.А. Видеолапароскопия в диагностике и лечении пострадавших с абдоминальной травмой // Эндоскоп. хирургия. - 2009. - № 1: [Тез. докл. XII Всерос. съезда эндоскопических хирургов, г. Москва, 18-20 февр. 2009г.]. - С.97-98.
15. Akhtar N., Abbas S.A. Regional anaesthesia in thyroid surgery. // Niger J. Med. 2010 Jan-Mar; 19(1):31-5.
16. Arvizo C. Adveres events related to Trendelenburg position during laparoscopic surgery: recommendadtions and revieü of the literature // Curr Opin Obstet Gynecol. № 30. 2018. pp.272-278. [Pub.med]
17. Bensghir Mustapha, Bouhabba Najib, Hicham Kamili, Noredine Drissi / Comparasion de l-Airtraq, du X-Lite et du laryngoscope standart pour la chirurgie thyroïdienne: une etude Clinique randomisee // CJA. Apr. 2013, vol 60., issue 4, pp 37.
18. Byon H.J., Lee W.J., Kim J.K. «Anesthetic management of VATS in pediatric patients: the issue of safety in infant and younger children» // J. «Korean J Anesthesiol. », № 59 (2), 2010. P. 99-103.
19. Carli Franco, Brown Russell, Kennepohl Stephan. Prehabilitation to enhance postoperative recovery for an octogenarian folloüing robotic-assisted hysterectomy with endometrial cancer // CJA. Jul. 2012, vol 59., issue 8, pp 779.
20. Chalhoub V.T., Joanna R.F., Dagher C.Y. Inferior vena cava filter migration during the prone position for spinal surgery: a case report. // CJA. Oct. 2015, vol 62, issue 10, pp 1114.
21. Chui J.C., Rosemary A. An update on the prone position: Continuing Professional Development // CJA. Iyun 2016, vol 63., issue 6., pp 737.
22. Couture E.J., Provencher S.S., Jacques L.F., Marceau S.B. Effect of position and positive pressure ventilation on functional residual capacity in morbidly obese patients: a randomized trial. // CJA. May. 2018, vol 65, issue 5, pp 522.
23. Couture E.J., provencher S.S., Somma J.L., Francois M.S., Bussieres J.S. Effect of position and positive pressure ventilation on functional residual capacity in morbidly obese patients: a randomized trial // CJA. May 2016, vol.65., issue 5., pp 522.
24. Fuzier R. Regional anaesthesia in obese patient. // Anna Fr Anesth Reanim. 2012 Mar; 31(3):228-31.
25. Hiller Kenneht N., Karni Ron J., Cai Chunyun H., John B., Hagberg Carin A. Comparing success rates of anesthesia providers versus trauma surgeons in their use of palpation to identify the cricothyroid membrane in female subjects: a prospective observational study // CJA. -2016. Vol.63, Issue 7, pp 807.
26. Jans O. Kehlet H. Postoperative orthostatic intolerance: a common perioperative problem with few available solutions. // CJA. Jan. 2017, vol 64, issue 1, pp 10.
27. Kawasaki K., Oshikiri T., Kanaji S., Nakayama S., Kominami H., Tanaka K., Tominaga M. Thoracoscopic esophagectomy in prone position: advantages of five ports over four ports. // Hepatogastroenterology. 2015 Jan-Feb; 62(137), pp.69-72.
28. Kim Jin-Tae, Kim Hyun -Jung, Ahn Wonisk, Kim Hee-Soo, Kim Chong-Sung, Kim Seonq-Deok. Head rotation, flexion, and extension alter endotracheal tube position in adults and children // CJA. Oct. 2009, vol 56., issue 10, pp 751.
29. Kubo N., Ohira M., Yamashita Y., Sakurai K., Lee T., Toyokawa T., Tanaka H., Muguruma K., Kimura K., Nagahara H., Amano R., Noda E., Ohtani H., Yashiro M., Maeda K., Hirakawa K. Thoracoscopic esophagectomy in the prone position versus in the lateral position for patients cancer: a comparison of short-term surgical results // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2014 Apr; 24(2), pp.158-63.

