

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  
təvsiyə 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

# С Ə Р Р А Н И Й Ы Ў Х И Р У Р Г И Я      S U R G E R Y

№ 1, 2023

**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.

Musayev K.K.

Həsənov E.N.

**Redaksiya şurası:**

Abdullayev İ. (Azərbaycan, Naxçıvan)

Abdel-Vahab M. (Misir, Mansura)

Al Mahtab (Banqladeş, Dakka)

Alekseyev S. (Belarus, Minsk)

Baymaxanov B. (Qazaxstan, Almata)

Fazle A. (Yaponiya, Tokio)

Gurakar A.(ABŞ, Baltimor)

Xacıbayev A.M. (Özbəkistan, Daşkənd)

Kianmanesh R. (Fransa, Reyms)

Qalperin E. (Rusiya, Moskva)

Qurbanov F.S. (Rusiya, Moskva)

Maqomedov A.Q. (Rusiya, Mahaçqala)

Mamakeyev M.M. (Qırğızıstan, Bişkək)

Nazırov F.Q. (Özbəkistan, Daşkənd)

Nardone G. (İtaliya, Neapol)

Novruzov R.M. (Azərbaycan, Sumqayıt)

Novruzov S.A. (Azərbaycan, Naxçıvan)

Ozkan H. (Türkiyə, Ankara)

Pavlov A. (Rusiya, Moskva)

Ryska M. (Çexiya, Praqa)

Satava R. (Siettl, ABŞ)

Skiappa J. (Portuqaliya, Lissabon)

Tamm T.İ. (Ukraina, Xarkov)

## MÜƏLLİFLƏRİN NƏZƏRİNƏ

“Cərrahiyyə” jurnalı Azərbaycan Cərrah və Qastroenteroloqlar İctimai Birliyinin elmi-praktiki jurnalı olub və cərrahiyyənin, onkologiyanın, urologiyanın, travmatologiyanın, gastroenterologiyanın, anesteziologiya və reanimatologiyanın müxtəlif sahələri üzrə məqalələrini dərc edir. Məqalələr Azərbaycan, rus və ingilis dillərində 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, tibbi tarix, 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. Oxuyucuların müəllifə müraciəti üçün məqalədə e-mail ünvan göstərilməlidir.
5. Redaksiyaya məqalədə qeyd olunan hər bir müəllif tərəfindən şəxsi ORCID iD təqdim olunmalıdır. (ORCID iD əldə etmək üçün <https://orcid.org/> saytı qeydiyyatdan keçmək lazımdır.)
6. 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.
7. Məqalə A4 formatlı ağ kağızın bir üzündə yazılır. Vərəqin sol tərəfində 3 sm, sağ tərəfində - 1 sm boş saxlanılır; hər səhifədə sətirlərin sayı 30 dan artıq olmamalıdır.
8. Məqalələrin həcmi (cədvəl, illüstrasiyalar, xülasələr və ədəbiyyat siyahısı ilə birgə) 8-10 səh., icmal və mühazirələr üçün 12 səhifədən artıq olmamalıdır.
9. Məqalə bir nüsxədə qəbul edilir və dərc olunduqdan sonra geri qaytarılır.
10. Məqalə diskdə Microsoft Word proqramında təqdim olunmalıdır (çap olunmuş nüsxə ilə bərabər). Bu zaman **Times new Roman** şriftlərdən istifadə olunmalıdır.
11. Məqalənin ilk səhifəsində məqalənin adı, müəlliflərin inisialları və soyadı, müəlliflərin işlədiyi müəssisənin və kafedranın bütövlükdə adı, şəhər və ölkə göstərilir.
12. Məqalədə Beynəlxalq Vahidlər Sistemindən istifadə olunmalıdır.
13. Orijinal məqalələr aşağıdakı hissələrdən ibarət olmalıdır: a) müqəddimə; b) material və tədqiqat metodları; c) tədqiqatın nəticələri; ç) müzakirə.
14. Hər məqalədə 3 cədvəl, 3 foto və ya 3 qrafik verilə bilər.
15. Ədəbiyyat siyahısında: orijinal məqalələr üçün 7-10, icmal və mühazirələr üçün 40-50 əsər və məqalələrin siyahısı göstərilir.
16. Redaksiyanın göndərilən məqalələri ixtisar etmək və düzəlişlər aparmağa səlahiyyəti vardır.
17. Dərc edilmiş məqalələrin dürüstlüyünə müəlliflər cavabdehdir.

## К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал “Сərrahiyə” (“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, юбилеи, 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. В статье должен быть указан адрес электронной почты, чтобы читатели могли связаться с автором.

5. Личный идентификатор ORCID должен быть представлен в редакцию каждым из авторов, упомянутых в статье (для получения идентификатора ORCID необходимо зарегистрироваться по адресу <https://orcid.org>).

6. 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.

7. 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, вверху - 2 см.

8. Объем статьи не должен превышать 10 страниц ( вместе со списком литературы). Для литературных обзоров и лекций - объем не более 12 страниц.

9. Статья принимается в одном экземпляре и после печатания возврату не подлежит.

10. 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.

11. На первой странице статьи указывается название статьи, инициалы авторов и их фамилии, полное название предприятия и кафедры, страна и город.

12. В статье необходимо использовать Систему Международных Единиц.

13. Оригинальные статьи должны состоять из следующих частей:

а) Введение; б) материалы и методы исследования; в) результаты исследований; г) обсуждения.

14. В каждой статье можно разместить не более 3-х таблиц, фотографий и графиков.

15. Количество использованных литературных источников не должно превышать 10 (для оригинальных статей) и 50 - для литературных обзоров.

16. Редакция имеет право производить сокращения и изменения в статьях.

17. За достоверность данных, напечатанных в статье, ответственность несут авторы.

## ATTENTION OF AUTHORS

The journal "Cərrahiyyə" ("Surgery") is a scientific and practical journal of the Azerbaijan Public Association of Surgeons and Gastroenterologists and publishes articles in various fields of surgery, oncology, urology, traumatology, gastroenterology, anesthesiology and resuscitation. Articles are accepted in Azerbaijani, Russian and English. The magazine is published 4 times a year. Articles are published within 3-6 months after the decision of the publisher.

The journal consists of the following sections: the main article, original articles, observations from practice, reviews, lectures, a letter to the editor, medical history, anniversary, annotations of articles published in foreign journals, reviews, new drugs, etc.

When publishing articles, it is important to observe the following rules:

1. A letter to the management of the sending company in the name of the editor-in-chief.
2. In the upper left corner of the first page of the article the stamp of the sending enterprise is affixed and signed by the head of the enterprise.
3. The opinion of an expert with a degree in the relevant field is attached to the article.
4. The article must include an email address so readers can contact the author.
5. The personal ORCID must be submitted to the editorial office by each of the authors mentioned in the article (to obtain the ORCID, you must register at <https://orcid.org/>)
6. Articles in the Azerbaijani language must be accompanied by one-page annotations in English and Russian, in Russian in the Azerbaijani and English languages, and articles in English in the Russian and Azerbaijani languages.
7. The article is written on a sheet of A4 white paper. 3 cm on the left side of the sheet, 1 cm on the right side left blank; the number of lines on each page should not exceed 30.
8. The volume of articles (including tables, illustrations, summaries and bibliographies) should not exceed 8-10 pages, 12 pages for reviews and lectures.
9. The article is accepted in one copy and is not returned after publication.
10. The article should be submitted on disk in Microsoft Word (together with a hard copy). In this case, the font Times new Roman should be used.
11. On the first page of the article the title of the article, initials and surname of the authors, the full name of the institution and department in which the authors work, city and country are indicated.
12. The article should use the International System of Units.
13. Original articles should consist of the following parts:  
a) introduction; b) materials and research methods; c) research results; d) discussion.
14. Each article may contain 3 tables, 3 photographs or 3 graphics.
15. Bibliography: 7-10 for original articles, 40-50 for reviews and lectures.
16. The editors have the right to reduce and correct the submitted articles.
17. Authors are responsible for the accuracy of published articles.



**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi  
M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi**

**ÜMUMMİLLİ LİDER  
HEYDƏR ƏLİYEVİN 100 İLLİYİNƏ HƏSR OLUNMUŞ  
ELMİ-PRAKTİK KONFRANSIN  
MATERİALLARI**

**6 May 2023  
Bakı şəhəri**

## HÖRMƏTLİ HƏMKARLAR!

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyevin sərəncamı ilə 2023-cü il Heydər Əliyev ili kimi elan edilmişdir. Məhz bu münasibətlə akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi bu il ərzində bir sıra silsilə tədbirlərin keçirilməsini planlaşdırmışdır. Bu tədbirlər arasında səhiyyə və tibbin müasir, aktual problemlərinə həsr olunmuş elmi – praktiki konfransın keçirilməsi xüsusi yer tutur. Jurnalımızın sizə təqdim olunan xüsusi buraxılışında Ulu öndər Heydər Əliyevin 100 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materialları dərc olunub.

Azərbaycan xalqının böyük siyasi xadimi, müasir milli dövlətimizin yaradıcısı, Ulu öndər Heydər Əlirza oğlu Əliyev öz xalqını zamanın mürəkkəb tarixi – siyasi sınaqlarından uğurla çıxarmış və ardıcıl mübarizə apararaq onu müstəqilliyə qovuşdurmuş qüdrətli şəxsiyyətdir. O bütövlükdə Azərbaycan Respublikası olmaqla həm də Azərbaycan səhiyyəsinin, tibb elmi və tibb təhsili sisteminin ən möhtəşəm memarı, yaradıcısı, qurucusu, dinamik inkişafının tənzimləyicisi kimi şüurlara, yaddaşlara əbədi həkk olunub. Heydər Əliyevin respublikamıza rəhbərlik etdiyi dövrdə Azərbaycanda onlarla iri müasir səhiyyə obyektləri inşa edildi, ölkədaxili tibb müəssisəsinin yarından çoxu yeniləşdirildi, elmi – tədqiqat institutları, sağlamlıq və müalicə - profilaktika müəssisələri fəaliyyətə başladı. Məhz onun birbaşa göstərişi ilə yüksək ixtisaslı tibbi kadrların hazırlanması, gənc alimlərin elmi potensialının artırılması istiqamətində böyük işlər görülmüşdür. Hal hazırda respublikanın bir çox tibb müəssisələrinə və Azərbaycan Tibb Universitetinin kafedralarına rəhbərlik edən professor və tibb elməri doktorları məhz həmin dövrdə aparılan kadr siyasəti sayəsində digər ölkələrin aparıcı tibb universitetləri və institutlarında dissertasiyalarını müdafiə etmiş və ixtisaslaşmış mütəxəssislərdir.

Bu gün ölkəmizdə bütün digər sahələrdə olduğu kimi, səhiyyə sahəsində də Ulu öndərin siyasi kursu Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyev tərəfindən uğurla davam etdirilir. Azərbaycan dövləti insanların sağlamlığını prioritet məsələ kimi daim diqqət mərkəzində saxlayır. Dövlət başçısı ümummilli lider Heydər Əliyevin başlıca həyat prinsipi olan xalqa, millətə xidmət və səadət amalını yaşadır. Nə qədər ki, Azərbaycan xalqı və dövləti var, Heydər Əliyev dühası və əməlləri yaşayacaqdır.

Hörmətli həmkarlar!

Bu buraxılışda dərc olunan elmi tezislər tibbin müxtəlif sahələrini əhatə etmişdir. Bu materiallar respublikamızla yanaşı, Rusiya Federasiyası, Qazaxstan və Gürcüstan kimi ölkələrin aparıcı mütəxəssislərinin şəxsi tədqiqatlarının nəticələrinə əsaslanıb və geniş tibb auditoriyası üçün nəzərdə tutulub. Ümidvaram ki, bu tədqiqat materialları ayrı-ayrı ixtisaslı həkimlərin elmi və praktiki fəaliyyətinin səmərələşdirilməsində müəyyən qədər əhəmiyyət daşıyacaq və faydalı olacaqdır. Konfrans iştirakçılarında elmi və praktiki işlərində uğurlar arzu edirəm!!

**Baş redaktor**  
**professor RAUF AĞAYEV**

## ÜRƏYİN BİRİNCİLİ ŞİŞLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

ABBASOV F.E., ABDULLAYEV F.Z., HEYBƏTOV İ.C., BAĞIROV İ.M., ƏLİYEV E.H.,  
MİRZƏYİ Ə.İ., HƏSƏNOV A.F. ƏLİYEV E.Ş., QAYİBOV M.

*Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq.** Ürəyin birincili şişləri (ÜBŞ) nadir rast gəlinən patologiyalardan olsa da, son illərdə bu diaqnozla kardiocərrahi klinikalarda müraciət edənlərin sayının əhəmiyyətli dərəcədə artması müşahidə olunur. Bunu, yalnız xəstələnmə hallarının artması ilə deyil, xəstələrə rutin qaydada ExoKQ müayinəsi aparılması sayəsində, erkən diaqnostikanın yaxşılaşması, habelə kardiocərrahiyyənin imkanlarının durmadan artması ilə əlaqədar olaraq, ÜBŞ-in cərrahi müalicəsinə göstərişləri xeyli dərəcədə genişləndirməyə imkan yaratması izah etmək olar.

**Material və metodlar.** Bu tədqiqatda, 2023-cü ilə qədər M.A.Topçubaşov adına ECM-in ürək cərrahiyyəsi şöbəsinə, ürəyin birincili şişlərinə görə müraciət etmiş 84 xəstənin müayinə və müalicəsinin erkən nəticələri təqdim olunmuşdur. Onların 36-sı (42,8%) kişi, 48-i qadın (57,2%) cinsinə mənsub olmuş, yaş həddi 10-63 (43,1±2,1) arasında tərəddüd etmişdir. 68 xəstədə (81,0%) xoşxassəli (miksoma), 16 xəstədə (19,0%) bədxassəli şişlər aşkar olunmuşdur.

**Müzakirə.** ÜBŞ xarakterik klinik əlamətlərə malik olmadığından, revmatik anamnezi olmayan xəstələrdə mitral qapaqın stenozu klinikasının inkişaf etməsi, aurasız sinkopal tutmaların, bədənin vəziyyətindən asılı olması, səyrici aritmiyası olmayan cavan insanlarda təkrarlanan arterial emboliyaların baş verməsi, ürək çatmamazlığının progressiv artması və medikamentoz müalicəyə tabe olmaması ÜBŞ, ilk növbədə, miksoma haqda düşünməyə əsas verir. ExoKQ ÜBŞ-in diaqnostikasında əvəzolunmaz müayinə metodu olmaqla, 95-98 % hallarda düzgün diaqnoz qoyulmasına və rəasional müalicə taktikasının seçilməsinə imkan yaradır.

Miksoma aşkar edilən 64 (94,1%) xəstə süni qan dövrəni və farmakoloji kardioplegiya şəraitində cərrahi müdaxiləyə məruz qalmışdır. Bu zaman, 57 xəstədə (96,6%) şiş radikal kəsilib çıxarılmış, şişin sağ aşağı ağ ciyər venasının mənfəzindən inkişaf edib, sol qulaqcığının arxa divarına geniş əsasla birləşdiyi və trabekulyar sağ mədəcikdə multilokal yerləşdiyi 2 xəstədə radikallığa nail olmaq mümkün olmamışdır. Törəmənin böyük ölçülərə çatması ilə əlaqədar olaraq, davamlı kritik arterial hipotenziya (< 60 mm.Hg) və poliorqan çatmamazlığı ilə, həyati göstərişlə əməliyyat olunan 4 xəstədə ölüm baş vermişdir (5,9%).

Bədxassəli şişə şübhə olan 16 xəstədən 11-i (68,7%) əməliyyata alınmış, 9 xəstədə vəziyyət inoperabel kimi dəyərləndirilmişdir, yalnız sağ qulaqcığının divarından inkişaf edən kiçik ölçülü törəmələrin kəsilib çıxarılması mümkün olmuşdur ki, onlardan biri erkən postoperasion dövrdə kəskin ürək çatmamazlığından ölmüşdür (letallıq 50%).

**Nəticələr:** 1. ÜBŞ-in yeganə radikal müalicəsi, törəmənin cərrahi yolla xaric edilməsidir. Ürəyin miksoması aşkar edilən xəstələrin, qəbul edilmiş prinsiplərə tam riayət edilməklə, təxirəsalınmadan əməliyyata alınması, qənaətbəxş nəticələrin əldə olunmasına zəmin yaradır.

2. Ürəyin bədxassəli şişlərinin cərrahi müalicəsi zamanı letallığın yüksək olması ilə yanaşı, etibarlı radikallığın və uzaq nəticələrin əldə edilə bilməməsi, mümkün olan bütün hallarda ürək transplantasiyası haqda düşünməyə əsas verir.

## “AÇIQ QƏLB” ƏMƏLİYYATLARI ZAMANI KARDİOPLEGİYA SEANSLARI ARASINDAKI İNTERVALIN MIOKARDIN ANOKSİK İŞEMİYADAN QORUNMASININ ADEKVATLIĞINA TƏSİRİ.

ABBASOV F.E., ABDULLAYEV F.Z., HÜŞƏNOV Ş.L., ƏLİYEV E.H., BAĞIROV İ.M.,  
MİRZƏYİ Ə.İ., ƏLİYEV E.Ş., HƏSƏNOV A.F., QAYİBOV M., KƏRİMOVA G.X.

*Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş.** ÜİX-nə görə aparılan “açıq” qəlb əməliyyatları zamanı, anteqrad kardioplegiyanın (KP) köməyi ilə miokardın işemiyadan qorunması son dərəcə vacib və müalicənin erkən nəticələrinə təsir göstərən məsələlərdən biridir. Bu zaman, KP-nin hansı intervalla aparılması ədəbiyyatda ciddi müzakirə mövzusu olaraq qalır. Optimal intervalın 15-20 dəqiqə olduğu əksər tədqiqatçılar tərəfindən qəbul edilsə də, 30 dəqiqəyə qədər intervalı məqbul sayanlar da az deyil.

**Məqsəd.** AKŞ əməliyyatları zamanı anteqrad KP seansları arasındakı intervalın, miokardın işemiyadan qorunmasının adekvatlığına və qanda troponinin səviyyəsinə təsirinin öyrənilməsi.

**Material və metodlar.** Tədqiqatlar, 2018-2019-cu illərdə, M.A.Topçubaşov adına ECM-də cərrahi müalicədə olmuş, sol mədəciyin atım fraksiyası (AF) 35%-dən az (32,7±0,15%) olan 55 xəstə üzərində aparılmışdır. Onların 4-ü qadın (5,3%), 51-i kişi (94,7%) olmuş, orta yaşı 55,3±0,41 il (40–74) təşkil etmişdir. Xəstələrin hamısı III-IV funksional sinifə (FS) uyğun olmuşdur. AKŞ əməliyyatları SQD, mülayim hipotermik perfuziya (30-32 C°) və soyuqqanlı KP (4-8 C°) şəraitində aparılmışdır. SQD-nin və aortaya sıxıcı qoyulmasının müddəti, müvafiq olaraq, 98,0±1,66 və 64,7±1,48 dəqiqə olmuşdur. KP seansları arasında interval 20 dəqiqədən çox olan (22-35 dəq.) 25 xəstə kontrol qrupa, bundan az olan (13 - 20 dəq.) 30 xəstə isə əsas qrupa daxil edilmişdir. KP-nin adekvatlığı, ürək

fəaliyyətinin spontan bərpa olunmasına, katexolaminlərə ehtiyac yaranmasına və qanda troponinin səviyyəsinə görə qiymətləndirilmişdir.

**Müzakirə.** Əməliyyatdan öncə, qanda troponinin səviyyəsinə görə, müqayisə qrupları arasında etibarlı fərq olmamışdır -  $0,46 \pm 0,123$  və  $0,41 \pm 0,102$  ng/ml ( $P > 0,05$ ). Əməliyyatdan 12-24 saat sonra aparılan müayinələr, hər iki qrupda troponinin miqdarının əhəmiyyətli dərəcədə artdığını, lakin kontrol qrupda bunun daha qabarıq şəkildə büruzə verdiyini göstərdi. Belə ki, KP 20 dəqiqədən artıq intervalla aparılan xəstələrin qanında troponinin miqdarı, ilkin səviyyə ilə müqayisədə 6 dəfədən çox artaraq,  $2,78 \pm 0,151$  ng/ml-ə qədər yüksəlidiyi halda, interval 20 dəqiqədən az olanlarda 4 dəfəyə qədər ( $1,63 \pm 0,062$  ng/ml) olduğu qeydə alındı ( $P < 0,001$ ). Bu zaman, kontrol qrupda troponinin səviyyəsinin, əsas qrupla müqayisədə, 70,5% yüksək olması, KP aparılarkən 20 dəqiqəlik limiti keçməyin təhlükəli olduğunu söyləməyə əsas verir.

**Nəticə.** AKŞ əməliyyatları zamanı, KP seansları arasındakı vaxt intervalın 20 dəqiqədən az olması, miokardın işemiyadan adyektivat qorunması baxımından olduqca vacib amildir.

## KORONAR ARTERİYALARIN DİFFUZ-MULTİLOKAL ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI ANTEQRAD KARDİOPLEGİYANIN APARILMASI TEXNİKASI.

ABBASOV F.E., ƏLİYEV E.Ş., HÜŞƏNOV Ş.L., BAĞIROV İ.M., MİRZƏYİ Ə.İ., ƏLİYEV E.H.,  
HƏSƏNOV A.F., ŞIXIYEVA L.S., KƏRİMOVA G.X., QAYİBOV M.

*Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq.** LMCA-nın və ya onun əsas şaxələrinin (LAD və LCx) və RCA-nın müxtəlif dərəcəli daralmaları zamanı, müvafiq arteriyaların basseyinə uyğun miokard kütləsinin bərabər səviyyədə perfuziya edilməsi və adekvat qorunması çətinlik törədir. Anteqrad kardioplegiyadan (KP) dərhal sonra, sol mədəciyin ayrı-ayrı seqmentlərinin mozaik soyuması bunu təsdiq edir.

**Məqsəd.** Anteqrad KP zamanı, çoxşaxəli (multiflow) sistemin köməyi ilə, venoz şuntdan aparılan koronar perfuziyanın miokardın işemiyadan adyektivat qorunmasına təsirinin öyrənilməsi.

**Material və metodlar.** Tədqiqatlar, 2018-2019-cu illərdə, M.A.Topçubaşov adına ECM-in ürək cərrahlığı şöbəsində cərrahi yolla müalicə olunmuş, sol mədəciyin atım fraksiyası (AF) 35%-dən az ( $32,7 \pm 0,15\%$ ) olan 52 xəstə üzərində aparılmışdır. Onların 4-ü qadın (7,7%), 48-i kişi (92,3%) olmuş, orta yaşı  $56,8 \pm 0,47$  il (40–74) təşkil etmişdir. Xəstələrin hamısı III-IV funksional sinifə (FS) uyğun olmuşdur. AKŞ əməliyyatları SQD, mülayim hipotermik perfuziya ( $30-32^{\circ}C$ ) və soyuq-qanlı kardioplegiya (KP) şəraitində aparılmışdır. 30 xəstədə (kontrol) KP, soyuq ( $4-8^{\circ}C$ ) perfuzatın, 15-20 dəqiqə intervalla, aorta kökünə yeridilməsi və xarici topik soyutma vasitəsilə həyata keçirilmişdir. Digər 22 xəstədə (əsas qrup), hər növbəti anteqrad KP seansı, kafi kollateral əlaqəyə malik arteriyaya tikilən venoz qreftdən istifadə edilməklə yerinə yetirilmişdir. Axırda LİMA-LAD şuntu tikildikdən sonra aortadan sıxıcı açılmışdır. SQD-ni və aortaya sıxıcı qoyulması müddəti, müvafiq olaraq,  $96,2 \pm 1,72$  və  $61,8 \pm 1,51$  dəqiqə olmuşdur. KP-nin adyektivatlığı, ürək fəaliyyətinin spontan bərpa olunmasına, katexolaminlərə ehtiyac yaranmasına və qanda troponinin səviyyəsinə görə qiymətləndirilmişdir.

**Müzakirə.** Kontrol və əsas qrupda troponinin ilkin səviyyəsində fərq qeydə alınmamışdır –  $0,43 \pm 0,102$  və  $0,37 \pm 0,043$  ng/ml ( $P > 0,05$ ). Əməliyyatdan 12-24 saat sonra, hər iki qrupda troponinin miqdarının ilkin səviyyə ilə müqayisədə, müvafiq olaraq 4,1 və 3,4 dəfə artdığı müşahidə olunmuşdur ( $P < 0,001$ ). Bu zaman, ənənəvi qaydada KP aparılan xəstələrin qanında troponinin səviyyəsinin daha çox artaraq ( $1,76 \pm 0,062$  ng/ml), əsas qrupdakı göstəricidən ( $1,27 \pm 0,094$  ng/ml) 38,6% çox olması ( $P < 0,001$ ) diqqəti cəlb etmişdir.

**Nəticə.** Anteqrad KP zamanı, paralel olaraq, venoz qreft vasitəsilə koronar perfuziya aparılması, miokardın anoksik işemiyadan daha etibarlı qorunmasına zəmin yaradır.

## ANAEROB İNFEKSİYA ZAMANI MÜALİCƏ TAKTİKASI

ABDULLAYEV İ.Ə., NOVRUZOV S.A., İSMAYILOV C.Ə., TARVERDİYEV M.N.

*(Naxçıvan Dövlət Universitetinin Tibb fakültəsindən, "Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzi"*

*PHŞ və "Naxçıvan Respublika Xəstəxanası" PhŞ), Naxçıvan, Azərbaycan*

**Problemin aktuallığı:** Anaerob infeksiyanın xarakterik xüsusiyyətləri bakteriyaların toksinlərinin və parçalanma məhsullarının təsiri altında, iltihabi reaksiya olmadığı halda, ödem, qaz əmələ gəlməsinin, toxumaların parçalanmasının progressiv surətdə artmasından ibarətdir.

Anaerob infeksiyalar, əsasən, müharibələr zamanı, təsadüfən isə sülh dövründə yaraların ağırlaşması kimi müşahidə edilir. İlkin və ya ikincik olaraq irinli yaralar fonunda inkişaf etməsindən asılı olmayaraq yaraların anaerob

infeksiya ilə ağırlaşmasının əsas xüsusiyyətləri toxumalarda qazın, kəskin ödem, seroz-hemorragik eksudatın əmələ gətirməsi, kəskin ağrıların və dərin intoksikasiya əlamətlərinin olmasıdır.

**Tədqiqat işinin məqsədi** sülh dövründə təsadüf edilən anaerob infeksiyaların səbəbləri, onların kliniki gedişi və bu xəstələrə göstərilən tibbi yardımın xüsusiyyətlərini tədqiq etməkdən ibarətdir.