30. Kumar C.M., Zundert A.A. Intraoperative Valsalva maneuver: a narrative review. // CJA. May. 2015, vol 65, issue 5, pp 578.

31. Kumar Chandra, Mohan Zundert, Andre A.J. Intraoperative Valsalva maneuver: a narrative review // CJA. May. 2018, vol 65., issue 5, pp 578.

32. Kumar S.S., Neeru B.H., Jain A.W., Jyotsna G.K. A randomized clinical trial of prone position extubation to reduce the severity of coughing in patients undergoing dorsolumbar spine surgery. // CJA. Jun. 2016, vol 63, issue 6, pp 774.

33. Lee J.H., Jung H.C., Shim J.H., Lee C. Comparison of the rate of successful endotracheal intubation between the "sniffing" and "ramped" positions in patients with an expected difficult intubation: a prospective randomized study. // Korean J Anesthesiol. 2015 Apr; 68(2), pp. 116-121.

34. Murphy C.W., David T. airway management and oxygenation in obese patients // CJA. Sep 2013, vol. 60., issue 9., pp 929.

35. Neira Victor M, Kovesi Thomas, Guerra Luis, Campos Maria, Splinter William M. The impact of pneumoperitoneum and Trendelenburg positioning on respiratory system mechanics during laparoscopic pelvic surgery in children: a prospective observational study // CJA. Jul. 2015, vol 62., issue 7, pp 798-806.

36. Puntambekar S.P., Rayate N., Joshi S., Agarwal G. Robotic transthoracic esophagectomy in the prone position: experience with 32 patients with esophageal cancer // J. Thorac Cardiovasc Surg. 2011 Nov; 142(5), pp. 1283-1284.

37. Setayesh A.R., Kholdebarin A.R., Moghamad M.S., Setayesh H.R. The Trendelenburg position increases the spread and accelerates the onset of epidural anesthesia for cesarean section. // CJA. Oct. 2011, vol 48, issue 9, pp 890.

38. Wong A. Review article: Teaching, learning, and the pursuit of excellence in anesthesia education. // CJA. Feb. 2012, vol 59, issue 2, pp 171.

39. Zamora J.E., Weber B.J., Langley A.R., Day A.G. Laryngoscope manipulation by experienced versus novice laryngoscopists // CJA. Dec. 2014, vol 61., issue 12, pp 1075.

40. Zhang Y., Duan R., Xiao X. Minimally invasive esophagectomy with right bronchial occlusion under artificial pneumothorax. // Dig Surg. 2015; 32(2), pp. 77-81.

Rəyçi: Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin
elmi işçisi

t.ü.f.d. Musayev B.V.

Redaksiyaya 28.09.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.



**Академик
КУРБАНОВ ФАЗИЛ САМЕДОВИЧ**

18 февраля 2019 г. исполнилось 75 лет академику НАНА, профессору кафедры госпитальной хирургии Российского университета дружбы народов, доктору медицинских наук Курбанову Фазилу Самедовичу.

После окончания лечебно-профилактического факультета Азербайджанского государственного медицинского института им. Н. Нариманова в 1973 г. Ф.С. Курбанов проходил интернатуру по хирургии при Республиканской урологической больнице. С 1975 г. являлся научным сотрудником хирургической группы под руководством академика АМН СССР М.А. Топчибашева в Институте физиологии АН Азербайджанской ССР.

В 1980 г. Ф.С. Курбанов поступил в целевую аспирантуру по хирургии при Всесоюзном научном центре хирургии АМН СССР (ныне Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва). В 1983 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию «Пневматическая кардиодилатация при рецидиве кардиоспазма после хирургического лечения» под руководством члена-корр. АМН СССР проф. Э.Н. Ванцяна.

С 1984 г. Ф.С. Курбанов работал старшим научным сотрудником хирургической группы Института физиологии АН Азербайджанской Республики, в том же году был направлен в докторантуру по хирургии при ВНИЦХ АМН СССР. В 1987 г. Ф.С. Курбанов защитил докторскую диссертацию «Одномоментная эзофагопластика при раке и доброкачественных стриктурах пищевода» (научный консультант - член-корр. РАМН проф. А.Ф. Черноусов).