**Material və metodlar.** Biz çoxillik klinik təcrübəmizdə rast gəldiyimiz dörd anaerob infeksiya təsadüfünü tədqiq etmişik. Bizə rast gələn xəstələrin etioloji momentləri müxtəlif olmuşdur. Xəstələrdən biri aşağı ətraf arteriyalarının obliterasiyaedici endoarteriti, sağ aşağı ətrafın I barmağının qanqrenası diaqnozu ilə daxil olmuş və xəstəyə sağ aşağı ətrafın I barmağının amputasiyası əməliyyatı təklif edilmişdir. Xəstə bu əməliyyatdan qəti imtina etmiş və bir həftədən sonra meraciat etdikdə xəstənin sağ aşağı ətrafının budun aşağı 1/3 hissəsinə qədər sianotik rəngdə olması, kəskin ödemli olması və bu səviyyəyə qədər bütün ətrafda səthi və dərin toxumalarda krepitasiya hiss olunduğu aşkar edilmişdir. Xəstədə sağ aşağı ətrafın anaerob infeksiyası başladığı aşkar edilmiş və təxirəsalınmaz qaydada sağ aşağı ətrafın budun yuxarı 1/3-i səviyyəsindən amputasiyası əməliyyatı aparılmışdır.

İkinci xəstə 05.12.1995-ci ildə Naxçıvanda baş vermiş, məlum, təyyarə qəzası nəticəsində sağ aşağı ətrafın bud nahiyəsinin yumşaq toxumalarının əzilmiş-parçalanmış yarası diaqnozu ilə yaranın birincili cərrahi işlənməsindən sonra, qısa müddətdə ətrafda kəskin ödem başladığından yaranın ikincili cərrahi işlənməsi aparılmış və bu zaman yara kanalında daş və ağac parçalarının olması, toxumaların palçıqla imbibisiyası, hemorragik ixoroz eksudatın olması aşkar edilərək yara mükəmməl sanasiya edilmişdir. Rentgenoloji müayinə zamanı sağ bud sümüyünün sümük iliği kanalında qaz toplanması aşkar edilmiş, dərin intoksikasiya fonunda sağ budun orta hissələrinə qədər yayılan kəskin ödem və krepitasiya anaerob infeksiyanın olduğuna əsas verdiyindən xəstədə sağ aşağı ətrafın budun yuxarı 1/3-i səviyyəsindən amputasiyası əməliyyatı aparılmışdır.

Üçüncü xəstə kəskin irili paraproktit diaqnozu ilə proktologiya şöbəsinə daxil olmuşdur. İlk müayinə zamanı xəstədə aralıq nahiyəsinin kəskin sianotik ödem, ödem hər iki sağrı və budun yuxarı 1/3-i nahiyələrini, böyük cinsiyyət dodaqlarını və qasıqüstü nahiyələri əhatə etməsi, bu nahiyələrin kəskin ağrılı olması və palpasiya zamanı bu nahiyələrdə krepitasiyanın olması anaerob infeksiyanın olmasına əsas vermişdir. Təxirəsalınmaz qaydada, paraproktal nahiyədən başlayaraq radial istiqamətlərdə hər iki buda, sağrı nahiyələrinə, böyük cinsiyyət dodaqlarına və qasıqüstü nahiyələrə istiqamətlənmiş lampas kəsiklər aparılmış, kolibasilyar iyli seroz-hemorragik eksudat evakuasiya edilmiş, yara boşluğu reviziya edilərək, toxumalararası ciblər genişləndirilmiş və bu zaman paraproktal sahədə bir ədəd diş çöpünün olması aşkar edilmişdir.

Dördüncü xəstə kəskin irili paraproktit və kəskin sidik tutulması diaqnozu ilə proktologiya şöbəsinə daxil olmuşdur. Xəstədə, yanaşı olaraq, ağır dərəcəli şəkərli diabet vardır. Müayinə zamanı xəstədə aralıq nahiyəsinin kəskin sianotik ödem, ödem hər iki sağrı və budun yuxarı 1/3-i nahiyələrini, xayalığı, xarici cinsiyyət üzvünü və qasıqüstü nahiyəni əhatə etməsi, bu nahiyələrin kəskin ağrılı olması və palpasiya zamanı krepitasiyanın olması anaerob infeksiyanın olmasına əsas vermişdir. Xəstənin deməsinə görə rayon xəstəxanasında onu ilk dəfə müayinə edən həkim düz bağırsağını barmaq ilə müayinə etdikdən sonra əlcəyini dəyişmədən sidik kisəsinə kateter salmışdır. Təxirəsalınmaz qaydada, episistostomiya edilərək paraproktal nahiyədə radial istiqamətlərdə hər iki buda, sağrı nahiyələrinə, xayalığa və qasıqüstü nahiyəyə istiqamətlənmiş lampas kəsiklər aparıldı, kolibasilyar iyli seroz-hemorragik eksudat evakuasiya edildi, yara boşluğu reviziya edildi, toxumalararası ciblər genişləndirilib drenaj edildi.

**Alınan nəticələr.** Qeyd olunan bütün hallarda xəstələr izolə olunaraq onlara tibbi xidmət göstərilməsi üçün individual postlar yaradılmışdır. Əməliyyat zamanı bütün xəstələrdə patoloji prosesə məruz qalmış toxumalarla sağlam toxumaların sərhəddinə 3%-li hidrogen peroksid məhlulu inyeksiya edilib, yara açıq saxlanmış, üzərinə 2%-li xloramin məhlulu ilə sarğı qoyulmuş, yara kanalı çoxsaylı qarşılaşan drenaj boruları ilə drenaj edilərək, 1%-li kalium permanqat məhlulu ilə daimi-axarlı üsulla yuyulmağa başlanmışdı. Əməliyyat aparılan gün xəstələrə müalicəvi dozada qazlı qanqrena əleyhinə zərdab vurulmuş, antibiotikoterapiya, yüksək dozada vitaminoterapiya, qan və qanəvəzedicilərin köçürülməsi, su-duz, turşu-qələvi və zülül mübadiləsinin tənzimlənməsinə yönəlmiş tədbirlər kompleksinə həyata keçirilmişdir.

Aparılan intensiv terapiya tədbirlərinə baxmayaraq təyyarə qızasından sonra sağ aşağı ətrafın budun yuxarı 1/3-i səviyyəsindən amputasiya olunan xəstə kəskin ürək qan-damar çatmamazlığından, irili paraproktit, kəskin sidik tutulması və ağır dərəcəli şəkərli diabeti olan xəstə isə toksiko-septik şokdan ölmüşlər.

**Yekun.** Sülh dövründə anaerob infeksiya təsadüfləri kazuistik hadisə kimi rast gəlir. Bu təsadüflərin etioloji faktorları müxtəlif olub, yatrogen mənşəli də ola bilər. Bu qəbildən olan xəstələr rast gəlinmə anından təxirəsalınmaz qaydada cərrahi stasionarda izolə edilməli, lampas kəsiklərlə infeksiya ocağı sanasiya edilməli, yaralar açıq saxlanılmalı, yara möhtəviyyatı ilə təmasda olarkən sərbəst oksigen yaranmasına səbəb olan antiseptiklər vasitəsilə yara daim yuyulmalı, anaerob infeksiya əleyhinə zərdabların müalicəvi dozasından istifadə edilməlidir.



**XRONİKİ ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI VƏ ANEMİYA****ABDULLAYEV N., ZAMANOVA D., SADIXOVA RƏCƏBLİ M., ƏFƏNDİYEVA S.L.***Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi**Akad. C.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan*

Bu gün dəmir çatışmazlığı əmək qabiliyyətinin azalması, fiziki və psixi inkişafın pozulmasının ən çox təsadüf olunan səbəblərindəndir ki, bu da cəmiyyətin sağlamlığı üçün ciddi problem yaradır. Dəmir defisitində demək olar ki, yer kürəsi əhalisinin yarısında rast gəlinir. Bu anemiyayı ən çox yaradan səbəblərdən olub, bütün dünyada səhiyyənin əsas problemlərindən biri hesab olunur. Dəmir defisitli anemiya (DDA) kliniki-hematoloji sindrom olub, müxtəlif patoloji (fizioloji) proseslərin nəticəsində dəmirin defisitinin yaranması ilə xarakterizə olunur. Bu zaman anemiyanın və sideropeniyanın kliniki əlamətləri baş verir və hemoqlobinin səviyyəsi düşür.

XÜÇ xəstələrində anemiyaya gətirib çıxaran faktorlardan malabsorbsiya (mədə-bağırsağ traktında venoz durğunluğun nəticəsi kimi), kompensator hipodinamiya və zəif qidalanma nəticəsində yaranan ürək kaxeksiyası, aspirin preparatının qəbulunu qeyd etmək olar. Uzun müddət AÇF inhibitorlarının qəbulu eritropoetin (EPO) ifrazını azaltmaqla hemoqlobinin səviyyəsini aşağı sala bilər. Anemiyanın yaranmasının digər bir səbəbi nekrotik şiş faktorudur, hansının ki, səviyyəsi XÜÇ xəstələrində artır və anemiyanın ağırlığı ilə korrelyasiya edir.

Araşdırdığımız arxiv materiallarına əsasən 600 xəstənin 84-ündə yanaşı gedən (dəmir defisitli) anemiya qeyd edilib. Onlardan 46 qadın (30,2%), 38 (18,5%) kişidir. Ürək çatmamazlığı olan qeyri-koronar mənşəli xəstəliklərdə anemiyalı xəstələrin sayı xeyli az olub. Ona görə də işimizə ancaq koronar genezli (infarkt keçirmiş) xəstələr daxil edilib. Müayinəyə XÜÇ ilə (II-III f.s.) 100 nəfər, transmural miokard infarktı keçirmiş xəstə daxil edilmişdir. Xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. Birinci qrupa transmural miokard infarktı keçirmiş XÜÇ olan 58 xəstə daxil edilmişdir. İkinci qrupa 42 xəstədə yanaşı gedən anemiya qeyd edilmişdir. XÜÇ NYHA görə II-III funksional sinif götürülmüşdür. Anemiya diaqnozu hemologiya standartlarına görə Tibb komitəsinin kriteriyalarına əsasən müəyyən olunmuşdur. Fiziki işgörmə qabiliyyəti (treadmill test) standart gərginlik zamanı oksigenin mənimsənilməsi (spiroqrometriya), dəridə oksigenin gərginliyi (polyarografiya), həmçinin kardiohemodinamikanın göstəriciləri (dopplerokardiografiya) öyrənilmişdir. Xəstələrə daha sonra aşağıdakı müayinə metodları aparıldı: qanda dəmir mübadiləsi göstəriciləri, hemotokrit, qanda TNF  $\alpha$ -nın təyini, xəstələrdə eritropoez göstəricilərinin və TNF  $\alpha$ -nın təyini nəticələrinin analizi anemiyanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq aparılmışdır. Anemiyanın ağırlıq dərəcəsinə uyğun Hb aşağı düşməsi eritrositlərin Ht, rəng göstəricisinin miqdarının azalması ilə baş verir. Göstərilən dəyişikliklərin zərbdə dəmirin aşağı düşməsi ilə yanaşı olması bir daha sübut edir ki, XÜÇ-də anemiyanın əmələ gəlməsində dəmir mübadiləsinin pozulmasının böyük rolu vardır.

XÜÇ və yanaşı anemiya olan xəstələrdə TNF  $\alpha$ -nın təyini belə xəstələrdə onun səviyyəsinin yüksək olduğunu aşkar etdi. XÜÇ və yanaşı anemiya olan xəstələrdə anemiyanın ağırlıq dərəcəsi ilə TNF  $\alpha$ -nın artması paralel gedir. İşemik genezli XÜÇ olan xəstələrdə Hb və zərbdə dəmirin aşağı düşməsi XÜÇ-nin ağırlıq dərəcəsinin artması ilə birbaşa bağlıdır. İltihabonu sitokinlər və dəmir mübadiləsi göstəriciləri arasında əlaqə bir daha anemiyanın yaranmasında immun iltihab mexanizmin rolunu göstərir.

**AĞCIYƏRLƏRİN XRONİKİ OBSTRUKTİV XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNDƏ BETA-BLOKATORLARIN ROLU****ABDULLAYEV V.A.***Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutu, Bakı, Azərbaycan*

Ağciyərlərin xroniki obstruktiv xəstəliyi (AXOX) bütün dünyada xəstəlik və ölümün əsas səbəblərindən biri olaraq qalmaqdadır [1,2]. O, davamlı tənəffüs simptomları və hava axınının məhdudlaşdırılması ilə xarakterizə olunur və parenximal destruksiya (amfizem) ilə əlaqələndirilir, xəstənin fərdi xüsusiyyətlərindən asılı olaraq müxtəlif ağırlıq dərəcəsində olur [3].

AXOX mürəkkəb və heterogen xəstəlikdir [4]. Bu kontekstdə "kompleks" xəstəlik dedikdə, AXOX-un bir-birilə qeyri-xətti əlaqəsi olan bir neçə elementə malik olduğu məlum olur (məsələn, FEV1, kəskinləşmələr, simptomların qəbulu, yanaşı xəstəliklərin olması və s.). Bu hətə kompomem ilə digərin proqnozlaşdırmaq mümkün olmur. Alternativ olaraq, "heterogen" xəstəlikdi dedildə isə bütün bu elementlərin bütün xəstələrdə və ya hətta müəyyən bir xəstədə mütləq şəkildə olmadığını göstərilir [5].

Bununla yanaşı, onilliklər ərzində AXOX-un patogenezinin üstünlük təşkil edən paradigması, həssas xəstələrdə 1 saniyədə gücləndirilmiş tənəffüs həcmi (FEV1) üzrə dəyərləndirilən bu xəstəlik üçün xəstənin ağır hissəciklər, xüsusən tütün tüstüsünə məruz qalması da böyük əhəmiyyət kəsb edir.



Hər bir halda hazırda ümumi qəbul edilmişdir ki, xəstələrin daha yaxşı müalicəsi üçün ağciyər funksiyasının azalmasından başqa digər faktorların da nəzərə alınması zəruri məsələdir, çünki hər bir insan müxtəlif müalicələrdən faydalana bilər. AXOX Müayinəsi, Müalicəsi və Profilaktikası üzrə Qlobal Strategiya (GOLD) hesablarına edilən müxtəlif yeniləmələrdə ağciyər funksiyasının azalmasına deyil, xəstənin qeyd etdiyi parametrlərə diqqət yetirilməsinin vacibliyi qeyd edilir. GOLD-un 2007-ci il nəşrində vəziyyət pisləşdikcə dərmanların qəbulunu sürətləndirmək konsepsiyası təqdim edildiyi halda, 2017-ci ilin nəşrində klinik əlamətlərə əsaslanan ABCD qruplarını təqdim edilməsi vurğulanır.

ACXOX simptomlarının yayılması siqaret çəkmə, yaş, peşə, ölkə və ya regionun ətraf mühitinin vəziyyətindən əhəmiyyətli dərəcədə, cins və irqdən isə daha az dərəcədə asılıdır.

ACXOX ölüm hallarının aparıcı səbəbləri arasında dünya üzrə 6- cı, inkişaf etmiş Avropa ölkələri üzrə – 5-ci, ABŞ-da 4-cü yer tutur. Son 20 il ərzində ölüm halları kişilər arasında hər 100 000 əhaliyə 73-dən 82,6-ya, qadınlar arasında hər 100 000 əhaliyə 20,1-dən 56,7-yə qədər artmışdır. Ehtimal olunur ki, dünya üzrə siqaret çəkmə hallarının artması davam edəcək və nəticədə 2030- cu ilə ACXOX-dan ölüm hallarının sayı iki dəfə artacaqdır. Risk faktorları

- İnhalyasion təsirlər
- Tütün tüstüsü
- Peşə tozları (üzvi və qeyri-üzvi)
- Pis ventilyasiya olunan yerlərdə isitmə və yemək bişirilməsi məqsədilə bioorqanik yanacaqın istifadəsi nəticəsində havanın çirklənməsi
- Atmosfer havasının çirklənməsi
- Genetik meylik
- Ağ ciyərlərin böyüməsi və inkişaf etməsi ilə bağlı amillər
- 0 Oksidləşdirici stress (oksidantların təsiri)
- Cins (kişi)
- Yaş (35 yaşdan yuxarı)
- Respirator infeksiyalar
- Sosial-iqtisadi status
- Qidalanma
- Yanaşı gedən xəstəliklər [6].

Yaxın dövrlərə qədər beta- blokatorların ACXOX olan xəstələrə təyin olunmasına əks göstərişlər vardır. Bu onunla əlaqədardır ki, bu preparatlar  $\beta_2$ -adrenergik reseptorlara təsir göstərərək antihipertenziv və kardioprotektor funksiyaları yerinə yetirir və bununla da orta və kiçik bronxları zədələyə bilər. Ağ ciyərlərdə ventilyasiyanın pisləşməsi hipoksemiya və təngnəfəsliyə gətirib çıxara bilər. Yüksək selektivliyə malik  $\beta_1$ -blokatorlar klinik təcrübəyə tətbiq olunduqdan sonra  $\beta_2$ - adrenergik reseptorlara mənfi təsir aradan qalxmışdır. Bu səbəbdən onların istifadəsi xoşagəlməz effektlərdən uzaq olmağa və bu preparatları ACXOX olan xəstələrə təyin etmək mümkün olmuşdur.

Müvafiq olaraq bu xəstəliklərin müalicə məsələsi də son dərəcə aktual və böyük əhəmiyyət kəsb edən problemlər sırasındadır. Bu xəstəliklər zamanı kalsium antoqonistləri, angiotenzinçevirən ferment inhibitorları və beta-blokatorları geniş istifadə edilir. Pulmonoloji patologiyanın ağırlaşması baxımından bu preparatlar arasında beta-blokatorlar daha təhlükəli preparatlar hesab edilir. Lakin son illərin yüksək selektivliyə malik preparatların istifadəsi zamanı əlverişli nəticələrin əldə edildiyi məlum olmuşdur.

Qeyd etmək lazımdır ki, doza artırıldıqca kardioselektivlik qabiliyyəti azalır. Uzun müddət qəbul olunduqda (ildə 200 ml) atenolol ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan xəstələrdə gücləndirilmiş nəfəsvermənin azalmasına səbəb olur. Lakin nebivalol, metaprolol suksinat preparatları 1 idən çox qəbul olunduqda lə mənfə hallar qeydə alınmamışdır [7].

Beləliklə, beta-blokatorlar təyin olunduqda onlardan ACXOX olan xəstələrin müalicəsində maksimal effekt alınmasın fikrini vermək lazımdır. Bu səbəbdən yüksək terapevtik effektivliyi sübut olunmuş sadlanan preparatlardan istifadə etmək məqsədəuyğundur. Dozaların minimal və maksimal həddləri əvəz olunmaqla ACXOX olan xəstələrin əkləriyyətinə (86%) onu təyin etmək olar. Uzun müddətli müalicə nəticəsində ACXOX olan xəstələr arasında infarktından sonra ölüm hallarını 40% azaltmaq mümkün olmuşdur.

Beləliklə, ACXOX ilə yanaşı ürəyin işemik xəstəlikləri olan xəstələrdə antianginal və antiaritmik preparatlar qismində kardioselektiv beta- blokatorların istifadəsinə imkan verən şərtlər bunlardır: 1 və 2- ci dərəcəli ACXOX zamanı ağ ciyər xəstəliklərinin klinik remissiyası; 2.adekvat bronxolitik təsir göstərməklə (M-holinolitiklərlə (ipratropiy bromid) inhalasiya, bu müalicə yatrogen bronxial spazmlara nəzarətin aparılmasına imkan verir) dəstəkləyici müalicə aparmaq, tənəffüs funksiyalarının pozulmalarına nisbətən nebivalolun müsbət effektivliyi daha yüksəkdir.

## AŞAĞI ƏTRAFLARIN KRİTİK İŞEMİYASI VƏ ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏNİN YAXIN NƏTİCƏLƏRİ

ABUŞOV N.S., KOSAYEV C.V., ZEYNALOVA Q.M., ƏHMƏDOV M.B., TAĞIZADƏ G.T., ƏHMƏDOV S.R., QULİYEV R.A., NAMAZOV İ.L., ƏLİYEV E.N., ABUŞOVA G.N.

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi*

*M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq.** Periferik arterial xəstəlik, aşağı ətrafların kritik işemiyası (AƏKİ) və ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) birlikdə olan xəstələrin müalicəsi hazırda damar cərrahlığının ən aktual və çətin problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır.

**Məqsəd.** AƏKİ və yanaşı gedən ÜİX olan xəstələrdə cərrahi müalicədən əvvəl icra olunmuş koronar revaskulyarizasiyanın rolu öyrənilmişdir. Perioperativ (30 gün) dövrdə kəskin koronar sindromun (KKS) inkişafı, miokard infarktının tezliyi və letallıq qiymətləndirilmişdir.

**Material və metodlar.** 2017-2022-ci illərdə AƏKİ olan 767 xəstə (Fontaine III-IV) müşahidə altında olmuşdur: Etioloji faktor xəstələrin 225-də (29,34%) ateroskleroz, 410-da (53,45%) ateroskleroz+ şəkərli diabet, 132-də (17,21%) obliterasiyaedici trombangiit olmuşdur. ÜİX olan 241 (31,42%) xəstənin 67-də (27,8%, əsas qrup) müalicəyə qədər koronar revaskulyarizasiya olunmuşdur, 174 xəstə (72,2%) kontrol qrupu təşkil edir

Diaqnostik kompleks aşağıdakıları özündə birləşdirir: klinik müayinə, doplerometriya, dupleks angioskanlaşdırma, TBİ, BBİ, TcPO<sub>2</sub>, kontrast KT angiografiya, EKG, ExoKQ, invaziv olmayan testlər, koronar angiografiya.

**Alınmış nəticələr.** Açıq cərrahi revaskulyarizasiya 216 (28,16%), endovaskulyar+ açıq cərrahi revaskulyarizasiya- 22 (2,87%), endovaskulyar əməliyyatlar 49 (6,39%), bel simpatektomiyası 47 (6,13%), bel simpatektomiyası və “kiçik” amputasiya 23 (2,99%), kiçik amputasiya, nekrektomiya 172 (22,42%), ROT 70 (9,13%), “böyük” amputasiya 168 (21,9%) xəstədə aparılmışdır.

Yaxın perioperativ dövrdə (30 gün) ÜİX, koronar revaskulyarizasiya olunmuş (əsas qrup) xəstələrin 5-də (7,5%) KKS, onlardan 2 (2,98%) miokard infarktı və 2 (2,98%) ölüm, kontrol qrup xəstələrinin 33 (18,96%) xəstədə KKS, onlardan 12 (6,90%) miokard infarktı, 9 (5,7%) ölüm” baş vermişdir.

**Yekun.** Bizim tədqiqatlar sübut edir ki, AƏKİ və ÜİX olan xəstələrdə cərrahi müalicədən öncə koronar revaskulyarizasiyanın aparılması KKS progressivləşməsinə dürüst olaraq aşağı salır ( $\chi^2 = 4,819$ ;  $p < 0,05$ ;  $r = 0,4$ ), miokard infarktı və ölüm ehtimalını azaldır, müalicənin yaxın nəticələrini yaxşılaşdırır.

## DESTRUKTİV XOLESİSTİTLƏR MÜNASİBƏTİ İLƏ İCRA ETDİYİMİZ LAPAROSKOPIK XOLESİSTEKTOMİYALAR ZAMANI RASTLAŞDIĞIMIZ İNTRAOPERASİON QANAXMALAR

AĞAYEV E.K., HƏSƏNOV A.B., YUSUBOV M.O., İSRAFİLOVA S.B., MƏMMƏDOV A.İ., İSMAYİLOVA Z.E.

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Ümumi cərrahlıq kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş.** Öd daşı xəstəliyinin bir sıra ağırlaşmaları mövcuddur. Bunlardan biri də kəskin iltihabi-destruktiv dəyişikliklərdir. İltihabi-destruktiv daşlı xolesistitlərə görə icra olunan laparoskopik xolesistektomiyalar zamanı bir sıra intra- və postoperasion ağırlaşmalar müşahidə olunmaqdadır. Bu ağırlaşmalardan biri və daha təhlükəli olanı qanaxmalardır. Belə ki, destruktiv xolesistitlər münasibətilə aparılan laparoskopik xolesistektomiyalar zamanı bu ağırlaşmaya daha çox rast gəlinir.

**Material və metodlar.** Son 3 ildə Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasında tərəfimizdən 155 laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur. Bunlardan 38-də (24,5%) öd kisəsindəki proses destruktiv xarakterli olmuşdur. Öd kisəsindəki struktur dəyişiklikləri infiltrativ, yerli peritonitlə ağırlaşmış fleqmanoz-qanqrenoz, qanqrenoz-perforativ formalarda müşahidə olunmuşdur.

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** Laparoskopik xolesistektomiya olunmuş 38 xəstədən 9 da (23,7%) müxtəlif intensivlikli qanaxmalar müşahidə olunmuşdur. Bunlardan 3-də (7,9%) qanaxma kisə yatağından, 6-da (15,8%) isə kisə arteriyası və ya onun şaxələrinin zədələnməsindən baş vermişdir. Kisə arteriyası və ya onun şaxələrinin zədələnməsinə səbəb olan əsas amil kisə boynu, Qartman cibi və Kalo üçbucağı nahiyəsində olan iltihabi infiltrasiya və destruksiya olmuşdur. Bu zaman infiltrat və ödemli sahələrdə kisə arteriyasının və ya onun şaxələrinin müəyyənləşdirilməsi və rahat bir şəkildə klipslənməsi texniki cəhətdən çətin olmuşdur ki, bunun da səbəbi öd kisəsinin bütün divarında baş vermiş iltihabi-infiltrativ dəyişikliklər olmuşdur. Kisə yatağından qanaxmanın səbəbi isə infiltratlaşmış və iltihabi destruksiyaya məruz qalmış kisənin yataqdan ayrılması zamanı qaraciyər toxumasının və kisə ilə kisə yatağı arasındakı damarların zədələnməsi olmuşdur. İntensiv qanaxma baş vermiş xəstələrin hamısında qanaxma qarın boşluğu açılmadan (laparoskopik olaraq) dayandırılmışdır.

**Yekun.** Nəticə etibarilə qeyd edə bilərik ki, destruktiv xolesistitlər zamanı əməliyyatlar mütləq təcrübəli cərrahlar tərəfindən laparoskopik olaraq icra olunmalıdır. Bu vəziyyətlərdə cərrah təkmilini itirməməli və soyuqqanlılıq nümayiş etdirməlidir. Qanaxmanın dayandırılması məqsədilə mono- və bipolyar koaqulyatordan kor-koranə istifadə edilməməlidir. Əgər kisə arteriyası və ya onun şaxələri zədələnmişsə qanaxma sahəsi elektrik soruyucusu vasitəsilə aktiv aspirasiya olunmalı, qanayan damar konkret olaraq tapılmalı və kontrollu bir şəkildə klipslənməli və ya koagulyasiya olunmalıdır. Ona görə ki, bu zaman ümumi öd axarının, qaraciyər arteriyasının və qarın venasının zədələnməsi və koagulyasiya olunması ehtimalı yüksəkdir. Elektrik sorucusu vasitəsilə qanın aspirasiyası zamanı qarındaxili təzyiğin sürətlə enməsi baş verə bilər ki, bu da görüntünün çətinləşməsinə səbəb ola bilər. Bu problemin aradan qaldırılması üçün qarın boşluğuna karbon qazı axınının intensivliyini artırmaq məsləhətdir. Kisə yatağından qanaxma zamanı əsas taktiki yöntəm kisə yatağının tamponadasıdır. 5-10 dəqiqəlik tamponadadan sonra kisə yatağı monopolyar koagulyatorla sprey rejimlə yandırılır. Əgər böyük piylik mobilsə kisə yatağına gətirilir və onun vasitəsilə bioloji tamponada həyata keçirilir. Kəskin daşlı xolesistitlər zamanı əməliyyatın yubadılması və davamlı konservativ müalicələrin aparılması məqsədəuyğun deyildir. Lakin bu kimi hallarda əməliyyatın yalnız təcrübəli cərrah tərəfindən icrası olduqca vacibdir. Əgər destruktiv xolesistitə görə icra olunan laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatı hər-hansı bir özəl və yaxud dövlət xəstəxanasında təcrübəsi az olan, gənc cərrah həmkarımız tərəfindən başlanılmış və qeyd olunan mənzərə ilə rastlanılmışsa, o zaman əməliyyat otağına mütləq daha təcrübəli cərrah dəvət olunmalı və əməliyyat onun iştirakı ilə davam etdirilməlidir. Bu cür yanaşma baş verə biləcək çox ciddi ağırlaşmaların qarşısını almaqla bərabər, eyni zamanda həkimi də hüquqi məsuliyyətdən qorumaya imkan verir.

## YAYILMIŞ PERİTONİTLƏR VƏ KƏSKİN BAĞIRSAQ KEÇMƏZLİYİ FONUNDA QOYULMUŞ MÜXTƏLİF BAĞIRSAQ ANASTOMOZU NÖVLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ TƏHLİLİ

**AĞAYEV E.K., HƏSƏNOV A.B., YUSUBOV M.O., MƏMMƏDOV A.İ., İSMAYILOVA Z.E.,  
İSRAFİLOVA S.B., QASIMOV E.M.**

*Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi Cərrahlıq kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq:** Bağırsaqların yayılmış peritonitlər (YP) və kəskin bağırmaq keçməzliyi (KBK) fonunda icra edilən təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra bir sıra qarındaxili ağırlaşmalar müşahidə olunur. Bu ağırlaşmaların qarşısının alınması məqsədilə aparıcı mütəxəssislər tərəfindən bir sıra tədbirlər təklif olunmuşdur. Bu tədbirlər taktiki və texniki aspektlərə bölünür. Taktiki cəhətdən önəmli olan məsələlərdən biri də hansı anastomoz növünün seçilməsi ilə bağlıdır. Cərrahi praktikada uc-uca, uc-yana və yan-yana bağırmaq anastomozu növlərindən istifadə olunur. Təcili və təxirəsalınmaz cərrahi müdaxilələr zamanı bu anastomoz növlərindən hansının daha məqsədəuyğun olması mübahisəlidir. Bəzi müəlliflər bu hallarda uc-uca, digərləri isə yan-yana bağırmaq anastomozlarının tətbiqini tövsiyə edirlər.

**İşin məqsədi** – bağırsaqların peritonitlər və KBK fonunda təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı optimal anastomoz növünün seçilməsi və əsaslandırılmasından ibarətdir.

**Tədqiqatın materialı və metodları.** Tərəfimizdən bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası icra edilmiş 576 xəstənin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin təhlili aparılmışdır. Bunlardan 332-si şəxsi müşahidəmizdə olan əsas qrup (ƏQ) xəstələri, 244-ü isə müalicəsinin nəticələri araşdırılmış müqayisə qrupu (MQ) xəstələrini təşkil etmişdir. MQ-yə daxil olan 244 xəstədən 118-də (48,36%) nazik və yoğun bağırsaqların şiş və 126-da (51,64%) qeyri-şiş mənşəli KBK və YP diaqnozları ilə cərrahi müdaxilələr aparılmışdır. Bağırsaqların fəsadlaşmış şişləri münasibətilə əməliyyat olunmuş 118 xəstədən 71-də (60,2%) birincili radikal, 47-də (39,8%) isə palliativ əməliyyatlar icra edilmişdir. Radikal əməliyyat olunmuşlardan 21 (29,6%) nəfərdə 24 birincili anastomoz (3 xəstədə 2-li anastomoz yaradılmışdır), 50 (70,4%) nəfərdə isə müxtəlif stomlar yaradılmışdır. Birincili anastomozlar qoyulmuş xəstələrdən 3-də (10,0%) nazik bağırmaq, 16-da (53,3%) nazik-yoğun bağırmaq, 11-də (36,7%) isə yoğun bağırmaq anastomozları olmuşdur. Anastomozlardan 14-ü (46,7%) uc-uca, 16-sı (53,3%) isə yan-yana olaraq yaradılmışdır.

MQ-yə daxil edilmiş 244 xəstədən 126-sı (51,6%) nazik və yoğun bağırsaqların qeyri-şiş mənşəli patologiyalarına görə təcili və təxirəsalınmaz qaydada əməliyyat olunmuşlardır. Bu xəstələrin 80-də (63,5%) əməliyyat birincili bağırmaq anastomozunun, 46-da (36,5%) isə nazik və yoğun bağırmaq stomlarının yaradılması ilə nəticələnmişdir. 3 xəstədə yoğun bağırsağın sol yarısında birincili anastomozlarla bərabər yüngülləşdirici sekostomlar da qoyulmuşdur. Ümumilikdə 126 xəstədə 80 anastomoz və 49 stom yaradılmışdır.

ƏQ-yə daxil olan 332 xəstənin 143-ü (43,1%) nazik və yoğun bağırsaqların şiş və 189-u (56,9%) qeyri-şiş mənşəli KBK və YP diaqnozları ilə cərrahi müdaxiləyə məruz qalmışlar. Fəsadlaşmış bağırmaq şişləri münasibətilə aparılmış təcili və təxirəsalınmaz cərrahi müdaxilələrdən 112-si (78,3%) radikal, 31-i (21,7%) isə palliativ əməliyyatlar olmuşdur. Radikal əməliyyatlardan 73-ü (65,2%) birincili bağırmaq anastomozlarının, 39-u (34,8%) ileo- və kolostomların qoyulması ilə yekunlaşmışdır.

Bağırsaq seqmentlərinin birləşdirilməsi zamanı tərəfimizdən, əsasən, yan-yana anastomozlara üstünlük verilmişdir. Belə ki, ƏQ-yə daxil olan 235 xəstədən 175-də (74,5%) yan-yana, 60-da (25,5%) isə uc-uca anastomozlardan istifadə edilmişdir. MQ-də isə 110 birincili anastomoz qoyulmuş xəstədən 37-də (33,6%) yan-yana, 68-də (61,8%) uc-uca, 5-də (4,6%) isə uc-yana anastomozlardan istifadə olunmuşdur.

**Tədqiqatın nəticələri.** Ümumi qarındaxili ağırlaşma halları MQ-də 30 (27,3%) ( $p < 0,001$ ) xəstədə, ƏQ-də isə 15 (6,4%) ( $p < 0,001$ ) xəstədə müşahidə olunmuşdur. ƏQ-də 235 birincili anastomoz qoyulmuş xəstədən 8-də (3,4%) ( $p < 0,001$ ) anastomoz tikişlərinin tutmazlığı; 3-də (1,3%) ( $p < 0,05$ ) anastomozit əlamətləri; 1-də (0,4%) ( $p > 0,05$ ) anastomozun daralması; 3-də (1,3%) ( $p > 0,05$ ) isə əməliyyatdan sonrakı bitişmə mənşəli KBK müşahidə edilmişdir. Anastomoz tikişləri tutmazlığı baş vermiş 8 xəstədən 6-da (2,6%) YP; 1-də (0,4%) qarındaxili abses; 1-də (0,4%) isə fistul əmələ gəlmişdir. MQ xəstələrindən isə 17-də (15,5%) ( $p < 0,001$ ) anastomoz tikişlərinin tutmazlığı, 8-də (7,3%) ( $p < 0,05$ ) anastomozit əlamətləri, 2-də (1,8%) ( $p > 0,05$ ) anastomozun daralması və 3-də (2,7%) ( $p > 0,05$ ) bitişmə mənşəli KBK halları müşahidə edilmişdir. Ümumilikdə uc-uca anastomozlar qoyulmuş 128 xəstədən 17-də (13,3%) anastomoz tikişlərinin tutmazlığı; - 9-də (7,0%) anastomozit əlamətləri; - 3-də (2,3%) anastomozun daralması; - 3-də (2,3%) əməliyyatdan sonrakı bitişmə mənşəli KBK müşahidə edilmişdir. Yan-yana anastomozlar qoyulmuş 212 xəstədən isə 8-də (3,8%) anastomoz tikişlərinin tutmazlığı; - 2-də (0,9%) anastomozit əlamətləri; - 3-də (2,3%) anastomozun daralması; - 3-də (2,3%) isə əməliyyatdan sonrakı bitişmə mənşəli KBK müşahidə edilmişdir.

**Müzakirələr:** Hər iki qrupda ağırlaşma hallarının uc-uca anastomozlar zamanı daha çox müşahidə olunmuşdur. Bunun aşağıdakı səbəbləri vardır: uc-uca anastomozlar zamanı gətirici və aparıcı ilgəyin ən azı 1,5 – 2 sm skeletləşdirilməsi vacibdir. Bu zaman anastomoz tikişi xətti işemiyalaşmış sahəyə düşür. Təcili və təxirəsalınmaz qaydada əməliyyat olunan xəstələrin bağırsağın intramural qan təchizatı onsuz da pozulmuş olur və bu skeletləşdirmə işemiyanı bir qədər də dərinləşdirir, anastomoz sahəsinin mikroqandövranı daha da pisləşir. Uc-uca qoyulan anastomoz tikişləri intramural damarlara perpendikulyar qoyulduğundan bu tikişlər düz intramural damarlar üçün “liqatura” rolunu oynayır. Nəticədə anastomoz xəttinin qan təchizatı tamamən pozulur, tikiş “yastıqcasında” ödem artır, iltihabi destruksiya prosesləri güclənir, reparativ regenerasiya prosesləri zəifləyir və bu da anastomozların ikincili sağalmasına, bir çox hallarda anastomoz tikişlərinin tutmazlığına səbəb olur. Aparığımız təmas və mənfəzdaxili pulsomotoroqrafiki müşahidələr bu halı təsdiqləmişdir. Belə ki, anastomozların seroz qişa səthindən və mənfəzdaxili dinamik pulsomotoroqrafiki müayinələr zamanı məlum olmuşdur ki, yan-yana anastomozlar zamanı tikiş xəttinin qan təchizatı, uc-uca anastomozlara nisbətən daha az pozulmuş olur. Gətirici və aparıcı ilgəklər arasında olan diametrlər fərqi asılı olmayaraq yan-yana qoyulan anastomozlarda eyni adlı toxumaların uyğun adaptasiyası üçün heç bir problem yaranmır. Bu hal anastomozların regenerasiyasına öz ciddi müsbət təsirini göstərmiş olur. Bəzən axşam növbəsi həkimlərinin daha az təcrübəyə malik olmalarını nəzərə alsaq texniki cəhətdən daha mürəkkəb olan və böyük səriştə tələb edən uc-uca anastomozların təcili və təxirəsalınmaz əməliyyatlar zamanı qoyulması məqsədə uyğun deyildir.

**Nəticə** etibarı ilə qeyd edə bilərik ki, bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı yan-yana qoyulan anastomozlara üstünlük verilməlidir. Bu, YP və KBK fonunda anastomozların birincili sağalması, tikiş tutmazlığının, anastomozitlərin, anastomozların daralmasının və əməliyyatdan sonrakı bitişmə mənşəli KBK-nin profilaktikası üçün çox əhəmiyyətlidir. Yan-yana anastomozlar, uc-uca anastomozlara nisbətən texniki cəhətdən sadə və rahatdır ki, bu da təcili və təxirəsalınmaz əməliyyatların təcrübəsi az olan cərrahlar tərəfindən icrası zamanı əhəmiyyətlidir.

## QARACİYƏRDƏN EXINOKOKKETKTOMİYA ZAMANI QALIQ BOŞLUĞUNUN MÜXTƏLİF ÜSULLARLA DRENLƏŞDİRİLMƏSİ NƏTİCƏLƏRİ

AĞAYEV R.M., CƏFƏRLİ R.E.

*Azərbaycan Tibb Universiteti,*

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

Qaraciyər exinokokkozunun (QE) cərrahi müalicəsində hələ də müzakirəsi davam edən məsələlər tədqiqatçıların diqqət mərkəzindədir. Bunların arasında exinokokkektomiyadan sonra qaraciyərdə qalan qalıq boşluğunun ləğvi məsələsi xüsusi yer tutur.

**İşin məqsədi:** exinokokkektomiyadan sonra qaraciyərdə qalan qalıq boşluğunun müxtəlif üsullarla drenləşdirilməsi nəticələrinin öyrənilməsi.

**Tədqiqatın material və metodları:** tədqiqat işi 2010-2020-ci illərdə müalicə alan 143 xəstənin nəticələri təhlil edilmişdir. Göstərilən xəstələr arasında 132 xəstəyə exinokokkektomiyaya laparotomik (açıq), 12 xəstəyə isə laparoskopik üsulla həyata keçirilmişdir. 99 (69,2%) xəstəyə exinokokkektomiyadan sonra qalıq boşluğunun drenləşdirilməsi aparılmamışdır. Bunların 5(5,1%) nəfərinə ideal exinokokkektomiyaya, 26 (26,3%) xəstəyə qalıq boşluğunun tam kapitonajı, 43 (43,4%) xəstəyə Askerxanov üsulu ilə omentoplastika, 25 (25,3%) xəstəyə isə hissəvi kapitonaj və



qalıq boşluğunun omentoplastikası həyata keçirilmişdir. 44 (30,8%) xəstəyə exinokokkektomiyadan sonra qalıq boşluğunun müxtəlif üsullarla drenləşdirilməsi həyata keçirilmişdir. Bu qrup xəstələrin 32 (72,7%) nəfərinə qalıq boşluğunun silikon boru vasitəsi ilə xaricə drenə edilməsi, 3 (6,8%) xəstəyə sistoyeyunostomiya ilə daxili drenləşdirilməsi, 9 (20,5%) xəstəyə isə qalıq boşluğunun hissəvi kapitonajı, omentoplastikası və xaricə drenə edilməsi həyata keçirilmişdir.

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** Tədqiq edilən qrup xəstələrdə müalicə nəticələri müxtəlif olmuşdur. QE-nun ağırlaşmamış formaları zamanı qalıq boşluğunun xaricə drenə edilməsi əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmaların, eləcə də xəstələrin stasionarda qalma müddətinin artmasına zəmin yaratmışdır. Xəstəliyin ağırlaşmamış formalarında exinokokkektomiyadan və qalıq boşluğunun antiparazitar işlənməsindən sonra fibroz kapsulanın sərbəst kənarlarının kəsilməsi və kapitonajın həyata keçirilməsi qənaətbəxş nəticələrin yaranmasına yardımçı olmuşdur. Qənaətbəxş nəticələr qalıq boşluğunun xaricə drenə edilmədən omentopeksiyadan sonra aşkar edilmişdir ki, bu ilk növbədə əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmaların azalması ilə əlaqəli olmuşdur.

## YOĞUN BAĞIRSAQ POLİPLƏRİNİN VƏ POLİPOZUNUN KANSEROGENEZDƏ ROLU

AĞAYEV R.M., ƏLİYEV F.X., MƏMMƏDBƏYOVA Q.C., MÜZƏFFƏRZADƏ A.Ə.

*Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş və məqsəd:** Yoğun bağırsağ polipləri bu nahiyənin selikli qişasının vəzli epitelindən inkişaf edən xoşxassəli törəmələrdir və son illərdə bu lokalizasiyanın neoplastik proseslərinin artması tendensiyası müşahidə edilir. Əsas səbəb kimi irsiyyət, pəhriz vərdişləri, prekanserogen proseslər və digər amillər göstərilir. Yoğun bağırsağın polipləri arasında adenomalar ən çox yayılmışdır, hətta müxtəlif xəstəliklərdən ölənlərin autopsiyası zamanı yoğun bağırsaqda 30-50% hallarda təsadüfən aşkar edilir. Yaşlı insanlarda rastgəlmə tezliyi artmaqdadır. Kolorektal karsinomanın rast gəlmə tezliyi və ölüm faizi dünya miqyasında əhəmiyyətli dərəcədə dəyişir. Bu coğrafi fərq qidalanma xüsusiyyətləri, ətraf mühit faktorlarının təsirinə məruz qalma və genetik faktorlar səbəbiylə ortaya çıxır. Bölgəmizdə kolorektal poliplərin histomorfoloji xüsusiyyətlərinin qiymətləndirilməsi, adenomatoz və qeyri-adenomatoz poliplərin risk təbəqələşməsinin müəyyənləşdirilməsi tədqiqatın məqsədini təyin etmişdir.

**Material və metodlar:** 2022-ci ildə kolorektal bölgənin polipi və ya polipozu diaqnozuna görə endoskopik polipektomiya əməliyyatı icra edilmiş 67 xəstənin biopsiya materialı histopatoloji müayinə üçün şöbəmizə göndərilmişdir.

**Nəticələrin müzakirəsi:** Düz bağırsağ polipektomiyası icra olunmuş-22 xəstədən:

-7 xəstədə tubulyar adenoma, zəif dərəcəli displaziya ilə.

-4 xəstədə xovlu və ya qarışıq tip (tubulo-villyoz adenoma) yüngül və orta dərəcəli displaziya ilə.

-1 xəstədə xovlu adenoma, intraepitelial neoplaziya ilə, yəni **carcinoma in situ** diaqnozu qoyulmuş və sonradan həmin xəstəyə açıq cərrahiyyə əməliyyatı icra edilmişdir və diaqnoz təsdiqlənmişdir.

-9 xəstədə hiperplastik polip;

-1 xəstəyə yuvenil polip diaqnozu qoyulmuşdur.

Yoğun bağırsağın digər şöbələrindən polipektomiya icra edilmiş-45 xəstədən;

-24 xəstədə tubulyar adenomatoz polip; 5 xəstədə zəif və orta dərəcəli displaziya izlənmişdir.

-7 xəstədə tubulo-villyoz quruluşlu adenomatoz polip, onlardan 2-sində zəif dərəcəli displaziya aşkar edilmişdir;

-10 xəstədə hiperplastik polip diaqnozu qoyulmuşdur. Displaziya və maliqnezasiya izlənilməmişdir.

-1 xəstədə polipektomiyadan sonra siqmoid kolon polipinin maliqnezasiyası, yüksək dərəcəli adenokarsinoma diaqnozu qoyulmuşdur.

-1 xəstədə S-vari bağırsağın yuvenil polipi aşkar edilmişdir.

-2 xəstədə əməliyyatdan sonra anastomozun psevdopolipi aşkar edilmişdir.

**Yekün:** Polip sayının çoxluğu inkişaf etmiş adenoma və adenokarsinomanın inkişafı ilə əlaqəli olduğu təsbit edilmişdir. Bu səbəbdən risk qrupuna daxil xəstələrdə mütəmadi kolonoskopik təqib və dinamik izlənməyə ehtiyac duyulur. Aparılan tədqiqatlar kolorektal poliplərin hansı növünü prekanserogen proses kimi təsnif etməyə və morfoqenezin müxtəlif mərhələlərini araşdırmaqla diaqnostik və proqnostik parametrləri müəyyən etməyə imkan verəcək. Histomorfoloji təhlillər isə endoskopik və cərrahi müdaxilənin seçilməsində meyarları müəyyən edəcək.

## AUTOİMMUN TİREOİDİTLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏN SONRAKI UZAQ DÖVRLƏRDƏ QALXANABƏNZƏR VƏZİN HORMONAL STATUSUN TƏDQIQI

AĞAYEV R.M., SADIXOV F.Q., ƏLİYEV F.X.

*Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

Autoimmun tireoidit qalxanabənzər vəzin ən çox yayılmış xəstəliyi olub, bütün tireoid patologiyasının 46%-ni təşkil edir. Xəşyəliyin yayılma tezliyinin artması, müalicə və diaqnostikasının çətinlikləri, tədqiqatçıların bu kateqoriyalı xəstələrin müalicəsinə yanaşmalarındakı ziddiyyətli fikirləri problemin aktuallığını göstərir.

**Tədqiqatın məqsədi.** Autoimmun tireoiditlərin müalicəsindən sonrakı uzaq dövrlərdə qalxanabənzər vəzin hormonal dəyişikliklərin müqayisəli öyrənilməsi.

**Material və metodlar.** Tədqiqat işində autoimmun tireoiditlərə görə müxtəlif müalicə metodları alan 90 xəstənin müalicədən sonrakı uzaq dövrlərdə qalxanabənzər vəzin hormonal statusunun nəticələrinin təhlili aparılmışdır. Xəstələrə istifadə olunan müalicə metodlarına görə xəstələr üç qrupa bölünmüşdür. I qrupa ənənəvi (əvəzədic) konservativ müalicə ilə birlikdə aşağı intensivli lazer şüaları ilə qanın venadaxili şüalandırılması (AİLS-QVLS) üsulu ilə müalicə alan 30 (33,3%) xəstə, II qrupa lazer fotodinamik terapiya (FDT) metodu ilə birlikdə AİLS-QVLS üsulu ilə müalicə alan 20 (22,2%) xəstə və III qrupa autoimmun tireoiditə görə cərrahi əməliyyat keçirən 40 (44,4%) xəstə daxil edilmişdir. Xəstələrin hormonal statusunu düzgün dəyərləndirmək üçün TTH-ın, qalxanabənzər vəzin sərbəst  $T_4$  və sərbəst  $T_3$  hormonlarının konsentrasiyası dinamikada araşdırılmışdır.

**Tədqiqatın nəticələri.** Araşdırmalara görə, üç qrupun hər birinin xəstələrində hipotireoz əlamətləri müşahidə olunmuşdur. II qrupun xəstələrində bu əlamətlər laborator göstəriciləri ilə aşkar ifadə olunmur və əksər xəstələrdə subklinik hipotireozu uyğun gəlir, lakin I və III qrupdakı xəstələrdə bu göstəricilər olduqca qabarıq şəkildə özünü göstərir. Belə ki, bu qruplarda TTH-ın səviyyəsində yüksəlmələr və sərbəst  $T_4$  və sərbəst  $T_3$  – ün səviyyələrində enmələr müşahidə edilmişdir. Başqa sözlə, II qrup xəstələrdə subklinik hipotireozun əlamətləri daha yüksək tezliklə aşkarlanmış, I və III qrup xəstələrdə isə daha aydın və daha aşkar klinik hipotireoz əlamətləri müşahidə olunmuşdur. Əldə edilən məlumatların təhlili göstərir ki, əməliyyatdan sonrakı hipotireoz halları qalxanabənzər vəzin subtotal rezeksiyası və tireoidektomiya əməliyyatları aparılmış bütün xəstələrdə və ənənəvi (əvəzədic) konservativ müalicə alan xəstələrin demək olar ki, 1/3 hissəsində (32%) müşahidə edilmişdir. Tədqiqatdan alınan nəticələrə əsasən, xəstəliyin təkrar cərrahi əməliyyat olunma ehtimalını proqnozlaşdırmaq, həmçinin tireoid güdülündə autoimmun proseslərin yenidən inkişaf edə biləcəyi və ya onun atrofiyasına səbəb ola bilən, əməliyyatdan sonrakı residivin inkişafına kömək edən faktorları müəyyən etməklə, risk qrupuna daxil olan xəstələri aşkar etmək mümkün olur. Lazer fotodinamik terapiya metodu ilə birlikdə qanın venadaxili aşağı intensivli lazer şüalandırılması üsulu ilə müalicə alan II qrup xəstələrdə, müalicədən sonra qalxanabənzər vəzin hormonlarının (sə.  $T_4$ , sə.  $T_3$ ) və TTH-ın səviyyəsinin normallaşması aşkar edilmişdir.

## TİREOİDEKTOMİYA ƏMƏLİYYATINDAN SONRAKI QANAXMALARIN RİSK FAKTORLARI

AĞAYEVA A.R., ZAMANOV R.M., YUSİFOV S.Y.

*Akad.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

Əməliyyatdan sonrakı hematoma nadir (0.43-6.5%), lakin kifayət qədər təhlükəli, tənəffüs yollarının sıxılması, tənəffüs çatmamazlığı və hətta ölümlə nəticələnən qalxanvarı vəzi (q.v.) üzərində aparılan əməliyyatların ağırlaşmasıdır. Bununla əlaqədar bizim qarşımıza qoyduğumuz məqsəd təkrari cərrahi əməliyyat tələb edən əməliyyatdan sonrakı hematomanın (ƏH) əmələ gəlməsinin risk faktorlarını təyin etməkdir.

**Material və metodlar:** 2017-2022-ci illər ərzində əməliyyat edilmiş 3768 xəstədən 2346-sı düynülü urla, 1423-ü isə Qreyvs xəstəliyi ilə olmuşdur. 2865 xəstəyə tireoidektomiya, 303-nə hemitireoidektomiya icra edilmişdir. ƏH 46 (1.2%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. İlin 12 saat müddətində 70%, 24 saat ərzində 30% hallarda hematoma əmələ gəlmişdir.

**Nəticələr:** 46 (100%) xəstənin hamısına tireoidektomiya əməliyyatı aparılmışdır. Onlardan 32-si (69.6%) antiqaoqulyant və tromboz əleyhinə dərman preparatları qəbul edirdilər. Bu xəstələrin yalnız 11 (34.3%) bir (antikaoqulyant və ya antitrombotik), qalxanvarı vəzi isə hər iki dərman vasitəsini istifadə etmişdilər. 28 (60.8%) xəstə hipertoniya xəstəliyindən əziyyət çəkirdi. Xəstələrin 19 (41.3) Qreyvs xəstəliyi ilə idi. 13 xəstədə (28.3%) xəstədə təkrar tireoidektomiya əməliyyatı icra olunub. 4 (8.7%) xəstə şəkərli diabetdən əziyyət çəkirdi. Hematoma əmələ gəlmiş xəstələrdən 24-ü (52.2%) kişi, 22 (47.8%) qadınlar təşkil etmişdir.