В 1989 г. Ф.С. Курбанов приглашён на работу в НИИ гастроэнтерологии Азербайджанской Республики в качестве заведующего отделением хирургии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, одновременно он становится профессором кафедры факультетской хирургии Азербайджанского медицинского университета. Здесь Ф.С. Курбанов успешно внедрил ряд новых методик оперативного и консервативного лечения заболеваний органов пищеварительного тракта, которыми в совершенстве овладел за годы учебы в ВНИЦХ АМН СССР, активно занимается научной и педагогической работой, подготовкой научных кадров.

В 1999 г. проф. Ф.С. Курбанов был приглашён в Москву на должность заведующего хирургическим отделением Центральной клинической больницы №2 им. Н.А. Семашко МПС РФ (ныне ОАО РЖД) и одновременно был избран профессором кафедры госпитальной хирургии Российского университета дружбы народов.

С 2006 по 2013 гг. Ф.С. Курбанов работал на клинической базе кафедры госпитальной хирургии - городской клинической больницы №17 УЗ ЮЗАО Москвы.

В 2014 г. избран членом - корреспондентом Национальной Академии наук Азербайджанской Республики. В 2016 г. присуждено звание Заслуженного деятеля науки Азербайджанской Республики. В 2017 г. избран действительным членом Национальной Академии наук Азербайджанской Республики. В 2017 г. награждён серебряной медалью РАЕН им. А.Х. Мирзаджанзаде за пропаганду науки и развитие Азербайджанско-Российских отношений.

Свою научную и практическую деятельность проводит на базах кафедры: Центральная клиническая больница Российской Академии наук, Центральная клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД.

В сфере интересов Ф.С. Курбанова хирургия язвенной болезни и реконструктивные операции при болезнях оперированного желудка, кардиоспазм и заболевания оперированного пищевода, доброкачественные рубцовые стриктуры и рак пищевода, малоинвазивная хирургия органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Ф.С. Курбановым опубликовано более 260 научных работ, в том числе 7 монографий и учебник по хирургии для медицинских вузов РФ, он является автором 13 изобретений и 7 рационализаторских предложений. Под руководством Ф.С. Курбанова защищено 9 докторских и 18 кандидатских диссертаций. Ученый является членом Диссертационного совета РУДН, Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова, Российской ассоциации эндоскопических хирургов, Ассоциации торакальных хирургов, Международного колледжа хирургов, членом редакционного совета Московского Хирургического Журнала, входящего в перечень издаваемых журналов ВАК, а также членом редакционного совета журнала «Surgery» Азербайджанской Республики.

Ф.С. Курбанова отличают огромная работоспособность, целеустремленность, разносторонность интересов, широкая эрудиция. Его профессионализм, доброжелательность и внимание к сотрудникам клиники вызывают глубокое уважение и благодарность.

Многие из его учеников являются ведущими специалистами в области хирургии за рубежом и в странах СНГ.

Редколлегия журнала «Surgery», коллектив Научного центра хирургии им. академика М.А. Топчибашева, коллеги, ученики поздравляют Фазиля Самедовича с юбилеем и желают ему крепкого здоровья и дальнейших творческих успехов в нелегком труде хирурга и ученого.



Professor
NƏSİROV MƏMMƏD YƏHYA OĞLU

Nəsirov Məmməd Yəhya oğlu 5 mart 1939-cu ildə, Sabirabad rayonunun Ulacalı kəndində ziyalı ailəsində anadan olmuşdur. 1956-cı ildə Sabirabad rayonunun Ulacalı kəndində orta məktəbi bitirmişdir. 1962 - ci ildə Azərbaycan Tibb Universitetini bitirmişdir. 1962-1967-ci illərdə Türkmənistan Respublikasında cərrah vəzifəsində işləmişdir. 1967-1973-cü illərdə Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyinin Klinik və Eksperimental Təbabət İnstitutunda kiçik elmi işçi kimi çalışmışdır.

1967-1977-ci illərdə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin nəzdində cərrahiyyə ixtisası üzrə Attestasiya Komissiyasının elmi katibi işləmişdir. 1970-ci ildə " Fibrinolizin - heparin kompleksinin regional perfuziya metodu ilə aşağı ətraf magistral venalarının kəskin tromboflebitinin müalicəsi " mövzusunda dissertasiya müdafiə edərək tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsi almışdır. 1972-ci ildə ali dərəcəli cərrah adına layiq görülmüşdür.

1973-cü ildən hal - hazırda kimi Azərbaycan Tibb Universitetinin cərrahi xəstəliklər kafedrasında çalışır. 1973-1984-cü illərdə - assistent. 1984-1986-ci illərdə - dossent. 1986-cı ildə Moskva şəhərində SSRİ TEA - nın Ümumittifaq Onkoloji Elmi Mərkəzində " Onkoloji xəstələrdə irinli - iltihabı ağırlaşmalar problemi və mikrob əleyhinə tikiş materialları " mövzusunda dissertasiya müdafiə edərək tibb elmləri doktoru elmi adına layiq görülmüşdür. 1987-ci ildən professordur.

1977-1979-cu illərdə Əlcəzair Xalq Demokratik Respublikasına ezam olunmuş, orada cərrah mütəxəssis kimi və Universitetdə pedaqoq kimi fəaliyyət göstərərək fransız dilində mühazirələr oxumuşdur. 1980-1982-ci illərdə Azərbaycan Tibb İnstitutunun I müalicə - profilaktika fakültəsində dekan müavini, 1987-1988-ci illərdə Azərbaycan Tibb İnstitutunun II müalicə-profilaktika fakültəsində dekan vəzifəsində çalışmışdır. 1991-ci ildən 2017-ci ilə kimi Azərbaycan Tibb Universitetinin cərrahi xəstəliklər kafedrasının müdiri 2017- ci ilin fevral ayından hal-hazırda kimi həmin kafedranın professor - məsləhətçisidir.

1993-1995-ci illərdə Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Elm və Texnika Komitəsi nəzdində Tibb və Biologiya Elmi Şurasının sədr müavini və sədri işləmişdir. 1994-1997-ci illərdə Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində İxtisaslaşmış Doktorluq Müdafiə Şurasının həmsədri olmuş. 2006-cı ildən hal-hazırda qədər isə sədr müavini kimi fəaliyyət göstərir. 1994-2000-ci illərdə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tibbi Şurasının sədri vəzifəsini yerinə yetirmişdir. 1995-1997-ci illərdə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin cərrahiyyə üzrə baş mütəxəssisi vəzifəsini icra etmişdir. 1996-cı ildən 2013-cü ilə kimi Azərbaycan Tibb Universitetinin Xarici əlaqələr üzrə prorektoru vəzifəsində çalışmışdır. 1998-ci ildə Müqəddəs Həcc ziyarətində olmuşdur.

Professor M.Y.Nəsirov 370-dən artıq elmi əsərin, 3 dərsliyin, 8 tədris vəsaitinin, 10 monoqrafiyanın, 13 səmərələşdirici təklifin, 15 metodik tövsiyyənin, 2 əsərlər toplusunun, 2 ixtiranın və 3 tibbi danışıq kitablarının ("Azərbaycanca - ingiliscə - rusca", Azərbaycanca - ingiliscə - rusca - ərəbcə" və "Azərbaycan - fransızca" danışıq kitabları) müəllifidir.

Professor M.Y.Nəsirovun Elmi fəaliyyəti praktiki səhiyyənin geniş aspektlərini: Mədə bağırsaq cərrahiyyəsi, şəkərli diabetin irinli - nekrotik ağırlaşmalarını, qaraciyər və öd yolları cərrahiyyəsinə əhatə edir. Onun tərəfindən süni qan dövrəsinə, qaraciyər cərrahiyyəsinə, mədə - bağırsaq cərrahiyyəsinə, şəkərli diabetin irinli - nekrotik ağırlaşmaları zamanı dəri köçürülməsinə və sairəyə dair yeni orijinal metodlar işlənmiş və cərrahi praktikaya tətbiq edilmişdir.