**Yekun:** Bizim nəticələrə görə qalxanvarı vəzi üzərində aparılan əməliyyatdan sonra ƏH inkişaf etməsinin əsas prediktorları bunlardır:

1. Aparılmış əməliyyatların həcmi, 46 (100%) xəstənin hamısına tireoidektomiya icra edilmişdir.
2. Tromboz əleyhinə və antiqaoqulyant dərmanların istifadə edilməsi (69.6%) xüsusi ilə, onların birgə qəbul olunması. Əməliyyat riskinin və istifadə edilən antiqaoqulyant terapiya sxeminin dəyişilməsinin analizi tələb olunur.
3. Hipertoniya xəstəliyi əsaslı əməliyyat öncəsi hazırlıq, sonrakı AT monitorinqi ilə.
4. Qreyvs xəstəliyi (41.3%) uzun müddətli tirostatiklərinin qəbulu, toxumanın güclü qan damarları ilə təchiz olunması, vəzin həcmnin böyüməsi ƏH əmələ gəlmə riskini artırır.
5. Təkrar əməliyyat (28.8% fibroz toxumaların olması, anatomik strukturların dəyişilməsi ƏH yaranma riskini yüksəldir. Belə əməliyyatlar təcrübəli cərrahlar tərəfindən icra edilməlidir. Hematomanın inkişaf etməsi və xəstələrin cinsiyyəti arasında əhəmiyyət kəsb edən bir əlaqə aşkar etməmişik. Şəkərli diabet xəstəliyi ilə ƏH prediktorları siyahısından çıxarıldı.

**Nəticə:** Yuxarıda qeyd olunan xəstələr, əməliyyat öncəsi və əməliyyatdan sonrakı ətraflı monitorinqi tələb edən xəstə kateqoriyasıdır.



## QALXANVARI VƏZİN DÜYÜNLÜ XƏSTƏLİKLƏRİ ZAMANI HORMONAL SUPRESSİV MÜALİCƏNİN QANIN LİPİD TƏRKİBİNƏ TƏSİRİ.

AĞAYEVA N.A.

*Akad.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

Dünya əhalisinin təxminən 5-8%-də qalxanabənzər vəzdə düyünlər vardır. Əsasən demək olar ki, müəyyən hallarda uzun müddət aparılan medikamentoz terapiyaya baxmayaraq düyünlərin ölçüsü kiçilmir və hətta böyüməyə meyilli olur, bəzən də əlavə düyünlər əmələ gəlir. Uzun müddət qəbul edilən hormonal preparatların isə orqanizmin digər orqan və toxumalarına olan yatrogen yan təsiri öyrənilmədiyindən yeni tədqiqatların aparılmasına şərait yaranmışdır.

**Tədqiqatın məqsədi:** Düyünlü uru olan və uzun müddət hormonal supressiv müalicə almış xəstələrdə sistematik müayinələr nəticəsində qanın lipid tərkibində olan dəyişikliklərin öyrənilməsi olmuşdur.

**Material və metodlar:** Tədqiqat işi akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin Endokrin cərrahliyi şöbəsində yerinə yetirilmişdir. Tədqiqatın retrospektiv hissəsinin materialı bizim klinikada düyünlü ur diaqnozu ilə stasionar müalicə alan və əməliyyat olunmuş 146 xəstə təşkil etmişdir ki, onlardan 138 nəfəri qadın, 8-i kişi olmuşdur. Xəstələrdə orta yaş həddi  $44.8 \pm 1.03$ -ə bərabər olmuşdur. Düyünlərin sayı, ölçüsü, həcmi USM vasitəsilə, qalxanabənzər vəzin funksional statusu qanda TSH, T3 və sərbəst T4-ün təyini, Tireoqlobulin və antitireoid peroksidazaya qarşı anticisimciklərin təyini ilə icra edilmişdir. Müalicəyə rezistent düyünlər aşkar edilmiş 174 xəstə prospektiv analizin materialını təşkil etmişdir. Xəstələr iki qrupa böünmüşdür: əsas qrupda (n=88) cərrahi əməliyyat-tireoidektomiya olunmuş, nəzarət qrupunda isə (n=86) hormonal supressiv müalicə aparılmışdır. Bütün xəstələr müşahidə altında saxlanmışdır. Əməliyyatdan 3 ay, 6 ay və 12 ay sonra bu xəstələr təkrar müayinə olunmuş, qanda hormonların konsentrasiyası, qaraciyərin USM-i icra edilmişdir. Qanın lipid tərkibində olan dəyişiklikləri müəyyənəlmək üçün qanda ümumi xolesterinin (norma-240 mg/dl), triqliseridlərin (norma-150mg/dl), Yüksək Sıxlıqlı Lipoproteidlərin –YSLP (norma \_ 50-59 mg/dl; təhlükəli-50mg/dl). Aşağı Sıxlıqlı Lipoproteidlərin-ASLP (norma + orta 100-129mg/dl; təhlükəli-130mg/dl) konsentrasiyası ölçülmüş, əsas və nəzarət qruplarında olan nəticələrin müqayisəli analizi aparılmışdır.

**Nəticələr:** Uzun müddət hormonal supressiv müalicə almış nəzarət qrup xəstələrin qanında bilavasitə əməliyyatdan əvvəl aparılmış müayinələrdə qanın ümumi xolesterinin və ASLP-nin miqdarı əsas qrupunda olan xəstələr ilə müqayisədə statistik düstür şəkildə çox olması aşkar edilmişdir. Triqliseridlərin konsentrasiyası isə qruplar arasında düstür olmayan fərq ilə xarakterizə olunmuşdur. Bizim tədqiqata daxil olan nəzarət qrup xəstələrin qanında YSLP-nin konsentrasiyası orta hesabla  $50.8 \pm 1.62$ mg/dl-ə bərabər olmuşdur ki, bu da əsas qrupda olan göstəricidən azdır. Xolesterin və ASLP konsentrasiyasının nəzarət qrupu xəstələrdə lipid mübadiləsinin pozğunluqlarından xəbər verir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə 3.6 və 12 ay ərzində aparılan müşahidələrdə hər iki qrupda xolesterinin, triqliseridlərin və ASLP-nin konsentrasiyasının artması müşahidə edilmişdir. Lakin əsas qrupda lipid mübadiləsində olan bu dəyişikliklərin artım tempi daha mülayim olmuşdur. YSLP əsas qrupda normanın aşağı sərhədində tərəddüd etdiyi halda, nəzarət qrupunda  $45.9 \pm 1.62$ mg/dl-ə enmişdir ki, bu da təhlükəli hesab edilir.

**Yekun:** Beləliklə, uzun müddətli hormonal supressiv müalicə alan xəstələrdə qanın lipid tərkibində dəyişikliklər baş verir ki, bunlar da qan damarlarında aterosklerotik prosesin inkişaf etməsi üçün şərait yaradır. Müalicəyə rezistent düyünlər üçün təyin edilmiş kriterilər əsasında seçilmiş xəstələrdə aparılmış cərrahi əməliyyatdan sonra qanın lipid tərkibində olan dəyişikliklər daha mülayim xarakterdə olması ilə seçilmişdir. Bu qrupda olan xəstələrdə qanda “xoş xassəli lipoproteidlərin” konsentrasiyası (YSLP) uzun müddət L- Tiroksin müalicəsi almış xəstələrə nəzərən daha çoxdur. Nəzarət qrupunda qanın lipid tərkibində olan dəyişikliklərin dinamikada pisləşməyə doğru getməsi bu xəstələrdə ürək-damar sistemi tərəfindən xəstəliklərin yaranması riskini artırır.

## P53 GENİN ARG72PRO TƏK NUKLEOTİD POLİMORFİZMİNİN KOLOREKTAL POLİPLƏRDƏ MÜQAYİSƏLİ TƏTLİLİ

ASLANOV H.M.

*Akad.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş və aktualıq:** Kolorektal xərçəng (KRX) mədə-bağırsaq sisteminin ən çox rast gəlinən xərçənglərindən biridir. Kolorektal xərçənglərin rast gəlmə tezliyi və ölüm faizi dünya miqyasında əhəmiyyətli dərəcədə dəyişir. Bütün xərçənglər arasında kolorektal xərçəng 9% təşkil edir, hansı ki, ağ ciyər, süd vəzi, prostat xərçəngindən sonra isə 4-cü yerdədir. Bu nisbət ölkələr və irqlər arasında dəyişir. ABŞ-da və Avropa ölkələrində daha çox, Afrika və Asiya ölkələrində isə daha az yayılmışdır. Epidemioloji tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, xəstəliyin etiologiyasında digər faktorlarla yanaşı genetik faktorlar da mühüm rol oynayır.

**Tədqiqatın məqsədi.** Tədqiqat işinin məqsədi yağun və düz bağırsağ polipi diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə və praktik sağlam insanlarda p53 genin Arg72Pro tək nukleotid polimorfizmini müqayisəli şəkildə analiz etməkdir.

**Material və metodlar.** Tədqiqat işinə Akademik M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində kolorektal polip diaqnozu qoyulmuş 125 xəstə (patohistoloji müayinə əsasında poliplərin histoloji xarakteri dəqiqləşdirilmiş, hiperplastik növ polipli xəstələr müayinə qruplarına daxil edilməmişdir) və 150 nəfər nəzarət qrupu daxil edilmişdir. Nəzarət qrupu isə yağun bağırsağ və ya digər növ xərçəng və xərçəngönü patologiyası olmayan fərdlərdən ibarət olmuşdur. Tədqiqatın məqsədinə uyğun olaraq Tp53 geninin 72-ci kodonda argininin prolinlə əvəzlənməsinə səbəb olan tək nukleotid polimorfizmi öyrənilmişdir. Xəstələrin 72-si (59,6%) kişi, 53-ü (40,4%) qadın, kontrol qrupunun isə 66 nəfəri (44%) kişi, 84-ü (56%) isə qadınlar təşkil etmişdir. Xəstə qrupun yaşları 21-80, kontrol qrupunun yaşları isə 32-80 aralığında olmaqla orta yaş göstəricisi uyğun olaraq  $60 \pm 10,1$  və  $60,9 \pm 11,5$  olmuşdur.

Tədqiqat qruplarından EDTA-lı tyublarda venoz qan nümunələri götürülərək AMEA Genetik Ehtiyatlar İnstitutunun Biotexnologiya şöbəsi, İnsan Genetikası Laboratoriyasında DNT ekstraksiyası həyata keçirilmişdir. Alınan DNT-lərin kəmiyyət və keyfiyyət göstəriciləri nanodrop cihazında ölçülmüşdür. İzolə edilmiş DNT Polimeraz Zəncirvari Reaksiyası (PZR) ilə amplifikasiya olunmuşdur. PZR reaksiyası ümumi həcmi 25 µl olmaqla, aşağıdakı tərkibdə olmuşdur: 2µl DNT, 3 µl 10X buffer [10 mM Tris-HCl pH 8.0, 50 mM KCl], 3 µl MgCl<sub>2</sub>, 0.5 µl 10mM dNTP qarışığı, 0.5 µl 100 µM praymer və 0.3 µl 5 U/µl Taq polimeraza fermenti. PZR reaksiyası ilkin denaturasiya (95 °C temperaturda 5 dəqiqə), 3 tsikl (95 °C-də 30 saniyə, 56 °C-də 1 dəqiqə, 72°C-də 2 dəqiqə) və son elonqasiya (72°C-də 5 dəqiqə) mərhələlərindən ibarət olmuşdur. Alınmış PZR amplikonları BstUI restriksiya enzimi vasitəsilə işlənmiş (inkubasiya 37°C-dir) və aqaroz gel üzərində nəticələr təhlil edilmişdir.

**Tədqiqatın nəticələri:** Tədqiqat işində Tp53 genin Arg72Pro polimorfizminin genotip və allel tezliyini hesablanmış: xəstə və kontrol qruplarında müvafiq olaraq wild type Arg/Arg genotipi 14.4% və 29.3%, heteroziqot Arg/Pro 59.2% və 52%, homoziqot Pro/Pro isə 26.4% və 18.7% olduğu aşkar edilmişdir. Arg/Pro (OR: 2.319, 95%CI: 1.230-4.372, P=0.008) və Pro/Pro (OR: 2.881, 95%CI: 1.368-6.066, P=0.005) genotipləri ilə xəstəliyin artma riski arasında korrelyasiya müəyyən edilmişdir. Dominant modelə görə statistik əlaqə (OR: 2.468, 95%CI: 1.340-4.544, P=0.003) aşkar edildiyi halda resessiv modeldə (P>0.05) isə hər hansı statistik əlaqə müşahidə edilməmişdir. Arg allelinin tezliyi xəstə qrupunda 52.5%, kontrol qrupunda 55.3%-ə bərabər olmuşdur. Mutant Pro allelinin tezliyi isə xəstə və kontrol qruplarında uyğun olaraq 47.5% və 44,7% olaraq hesablanmışdır. Pro allelinin xəstəliyin artma riski ilə asosialı olması aşkarlanmışdır, OR: 1.577, 95%CI: 1.125-2.210, P=0.008.

Xəstə və kontrolları yaş faktorunun genotiplərlə əlaqəsi öyrənilmiş, yaşı 60-dan kiçik olan fərdlərdə həm heteroziqot Arg/Pro (OR: 3.459, 95%CI: 1.438-8.323, P=0.004) və həm də homoziqot mutant Pro/Pro (OR: 4.533, 95%CI: 1.518-13.538, P=0.006) xəstəliyin artma riski ilə statistik baxımdan əlaqəli tapılmış, amma 60 yaşdan yuxarı şəxslərdə Tp53 geni Arg72Pro polimorfizmi ilə xəstəlik arasında əhəmiyyətli statistik əlaqə müşahidə olunmamışdır (P>0.05).

Bunlardan əlavə tədqiqat qrupuna daxil edilən kişi və qadınlarda genotiplərin tezliyini və risk dərəcəsi müəyyən edilmişdir. Polip diaqnozu qoyulmuş kişilərdə Arg/Arg, Arg/Pro və Pro/Pro tezlikləri uyğun olaraq 11.1%, 68.1% və 20.8% olduğu halda bu nisbət kontrol qrupunda 25.5%, 54.5% və 19.7%-ə bərabər olmuşdur. Heteroziqot genotip ilə xəstəlik riski arasında statistik əlaqə müşahidə olunmuş (P=0.024), OR (95% CI) göstəricisi isə 2.892-ə (1.125-7.435) bərabər olmuşdur. Polip diaqnozu qoyulmuş qadın xəstələrdə isə Arg/Arg, Arg/Pro və Pro/Pro tezlikləri uyğun olaraq 18.9%, 47.2% və 33.9% olduğu halda kontrol qrupunu təşkil edən qadınlarda bu rəqəm 32.1%, 50% və 17.9% olmuşdur. Qadınlar arasında mutant Pro/Pro genotipi xəstəliyin artma riski ilə statistik əlaqəli tapılmışdır (OR: 3.240, 95%CI: 1.194-8.789, P=0.019).

## QARIN BOŞLUĞU ABSESLƏRİNİN AZ-İNVAZİV METODLARLA LƏĞV EDİLMƏSİNDƏ TƏCRÜBƏMİZ

**BABABƏYLİ E.Y., İSAYEV H.B., ƏLİYEVƏ E.A., BABABƏYLİ N. E.**

*Naxçıvan Dövlət Universiteti. NMR Xəstəxanası. Naxçıvan, Azərbaycan*

**Mövzunun aktuallığı:** Müasir az-invaziv metodların cərrahiyyədə geniş tətbiqinə baxmayaraq, bu üsula münasibəti heç də birmənəli deyildir çox saylı fəsadlarının aradan qaldırılmasında bir çox çatmamazlıqlar mövcuddur. Təxirəsalınmaz və təcili əməliyyatlardan sonra qarın boşluğu abseslərinin formalaşması ədəbiyyat məlumatlarına görə abseslərinin ağırlaşmalar 6,8-14,3% təşkil edir. (Sormaz I.C, et al. 2017, Kulhari M et al. 2019; Bababeyli E.Y et al. 2022) Son illəri q/ciyər abseslərinin biopsiyası, punksiya-aspirasiyası, drenajlanması və kateterizasiyasında uğurlara baxmayaraq, müalicə metodlarından hansının daha çox effektivli olması məsələsi, müasir cərrahiyyənin aktual problem olaraq qalmaqdadır.

**Material və metodlar.** Tədqiqat işində 2012- 2021ci illərdə qarın boşluğu absesləri olan 256 xəstənin tədqiqatı araşdırılmışdır. Xəstələrin yaşı 16-76, orta yaş  $52,2 \pm 14,6$  təşkil etmişdir. Qadınlar 162 (63,3%), kişilər 94 (36,7%).

**Drenaj texnikası:** İynənin hərəkət trayektoriyası punksiya olunan yerlə abses divarları arasındakı ən qısa məsafədə olmalıdır; iynənin plevral sinusdan, qara ciyərdən, mədədən və bağırsaqdan keçməsi minimum olmalıdır.

**Nəticələrin müzariçəsi:** Hər iki qrupda qaraciyərdaxili, qaraciyərəaltı və diafraqmaaltı absesləri çoxluq təşkil edir. Dicər abseslər dalaq, öd kisəsi və öd yolları, mədəaltı vəzi, bağırsaqlararası və.s. Absesin evakuasiyası 12-16 F kalibrli iynənin köməyi ilə həyata keçirilməlidir. Müdaxilələr bir (n=118), iki (N=26) və üç dəfədən (n=4) dəqiq aparılmışdır. USM-si hər 2-3 gündən bir aparılmaqla nəticələri qeyd edilməlidir.

Müalicənin effektivliyi absesin obliterasiya sürəti, drenajlama anından drenaj çıxarılanadək, abses boşluğunun obliterasiya sürəti, fistuloqrammada, tutduğu sahənin dəyişikliyinə əsasən hesablanmışdır. Öyrənilən parametrlər variasion statistika metodu ilə təhlil edilmişdir. Qalıq boşluğunun obliterasiyasının orta sürəti birinci qrupda gün ərzində  $4,4 \pm 0,5\%$ , ikinci qrupda  $8,4 \pm 3,1\%$  təşkil etmişdir. Kriteriyaların həqiqiliyi yüksək olmuşdur ( $p < 0,05$ ).

## LAPARASKOPİK UNİVERSAL TİBBİ QURĞUNUN OCAQLI TÖRƏMƏLƏR LƏĞVİNDƏ EFFEKTİVLİYİ NAXÇIVAN DÖVLƏT UNİVERSİTETİNİN TİBB FAKÜLTƏSİ

**BABABƏYLİ E.Y., İSAYEV H.B., ƏLİYEVƏ G.B., BABABƏYLİ N.E., ƏLİYEVƏ E.A.**

*Naxçıvan Dövlət Universiteti. NMR Xəstəxanası. Naxçıvan, Azərbaycan*

**Mövzunun aktualığı:** Toxumaları hissə-hissə doğrayıb xaric tən Laparoskopik Universal Tibbi Qurğu (LUTQ) döş və qarın boşluğundan patoloji materialın xaric edilməsi üçün tətbiq edilən kateterli bıçaqlı qurğulara aiddir. Mayeli törəmədirsə nazik iynəsi ilə punksiya olunur, möhtəviyyatın boşluqlara və ətraf toxumalara yayılmasının qarşısını almaq məqsədilə balon şişirdilir dartılaraq təsbit edilir punksiya, aspirasiya və irriqasiya aparılır.

**Materiallar və metodlar:** 2015-2022-ci illərdə izlənən döş və qarın boşluqlarının müxtəlif törəmələri və exinokokkozu olan 108 xəstənin tədqiqatı araşdırılmışdır. qadınlar 62 (57,4%), kişilər 46 (42,6%) olmuşdur.

**Nəticələrin müzakirəsi.** Döş boşluğunda 26 (24,1%), qarın boşluğunda 82 (75,9%) xəstədə müxtəlif növ patoloji törəmələri və exinokokk sistləri ləğv edilmişdir. Müxtəlif növ kobud çapıqlar 19 (17,6%), fibromatoz düyünlər 12 (11,1%), yad cisimlər 3 (2,8%), parazitlar 28 (25,9%), qeyri parazitlar sistlər 9 (8,3), sadə sistlər 17 (15,7%), abseslər 20 (18,5%) Laparoskopik Universal Tibbi Qurğu ilə ləğv edilmişdir.

**Metodun texnikası:** Əməliyyat ümumi anesteziya altında aparılır. Tibbi qurğunun iynəsi, balonlu kateteri və bıçağı var. Toxumaları hissə-hissə doğrayıb xaric etməklə, punksiya, aspirasiya və irriqasiyada aparılır. Laparoskopik exinokokkoektomiyada xitin qışasının fibroz boşluq açılmadan qapalı şəraitdə boşluq daxili doğranıb xaric etməklə antiparazitar, antiseptik və lizisedici məhlullarla şırnaq üsulla yuyulur. Təklif olunan tibbi qurğu özündən əvvəlki qurğuların qüsür və çatmamazlıqlarını aradan qaldırmaqla bir çox müsbət üstünlüklərə malikdir. LUTQ cəriyanla işləyir, müdaxilə (əməliyyat) müddətini qısaltır, işin tezliyini və effektivliyini artırır, kəskin kosmetik, xəstəxanada qalma çarpayı günü azalmaqla evə tez buraxılır, maliyyə xərcələrini minimuma endirir. İşlədilmə texnikası sadə-asan olmaqla stasionar və ambulator şəraitdə istifadəsi mümkündür. Xəstələr əməliyyatdan sonra müalicələrini ambulator şəraitdə davam etdirirlər. Yuxarıda qeyd etdiklərimiz metodikanın təkzib olunmaz və səmərəli üstünlükləridir.

## AMÖB ABSESLƏRİNİN MÜASİR ÜSULLARLA MÜALƏCƏSİNDƏ TƏCRÜBƏMİZ

**BABABƏYLİ N. E., ƏLİYEVƏ E.A., BABABƏYLİ E.Y., İSAYEV H.B., ƏLİYEVƏ G.B.**

*Naxçıvan Dövlət Universiteti. NMR Xəstəxanası. Naxçıvan, Azərbaycan*

**Aktuallığı:** Asiya və Cənubi Amerika ölkələri endemik ocaq sayılır. Çox vaxt inkişaf etmiş isti ölkələrdə də rast gəlinir. İnkişaf etmiş ölkələrdə xəstələnmə halları endemik regionlardan gəlmiş turist və emiqrantlarda qeydə alınır. Dünyada parazitlər xəstəlikləri səbəbindən ölümlə nəticələnən ikinci mühüm xəstəlik amöb dizenteriyasıdır. Belə ki, bağırsaq divarından qana sorularaq qaraciyərdə ilişərək amöb absesi yaradır. Ədəbiyyat məlumatlarına görə amöbioz absesinin çox yüksək ölüm dərəcəsi var 70-80%-ə qədərdir.

**Materiallar və metodlar.** Tədqiqat işində 2017-2022-ci illərdə qara ciyərin amöblü absesi olan 36 xəstənin tədqiqatı araşdırılmışdır. 36 xəstədən 25 (69,4%) kişi, 11 (30,6%) qadın olmuşdur. Yaşları 20-78 olmuşdur. Orta yaş  $52,4 \pm 14,4$  yaş təşkil etmişdir.

**Nəticələrin müzakirəsi:** Azinvaziv PCD kateter drenaj 28 (72,2%) xəstədə 42 amöb absesi ləğv olunmuşdur. PCD birinci dəfədən (N=29) ikinci dəfədən (N=9) və üçüncü dəfədən (n=4) azinvaziv prosedurlar aparılmışdır. Diametri 5 sm 10 F1-2 F dəriarası aspirasiya biopsiya və PCD uğurla həyata keçirilmişdir. Xəstələrə Metronidazol 100 mq gündə 3 dəfə v/d, xiniyofon, diyodoxin, meksaform, intestopan və başqa preparatlar istifadə olunmuşdur.



Aparılan müalicənin kriteriyaları effektivliyinin göstəriciləri, klinik, laborator, anamnestik, KT, USM rentgenoloji tədqiqatların və xəstəlik tarixinin təhlili ilə müəyyən edilmişdir. Uğurlu müalicə abses boşluğunun çapıqlaşması, boşluğunun həcmnin kiçilməsi və ya itməsidir. Amöbiozlu bütün xəstələr hospitalizə olunmalıdırlar. Xəstələrin izolyasiyası və müalicəsi tam klinik sağalma baş verənədək aparılır. Amöb infeksiyasının və deşikli formaların sağlam daşıyıcıları olan xəstələr ictimai işə sistemində, yeyinti məhsulları sənayesində işə buraxılmamalı dezinfeksiya işləri və profilaktik tədbirlərlə yekunlaşmalıdır. Təkrar xəstələnmiş xəstələr azı 12 ay müddətində dispanser müşahidə saxlanılmalıdır. Tibbi və laborator müayinələr 3 aydan bir keçməlidirlər. Azinvaziv müdaxilələr amöb abseslərinin cərrahi müalicəsində yüksək effektivliyə malik üsuldur: effektivlik 82,4%-90,8% təşkil edir. Ənənəvi metodlarda sağalma effektivliyi 56,7-64,2%-dir.

## QARACİYƏR EXINOKOKKOZUNUN MÜASİR MÜALİCƏ USULLARI

**BABABƏYLİ N. ƏLİYEVƏ E.A., E., BABABƏYLİ E., Y. İSAYEV H.B., ƏLİYEVƏ G.B.**

*Naxçıvan Dövlət Universiteti. NMR Xəstəxanası. Naxçıvan, Azərbaycan*

**Aktuallığı:** Qaraciyər exinokokkozunun müalicəsində əldə olunan nəliyyətlərlə yanaşı, öz aktuallığını saxlayan problemlər mövcuddur. Sist möhtəviyyatını sormağ, xitin və qız qovcuqlarını tam xaric etmək aktual məsələlərinəndir. Ağırlaşmalar 8,2-26,8%, residivlər 3,6-18,4%, psevdosistlər 4,3-6,7%, letallıq 2,5-5,8% raras gəldiyindən yeni elmi – təcrübü üsulların işlənilməsinə ehtiyac duyulmaqdadır.