Əsərləri Respublikamızda, eləcə də Rusiyada, Ukraynada, Belarusiyada, Gürcüstanda, Qazaxstanda, Yuqoslaviyada, İtaliyada, Əlcəzairdə, Almaniyada, Fransada, Türkiyədə, İranda, Norveçdə və s. ölkələrdə dərc edilmişdir. Bu ölkələrdə keçirilən Beynəlxalq forumların əksəriyyətində məruzələrlə çıxış etmişdir.

Azərbaycan, Rus, Fransız və Türkmən dillərini sərbəst bilir.

Professor M.Y.Nəsirovun rəhbərliyi altında 5 doktorluq və 17 namizədlik dissertasiyaları yerinə yetirilmişdir.

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin, SSRİ Səhiyyə Nazirliyinin, Əlcəzair Xalq Demokratik Respublikasının Səhiyyə Nazirliyin fəxri fərmanları və "SSRİ Səhiyyə əlaçısı" döş nişanı ilə təltif edilmişdir.

1997-ci ildən Avropa Cərrahlar Assosiyasına fəxri üzvüdür.

2000-ci ildə Azərbaycan Respublikasının "Əməkdar elm xadimi" elmi adına layiq görülmüşdür.

2001-ci ildə prof. M.Y.Nəsirov Azərbaycan Respublikasının tanınmış alimləri siyahısına daxil edilmişdir. 2006-cı və 2009-cu illərdə Beynəlxalq Elm Mərkəzi tərəfindən XXI əsrin Azərbaycan ziyalısı seçilmişdir.

2006-cı ildə İran İslam Respublikasının Azad Universitetinin "Fəxri diplom"-u ilə təltif edilmişdir.

2010-cu ildə Azərbaycan Respublikası Prezidentinin Sərəncamı ilə "Tərəqqi" medalı ilə təltif olunmuşdur.

Prof. M.Y.Nəsirov "Kimya, biologiya, Tibb" jurnalının redaksiya heyətinin üzvi kimi fəaliyyət göstərmiş. Hazırda "Cərrahiyyə" jurnalında baş redaktor müavini, "Azərbaycan Tibb Jurnalının, "Sağlamlıq", Şərqi Avropa "Cərrahlıq" və "Hepar" jurnallarının redaksiya heyətinin üzvüdür.

Yeni Azərbaycan Partiyasının üzvüdür,

"91-lər"dən biridir.

Ailəlidir, 4 övladı vardır.

"Azərbaycan Cərrah və Gastroenteroloqlar" İctimai Birliyi və "Cərrahiyyə" jurnalının redaksiya heyətinin üzvləri Prof. M.Y.Nəsirovu yubiley münasibətilə təbrik edir, ona uzun ömür, işlərində və elmi-pedoqoji, praktiki işində uğurlar arzulayırlar.

**M.Y.Nasirov, F.H.Camalov,
R.B.Abbasaliyev, P.M.Abbasaliyeva**
*Kəskin destruktiv xolesistitin cərrahi müalicəsində əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonrakı dövrdə immunofanın tətbiqinin effektivliyi.....*3

П.Ф. Гюльмамедов, А.П. Кондратенко
*Наш опыт применения хирургического лазера в лечении геморроя.....*8

**S.F.İbrahimli, İ.T.Axundov,
S.G.Hüseynov, R.Z.Həsənov**
*Kardiyanın axalaziyası: etiopatogenezinin bəzi aspektləri, diaqnozu və müalicəsinin müasir prinsipləri.....*12

Rzayev Z.Ə.
*Maksilyar sinus boşluğunda bidrəfəlik endonazal müdaxilə hesabına açıq sinus lifting zamanı şneyder membrnında selikli qişalarda perforasiyanın profilaktikası.....*17

Mirzəyeva R.S.
*Mədə xərçəngi ilə əlaqədar inkişaf edən malabsorbsiya sindromunun patogenezində mədəaltı vəzi fermentlərinin informativliyi.....*21

**Bayramov N.Y., Salahova S.S., Zeynalov N.A.,
İsazadə E.M., Bayramova T.E.**
*Canlıdan qaraciyər transplantasiyasından sonra qaraciyər və dalaq elastografiyasının dinamikası.....*26

**Hətəmov Y.M., Muradov H.K., İsmaylova F.A.,
Zeynalova S.M., Xıdırova A.Ə.**
*Yumşaq toxuma melanoması (nadir rast gəlinən hadisə).....*32

N.Ə.Vəliyev, D.N.Həsənova
*Abdominal sepsisli xəstələrdə yara kənarlarını yaxınlaşdıran qurğunun işlədilməsinin kliniki nəticələri.....*36

**E.T. Əhmədov, S.B. Quliyev,
Q.B. Əhmədova, B.Ş. Əliyev**
*Çənə sınığı ilə olan xəstələrin kliniki qiymətləndirilməsi.....*41

**M.Y.Nasirov, F.H.Camalov,
R.B.Abbasaliyev, P.M.Abbasaliyeva**
*Efficiency of implementation of imunofan during surgical treatment of acute destructive cholecystitis before and after operation.....*3

P.F. Gulmamedov, A.P. Kondratenko
*Our experience in application surgical laser on hemorrhoids treatment.....*8

**Sh.F.Ibrahimli, I.T.Akhundov,
Sh.G.Huseynov, R.Z.Hasanov**
*Achalasia of the cardia: some aspects of etiopathogenesis, diagnosis and modern treatment prenciples.....*12

Rzayev Z.A.
*Prevention of mucosal perforation of the bottom of the maxillary sinus with an open sinus lifting due to the simultaneous conduction of endonasal intervention on the maxillary sinus.....*17

Mirzayeva R.S.
*Malabsorption syndrome due to gastric cancer in pathogenesis informatics of pancreas enzymes.....*21

**Bayramov N.Y., Salahova S.S., Zeynalov N.A.,
Isazade E.M., Bayramova T.E.**
*Dynamics of liver graft and spleen elastography after living liver transplantation.....*26

**Gatamov Y.M., Muradov H.K., İsmaylova F.A.,
Zeynalova S.M., Khidirova A.A.**
*Malignant melanoma of soft tissues.....*32

N.A.Valiev, D.N.Hasanova
*Clinical results of usage the device for the convergence of wound edges in patients with abdominal sepsis.....*36

**Ahmadov E.T., Quliyev S.B.,
Ahmadova Q.B., Aliyev B.Sh.**
*Clinical evaluation of patients with mandibular fractures.....*41

Ş.İ.Rəhimli, V.Ə.Rəhimov
Qanaxma ilə fəsadlaşmış mədə xorası modeli zamanı hemostatik terapiya fonunda yeridilən ridutoks preparatının təsirlə dovşanların qanında və qaraciyər toxumasında baş verən dəyişikliklər.....45

A.C.Abdullayev, E.V.Nəbiyeva, F.H.Camalov, İ.Ə.Şəfiyev, A.Ş.Qasimov
Rigler triadası. 90yaşlı qadında klinik təcrübəmiz.....50

Alməmmədov E.A., Şirinov Z.T., Abbasova G.Ə., Ağalarova G.Ə.
Xora mənşəli gastroduodenal qanaxmaların cərrahi müalicəsinə müasir yanaşma.....54

Haqverdiyeva T.H., Eyubov Y.Ş., Budaqov İ.K., Quliyev R.A., Kərimova G.Ə., Abdullayeva G.Q
Narkomanlarda postinyeksion arterial fəsadların diaqnostika və müalicəsinin bəzi aspektləri.....58

X.P.Бинятзаде
Результаты изучения клинико-морфологических особенностей доброкачественных заболеваний шейки матки.....61

Q.Ş.Qarayev, V.Fərəcli., Ş.X.Əliyev
Xolesistektomiyadan sonra xroniki pankreatitin kəskinləşməsinin patogenezinə antioksidant müdafiə sisteminin rolu.....64