**Materiallar və metodlar.** Tədqiqat işində 2017-2022-ci illərdə, 136 xəstədə müxtəlif növ perkutan exinokokkoektomiya əməliyyatları aparılmışdır. 38 (27,9%) xəstədə fəsadlaşma qeydə alınmışdır. Qalıq boşluğunun irinləməsi 20 (14,7%), sistin öd yollarına açılması və ya sıxması hesabına mexaniki sarılıq 9 (6,6%), kirəcləşməsi 3 (2,2%), sistin qarın boşluğuna dəşilməsi 2 (1,5%), plevra boşluğuna və bronxlara dəşilməsi 1 (0,7%), çox saylı fəsadlar 3 (2,2%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Az.RSN-in səmərələşdirici təklif vəsiqə №202;

**Texnikası:** Punksiya, aspirasiya, inyeksiya və təkrar reaspirasiya (PAİR) proseduru USM və ya KT görüntüsü ilə yerli və ümumi anesteziya altında **Bir tipli iynə ilə** (L≈15-25 sm, xarici d. 2,2-2,8, iç d. 1,8-2,2mm) aparılmışdır. Fole kateteri metal mandrenlə boşluğa yeridilir, balon şişirdilir, dartılaraq fiksə olunur. Balonun Şarı boşluq divarını peritona sıxdığından möhtəviyyatın ətraf toxumalara sızmasının qarşısını alır. 136 xəstənin 106-da 158 sist boşluğu 1-ci dəfəyə, 23-də 36 boşluq 2-ci dəfəyə, 7 xəstədə 12 boşluq 3-cü dəfəyə, Fole kateter qoyulmuşdur. Hər gün şəfəf maye alınana qədər boşluq yuyulur, daxilinə damcı üslu ilə antibiotik, lizisedici preparatlar yeridilir. Əməliyyatdan sonra kateterindən 7-10 dəqiqəlik ekspoziyaya xüsusi işıq ötürücü vasitəsilə lazer şüalandırılması aparılmışdır.

Nəticələrin müzakirəsi: Qaraciyərin exinokokkozunun ləğv edilməsində müxtəlif növ az-invaziv və laparoskopik usullardan istifadə olunmuşdur. Aparılan müalicənin effektivlik göstəriciləri, klinik, laborator, anamnestik, KT, USM rentgenoloji tədqiqatların və xəstəlik tarixinin təhlili ilə müəyyən edilmişdir. Kriteriyalar qalıq boşluğunun müdaxilədən sonra çapıqlaşması, kiçilməsi və ya xeyli miqdarda azalmasıdır. Qeyd olunan xüsusiyyətlər təklif olunan metodun QCE-nun cərrahi müalicəsinin mövcud əməliyyatlarına alternativ kimi qəbul edilməsinə əsas verir.

## AZƏRBAYCANDA HEMODİALİZ XİDMƏTİNİN TƏKMİLLƏŞDİRİLMƏSİ VƏ YENİDƏN TƏŞKİL OLUNMASI HAQQINDA (2003-2023-CÜ İLLƏR)

**BABAYEV F.H., BABAYEV C.F.**

*Akademik Mirməmməd Cavadzadə adına Respublika Kliniki Uroloji Xəstəxanası, Bakı, Azərbaycan*

Azərbaycanda hemodializin tarixi Akademik Mirməmməd M.C.Cavadzadənin adı ilə bağlıdır. Məhz onun rəhbərliyi ilə 1971-ci ildə uroloji klinikanın bazasında o zaman keçmiş Sovetlər İttifaqının ikinci olmaqla hemodializ şöbəsi yaradılır. Hemodializin, nefrologiyanın, böyrək transplantasiyasının sonrakı inkişafı Ulu Öndər Heydər Əliyevin göstərişi və tövsiyəsi ilə Akademik Mirməmməd Cavadzadənin Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun rektoru təyin olunmasından sonra başlayır. Təsədüfi deyil ki, 1974-cü ildə təsis olunan Azərbaycan SSR Dövlət Mükafatı da ilk dəfə H.Əliyevin sərəncamı ilə akademik M.Cavadzadə və onun həmkarlarına "hemodializ və transplantasiya sahəsində nəliyyətlərinə görə" təqdim olunur.

Hal-hazırda Azərbaycanda 1 milyon əhaliyə 370-450 xroniki böyrək xəstəliyi düşür ki, onların da təxminən yarısı sonrakı aktiv hemodializ müalicəsinə cəlb olunur. 2003-cü ildən başlayaraq respublikada hemodializin inkişafında yeni mərhələ başlandı. Yeni dializ aparatlarının ölkəyə gətirilməsi, Respublika Kliniki Uroloji xəstəxanasından başqa 3 saylı şəhər xəstəxanasında və Gəncə şəhərində dializ şöbələrinin yaradılması 141 xəstənin dövlət hesabına dializlə təmin olunmasına imkan yaratdı.

2006-cı ildə Nazirlər Kabineti tərəfindən “Xroniki böyrək çatışmazlığı üzrə” Dövlət Proqramı qəbul edildikdən sonra qısa zaman ərzində Bakı şəhərində və regionlarda dializ şöbələri fəaliyyətə başladı. Artıq 2010-cu ildə respublikada 19 şöbə, 2015-ci ildə 34 şöbə var idi. Bu gün isə 53 hemodializ mərkəzi xroniki böyrək xəstəliyinin terminal mərhələsində olan xəstələri dövlət təminatı hesabına dializlə təmin edir. Uyğun olaraq 2010-cu ildə 1501, 2015-ci ildə 2741, bu gün isə 3627 xəstə dializ müalicəsi qəbul edir. Xəstələrin yaş həddi 6-82 yaş arasındadır. Müqayisə üçün qeyd etməliyəm ki, əgər 2003-cü ildə Azərbaycanda cəmi 37 dializ aparatı var idisə, bu gün 716 aparat xəstələrə xidmət edir. Xəstələr əsasən həftədə 3 dəfə olmağa dializ müalicəsi qəbul edir, 1 dializ aparatının rentabelliği 5,3-5,5 təşkil edir. İl ərzində 528000 hemodializ seansı həyata keçirilir.

Xroniki böyrək xəstəliyinə səbəb olan etioloji faktorların təhlili aşağıdakı nəticələrə gətirib çıxarmışdır:

- Diabetik nefropatiyalar – 27,4 %
- Xroniki qlomerulonefrit – 26,3 %
- Arterial hipertenziya – 17,8 %
- Xroniki pielonefrit – 14,1 %
- Böyrəklərin polikistozu – 9,7 %
- Anadangəlmə böyrək anomaliyaları – 3,3%
- Uroloji patologiyalar – 4,9 %
- Birləşdirici toxuma patologiyası hesabına nefropatiyalar – 2,6 % hallarda xroniki böyrək xəstəliyinin inkişafına səbəb olur.

Xəstələrin hemodializdə 5 illik yaşam müddəti 53%, 10 illik yaşam müddəti 39%, 15 illik yaşam müddəti isə 27% təşkil edir.

Dializ xəstələri arasında ölüm halları əsasən kəskin ürək-damar çatışmazlığı (88,1%), bakterioloji ağırlaşmalar (6,7%), beyin qan dövrünün kəskin pozulması (2,2%) səbəbindən baş verməklə, ümumilikdə 19,2-23,1 % təşkil edir ki, bu da beynəlxalq statistik məlumatlara uyğundur.

## TƏCİLİ KESAR KƏSİYİ ƏMƏLİYYATLARINDAN SONRAKI İNFEKSİYALASHMA VƏ AĞIRLAŞMALAR

**BAĞIROVA H.F., CAVANŞİR P.A., ƏLİŞOVA N.F., BAĞIROVA S.K.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti II məmalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

*Açar sözlər: təcili kesar kəsiyi, zahılıq dövrünü ağırlaşmaları, irinli septiki xəstəliklər, əməliyyat sonrası endometrit, antibiotik rezistentlik.*

**Aktuallıq.** Kesar kəsiyi (K/K) əməliyyatı abdominal (laparotomiya) yol ilə dölnü doğulmasıdır. Bu, hazırda dünyada ən geniş yayılmış əməliyyat növüdür. Kesar kəsiyi əməliyyatlarının nisbətini azaltmaq üçün davamlı tədbirlər aparılsa da ekspertlər ən azı on il ərzində əhəmiyyətli bir azalmanın olmayacağını bildirirlər. Bu həm yaxın, həm də uzaq fəsadlar riskini daşısa da bəzi qadınlar üçün K/K ilə doğuş sağlam yeni doğulmuş uşağı dünyaya gətirməyin ən təhlükəsiz və həttə yeganə yolu ola bilər.

Hamiləlik zamanı planlı və təcili K/K əməliyyatına göstərişlər 5 qrupa bölünüb Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi kolleqiyasının 03.10.2013 tarixli 30 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir.

**Material və metodlar.** Bu araşdırmada aşağıdakı informasiya resursları üzrə nəşrlərin təhlili aparılmışdır: eLibrary, Google Scholar, PubMed, NCBI, Cyberleninka. Abdominal doğuşdan sonrakı dövrdə irinli septiki xəstəliklərin (İSX) klinik və patogenetik xüsusiyyətlərinə (sepsis, peritonit, endometrit, mastit və cərrahi sahə infeksiyaları) və onların aparıcı patogenlərinə dair məlumatlar öyrənilmişdir. 2010-cu ildən 2019-cu ilə qədər 8 ədəbiyyat mənbəyi öyrənilmiş, onların əsasında K/K əməliyyatından sonra irinli-septik ağırlaşmaların qarşısının alınmasının müasir üsulları təhlil edilmişdir.

**Məqsəd.** Doğan qadınların İSX etiologiyasını, antibiotikə müqaviməti haqqında məlumatları, patogenlər və klinik təzahürləri ümumiləşdirmək və sistemləşdirmək.

**Nəticə.** Çanaq orqanlarının iltihabi prosesinə görə qadınlarda sonsuzluq, təkrar abortlar, aybaşı dövrünün pozulması və digər reproduktiv ağırlaşmalar baş verə bilər. Kesar kəsiyi əməliyyatından sonra zahılıq dövründə endometrit İSX arasında ilk yerlərdən birini tutur. Bu fəsad 2/3 hallarda təcili abdominal doğuşdan sonra inkişaf edir. Təcili kesar kəsiyi əməliyyatı zamanı uşaqlıq yolunun tam müalicəsi və bərpası üçün kifayət qədər vaxt olmaya bilər. Bu, əməliyyatdan sonrakı dövrdə yoluxucu və iltihabi ağırlaşmaların inkişafı üçün risk faktorlarından biri olur. Qadınlarda cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəliklərinin səbəbi 60-70% hallarda şərti anaerob infeksiyalardır. Hamilə qadınlarda aparılan bakterioloji tədqiqatdan sonra genital traktı mikoplazmozun asimptomatik gedişi 20-30%, xlamidiaz təxminən 8% və virulent B qrupu streptokokklar təxminən 5% aşkar edilir.

Həmçinin, endometriti olan qadınların əksəriyyətində aerob və anaerob mikroorqanizmlərin assosiasiyaları inkişaf edir. Aerobların arasında ən çox rast gəlinən 70% hallarda *Escherichia coli* və *Proteus* olur. Göründüyü kimi təcili K/Ki-n ağırlaşmalarının risk faktorları kifayət qədər çoxdur. Hal-hazırda doğuşdan sonrakı dövrün İSX üçün mama-lıq yardımının ilk mərhələsində yoluxucu prosesin torpid gedişi ilə xəstəliyin silinmiş klinik mənzərəsi xarakterikdir. Patoloji prosesin intensivliyi zahımın bədənində patomorfoloji dəyişikliklərin şiddəti İSX-in klinik təzahürlərinin şiddətinə həmişə uyğun gəlmir. Çox vaxt doğuşdan sonrakı infeksiyaların klinik təzahürləri hamiləliyin təzahürü və ya ekstragenital patologiya kimi qəbul edilir. Bu, yoluxucu prosesin ümumiləşdirilməsi mərhələsində zahılıq döv-ründə İSX-in gecikmiş diaqnozuna səbəb olur. Uşaqlıq yolunun möhtəviyyətinin hestasiya müddətinin 36-ı həf-təsindən əkilməsi, törədicinin müəyyən edilməsi düzqün antibiotik secimi zahılıq dövrünün ağırlaşmalarının qarşı-sını alır.

**Müzakirə** Təcili kesar kəsiyi əməliyyatının aparılmasının yaxın və uzaq ağırlaşmalarının, İSX-in, eləcə də risk faktorlarının təhlil edilməsi böyük elmi-praktik əhəmiyyət kəsb edərək, erkən mərhələdə bir çox fəsadların qarşısı-nın alınmasına imkan verir.

## UŞAQLIQ YOLU MIKROFLORASININ VƏ KLİNİK-İMMUN VƏZİYYƏTİNİN XARAKTERİSİTİKASI

BAĞIROVA P.N.

*Elmi-Tədqiqat Məməliq və Ginekologiyə İnstitutu, Bakı, Azərbaycan*

Bakterial vaginoz axıbol ifrazat, pis qoxu və qıcıqlanmaya səbəb olan ümumi vaginal infeksiyadır. Bu, qadınları HIV də daxil olmaqla cinsi yolla ötürülən infeksiyalara meyilli ola bilirlər. Residivləşən bakterial vaginoz uşaqlıq yolu florasının normal laktobasillərin üstünlük təşkil etdiyi mühitə qaytarılması üçün uzunmüddətli müalicə tə-ləb edə bilər [1].

Bir sıra yerli və xarici tədqiqatlarda göstərilmişdir ki, BV-nin rastgəlmə tezliyi əsasən müayinə olunan qadınların kontingentindən asılıdır. Xüsusilə, bu xəstəliyə yoluxma ailə planlaması qruplarında 17-19%, zöhrəvi xəstəliklər klinikalarında müalicə olunanlar arasında 24-37%, hamilə qadınlarda 15-37%, patoloji ifrazatlar olan xəstələrdə 61-87% təşkil edir [2].

Kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri, xorioamnionit, vaxtından əvvəl doğuş, dölnün intrauterin infeksi-yası, doğuşdan sonrakı endometriit - bu bakterial vaginozdan əziyyət çəkən xəstələrdə mümkün olan ağırlaşma-ların tam siyahısı deyildir [3].

Uşaqlıq yolları infeksiyaların diaqnostikasında müəyyən çətinliklər qeyd alınmışdır. Çox zamanı uşaqlıq yolu ifrazatları xəstələri müayinə edilərkə ilk növbədə klinik məlumatlara, həmçinin mikroskopik müayinənin nəticələ-rinə diqqət yetirilir. Eyni zamanda, ədəbiyyatda müəyyən bir patologiyada sekresiyaların dəyişkənliyi, həmçinin reproduktiv orqanların bir çox infeksiyalarını aşkar etmək üçün mikroskopik müayinənin aşağı həssaslığı haqqında məlumatlar vardır. Uşaqlıq yolları mikrobiosenozun pozulması halında diaqnostik prosedurlar daha da çətinləşdirir ki, xəstələrin yarısında cinsiyyət orqanlarında polimikrob qarışıqların fəaliyyəti nəticəsində yaranan iltihab və digər əlamətlər klinik simptomlarla müşayiət olunmur, lakin gizli şəkildə davam edir. Problemlərdən biri də bir çox xəstənin özünü diaqnoz və özünü müalicəyə meyilli olmasıdır.

Uşaqlıq yolu infeksiyaların qarışıq variantları az öyrənilmişdir, lakin onları ayırd etmək lazımdır, çünki patoge-nin müxtəlif formaları fərdi terapevtik yanaşma tələb edir. Onu da başa düşmək lazımdır ki, antikandidoz terapiya olmadan, bakterial baginozun müalicəsində qaçılmaz olan vaginal mühitin turşulaşması fonunda vulvovaginal kandidozun təzahürü riski yüksək olur. Qeyri-spesifik vaginal infeksiyaların müalicəsində əsas çətinlik residivlərin yüksək tezliyidir. Onların riski daha yüksəkdir, vaginal disbioz qabarıq olduqca, müalicə daha da çətinləşir, antibak-terial terapiyanın keyfiyyəti aşağı olur. Bu vəziyyətdə uşaqlıq yolu mikrobiomun korreksiyası böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Lokal İmmunitet və uşaqlıq yolu mikroflorası insan mikrobiotası, əsasən dəri, ağız boşluğu, ağciyərlər, bağır-saqqlar və bədən epidermal və selikli qişalarının yaşayış yerlərində rast gəlinən bakteriya, virus və göbələklərdən ibarət müxtəlif mikroorqanizmlərin mürəkkəb ekosistemidir. Uşaqlıq yolu mikrobiomun əsas funksiyası kom-mensal mikroblarla simbiotik əlaqə saxlamaqla patogenlərdən və digər zərərli amillərdən qorunmaqdır. Bu xüsusi-yətlər cinsiyyət üzvləri selikli qişasının bütün toxumaları üçün ümumi xarakter daşıyır, çünki qorunma prosesində rolundan əlavə, çoxalmada dahəddici rol oynayır [4].

Patogen mikroorqanizmlərdən qorunmada genital traktın selikli qişaları mühüm rol oynayır. Baryer mexanizm-lərindən olan bir qrup proteoqlikanlar, qlikoproteinlər və qlikozaminoqlikanlar tərəfindən təyin olunan mürəkkəb çoxkomponentli sistem olan qlikokaliksini ayrılır. Bu proses nəticəsində selikli qişə nəmlənir və bakteriyaların epitel hüceyrələrinə yapışmasının qarşısı alınır [5,6].



"Lokla immun" termini xarici mühitlə əlaqə quran orqanizm toxumalarının qorunmasını təmin edən müxtəlif təbiətli adaptiv reaksiyalar kompleksini ifadə edir. İmmunitetin formalaşmasında mühüm rolu "mukoza ilə əlaqəli limfoid toxuma" (MALT) adlanan vahid strukturlaşdırılmış sistem oynayır. Bu sistemin funksiyası bədənin homeostazını saxlamağa və toxunulmazlığın formalaşmasına yönəldilmişdir, hüceyrə (makrofaqlar, neytrofillər və limfositlər) və humoral əlaqə (immunoqlobulinlər, eikosanoidlər (prostaqlandinlər və leykotrienlər), laktoferrin, lizosim, properdin, komplement, sitokinlər və s.). Uşaqlıq yolunun normal mikroflorasının əsas hissəsini laktobasillər (*Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus iners*, *Lactobacillus jensenii*) təşkil edir. Mikroflorada daha aşağı konsentrasiyalarda patogen anaerob mikroorqanizmlər də vardır. Uşaqlıq yolunun mühitin pH-ni aşağı səviyyədə (3,8-4,5) saxlayan laktik turşunun istehsalı üçün glikogen lazımdır, o, qlükozaya metabolizə olunur və sonra uşaqlıq yolu florasına öz müsbət təsirini göstərir [7].

Uşaqlıq yolu endogen mikroflorasının qoruyucu xüsusiyyətləri aşağıdakı mexanizmlər vasitəsilə həyata keçirilir:

- yad mikroorqanizmlər üçün yapışma reseptorlarının bloklanması;
- qida maddələri üçün ekzogen infeksiya ilə rəqabət;
- uşaqlıq yolu selikli qişasının epitelinin hərəkətliliyinin və hüceyrələrin səthində yenilənməsi prosesinin stimullaşdırılması;
- qısa zəncirli yağ turşularının, peroksidlərin və bakterisidlərin produksiyası;
- patogen mikroorqanizmlərə qarşı immunitet reaksiyasının induksiyası;
- immunogenez stimulyatorlarının, faqositik və fermentativ aktivliyin aktivatorlarının produksiyası.

Beləliklə, aparılan tədqiqatlardan məlum olur ki, uşaqlıq yolu əsasən aerob, fakultativ anaerob və ciddi anaerob mikroorqanizmlərlə təmsil olunur. Reproduktiv yaşda olan sağlam qadının uşaqlıq yolunun kulturoloji müayinəsi zamanı 30-dan çox mikroorqanizm növü aşkar edilə bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, müasir molekulyar-genetik identifikasiya üsullarından istifadə sağlam qadının uşaqlıq yolunun 300-dən çox növ mikroorqanizmi müəyyən etməyə imkan verir. Tədqiqatlarda göstərmişdir ki, bəzi qadınlarda laktobakteriyalar olmadıqda belə normal mikroflora saxlanılır. Mikroflorada dominant mikroorqanizm olaraq, *Lactobacillus* ilə eyni şəkildə laktik turşu produksiyaya edən *Atopobium*, *Megasphaera* və *Leptotrichia* bakteriyaları ola bilər.

Tədqiqatlar göstərdi ki, uşaqlıq yolunun normal mikroflorasına həmçinin stafilokoklar, mikoplazmalar, korinebakteriyalar, streptokoklar, peptostreptokoklar, gardnerellalar, bakteroidlər, enterokoklar, enterobakteriyalar, *veillonella* və *bifidobakteriyalar*, həmçinin maya göbələkləri də daxil ola bilər. Bu mikroorqanizmlərin ümumi xüsusi çəkisi 5-8%-dən çox olmamalıdır.

Beləliklə, uşaqlıq yolunun mikroflorasının özünün kifayət qədər mürəkkəb tərkibə malik olduğu məlum olur. Əlbəttə ki, belə bir mühitə təhlükəli infeksiyanın patologiyaların daxil olması müalicəsi və diaqnostikası çətinliklərə səbəb olan bir çox patolojiyalara, xüsusilə, qeyri-spesifik vaginitlərə yol açır.

## **TRANSSEREBRAL FİZOTERAPİYANIN (MİKRODALĞALI TERAPİYA VƏ ELEKTROYUXU) DİSSİRKULYATOR ENSEFALOPATİYALI XƏSTƏLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏ TƏTBİQİ**

**BALAKİŞİYEVA F.K., NURİYEVA L.R.**

*Azərbaycan Elmi – Tədqiqat Tibbi Bərpa institutu, Bakı, Azərbaycan*

Müşahidə altında dissirkulyator ensefalopatiyalı (DE) 42 xəstə olub. Bütün xəstələr 2 qrupa bölünüb: 1-ci qrup xəstələr (21 nəfər) mikrodalğalı terapiya, 2-ci qrup xəstələr (21 nəfər) elektroyuxu qəbul ediblər.

İşin məqsədi transserebral fizioterapiyanın (mikrodalğalı terapiya və elektroyuxu) təsir mexanizminin I-II mərhələli DE xəstələrin reabilitasiyasında öyrənilməsidir.

### **Müayinə metodları:**

1. Ümumi klinik və nevroloji müayinə;
  2. Koqnitiv funksiyaların xüsusi şkalalar üzrə öyrənilməsi – psixi statusun qiymətləndirilməsinin qısa şkalası (MMSE) və alın disfunksiyasının dəyərləndirilməsi batareyası (FAB).
  3. Qanın hemoreoloji xüsusiyyətlərinin və lipidlərin peroksidləşmə prosesinin (LPP) vəziyyətinin öyrənilməsi.
- Müayinələr müalicədən əvvəl və sonra aparılıblar. Xəstələr baş ağrılarından, baş gicəllənməsindən, başda və qulaqlarda küydən, yuxunun pozulmasından şikayət edirdilər.

Xəstələrin psixosomasiyal sferasında pozulmalar müşahidə olunurdu: həyəcan hissi, yaddaşın və diqqətin zəifləməsi, əmək qabiliyyətinin azalması. Nevroloji statusda: nistaqm, konverqensiyanın çatışmazlığı, VII və XII kəlləbeyin sinirlərinin mərkəzi parezi, piramid və ekstrapiramid çatışmazlıq. MMSE və FAB vasitəsi ilə aparılan müayinələr pasiyentlərin koqnitiv funksiyalarında: diqqətin zəifləməsi, konstruktiv, dinamik praksisin və alın funksiyaların pozulmasını aşkara çıxarırdı. Xəstələrin çoxunda hemoreologiya sistemində və LPP pozulmalar qeyd olunurdu.

Müalicədən sonra aparılan tədqiqatlar göstərir ki, transserebral fizioterapiyanın tətbiqi (mikrodalğalı terapiya və elektroyuxu) xəstəliyin klinik gedişatına, koqnitiv funksiyalara, hemoreologiyanın və LPP vəziyyətinə müsbət təsir göstərir. Müalicənin təsiri altında pasiyentlərin yaddaşı, qnoris, praksis, nitq və intellekt yaxşılaşır.

Beləliklə, transserebral fizioterapiya neyropastik prosesləri gücləndirir və funksional pozulmaları korreksiya edir.

## BAŞ BEYNİN İŞEMİK XƏSTƏLİKLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRİN BƏRPA MÜALİCƏSİNDƏ FİZİKİ AMİLLƏRİN TƏTBİQİ

BALAKİŞİYEVƏ F.K.

*Azərbaycan Elmi-Tədqiqat Tibbi Bərpa İnstitutu, Bakı, Azərbaycan*

Baş beynin damar xəstəlikləri dünyanın inkişaf etmiş ölkələrində ölüm və əlilliyin əsas səbəblərindən biri olaraq müasir nevrologiyanın ən aktual probleminə çevrilmişdir. Son onilliklər ərzində bu kateqoriyadan olan xəstələrin reabilitasiyası sahəsində müəyyən uğurlar əldə edilmişdir. Bu müsbət göstəricilər fizioterapiyanın, masaj və müalicəvi gimnastikanın çox sayda yeni metod və texnologiyalarının yaranması ilə əlaqədardır. Ən yeni MRT metodlarının praktikaya tətbiqi reabilitasiya tədbirləri fonunda beyin toxumasının yenidən təşkil olunması proseslərini öyrənməyə imkan vermişdir. Müasir yanaşmalara əsasən, baş beyin zədələnmələrində pozulmuş funksiyaların bərpası neyropastiklik mexanizmlərinə əsaslanır. Bu zaman, struktur və funksional pozuntuların kompensasiyası qalan strukturların yenidən təşkili və alternativ yolların formalaşması hesabına baş verir.

Serebrovaskulyar xəstəliklərin (SVX) bərpa müalicəsində fizioterapiyanın tətbiqi, bu müalicə üsulunun effektivliyi, müxtəlif müalicə metodlarına malik olması, xəstələr tərəfindən yaxşı keçirilməsi və praktiki olaraq fəsad yaratmaması ilə diqqəti cəlb edir.

Elmi-Tədqiqat Tibbi Bərpa İnstitutunda bir neçə onilliklər ərzində SVX-in müxtəlif formalarında, o cümlədən serebral insult zamanı fizioterapevtik və təbii amillərin müalicəvi təsir mexanizmlərinin öyrənilməsi üzrə tədqiqatlar aparılmışdır. Nəticədə dərman elektroforezinin, transserebral fizioterapiya üsullarının, hərəkətli strukturların elektrik və maqnit stimulyasiyasının, refleksoterapiyanın reabilitasiyanın birinci mərhələsində, ikinci mərhələsində isə ümumi təsirli faktorların - oksigen və yod-brom vannaları, pəlçiq applikasiyaları və naftalan terapiyasının tətbiqini nəzərdə tutan effektiv kompleks metodikalar hazırlanmış və klinik praktikaya təqdim edilmişdir.

Fizioterapiya ilə yanaşı, insultdan sonra xəstələrin reabilitasiyasında tətbiq olunan ən əhəmiyyətli vasitə afferent təsirli metodları - kineziterapiya və masajdır. Müasir kineziterapiya kompensator imkanları səfərbər etməyə, afferent impulsasiyanı gücləndirməyə yönəlmişdir. Bu zaman müəyyən bir hərəkət tapşırığının yerinə yetirilməsinə yönəlmiş yeni yanaşmalara daha çox diqqət yetirilir (*Taskoriented approach*). Bu yanaşmalardan biri paretik əzələlərin məcburi məşq metodu - "məhdudiyətin induksiya etdiyi hərəkətlə müalicə"dir ("*constraint induced movement therapy*"). Son illərdə transkraniyal maqnit stimulyasiyası və müxtəlif kineziterapiya metodikalarının birgə istifadəsinə xüsusi diqqət yetirilir.

Beləliklə, tərəfimizdən aparılan tədqiqatlar beyin-damar xəstəliyi olan xəstələrin reabilitasiyasında müalicəvi fiziki faktorların prioritet rolunu nümayiş etdirir. Optimal yanaşma fizioterapiya metodlarının və afferent təsirli üsullarının kompleks tətbiqini təşkil edir.

## KƏSKİN XOLESİSTİTİN LAPAROSKOPİK CƏRRAHLIĞINDA KONVERSIYA HADİSƏLƏRİ VƏ ONLARIN SƏBƏBLƏRİ

BAYRAMOV N.Y., ZEYNALOV S.M., ZEYNALOV B.M.,

MAHMUDOV M.G., RÜSTƏM Ə.M.,

*Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş.** Modern laparoskopik cərrahi texnologiyaların və əməliyyatdaxili ağırlaşmaların qarşısının alınmasına yönəlmiş vasitələrin geniş tətbiqinə baxmayaraq laparoskopik əməliyyatlarda konversiya problemi bu günə qədər aktuallığını qorumaqdadır.

**İşin məqsədi.** Kəskin xolesistitin laparoskopik cərrahlığında konversiyanın səbəblərinin və ona göstərişlərin müəyyən edilməsi

**Material və metodlar** Material 2012-2022-ci illəri əhatə edən dövrdə Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasında kəskin xolesistit və onun ağırlaşmaları ilə bağlı laparoskopik əməliyyat keçirmiş 315 xəstənin (247 qadın; 78,4%) cərrahi müalicəsinin nəticələri araşdırılmışdır. Laparoskopik xolesistektomiya zamanı konversiyaya keçid 9 xəstədə (0,03%) baş vermişdir: Məcburi konversiyanın səbəbləri 2 xəstədə (0,35%) yatrogen zədələnmələr, 7-də isə (0,7%) qeyri-yatrogen ağırlaşmalar (qanaxma - 4) olmuşdur. Profilaktik konversiya 3 xəstədə (0,8%) Calot üçbucağının elementlərini müəyyən etməyin ümkünsüzlüyü səbəbindən aparılmışdır. Konversiya hadisələrində orta əməliyyat müddəti 117,7±24,4 dəqiqə, xəstəxanada qalma müddəti isə 4-13 gün (5,2±2,9 gün) olmuşdur.

**Nəticələr.** Açıq əməliyyatlara keçid hadisələrində intraoperasion ağırlaşmalar (qanaxma hadisələri,) aradan qaldırılmış, zədələnmiş xoledox Ker drenajı üzərindən bərpa edilmiş, öd yolların və ətraf strukturların zədələnmə hadisələri müşahidə edilməmişdir. Letal nəticə olmamışdır.

**Yekun.** Konversiyaya göstərişlərə təhlükəsiz xolesistektomiyanı icrasının davamının mümkünsüzlüyü, xəstənin həyatı və sağlamlığına risk olmadan laparoskopik yolla aradan qaldırılması mümkün olmayan və ya çətin olan intraoperativ ağırlaşmalar, təhlükəli anatomik dəyişikliklər və bitişmələr, aşırı infiltrasiya səbəbindən texniki çətinliklər aiddir.

## QARACİYƏR TRANSPLANTASIYASI PLANLAŞDIRILAN RESİPIYENT QADINLARDA UŞAQLIQ BOYNU DƏYİŞİKLİKLƏRİNİN ARAŞDIRILMASI

BAYRAMOVA T.E.<sup>1</sup>, RƏHİMOVA G.O.<sup>1</sup>, QAÇAYLI L.N.<sup>1</sup>,  
KAZIMI M.M.<sup>2</sup>, ŞİNDİYEVA S.E.<sup>2</sup>

Mərkəzi Gömrük Hospitalı, Mama-ginekologiya<sup>1</sup> və Transplantasiya<sup>2</sup> Şöbələri, Bakı, Azərbaycan

**Açar sözlər:** qaraciyər transplantasiyası, uşaqlıq boynu, servisit, PAP test, uşaqlıq boynu xərçəngi, immunosuppressiv vasitə

Orqan transplantasiyası son yüzillikdə müalicəsi mümkün olmayan xəstəlikdən əziyyət çəkən xəstələr üçün əvəz olunmaz müalicə üsuludur. Xarici ədəbiyyatlardan alınmış statistik məlumatlara əsasən dünyada ümumi orqan transplantasiyasında ilkin yeri böyrək, ikinci yeri qaraciyər nəqli tutmaqdadır. Orqan transplantasiyasına ehtiyac duyulan bir çox xəstəlik immun sistemin zəifləməsinə gətirib çıxara bilər. Xüsusilə, orqanizmdə metabolik funksiyaların əsas tənzimləyicisi olan qaraciyərdə baş verən proseslər immun sistemə öz mənfi təsirini göstərir. Beləki, immun sisteminin əksər zülalları qaraciyərdə sintez olunur. Qaraciyər yetməzliyi isə, immun sisteminin zəifləməsi ilə nəticələnə bilər.

Aparılan tədqiqatlarda immun sistemi zəifləmiş xəstələrdə uşaqlıq boynu patologiyalarının rast gəlmə tezliyinin artması göstərilmişdir. İmmun sistemi zəiflədiyi vəziyyətlərdə HPV və xərçəng hüceyrələrinin aktivliyinin artması və nəticədə uşaqlıq boynu patologiyalarının meydana çıxması kimi hallar qeyd olunmuşdur.

**Tədqiqatın məqsədi:** Qaraciyər transplantasiyası planlaşdırılan qadın resipiyentlərdə uşaqlıq boynu patologiyalarının araşdırılması.

**Tədqiqatın material və metodları:** Tədqiqat işinə 2018-2022 tarixlərində Mərkəzi Gömrük Hospitalı və Dövlət Təhlükəsizlik Xidmətinin Hospitalında orqan transplantasiyasından əvvəl ginekoloji müayinə üçün müraciət etmiş 60 qadın daxil edilmişdir. 60 qadının 49-u (81,6%) qaraciyər resipiyenti, 3-ü (5%) qaraciyər donoru, 3 (5%) xəstə böyrək resipiyenti, 5 (8,4%) qadın isə böyrək donoru olmuşdur. Transplantasiya planlaşdırılan xəstələrə ilkin olaraq güzgü müayinəsi aparılmış, uşaqlıq boynundan yaxma və əkilmə, pap test alınmış, nəticələr araşdırılmış, göstəriş olan resipiyentə transplantasiyaya qədər müalicə təyin edilmişdir.

**Nəticələr və onların müzakirəsi:** Aparılan elmi işdə ginekoloji güzgü müayinəsi zamanı 49 qaraciyər resipiyentinin 13-ündə (26,6%) uşaqlıq yolu və boynunda iltihabi, eroziv və neoplastik dəyişikliklərə rast gəlinmişdir. 49 xəstənin uşaqlıq boynu ifrazatından yaxma və əkilmə materialı alınmış, yalnız 5-indən (10,2%) PAP testi götürülmüşdür. Nəticədə 49 xəstənin 10-unda (20,4%) uşaqlıq boynu iltihabi xəstəliyi, 2-sində (4,1%) uşaqlıq boynu eroziyası, 1-ində (2,1%) isə CİN I aşkar edilmişdir. Təsbit olunan patologiyalar konservativ, antibakterial müalicə təyin edilərək aradan qaldırılmış, qaraciyər resipiyentlərində transplantasiyasonrası patoloji hallara rast gəlinməmişdir.

Beləliklə, qaraciyər transplantasiyasından sonra qreftin rədd reaksiyasını aradan qaldırmaq məqsədilə istifadə olunan immunosuppressiv vasitələrin təsirindən daxili cinsiyyət yollarında baş verə biləcək iltihabi və displastik prosesləri önləmək üçün, nəqləndən əvvəl ginekoloji müayinələrin aparılması məqsədəuyğundur.

## XRONİKİ ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞININ REABİLİTASIYASINDA TƏNƏFFÜS ƏZƏLƏLƏRİ ÜÇÜN FİZİKİ MƏŞQLƏRİN TƏTBİQİ

BƏYLƏROV M.İ.

Azərbaycan Elmi – Tədqiqat Tibbi Bərpa institutu, Bakı, Azərbaycan

Fiziki məşqlərinin tənəffüs əzələlərinə təsirinin öyrənilməsinə dair ilk işlər 1960 – cı illərdə ağ ciyərlərin xroniki obstruktiv xəstəliyində yerinə yetirilmişdir (Madariaga V.B. et al., 2007). O vaxta qədər ağ ciyər xəstəlikləri olan xəstələrdə skelet əzələlərinin məşqi üçün istifadə olunan müxtəlif fiziki hərəkətlərin tətbiqinə əsaslanan reabilitasiya poqramlarının tənəffüs əzələlərinin funksiyasına təsir göstərməsi müşahidə olunmamışdır (Padula C.A., Yeaw E., 2006). Bununla yanaşı ayrılıqda nəfəs alma əzələlərinin hətta qısa müddətli məşqləri belə ağ ciyərlərin xroniki obstruktiv xəstəliyinin ağır formaları olan xəstələrdə xəstəliyin simptomlarının azalmasına və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına gətirib çıxarmışdır.

Tənəffüs əzələlərinin ayrılıqda fiziki məşqlərinin ağ ciyərlərin xroniki obstruktiv xəstəliyində müsbət təsirini nəzərə alaraq Mancini D.M., et al. (1995) tənəffüs əzələlərinin məşq proqramlarını xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrin reabilitasiyasında tətbiq etmişlər. Bu tədqiqata sol mədəciyin atım fraksiyası  $22 \pm 9\%$  olan xəstələr daxil edilmişdir. Hər dəfə 90 dəqiqə olmaqla həftədə 3 dəfə 3 ay ərzində aparılan fiziki məşqlər nəticəsində maksimal dəqiqəlik ventilyasiyanın, tənəffüs əzələlərinin gücünün, 6 dəqiqəlik yerləş testi zamanı qət edilən məsafənin artması, xəstələrin gündəlik həyatında tənəffüs əzələlərinin əhəmiyyətli dərəcədə azalması müşahidə edilmişdir. Müxtəlif səbəblərdən tədqiqatı tərki edən və məşq proqramını başa çatdırmayan xəstələrdə ağ ciyərlərin həcmində, oksigen istifadəsində, 6 dəqiqəlik yerləş testi zamanı qət edilən məsafədə dəyişiklik qeyd olunmamışdır. Beləliklə, sübut olunmuşdur ki, tənəffüs əzələlərinin məşqlərinin ayrılıqda tətbiqi xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə tənəffüs əzələlərinin azaldır, fiziki yükə qarşı davamlılığı artırır.

Daha sonra Weiner P., et al (1999) II – III funksional sinif xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə tənəffüs əzələlərinin məşqlərinin fiziki yükə qarşı davamlılığa təsirini öyrənmişlər. Məşqlər 30 dəqiqə müddətində, həftədə 6 dəfə olmaqla 3 ay ərzində aparılmışdır. 3 aylıq məşq kursundan sonra xəstələrdə ağ ciyərlərin həyat tutumunun artması, 12 dəqiqəlik yerləş testi zamanı qət edilən məsafənin əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlməsi müşahidə olunmuşdur. Bununla yanaşı tənəffüs əzələlərinin qiymətləndirilməsi şkalası üzrə göstəricilər də yaxşılaşmışdır.

Smart N.A. et al. (2013) tərəfindən aparılmış 11 tədqiqatın metaanalizində tənəffüs əzələlərinin məşqlərinin xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə fiziki dözümlülüyün və ventilyasiya effektivliyinin göstəricilərinə müsbət təsiri əminliklə göstərilmişdir.

Tənəffüs əzələlərinin məşqləri onların gücünün və dözümlülüyünün artırılmasına yönəlmişdir. Hazırda tənəffüs əzələlərinin müxtəlif məşq protokolları işlənilib hazırlanmışdır. Bunlara hədd məşqləri, rezistiv və izokapnik məşqlər aiddir. Tənəffüs əzələlərinin gücünü artırmaq üçün hədd məşqləri və rezistiv məşqlərdən istifadə olunur.

Xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrin reabilitasiyası üzrə tövsiyələrə əsasən tənəffüs əzələlərinin məşqlərinin başlanğıc intensivliyi maksimal inspirator təzyiqin  $30\%$  - i qədər olmalıdır, və hər 7 – 10 gündən bir maksimal inspirator təzyiqin  $60\%$  - ni təşkil edən maksimal həddə qədər yüksəldilməlidir (Laoutaris I., et al., 2004).

Məşqin davamiyyəti 20 – 30 dəqiqə təkil edir. Məşq kursu həftədə 3 – 5 seans olmaqla ən azı 8 həftə davam etməlidir.

Beləliklə, tənəffüs əzələlərinin məşqləri xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə fiziki dözümlülüyü stabilləşdirir, hətta yaxşılaşdırma bilər, həmçinin fiziki reabilitasiyanın daha intensiv proqramlarına keçilməsini təmin edə bilər. Bütün bu qeyd edilənlər tənəffüs əzələlərinin məşqlərinin ağırlıq dərəcəsindən aslı olmayaraq xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrin reabilitasiyası üzrə Avropa tövsiyələrinin standartına daxil edilməsinə imkan vermişdir (Piepoli M.F., 2011).

## ŞƏKƏRLİ DİABETİ OLAN HAMILƏLƏRDƏ PRENATAL DÖVRÜN APARILMASINDA TELE-TƏBABƏTİN TƏTBIQININ EFFEKTİVLİYİ

CALALOV M.

*Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyası PHŞ, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq:** Şəkərli diabeti olan hamilələrin (ŞDH) prenatal dövrdə aparılması üçün tez-tez klinikaya müraciətlərdən ibarət olan standart klinik prenatal baxım bir neçə uşağı olan qadınlar üçün kifayət qədər əlverişli deyildir. Şəkərli diabeti zamanı qanda şəkərin səviyyəsinin normalda saxlanması üçün sağlam həyat tərzinin təbliği və qidalanmanın düzgün idarə edilməsi mühüm əhəmiyyətə malikdir ki, Tele-təbabət bu istiqamətdə yüksək perspektivlərə malikdir.

**Tədqiqatın məqsədi:** Distant konsultativ yardım göstərən mütəxəssislər tərəfindən aparılan qrup söhbətləri vasitəsilə verilən sağlamlıq təhsili və həyat tərzinin idarə edilməsinin ŞDH arasında standart klinik prenatal baxım ilə müqayisədə qanda şəkərin miqdarının nəzarətdə saxlamaq istiqamətində effektiv olub-olmadığını araşdırmaq.

**Material və Metodlar:** Tədqiqatın materialını, Azərbaycanın müxtəlif rayonlarında 23 və 30 həftəlik hamiləlikləri olan qadınlar üçün distant konsultativ qrup söhbətlərinə əsaslanan “Tele-təbabət” qrupu (əsas qrup) və həftədə iki dəfə qan şəkəri testi vermək üçün klinikaya gələn standart perinatal baxım qrupu (nəzarət qrupu) təşkil etmişdir. Əsas dəyərləndirmə kriteriyası kimi nəticə hər iki qrupda təqib dövründə qanda şəkərin miqdarının dəyişmə tezliyi, əlavə dəyərləndirmə kriteriyası isə hamiləliyin gedişi və dölün inkişaf göstəriciləri olmuşdur.

**Nəticələr və müzakirə:** İlk olaraq layihədə şəkərli diabeti olan cəmi 309 qadın sınaqda iştirak etdi, 162 qadın nəzarət qrupuna və 147 qadın “Tele-təbabət” qrupuna daxil edilmişdir. Nəzarət və müdaxilə qrupları arasında ilkin xüsusiyyətlərdə əhəmiyyətli fərqlər aşkar edilməmişdir. Nəzarət qrupunda müvafiq insulin terapiyası sxeminin aparılmasına baxmayaraq hamiləlik həftələri irəlilədikcə qanda şəkərin miqdarının tədricən artması müşahidə olunmuşdur. Eyni zamanda, anada piylənmə, ayaqlarda ödemlər və dölün inkişafında da hipoksiya əlamətlərinin olması



müşahidə edilmişdir. Əsas qrupda aparılan distant konsultativ yardım seansları nəticəsində qanda şəkərin miqdarını stabil saxlamaq mümkün olmuşdur. Sağlam həyat tərzini, müxtəlif idman və Yoqa hərəkətlərinin nümayişi və təbliğ etdirilməsi aşağı ətraflarda ödemlərin yaranmasının qarşısını almış, yalnız bir neçə hallarda axşamlar meydana çıxan ödemlərə təsadüf edilmişdir. Dölnün müayinəsi zamanı uşağın normal istiqamət inkişaf etməsi qeydə alınmışdır. Düzgün qidalanmanın təbliğ edilməsi ilə nəticəsində hamilə qadınlarda metabolik pozğunluqların qarşısı alınmışdır.

**Yekun:** Şəkərli diabeti olan hamilələrlə aparılan distant konsultativ qrup söhbətləri standart periantal izləmə sxemi ilə müqayisədə, hamiləliyin daha adekvat aparılmasını təmin edir. Analarda qanda şəkəri stabil nəzarətdə saxlamaq, dölnün normal inkişafını dəstəkləmək baxımından “Tele-təbabət” distant mütəxəssis seansları yüksək effektivliyə malikdir.

## COVID-19 İNFEKSİYASI KEÇİRMİŞ XƏSTƏLƏRDƏ QALIQ ƏLAMƏTLƏRİN REABİLİTASIYASINDA TELE-TƏBABƏTİN İSTİFADƏSİNİN EFFEKTİVLİYİ

CALALOV M.

*Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyası PHŞ, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq:** COVID-19 infeksiyası son 3 il ərzində bütün dünyada 678 milyona yaxın insanın yoluxmasına səbəb olmuşdur ki, onlardan 6 milyon 800 minə yaxın şəxs vəfat etmişdir. Azərbaycanda yoluxma sayı son günlər azalmasına baxmayaraq, əvvəllər COVID infeksiyası keçirmiş xəstələrdə qalıcı əlamətləri, xüsusən də tənəffüs çatmazlığı əlamətləri qalmaqdadır.

**Tədqiqatın məqsədi:** COVID-19 infeksiyası keçirmiş və sağaldıqdan sonra tənəffüs çatmazlığı kimi qalıcı şikayətləri olan xəstələrdə distant konsultativ yardımın effektivliyinin öyrənilməsi.

**Material və metodlar:** Nəfəs darlığı şikayətləri ilə xəstəxanaya yerləşdirilmiş 121 nəfər əvvəllər COVID-19 infeksiyası keçirmiş xəstələr tədqiqatın materialını təşkil etmişdir. Bu xəstələr rayon mərkəzi xəstəxanalarının intensiv terapiya şöbələrində yerləşdirilmiş, rutin kliniki-instrumental müayinələr aparılmış, nazal oksigen dəstəyi ilə konservativ müalicəyə başlanmışdır. Lakin, kliniki əlamətlərin atipik gedişi və rentgenoloji görüntünün qeyri-spesifik olması mütəxəssis rəyinə ehtiyac yaratmışdır. Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyasında təşkil edilmiş Tele-təbabət otağına Bakı şəhərinin COVID-19 infeksiyası ilə işləmə təcrübəsi olan həkim-pulmonoloqlar dəvət edilmiş və həmin rayonlarda olan xəstələrə distant konsultasiyalar aparılmışdır. Eyni zamanda distant metodika vasitəsilə xüsusi reabilitasiya kursları təşkil edilmişdir. Reabilitasiya metodikası: nəfəs almaya nəzarət, döş qəfəsinin genişləndirilməsi, aerobik məşq və oksigendən dozalaşdırılmış şəkildə ayrılma, tənəffüs gimnastikasını özündə birləşmişdir. Reabilitasiya seansları uzaqdan izlənilməklə 6 günlük proqram üzrə icra edilmişdir.

**Nəticələr:** Əsas dəyərləndirmə kriteriyası kimi oksigen dəstəyi olmadan palatada 5 dəqiqəlik piyada gəzinti, ikinci dəyərləndirmə kriteriyası isə qanda oksigenin parsial təzyiqinin normallaşması və ağciyərlərinin nəfəs tutumunun artırılması olmuşdur. Aparılmış konsultasiyalar hesabına xəstələrə fərdi qaydada müalicə sxemlərinin dəqiqləşdirilməsi aparılmışdır. Kameranın nəzarəti altında aparılan tənəffüs gimnastikasıdan sonra ümumi vəziyyətdə yaxşılaşma 2-3 gün sonra özünü biruzə vermişdir və xəstələr adi rejimli palataya köçürülmüşlər. Distant müalicənin 5-ci günü palata daxilində 5 dəqiqə ərzində oksigensiz 65-70 metr gəzmək kimi aktivlik bərpa edilmişdir. 6 gün ərzində aparılan reabilitasiya seanslarından sonra tənəffüs çatmazlığı olmadan xəstələr ambulator şəraitdə müalicəni davam etdirmək şərtinə evə buraxılmışdır.

**Yekun:** Tele-təbabət, respublikanın müxtəlif rayonlarında yaşayan COVID-19 infeksiyasından sonra qalıcı tənəffüs çatmazlığından əziyyət çəkən xəstələrin Bakıya mərkəzi xəstəxanalara köçürülməsi zəruriyyətini aradan qaldırmışdır. Tele-təbabət ilə təcrübəli həkimlərin distant konsultasiyaları regionlarda yüksək səviyyədə ixtisaslı tibbi yardım göstərilməsinə şərait yaradır.

## QEYSƏRİYYƏ KƏSİYİNDƏN SONAR KEYFİYYƏTLİ ÇAPIĞIN FORMALAŞMASININ KLİNİK MAHİYYƏTİ

CAVANŞİR P.A.

*Azərbaycan Tibb Universiteti, II məmalıq və ginekologiya institutu, Bakı, Azərbaycan*

Hazırda dünyada qeysəriyyə əməliyyatı (QK) ilə operativ doğuşun tezliyi artmaqda davam edir. QK tezliyi orta hesabla 15-16%, perinatal mərkəzlərdə 30-40% -ə çatır.

Hər bir sonrakı QK ilə cift gəlişi və ciftin yapışması, qanaxma, histerektomiya riskləri artır, bu da öz növbəsində ana ölümü hallarının inkişafına səbəb ola bilər. Qadınlarda təxminən 30%-i gələcəkdə uşaq doğuşun aparılmasının QK ilə planlaşdırılır. Növbəti hamiləliyin və doğuşun nəticəsi uşaqlıqdakı çapığın keyfiyyətindən asılıdır.

Uşaqlıq yolunda çapıq çatışmazlığı şübhəsi ilə əlaqədar olaraq, uşaqlıq yolunda çapıq olan qadınlarda 55-85%-i yalnız təkrar qeysəriyyə əməliyyatına məruz qalırlar. Hal-hazırda, müəlliflərin rəyi, qarın boşluğunda doğuş üçün

göstərişlər probleminin məhz uşaqlıqdakı çapıqın vəziyyətilə təyin edilməsinin vacib olduğunu eyd edirlər. Qeysəriyyə əməliyyatının səbəbi, çapıq vəziyyəti, dölnün gözlənilən çəkisi təhlil edilməli, qeysəriyyə əməliyyatı üçün başqa göstərişlər olmadıqda, perinatal riskin aşağı olması və təcrübəli mama-ginekoloqun olması uğurlu əməliyyatın aparılmasının əsasını təşkil edir. Belə qadınlarda konservativ doğuşun aparılması perinatal xəstələnmə və ölüm hallarını artırır, buna görə də qarın boşluğundan doğuşun tezliyini azaltmaq üçün ehtiyat hesab edilə bilər.

Bir sıra müəlliflər uşaqlıq yolunda aşağı çapıq əmələ gəlməsi üçün risk faktorlarını müəyyən etmişlər: 1) əməliyyatlar arasındakı interval 2 ildən azdır; 2) ilk CS-dən sonra intra- və postoperativ ağırlaşmaların olması; 3) tam müddətli hamiləlikdə "yetişməmiş" uşaqlıq boynu; 4) hamiləlik başlamazdan əvvəl cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəlikləri; 5) ilk CS üçün göstəricilər arasında əmək fəaliyyətində anomaliyalar. Velvoort A.J. et al. (2015) tərəfindən mümkün risk faktorları kimi aşağıdakılar göstərilmişdir: 1) uşaqlıq boynunun toxumasından aşağı kəsik; 2) peritonizasiya olmadan bir sıra tikişdən istifadə edərək qeyri-adekvat cərrahi texnika; 3) bitişmələr zəmin yaradan cərrahi müdaxilələr.

Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə uterusdakı tikiş sahəsində baş verən reparativ prosesləri nəzarət etmək üçün ultrasəs müayinəsinin aparılmasının böyük əhəmiyyəti vardır. Uşaqlıqdakı tikişin tam və ya pozulmuş sağlamlığını müəyyən etmək, angiogenezin ağırlıq dərəcəsini və çapıq sahəsindəki miometriumun qalınlığını qiymətləndirməyə imkan verəcəkdir. Məhz bu nəticə, sonrakı hamiləliklərdə spontan doğuşun mümkünlüyünü müəyyən edən ən mühüm amil ola bilər.