Салимов Т.Г., Шамхалов З.М., Гидаятова В.А., Садыгов Б.И., Османова Р.Ю., Гусейнова Х.Г., Салимова Р.Т., Магалова Н.С., Рустамли И.А., Гасымова И.Н., Асланова Л.С., Халилов В.М., Ибрагимов М.Р., Керимова Т.М., Хакиева М.А.
Распространенность *Helicobacter Pylori* инфекции в Азербайджане.....69

Kliniki müşahidə

Bayramov N.Y., Namazov A.E., Rüstəm Ə.M., İsazadə E.M.
Qida borusunun divertikuluna görə qoyulmuş stentinin qranulyasyon toxuma ilə obliterasiyası və onun cərrahi müalicəsi.....74

Ədəbiyyat icmalı

Poluxov R.Ş., Musayeva K.B.
Uşaqlarda xroniki qəbizliklərin etiologiyası və diaqnostik kriteriyaları.....78

Sh.I.Rahimli, V.A.Rahimov
Changes in the blood and liver tissue in rabbits with bleeding gastric ulcer model, after the hemostatic therapy and injection of ridutox.....45

A.J. Abdullaev, E.V. Nəbiyeva, F.G. Jamalov, I.A.Şafiyev, A.Ş.Qasimov
Triad rigler. Clinical observation of 90 summer patient.....50

Almamedov E.A., Shirinov Z.T., Abbasova G.A., Agalarova G.A.
Modern approach to the surgical treatment of gastroduodenal ulcerative bleeding.....54

T.G. Akhverdiyeva, Yu.Sh.Eyubov, I.K.Budagov, R.A.Guliyev, G.A.Kerimova, G.G.Abdullayeva
Some aspects of diagnosis and treatment of postinjection arterial complications in drug abusers.....58

H.R. Binyatzadeh
The results of studying the clinical and morphological features of benign cervical disease...61

G.Sh.Garayev, V.F.Farajli, Sh.Kh.Aliyev
The role of antioxidant defense system in pathogenesis of the chronic pancreatitis acutance after cholecystectomy.....64

Salimov T.G., Shamhalov Z.M., Hidayatova V.A., Sadigov B.I., Osmanova R.Y., Huseynova H.G., Salimova R.T., Magalova N.S., Rustəmli İ.A., Gasimova İ.N., Aslanova L.S., Khalilov V.M., İbrahimov M.R., Kerimova T.M., Khakiyeva M.A.
The prevalence of *Helicobacter Pylori* infection in Azerbaijan.....69

Clinical observation

Bayramov NY, Namazov AE, Rustam AM, Isa-zade E.M.
Obliteration the stent into granulation tissue performed about the diverticulum of the esophagus and its surgical treatment.....74

Literary review

Polukhov R. Sh., Musayeva K.B.
Etiology and diagnostic criteria of chronic constipation in children.....78

Обзор литературы

**Ф.Г. Джамалов, И.Т. Ахундов, Ш.Ф. Ибрагимли,
Т.П. Джамалова, Ш. Г. Гусейнов**

*Радикальное хирургическое лечение острых
желудочно-кишечных кровотечений язвенной
этиологии.....82*

Ədəbiyyat icmalı

K.N. Namazova

*Əməliyyatın növündən asılı olaraq əməliyyat
masasındaxəstələrin müxtəlif pozisiyalarında
anesteziyanın adekvatlığı.....89*

Yubiley

Akademik Qurbanov Fazil Səməd oğlu.....94

Yubiley

Professor Nəsirov Məmməd Yəhya oğlu.....96

Literary review

**F.H. Jamalov, I.T. Akhundov, Sh.F. Ibrahimli,
T.P. Jamalova, Sh.G. Huseynov**

*Radical surgical treatment of acute gastrointestinal
bleeding of ulcerative etiology.....82*

Literary review

K.N. Namazova

*The article is devoted to the relevance of the anes-
thesia adequacy in various positions on the operating
table, depending on the type of operation.....89*

Юбилей

Академик Курбанов Фазил Самедович.....94

Jubilee

Professor Nasirov Y. Mammad.....96