Beləliklə, apardığımız tədqiqatdan məlum olmuşdur ki, əldə edilən elmi-tibbi nailiyyətlərə baxmayaraq, qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından sonra keyfiyyətli çapıqın formalaşması problem olaraq qalmaqda davam edir. Mama-ginekoloqların gündəlik iş təcrübəsində kifayət qədər yüksək tezliklə rast gəlinən bu patoloji vəziyyət hamiləliyin baş verməsi, doğuşun aparılmasında böyük çətinliklərə səbəb olaraq, hamiləlik düşüklərinin səbəbləri strukturunda böyük rol oynayır. Bu istiqamətdə tədqiqatların davam etdirilməsini, tibbin nailiyyətlərdən istifadə edərək daha mükəmməl QK əməliyyatları texnikasının işlənilməsinə hazırlanmasını məqsəduyğun hesab edirik.

## ORQAN TRANSPLANTASIYASININ ALTERNATİVİNDƏ KÖK HÜCEYRƏ TRANSPLANTASIYASININ PERSPEKTİVLƏRİ

**CƏFƏRLİ R.E., AĞAYEV R.M.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan*

Müasir dövrdə tibbin müxtəlif sahələrinin sürətli inkişafının şahidi oluruq. Daha geniş şəkildə nəzər salsaq, xəstəliklərin müalicəsi əsasən profilaktik, terapevtik və cərrahi istiqamətlərlə aparılır. Hazırda isə dünyanın aparıcı elmi-tədqiqat mərkəzlərində müasir biotexnologiyalardan istifadə etməklə, kök hüceyrələrin həyat fəaliyyətinin öyrənilməsinə və klinikada tətbiqi məsələsinə xüsusi diqqət verilməkdədir.

İlk dəfə "Kök hüceyrə" barədə ümumi məlumatlar 1909-cu ildə Almaniyada keçirilən konfransda A.A. Maksimov tərəfindən səslənmişdir. XX əsrin 70-ci illərində Fridenşteyn və Çertkov ilk dəfə kök hüceyrələrinin sümük ili-yindən almalarından sonra, bunların zədələnmiş toxumalara təsirinin öyrənilməsinə dair tədqiqatlara geniş miqyasda başlanmışdır. 1981-ci ildə amerikalı alim Martin Evans ilk dəfə embrional kök hüceyrələrini əldə edə bildi.

Kök hüceyrələrin özəlliyi müxtəlif xəstəliklər zamanı onların müxtəlif hüceyrə növlərinə differensiasiyası, eləcə də özünü yeniləyə bilməsidir.

Ümumiyyətlə kök hüceyrələrin orqanizmdə fizioloji rolu tikinti və təmirədir. Kök hüceyrələr müxtəlif səbəblərdən zədələnmiş toxumalara yönəlir. Həmin toxuma hüceyrəsinə çevrilərək onu əvəzləyir və ya parakrin xassələri hesabına regenerativ prosesləri sürətləndirir.

Kök hüceyrələr adi hüceyrələrdən əsas fərqi onların çoxalması, differensiasiyası qabiliyyəti və malik olan funksiyalarıdır.

Kök hüceyrələrin sayı insanın yaşam müddətində dəyişir. Əgər emriyonda hər 10000 hüceyrəyə 1 kök hüceyrə düşsə, 60-80 yaşlı insanda bu nisbət 1 / 5-8 mln hüceyrəyə dəyişir. Bu da yaşlı insanlarda regenerasiyasının zəifləməsinin səbəblərindən biridir.

Kök hüceyrələrin tibbdə hazırkı dövrdə tətbiqi zədələnmiş toxumaların regenerasiyasının, morfofunksional vəziyyətinin yaxşılaşdırılması istiqamətində aparılır.

Kök hüceyrələrə son illərdə artan diqqət ilk növbədə müxtəlif toxumaların bərpaşına yönəlik müalicə vasitələrinin yaradılmasıdır. Lakin bu məqsədlə aparılan işlər insan biologiyasının daha əhəmiyyətli xüsusiyyətlərinin aşkar edilməsini real edir. Bütün bunlar müxtəlif xəstəliklərin müalicəsində yeni yanaşmaların meydana çıxması ilə nəticələnə bilər.

Dünyanın aparıcı elmi-tədqiqat mərkəzlərində müxtəlif növ kök hüceyrələrin alınması, onların kultivasiyası (yetişdirilməsi) və ən əsası isə istiqamətli differensiasiya məqsədi ilə xüsusi araşdırmalar aparılır. Kök hüceyrələrin istiqamətli differensiasiyasının nail olunması orqan transplantasiyasına alternativ yarıda bilər ki, bu da mövcud olan daimi defisiti aradan qaldıra bilər. Müalicəsi mümkün olmayan bir çox xəstəliklərin çarəsi tapıla bilər.



Belə ki, hazırda müasir təbabətin qarşısında aciz qaldığı bir çox neyrodegenerativ xəstəliklərin (Alzheimer xəstəliyi, Parkinson xəstəliyi, Xantinqton xoreyası), baş beyin və onurğa beyinin ağır travmalarının, autoimmun xəstəliklərin, QİÇS və dig. xəstəliklərin müalicəsində kök hüceyrələrin tətbiqi perspektiv hesab edilir.

Bu istiqamətdə aparılan işlər müəyyən nəticələr vermişdir. Belə ki, 2012-ci ildə Kembric Universitetinin professor Con Gerdon və Kioto Universitetinin professor Sinya Yamanaka Nobel mükafatına layiq görülmüşlər. Alımlar yetkin kök hüceyrələrinin gen kodunu yenidən proqramlaşdıraraq, pluripotent xassəyə malik olan (yəni orqanizmin bütün hüceyrələrinə çevrilə bilən) kök hüceyrələrini çevirə bilmişlər. Komitə göstərilən ixtirarı inqışabi kəşf adlandırmışlar.

Bütün qeyd edilənlər kök heceyrə üzərində aparılan tədqiqat işləri nəinki elmi-praktiki dairələrin, bütünlüklə müasir cəmiyyətin diqqətini cəlb etdiyini göstərir. İnkişaf etmiş ölkələrin rəhbərlikləri kök hüceyrələrin biologiyasının və kliniki potensialının öyrənilməsinə kifayət qədər vəsait ayırırlar. Əgər 2005-ci ildə göstərilən istiqamətdə aparılan işlərə 26,6 mlrd ABŞ dolları vəsait ayrılmışdırsa (dünya üzrə), 2018-ci ildə bu rəqəm 100 mlrd ABŞ dollardan çox olmuşdur. Bütün bunlarla yanaşı bu istiqamətdə aparılan işlərin kontrolu üçün xüsusi kontrol mexanizmlər yaradılmışdır. 2022-ci ildə ABŞ-nda kök hüceyrələri üzərində 5000 yaxın kliniki təcrübələrin sınaqdan keçirilməsi planlaşdırılır (www.clinicaltrials.gov).

Yuxarıda göstərilən qısa məlumatlar kök hüceyrə üzərində aparılan tədqiqatların nə qədər vacib və perspektivli olmasını göstərir. Əgər XX əsr “İnformasiya əsri” adlandırılırdısa, hazırkı XXI əsrin “Kök hüceyrə əsri” kimi adlandırılması məsələsini nəzərdən keçirsək yanılmırıq.

## QARACİYƏR SİRROZU VƏ PORTAL HİPERTENZIYANIN MÜALİCƏSİNDƏ KÖK HÜCEYRƏLƏ TRANSPLANTASIYASINDAN SONRA İMMUNOLOJİ TOLERANTLIQ

CƏFƏRLİ R.E.

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq.** Qaraciyər sirrozu (QS) və portal hipertenziyanın (PH) müalicəsi hazırkı dövrün ən aktual problemlərindən biri olaraq qalmaqda davam edir. Radikal müalicə qaraciyər köçürülməsi hesab edilsə də, hazırda müxtəlif səbəblərdən tələb edilən sayda onun aparılması mümkün deyil. Son illərdə kök hüceyrələrin köçürülməsindən sonra qaraciyərdə immunoloji toleranlığının artırılmasına diqqət artmışdır.

**İşin məqsədi:** qaraciyər sirrozu və portal hipertenziyanın müalicəsində autoloji mezenximal kök hüceyrələrin transplantasiyasından sonra immunoloji toleranlığının artırılması

**Material və metodlar.** QS modeli sıçovullar (Wistar (n = 60)) üzərində tetraxlormetanin daxil edilməsi ilə formalaşdırılmışdır. Sümük iliyinə alınmış kök hüceyrələr 7 gün müddətində kultivasiya edilmiş, sonra isə 3 gün müddətində qaraciyər hüceyrələri ilə kultivasiya edilmişdir. Sonrakı mərhələdə qaraciyər hüceyrələrini ( $2,5 \times 10^6 / \text{sm}^3$ ) və mezenximal kök hüceyrələri ( $0,5 \times 10^6 / \text{sm}^3$ ) bioloji uyğun və kollagen tərkibli bioqradient üzərinə yerləşdirilmişdir. Sonuncu kütləni 3 qrup sıçovulların sirrotik qaraciyərinə transplantasiya edilmişdir. I qrupda immunosupressiya tətbiq edilməmişdir, II qrupa tətbiq edilmiş (Prograf+prednizolon), II qrupa ənənəvi immunosupressiya həyata keçirilmişdir. Sıçovulların yaşama qabiliyyəti, köçürülmüş hüceyrə kütləsinin proliferasiyası, immunoloji toleranlıq, morfolojiyası və qaraciyərin funksional fəallığı transplantasiyadan sonrakı 90 gün müddətində öyrənilmişdir.

**Nəticələr.** Tədqiq edilən qruplarda kök hüceyrələrin transplantasiyadan 90 gün sonrakı müddətdə hüceyrələr proliferasiya etmişdir. Morfoloji müayinələrlə bu müddət ərzində hüceyrələrin yaşama qabiliyyətli olması, zədələnmiş qaraciyər parenximasında öd kapilyarlarının və damarların aşkar edilmişdir. CD4+ populyasiyalarının fraksiyaları I qrupda daha yüksək olmuşdur. Həmin qrup sıçovullarda qaraciyərin funksional fəaliyyətini əks edən biokimyəvi göstəricilər də II və III qrupla müqayisədə daha yaxşı olmuşdur.

**Yekun.** Göstərilənlər təklif edilən üsulla kök hüceyrə transplantasiyasının həyata keçirilməsinin yüksək effektivliyini sübut edir. Göstərilən metodika zədələnmiş qaraciyər parenximasının funksional fəaliyyətinin bərpası ilə yanaşı immunoloji toleranlığın fəallaşmasına zəmin yaradır ki, bu da köçürülmüş kök hüceyrələrin daha uzun müddətli yaşamasına və fəaliyyətinə səbəb olur.

## FÖVQƏLADƏ HALLARDA İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏRƏ EPİDEMIOLOJİ NƏZARƏTİN APARILMASI XÜSUSİYYƏTLƏRİ

CƏFƏROVA K.Ə.<sup>1</sup>, ATAKİŞİZADƏ S.A.<sup>1</sup>, TAĞIYEVƏ F.Ş.<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti, yoluxucu xəstəliklər kafedrası,

<sup>2</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti, Epidemiologiya və Biostatika kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Son illərin planetimizdə baş verən fəvqəladə hallar, təbiət hadisələri, qəbii qəzalar ictimai səhiyyənin qarşısında yeni vəzifələr qoyur, aparılan tədbirlərin miqyasının genişləndirilməsini tələb edir.

Fövqəladə hallar epidemiologiyası kimi tanınan fövqəladə epidemiologiyanın tətbiqi təşkilatçılar, inzibati qruplar, fövqəladə halların idarə etmə sistemləri üçün faydalı metodikaların işlənməsindən ibarətdir. Fövqəladə hallar epidemiologiyası 1970-ci illərdən başlasa da, 1980-ci illərdə fəlakətlərə reaksiyada epidemioloqun rolunun təsviri və 1990-cı illərə qədər ictimai səhiyyə və fəlakətlərə reaksiya sahəsində epidemioloji təcrübələrin nəzərdən keçirilməsinə baxmayaraq, “fəlakət epidemiologiyası” termininin sistemli istifadəsinə başlanmışdır.

Bu tədbirlər planı insan sağlamlığı üçün bilavasitə, qısa və uzunmüddətli nəticələrini və məqsədyönlü hərəkətlərin və müdaxilələrin nəticələrini təsvir etmək üçün situation məlumatlılığının təmin edilməsinə xidmət göstərir. Məsələn, ictimai səhiyyə nəzarətindən əldə edilən məlumatlar təbii fəlakətlərdən sonra xəsarət və xəstəliklərin növlərini və şiddətini, habelə ölüm səbəblərini təsvir etmək üçün faydalıdır. Müşahidə sistemləri məcburi köçkünlər üçün sığınacaqlarda və ya xilasedicilərin yerləşdiyi baza düşərgələrində alovlanma və ya epidemiyaları tez aşkar edə bilər. təbii fəlakətlərdən sonra xəsarət və xəstəliklərin növlərini və şiddətini, habelə ölüm səbəblərinin təsvir edilməsinə imkan verir.

Epidemioloji üsullar təbii fəlakətlərin zərər çəkmiş əhaliyə təsirini və səhiyyə sistemlərinə olan tələbləri təyin etmək və hadisədən sonra tibbi müdaxilələrin və xəstəliklərə qarşı mübarizə tədbirlərinin effektivliyini qiymətləndirmək üçün istifadə olunur. Fəlakət epidemiologiyası fövqəladə hallara cavab verənləri məlumatlandırmaq üçün dəqiq məlumatların toplanması üçün sistemli və etibarlı mexanizm təmin edir. Fəlakətlər, hadisənin nəticələrinin təsirə məruz qalan inzibati sistemlərin effektiv cavab vermək qabiliyyətindən kənar olduğu mürəkkəb vəziyyət olub, iki növ vardır:

1. Təbii: hidrometeoroloji (məsələn, daşqınlar, tornadolar, qasırğalar, buz tufanları); geoloji (məsələn, zəlzələlər, vulkan püskürmələri); kimyəvi dağılmalara məruz qalma). 2. Texnogen: qəsdən və ya təsadüfi (məsələn, terror hücumları, o cümlədən bioterrorizm, kimyəvi maddələrin dağılması, radiasiyanın yayılması, meşə yangınları, texniki nasazlıqlar, mülki münafişlər) [1,2].

Populyasiyalarda ictimai sağlamlıq problemlərinin miqyasını qiymətləndirmək üçün epidemioloji üsullar hazırlanmışdır. Bu üsullar insanların fiziki və psixi sağlamlığına təsiri, eləcə də həyat və ya həyatı qoruyan qərarlar üçün sosial və ictimai ehtiyaclar haqqında məlumat verir, şayiələrə nəzarət edir, tibbi ehtiyacları qiymətləndirir və səhiyyə sistemlərinə təsirləri qiymətləndirir [3,4].

Müasir şəraitdə dünya ölkələrində yoluxucu xəstəliklərin informasiya-analitik proqnozlaşdırıcı-modelləşdirilməsi epidemioloji planın işlənilməsi aktual təhlükəli məqamların, beynəlxalq kommunikasiyaların pozulması riskləri, o cümlədən sanitar-gigiyenik şəraitin təmin edilməsi zamanı monitorinqin və nəzarətin tərkib hissəsidir.

Fövqəladə hallarda uzun müddət sığınacaq, təmiz mühit, gigiyenik-sanitar rifah olmadan yaşayan insanlar arasında infeksiyanın baxımdan təhlükəli vəziyyət yaranır.

Zərərçəkənlərin tullantıları, hətta nəcisini belə atmaq imkanı yoxdur. Bu, xəstəliyin daşıyıcılarının - həşəratların və siçovulların yayılmasına səbəb ola bilər. Antisanitar şəraitdə və təmiz suyun olmaması şəraitində ən çox ehtimal olunan vəba xəstəliyinin alovlanması ola bilər. Mütəxəssislər, xüsusilə uşaqlar üçün təhlükəli olan ishal, qusma və maye itkisinin çox vaxt ölümlə nəticələndiyini bildirirlər. Digər mümkün xəstəliklərə tif, paratif və dizenteriya daxildir.

Çox zaman bu fəlakətlər dövlət sərhədlərini aşır və ayrı-ayrı ölkələr yalnız öz resurslarından istifadə etməklə onların nəticələrinin öhdəsindən gələ bilmirlər. Regionun əksər ölkələrinin fəlakətdən sonra bərpa imkanları və maliyyə resursları məhduddur.

Daşqın və sunami şəraitində aşağıdakı infeksiya qrupları daha çox müşahidə olunur: bağırsaq (vəba, dizenteriya, salmonellyoz, kolienterit, hepatit A, kriptosporidioz) infeksiyaları, təbii fokal (taun, qarayara, malyariya, leptospiroz, tulyaremiya, Rift vadisi qızdırması, Denq vadisi qızdırması, tulyaremiya, qızdırma), hava-damcı (qızılca, meningokok infeksiyası).

Aparılan və təbii fəlakətlərin epidemik fəsadları məsələsinə də həsr olunmuş tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, təbii fəlakətlərdən sonra yoluxucu xəstəliklərin baş vermə riski, əgər təbii fəlakət genişmiqyaslı köçürmələrə səbəb olmadıqda, daha az olur. Zərər çəkən insanların sayının artması və təsirə məruz qalan ərazidə dağıntılar geniş olduqda ictimai infrastruktur və səhiyyə xidmətlərinin dayandırılması infeksiya vəziyyəti daha da ağırlaşdırır.

Müəlliflər belə qənaətə gəlirlər ki, epidemiyaya fəsadları ən çox (63%) humanitar böhranlar zamanı müşahidə olunur, bu da zərər çəkmiş ərazidə səhiyyə sistemlərinin və kommunal infrastrukturun fəaliyyətinin tam və ya qismən pozulmasına, çoxlu sayda qaçqınların olmasına gətirib çıxarır. Daha çox sanitar-epidemioloji vəziyyətin fəsadları və yoluxucu xəstəliklərin alovlanması təhlükəsi ilə müşayiət olunan təbii fəlakətlər arasında böyük daşqınlar birinci yerdədir. Beləliklə, G.G. Onishchenko və b. [9], təbii fəlakətlərin ən ağır nəticələrinin 90%-i dörd növə düşür: daşqınlar (40%), tayfunlar (20%), zəlzələlər və quraqlıqlar (hər biri 15%). Təbii fəlakətlər və texnogen fəlakətlər zamanı əlverişsiz epidemioloji vəziyyətin formalaşmasına bütöv bir sıra amillər təsir edir [5]:

- əhalinin müxtəlif kontingentlərinin intensiv miqrasiyası və nəticədə infeksiya agentlərinin yeridilməsi;

- gəmiricilər və xəstəlik daşıyıcıları üçün yeni çoxalma sahələrinin yaranması, gəmiricilərin təbii biotoplardan antropogen zonalara miqrasiyası;
- infeksiyaların təbii ocaqlarında ekoloji tarazlığın pozulması və nəticədə onların aktivləşməsi;
- əhalinin təbii infeksiya ocaqları ilə təmaslarının artması;
- stresli vəziyyətlərin baş verməsi, pis qidalanma, insan orqanizminin təbii müqavimətinin əhəmiyyətli dərəcədə azalması;
- peyvəndə çatışmazlıqlar səbəbindən əhalinin immun səviyyəsinin aşağı düşməsi;
- ictimai obyektlərin dağıdılması, gigiyenik ekoloji şəraitin pisləşməsi, əhalinin sıxlığı;
- tibb və epidemiya əleyhinə müəssisələrin şəbəkəsinin qismən və ya tam məhv edilməsi;
- yerli infeksiyaların ötürülmə mexanizmlərinin aktivləşdirilməsi.

Əhalinin sanitar-epidemioloji rifahı sahəsində fəvqəladə vəziyyət təhlükəsi yarandıqda profilaktik və epidemiya əleyhinə tədbirlərin adekvat və vaxtında həyata keçirilməsi, bir qayda olaraq, sanitar-epidemioloji fəsadların qarşısını almağa imkan verir.

Beləliklə, təbii fəlakətlərin və texnogen fəlakətlərin sanitar-epidemioloji fəsadlarının yaranması məsələsinin nəzərdən keçirilməsinə yekun vuraraq, aşağıdakı nəticələrə gəlmək olar: müxtəlif yoluxucu xəstəliklərin ən çox nozoloji formaları humanitar böhranlarda müşahidə olunur. və hərbi münaqişələr.

Eyni zamanda, insanların həyatını təmin edən sistemlər, rabitə, infrastruktur, o cümlədən yoluxucu xəstəliklərin qarşısının alınmasına və nəzarətinə cavabdeh olan səhiyyə sistemi tamamilə və ya böyük ölçüdə əziyyət çəkir. Müvafiq sanitar-gigiyenik şəraiti, yüksək keyfiyyətli içməli suyu və qidası olmayan qaçqın düşərgələrində xeyli insan kütləsi cəmləşib. Bu hallar sanitar-epidemioloji vəziyyəti çətinləşdirir bilən yoluxucu xəstəliklərin patogenlərinin geniş spektrini müəyyən edir.

Fəvqəladə hallarda bütövlükdə dövlətin səhiyyə orqanları və müəssisələri qorunub saxlanılıb və yalnız əlçatmaz yerlərdə əhaliyə vaxtında tibbi yardım göstərilməsində çətinliklər yaranır. Bu tip təbii fəlakətlərin nisbətən tez-tez baş verməsinə baxmayaraq, bu halda epidemik fəsadların şiddəti humanitar böhranlar və hərbi münaqişələr şəraitində olduğundan daha aşağıdır.

Zəlzələ şəraitində epidemik ağırlaşma riski nisbətən azdır. Hər il dünyada minlərlə müxtəlif güclü zəlzələlər qeydə alınır. Yer kürəsində ən böyük seysmik fəaliyyət zonası "Od halqası" (və ya Sakit okean qurşağı) adlanan zonedir. Dünyadakı bütün zəlzələlərin təxminən 90%-i burada baş verir. Ədəbiyyatda təsvir olunan epidemik ağırlaşmaların halları nadirdir və digər amillərin birləşməsi ilə əlaqələndirilir. 1994-cü ildə Hindistanda vəba xəstəliyinin baş verməsi zamanı daşqın, 1991-ci ildə Filippində qızılca və 2005-ci ildə Pakistanda ishal zamanı müvəqqəti yaşayış yerlərində sıxlıq baş vermişdir.

Zəlzələdən sonra fəvqəladə halların baş verməsi həm də 2010-cu ildə Haitidə olduğu kimi infeksiyanın daxil olması ilə əlaqələndirilə bilər.

İnfrastrukturun əhəmiyyətli dərəcədə dağılması və səhiyyə sisteminin fəaliyyətinin tam və ya qismən dayandırılması ilə bağlı təbii fəlakətlər və texnogen fəlakətlər zonasında əhalinin epidemioloji rifahının təmin edilməsinə gələn sanitar-epidemioloji və müalicə-profilaktika profilli mütəxəssislərin hesabına onların sanitar-profilaktika və epidemiya əleyhinə fəaliyyətinin artırılması ilə sürətli və səmərəli tədbirlər həyata keçirilməklə nail olunur.

## **BAKI ŞƏHƏRİN RAYON POLİKLİNİKALARINDA KARDİOLOJİ XƏSTƏLƏRİN DİSPANSERİZASİYASININ VƏZİYYƏTİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ**

**ƏBİYEVA E.M., BEHBUDOVA D.A., ƏHMƏDOVA T.A.**

*C.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan*

### **Təqdimatın məqsədi:**

Bakı şəhərinin rayon poliklinikalarında kardioloji xəstələrin dispanserləşdirilməsinin müasir vəziyyətinin öyrənilməsi və Bakı şəhərinin əhalisi arasında ÜDX-nin birincili və ikincili profilaktikası üçün dispanserizasiyanın mövcud prinsiplərinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi.

### **Material və metodlar:**

Təqdimatın məqsədinə uyğun olaraq, Bakı şəhərinin 1,4 və 5 saylı rayon poliklinikaları tədqiqat üçün obyekt kimi seçilmişdir.

Tədqiqatın aparılması üçün baş həkimlərin, kardioloqların və sahə terapevtlərinin sorğu-sual edilməsi üçün anket tərtib edilmişdir.

Materialın toplanması baş həkimlərlə, baş həkimlərin müavinləri ilə, kardioloqlarla, müalicə şöbələrinin müdirləri və sahə terapevtləri ilə, tədqiq olunan poliklinikaların profilaktika kabinetlərinin işçiləri ilə söhbətlərin əsasında, həmçinin kardioloji xəstələrin dispanserləşdirilməsi üzrə işçi sənədlərinin (jurnal və kartotekaların) öyrənilməsi əsasında aparılmışdır.

**Nəticələr:**

1. ÜDX-nin birincili profilaktikasının sahəsində müasir nailiyyətlər barədə şəhər poliklinikalarının tibb işçilərinin məlumatlılığının məqsədyönlü şəkildə artırılması;

2. Bakı şəhərinin əhalisinin sağlamlığının qorunması üçün böyük əhəmiyyət kəsb edən ÜDX-nin əsas risk amillərinin aşkar edilməsi üzrə tibb işçilərinin (həkimlərin və tibb bacılarının) təlimi.

**Xülasə:**

ÜDX-nin kütləvi birincili profilaktikası üzrə iş əsas funksiyalarından biri ÜDX-nin kütləvi birincili və ikincili profilaktikasının məqsədyönlü aparılması olacaqdır. Bu, Bakı şəhəri ilkin tibbi yardım müəssisələrinin strukturunda bir cür dəyişikliklərin retabelliği haqqında təsəvvür yaratmağa imkan verərdi.

## **XRONİKİ BÖYRƏK XƏSTƏLİKLƏRİ ZAMANI SİDİK İFRAZAT SİSTEMİNİN FİZİOLOJİ FUNKSİYALARININ POZULMASINDA DƏMİR METOBOLİZMİ ZÜLALLARININ ROLU**

**ƏFƏNDİYEVA G.M.**

*Azərbaycan Tibb Universitetinin Bioloji kimya kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

Xroniki böyrək xəstəlikləri zamanı sidik ifrazat sisteminin fizioloji funksiyalarının pozulması geniş yayılmış və aktual olan problemlərdəndir. Xronik böyrək xəstəliklərindən xronik böyrək çatışmazlığı, xronik qlomerulonefrit, xronik pielonefrit daha geniş yayılmışdır. Xronik böyrək çatışmazlığı xəstəliyi bu xəstəliklər içərisində özünə məxsus yer tutur. Son illərdə XBC zamanı dəqiqəlik diurez, yumaqçıq filtrasiyası, kreatinin klirensi və borucuq reabsorbsiyası kimi fizioloji proseslərin pozulmasının öyrənilməsinə xüsusi diqqət yetirilmişdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına əsasən müxtəlif ölkələrdə 1 milyon əhalidən 800-1000 nəfərdən XBC müşahidə olunur və onlardan 250-650 nəfəri dializ alır. Bildiyimiz kimi böyrəklərin qlomerulyar və tubulyar xarakterli, anadan gəlmə, irsi və qazanılmış xəstəliklər, sidik çıxarıcı aparatın iltihabı və autoimmun patologiyalar sidik ifrazat sisteminin fizioloji funksiyalarının pozulmasına səbəb olur. XBC-nin yaranma səbəbləri böyrəyin bir neçə ay və il müddət ərzində getdikcə öz funksiyasının itkisi nəticəsində yaranır. XBC 5 mərhələli olub böyrəyin qlomerulyar aparatının funksiyalarının pozulması ilə gedir. Hər mərhələ böyrəyin yumaqçıqında süzülmanın getdikcə pozulmasını göstərir və qanda keratının səviyyəsi bu pozulmanın göstəricisidir. Bu pozulmalar zamanı böyrəklərin qanyaranmada iştirakını təmin edən eritropoetin defisitinin səbəb olduğu renal anemiya və onu müşayiət edən dəmir metobolizminin patologiyaları xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, renal anemiya qan serumunda dəmirin qatılığının dəyişməsi fonunda hemoqlobinin miqdarının artması və eritrositlərin sayının azalması, ferritinin konsentrasiyasının artması ilə müşayiət olunur. Ferritinin artması bu qrup xəstələrdə eritrositlərin hemolizinin bas verməsi həmçinin hemoqlobinin tərkibindən dəmirin çıxıb orqanlarda toplanmasına səbəb olur. Belə hesab edilir ki, dəmir metobolizminin zülallarının tədqiqi xroniki böyrək xəstəliklərinin erkən və diferensial diaqnostikası, xəstəliyin uzaq nəticələrinin proqnozlaşdırılması baxımından əhəmiyyətli ola bilər və bu da adekvat müalicə tədbirlərini həyata keçirməyə imkan verə bilər.

Son onillikdə XBC xəstəliklərinin yaranmasında bir çox dəmir metobolizmi zülallarının göstəricilərinin dəyişməsi haqqında məlumatlar vardır və bu zülalları təyin etməklə xəstəliklər zamanı müşahidə olunan fizioloji pozulmaların biokimyəvi mexanizmlərinin araşdırılması mühüm rol oynayır.

## **DİABETİK FƏSADLARIN İNKİŞAFINDA DİSLİPİDEMİYA FAKTORU.**

**ƏHMƏDOV M.B., ABİŞOV N.S., KOSAYEV C.V., BABAYEV N.I.**

*Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi.*

*(Ekstrakorporal detoksikasiya və Damar cərrahlığı şöbələri.), Bakı, Azərbaycan*

Lipid mübadiləsi pozğunluğu- şəkərli diabet(ŞD) fəsadlarının(anqio-, nefro-, retinopatiya və s.) çoxşaxəli patogenezdə ən mühüm amillərdən biridir.

Məqsəd:-şəkərli diabetlə yanaşı arteriyaların ateroskleroza ilə müşahidə edilən (150 xəstə) aşağı ətrafların kritik işemiyası (AƏKİ) zamanı dislipidemiyanın“ Diabetik ayaq sindromu”nun inkişafındakı rolunu araşdıraraq, müalicə kompleksinə efferent terapiya (ET) metodlarını (plazmaferez-PF, ozon-Oz) daxil etməklə onu korreksiya etmək.

Material və metodlar- 40 nəfərlik nəzarət qrupuna ancaq ənənəvi müalicə(ƏM) aparılmış, 110 xəstədən ibarət əsas qrupda isə 60- nəfərə ƏM ilə yanaşı plazmaferez (PF 2-3 gündən bir, 800-1200 plazma eksfuziya etməklə, 3-5 seans; irinli-nekrotik xorası olan 50-xəstəyə isə həm də Oz(5-10 seans olmaqla 1,6 – 5.0 mq/litr ozon-oksigen qarışığından ibarət 400,0 ml 0,9%NaCl v/d., gündəlik və ya günəşırı olmaqla) əməliyyatları icra edilmişdir. Müalicənin gedişi və nəticələri klinik-laborator(lipid fraksiyaları:- TQ, LDL, VLDL və HDL; hemoreoloji, endogen intoksikasi-



ya, immunoloji, və s.) və funksional ( doplerografiya, reovazografiya, topuq-bazu indeksi, oksigenin porsial təziqi-  $TcpO_2$  ) müayinələrin dinamik olaraq öyrənilməsi və müşahidəsi ilə qiymətləndirilmişdir. Hər iki qrupdakı yüksək dislipidemiya (TQ- $5,2 \pm 1,9$ ; LDL- $6,1 \pm 0,8$ ; VLDL-  $1,1 \pm 0,5$ ; HDL- $0,9 \pm 0,4$ ) müalicə nəticəsində nəzarət qrupunda normaya yaxınlaşmış: TQ- $3,1 \pm 0,2$  ( $<0,05$ ), LDL- $3,3 \pm 0,4$  ( $<0,01$ ), VLDL- $0,8 \pm 0,2$  ( $<0,05$ ), HDL- $1,3 \pm 0,7$  ( $<0,05$ ) əsas qrupda isə tam normallaşmışdır: -TQ- $2,1 \pm 0,4$  ( $p < 0,01$ ); LDL-  $2,0 \pm 0,7$  ( $p < 0,01$ ), VLDL- $0,4 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ) və HDL- $1,5 \pm 0,7$  ( $<0,01$ ), xilyoz plazma normal görüntü almış; - qanda şəkər əksər hallarda tənzimlənmiş (HbA1c  $> 7,5-12,6$  - müalicəyə qədərki və sonra mmol/l,  $- < 7,3$ ), intoksikasiya əlamətləri (plazmanın bulanıqlığı, lipidlərin peroksid oksidləşməsi, EÇS, SRP, leykositoz, orta ölçülü molekullar, anemiya, albuminuriya və s.) aradan qaldırılmış; - bir qayda olaraq bütün xəstələrdə mikrosirkulyator qan dövrəni əsas qrupda  $12,5 \pm 1,3$  mm.pt.ct. ( $p = 0,008$ ), nəzarət qrupunda -  $5,8 \pm 2,7$  mm.pt.ct. ( $p = 0,101$ ) artmış; bazu-topuq indeksi- uyğun olaraq  $0,32 \pm 0,15$  ( $p = 0,075$ ),  $// 0,1 \pm 0,18$  ( $p = 0,452$ )// və əsas qrupdakı işemiyalı ayaqda oksigenin transkutan parsial təziqi ( $TcpO_2$ ),  $38,9\%$ , nəzarət qrupunda isə  $19\%$  artmışdır. Beləliklə AƏKİ zamanı müalicə kompleksinə ET metodlarının daxil edilməsi ŞD zamanı lipid mübadiləsi ilə yanaşı bir çox patogenetik pozğunluqları tezliklə korreksiya edərək ƏM nəticələrini yaxşılaşdırmağa imkan verir və bu nəticələrin dayanıqlı olması üçün, xəstələrə - daimi olaraq, antikoagulyant və statin preparatlarının qəbulu tösiyyə olunur.

## HEMODİALİZ XƏSTƏLƏRİNDƏKİ “DİABETİK AYAQ SİNDROMU” ZAMANI EFFERENT TERAPİYA METODLARININ TƏTBİQİ HAQQINDA.

**ƏHMƏDOV M.B., HÜSEYNOV X.M., BABAYEV N.İ.**

*Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi.  
(Ekstrakorporal detoksikasiya və Hemodializ şöbəsi.), Bakı, Azərbaycan*

Bir çox müəlliflərin də qeyd etdiyi kimi- diabetik ayaq sindromu (DAS) hemodiliz xəstələrində də şikəstliyə və ölmə səbəb olan ən ciddi fəsadlardan biridir. Diabetik nefropatiyanın (DN) inkişaf etməsi DAS riskini 5 dəfə artırmış olur. Odur ki, dünyada bu sahədə elmi işlərin çox az olması ona diqqətin artırılmasını tələb edir.

Məqsəd:-DN nəticəsində inkişaf edən böyrəklərin xroniki xəstəliyi (BXX) olanlarda (hemodializə qədərki və ya dializ dövründə) yanaşı olaraq meydana çıxan DAS müalicəsində ilk dəfə olaraq efferent terapiya (ET: plazmaferez-PF, qanın ultrabənövşəyi şüalandırılması-UBŞ və ozonoterapiya-Oz) metodlarının tətbiqi imkanlarının öyrənilməsi.

Material və metodlar: - bu elmi işin planlaşdırılması- şöbəmizin 20 illik fəaliyyətinin aşağıdakı retrospektiv analizinə əsaslanır. Belə ki: DN→BXX görə hemodializ olunan 476 - xəstədə həm də yanaşı olaraq inkişaf edən fəsadlar:-1.DAS olanlar( 151xəs.- cəmi 32%, burada diqqət çəkən məqam odur ki, əgər 2000-2010 illərdə dializ olunan 218 nəfərdən yalnız 46 xəs.DAS olduğu halda, 2011-2022 illərdə bu rəqəm iki dəfədən çox artaraq- 105 çatmışdır. Təkcə bu faktın özü Azərbaycanda ŞD-in necə sürətlə artmasına imkan verir-10 ildə 2 dəfədən çox); -2.Anemiyası olanlar; -bütün xəs.; 3.-Hipertoniya –114 xəs. 4.–Retinopatiya- 39 xəs.; 5.Paratiroid hormon – 5xəs; 6.Koronaro-kardioskleroz- 28xəs; 7.Amputasiya – 18xəs.

Yuxarıda qeyd edilənlər bir daha göstərir ki, ŞD nəticəsində orqanizmin demək olar ki, əksər sistemləri potoloji dəyişikliyə məruz qalır ki, onları da ƏM metodları ilə korreksiya etmək çox hallarda mümkün olmur (bəzən antoqanist olan çoxsaylı dərmanların uzun müddətli qəbulu və s., tələb olunur). Odur ki, qeyd edilən çoxşaxəli pozğunluqları korreksiya edəbiləcək daha effektiv müalicə üsulları:(-PF qanı mexaniki surətdə toksinlərdən, toxuma detritlərindən, ateroqen lipidlərdən və s., təmizləməklə, immuno- və reokorreksiya aparmaqla yanaşı, həm də orqanizmin öz təmizləyici sistemlərini blokadan çıxararaq- fəaliyyətini bərpa etməsinə səbəb olur; UBŞ və Oz tətbiqi isə:-virusosid- və bakterisid, stimullaşdırıcı, toxuma tənəffüsünü artırıcı və s. çoxşaxəli təsir göstərməklə pozulmuş qomeostazın bərpasını sürətləndirir) tələb olunur.

Beləliklə DAS ilə yanaşı, BXX olan-lakin dializ səviyyəsinə çatmayan xəstələrin kompleks müalicəsində qazandığımız 30 illik uğurlu nəticə imkan verir ki, ƏM kompleksinə ET metodlarının daxil edilməsi, hemodializ zamanı da, yuxarıda qeyd edilən çoxşaxəli pozğunluqları korreksiya edərək, nəticələri yaxşılaşdırmağa imkan verəcək.

## DİFFUZ TOKSİKİ ZOBUN DİAQNOSTİKASININ VƏ MÜALİCƏSİNİN MÜASİR ASPEKTLƏRİ

**ƏLƏKBƏROVA Ş.İ.**

*Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş:** Diffuz toksiki zob (DTZ) qalxanabənzər vəzin ən çox rast gəlinən xəstəliklərindən biridir və əhalinin  $0,5-1,5\%$ -də müşahidə olunur. DTZ tireotrop hormonun reseptoruna, tireoperoksidazaya və tireoglobulinə qarşı antitellərin ifraz olunması nəticəsində meydana çıxan sistem autoimmun xəstəliyidir. O qalxanvari vəzin diffuz zədələnməsi və tireotoksikoz sindromu ilə müşayiət olunur. DTZ-nin diaqnozunu vaxtında qoymaq çox vaxt çətin olur, bu da klinik mənzərənin qeyri-spesifik təbiəti ilə əlaqələndirilir.

**Məqsəd:** Diffuz toksiki zobun adekvat kompleks müayinə və müalicə metodikasını tətbiq etməklə nəticələri yaxşılaşdırmaqdan ibarət olmuşdur.

**Material və metodlar:** Müayinə materialına son 3 ildə endokrin cərrahiyyə şöbəsinə müraciət etmiş DTZ-li xəstələrdən 63 nəfəri daxil olunmuşdur. Onlardan qadınlar 52, kişilər isə 11 nəfər idi. Orta yaş həddi  $36 \pm 7$ , 4 il olmuşdur. Zob anamnezi  $4 \pm 6,6$  il təşkil edirdi. Müayinəyə vizual-palpator, ultrasəs, rentgenoloji, hormonal, ümumi laborator, biokimyəvi analizlər və antitellərin təyini daxil edilmişdir. Tirotoksikozun diaqnozu xarakterik klinik mənzərəyə, laboratoriya parametrlərinə (sərbəst tiroksinin səviyyəsinin qalxması, tireotrop hormonunun miqdarının azalması, tireostimuləedici hormonun reseptoruna qarşı antitelin titrinin yüksəlməsi, “klassik” antitellərin-Anti-TPO-nun miqdarının təqribən 90%, Anti-Tg-nin isə 50% hallarda yüksəlməsi) əsaslanır.

**Müayinələrin nəticələri:** Yüngül formalı toksikoz 11 (17,5%) xəstədə, orta ağırlıqda toksikoz 37 (58,7%) xəstədə və ağır dərəcəli toksikoz 15 (23,8%) xəstədə təyin edilmişdir. Cərrahi müalicəyə 42 (66,7%) xəstə məruz qalmışdır (orta ağırlıqda toksikozda 27, ağır dərəcəli toksikozda isə 15 xəstə). Yüngül dərəcəli toksiki zobu olan 11 xəstəyə və orta ağırlıqda toksikozu olan 4 xəstəyə müvafiq konservativ müalicə təyin edilmişdir. Postoperasion ağırlaşma qeyd edilməmişdir. DTZ üçün tiroidektomiyadan sonra kalsiumun səviyyəsini təyin edir, lazım gəldikdə əlavə kalsium və D vitamini preparatları təyin olunurdu. Antitiroid dərmanların istifadəsi əməliyyatdan dərhal sonra dayandırılırdı. Levotiroksin preparatları (eutiroks, L-tiroksin) xəstənin çəkisinin təxminən 1,7 mq/kq nisbətində tam əvəzəedici dozada təyin edilirdi. Əməliyyatdan 6-8 həftə sonra TSH səviyyəsini təyin etməyi məsləhət görürdük. Əməliyyatdan sonra xəstələrdə əməliyyatöncəsi müşaidə edilən yüksək psixiki və hərəkət aktivlik, tez yorulma 100%, oyanıqlıq və həyacanlanma 94%, emosional labillik 85%, aqressivlik və səbirsizlik 88%, tremor 97% xəstədə ortadan qaldırılmış oldu. Konservativ müalicə alan pasientlərə Tiamazol (tirozol, merkazolil) seçim dərmanıdır. Eutiroidizm əldə olunana qədər və çox vaxt daha uzun müddət ərzində beta-blokatorların xəstələrə təyin edilməsini məqsədəuyğun sayırıdıq. T4 səviyyəsinin normallaşmasından sonra xəstəyə tireostatiklərin dozasını azaltmağı və təxminən 2-3 həftədən sonra davamlı dozasına (gündə 10 mq) keçməyi lazım bilirdik.

**Nəticə:** Diffuz toksiki zobun ağırlıq dərəcəsini təyin etmək üçün toksikozun səviyyəsini əks etdirən klinik, instrumental, hormonal, biokimyəvi və immunoloji müayinələr aparılmalıdır. Orta ağırlıqda və ağır formalı tireotoksikozla müşayiət olunan DTZ-də cərrahi, yüngül formalı toksikozlu DTZ-də isə konservativ müalicə yaxşı nəticə verir.

## TRANSSFİNKTERİK ANAL FİSTULLARDA CƏRRAHİ MÜALİCƏ NƏTİCƏLƏRİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

ƏLİYEV E.A., MUSAYEVA Ş.V.

ATU, I Cərrahi Xəstəliklər Kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Perianal fistullar tibb tarixinin ilk vaxtlarından məlum olan və çoxsaylı müalicə üsulları olan bir patologiyadır. Cərrahi müalicə nəticələri 2 parametr üzrə - residiv və inkontinans baş verməsinə görə dəyərləndirilir. Bu çalışmada transsfinkterik anal fistul səbəbi ilə əməliyyat etdiyimiz xəstələrdə müalicə nəticələrini dəyərləndirməyi qərara aldığımız.

**Material və metodlar:** 2015- 2023-cü illər ərzində Azərbaycan Tibb Universiteti Tədris Cərrahiyyə Klinikasında transsfinkterik anal fistul diaqnozu ilə müalicə edilən 64 xəstə tədqiqata daxil edildi. İcra olunan əməliyyata uyğun olaraq xəstələr 2 qrupa bölündü: I qrup - fistulotomiya olunan xəstələr; II qrup - parsial fistulektomiya, gövşək setonun qoyulması.

Müalicə nəticələri (sağalma və ya residiv) və anal sfinkterin funksional vəziyyəti (Wexner inkontinans sorğu anketi, anorektal manometriya, “fecal incontinence quality of life scale” (FİQL) həyat keyfiyyəti anketi) qruplar üzrə müqayisəli dəyərləndirildi.

**Nəticələr və müzakirə:** Tədqiqata daxil edilən 64 xəstədən 27-si qadın (42,2%), 37-si kişi (57,8%) olmuşdur. Xəstələrin orta yaşı 42 (17-64 yaş arasında). Əməliyyatdan sonra xəstələrin izləmə müddəti 47 ay (21-212 ay) təşkil etmişdir. Xəstələrin 26-da yüksək transsfinkterik, 38-də aşağı transsfinkterik fistul təsbit edilmişdir. Uyğun olaraq 26 xəstədə hissəvi fistulektomiya, gövşək setonun qoyulması, 38 xəstədə isə fistulotomiya icra olunmuşdur. Xəstələrin 51-i ilk dəfə, 13-ü isə residivlə cərrahi əməliyyat olduğu aşkarlandı. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə simptomatik inkontinans I qrupda 31,6% (n=12), II qrupda isə 23,1% (n=6) hallarda qeyd olunmuşdur. 53 xəstədə (82,8%) sağalma, 11 xəstədə (17,2%) residiv aşkarlanmışdır. Qruplar arasında sfinkterometriya, Wexner şkalası və FİQL anketi nəticələri arasında dürüst fərq izlənməmişdir. Qruplar üzrə anal sfinkterin sərbəst gücü I qrupda 67 mm Hg, II qrupda 76 mm Hg sütunu, maksimal güc isə 121 və 148 mm Hg sütunu təşkil etmişdir. FİQL sorğusu cavabları fistulotomiya olunan xəstələrdə daha pis olduğu aşkarlandı (p=0,05).

**Yekun:** Transsfinkterik anal fistullarda cərrahi müalicədən sonra I qrupda sağalma daha tez, inkontinans gəlişməsi isə daha çox olmuşdur. II qrupda sağalma müddəti uzanmış və residiv sayı müqayisədə artmışdır. Transsfinkterik anal fistullarda əməliyyat növü adekvat seçilməli və əməliyyatdan sonrakı dövr düzgün aparılmalıdır.

## DİFFUZ KORONAR ARTERİYA XƏSTƏLİYİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ YAMA (PATCH) PLASTİKA TEXNİKASININ ERKƏN DÖNƏM NƏTİCƏLƏRİ

ƏLİYEV E.Ş., ABBASOV F.E., ƏLİYEVƏ A.M.

*Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM PHŞ, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş.** Diffuz koronar arteriya xəstəliyi olan xəstələrdə distal yatağın qidalanması adi koronar anastomoz texnikası ilə mümkün deyildir. Bu xəstələrdə distal darlıq boyu damar mənəfi açıqlaraq üzərinə safen yamaq qoyulur və anastomoz yamaq üzərinə tikilir.

**Material və metodlar.** 2022 yanvar - 2023 yanvar ayları arasında klinikamızda diffuz koronar xəstəliyi olan 8 xəstəyə yama (patch) plastika edildi. Xəstələrdən 7-si kişi, 1-i qadındır. Yaş ortalaması  $63\pm 4$ , şəkərli diabet 4 xəstədə, hiperlipidemiya 7 xəstədə qeyd edilmişdir. Exo nəticələrinə görə atım fraksiyası (EF)  $40\pm 4$  hesablanmışdır. Ciddi aortal və ya mitral qapaq xəstəliyi heç bir xəstədə qeydə alınmamışdır. Xəstələrin sadəcə sol enən arteriyasına (LAD) yama texnikası edildi. Yama üzərinə LİMA qrefti anastomoz edildi.

**Müzakirə.** Xəstələrin 2-si birli, 6-sı ikili inotrop dəstəyi ilə reanimasiyaya çıxarıldı. Reanimasiyada qalış müddəti ortalama  $2+1$ , xəstəxanada qalış müddəti ortalama  $6+2$  gün olmuşdur. Ciddi qanama və reviziya əməliyyatı olmamışdır. Bir xəstə süni tənəffüs aparatında 2 gündən artıq qalmışdır. Hər hansı nevroloji və başqa orqan ağırlaşması görülməmişdir.

**Nəticə.** Uzun darlıqlı koronar arteriya xəstələrində patch plastika texnikasının darlığın həm distal, həm də proksimal seqmentinin qanlanması baxımından faydalı olduğu qeydə alınmışdır. Aterosklerotik darlıq sahəsinin uzun olması və yamaqla genişləndirilməsi eyni zamanda bu sahənin tromboz olma ehtimalını artırır. Araşdırmamız zamanı xəstələrimizdə xəstəxana daxili hər hansı ağırlaşma (morbite) və ölüm (mortalite) qeydə alınmamışdır.

## İKİ VƏ DAHA ÇOX KORONAR ARTERİYA TUTULUMU OLAN XƏSTƏLƏRDƏ DİSTAL DARLIQ ÜZƏRİNƏ ANASTOMOZ TEXNİKASININ ERKƏN DÖNƏM NƏTİCƏLƏRİ.

ƏLİYEV E.Ş., ABBASOV F.E., ƏLİYEVƏ A.M.

*Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM PHŞ, Bakı, Azərbaycan*

**Məqsəd.** Multipl darlıqları olan xəstələrin əməliyyat texnikaları darlığın lokalizasiyası və uzunluğuna görə fərqlilik göstərir. Qısa (spot) darlıqları olan xəstələrdə darlıq açıqlaraq darlıq üzərinə anastomoz edilə bilər. Məqsədimiz bu xəstələrin hospital nəticələrini araşdırmaqdır.

**Material və metodlar.** 2021 sentyabr - 2022 fevral ayları arasında klinikamızda çox darlıqlı koronar xəstəliyi olan 29 xəstəyə koronar endarterektomiya edildi. Xəstələrdən 19-u kişi, 10-u qadındır. Yaş ortalaması  $58\pm 4$  şəkərli diabet 18 xəstədə, hiperlipidemiya 12 xəstədə qeyd edilmişdir. Exo nəticələrinə görə atım fraksiyası (EF)  $50\pm 4$  hesablanmışdır. Ciddi aortal və ya mitral qapaq xəstəliyi heç bir xəstədə qeydə alınmamışdır. Bütün xəstələrin 13-də bir damar darlıq (plaque), 16-da iki və daha artıq damar darlıq üzərinə anastomoz edilmişdir. 8 xəstənin sol enən arteriya damarında (LAD), 5 xəstənin sağ koronar arteriya (RCA) və ya dolanan arteriya (Cx) damarında, 16 xəstənin isə sol enən arteriya (LAD) ilə birlikdə sağ koronar arteriya və ya dolanan arteriya damarında darlıq üzərinə anastomoz edilmişdir.

**Müzakirə.** Xəstələrin 21-i birli, 8-i ikili inotrop dəstəyi ilə reanimasiyaya çıxarıldı. Reanimasiya qalış müddəti ortalama  $2+1$ , xəstəxanada qalış müddəti ortalama  $6+2$  gün olmuşdur. Ciddi qanama və reviziya əməliyyatı olmamışdır. Bir xəstə süni tənəffüs aparatında 2 gündən artıq qalmışdır. Hər hansı nevroloji və başqa orqan ağırlaşması görülməmişdir.

**Nəticə.** Qısa darlıq üzərinə edilən anastomoz texnikasında darlığın həm distal həm də proksimal seqmentinin qanlanması baxımından faydalı olduğu qeydə alınmışdır. Araşdırmamız zamanı xəstələrimizdə xəstəxana daxili hər hansı ağırlaşma (morbite) və ölüm (mortalite) qeydə alınmamışdır.

## MULTİFOKAL DARLIQLI KORONAR ARTERİYA XƏSTƏLƏRİNDƏ ENDARTEREKTOMİYANIN ERKƏN DÖNƏM NƏTİCƏLƏRİ.

ƏLİYEV E.Ş., ABBASOV F.E., ƏLİYEVƏ A.M.

*Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM PHŞ, Bakı, Azərbaycan*

**Məqsəd.** Koronar arteriya endarterektomiyası çox darlıqlı və distal tutulumlu koronar arteriya xəstələrində aparılan alternativ cərrahi texnikalardan biridir. Klinikamızda aparılan endarterektomiya xəstələrinin nəticələrinin hospital nəticələrini araşdırdıq.

**Material və metodlar.** 2022 yanvar - 2022 iyul ayları arasında klinikamızda çox darlıqlı koronar xəstəliyi olan 18 xəstəyə koronar endarterektomiya icra edildi. Xəstələrdən 15-i kişi, 3 ü qadındır. Yaş ortalaması  $61 \pm 4$  şəkərli diabet 12 xəstədə, hiperlipidemiya 8 xəstədə qeyd edilmişdir. Exo nəticələrinə görə atım fraksiyası (EF)  $40 \pm 4$  hesablanmışdır. Ciddi aortal və ya mitral qapaq xəstəliyi heç bir xəstədə qeydə alınmamışdır. Bütün xəstələrin sadəcə 1 damarına endarterektomiya edildi. 16 xəstənin sol enən arteriya damarına (LAD), 2 xəstənin sağ ana koronar arteriya damarına (RCA) endarterektomiya edildi.

**Müzakirə.** Xəstələrin 6-sı birli, 8-i ikili, 4-ü üçlü inotrop dəstəyi ilə reanimasiyaya çıxarıldı. Reanimasiya qalış müddəti ortalama  $3+2$ , xəstəxanada qalış müddəti ortalama  $6+4$  gün olmuşdur. Ciddi qanama və reviziya əməliyyatı olmamışdır. 3 xəstə süni tənəffüs aparatında 2 gündən artıq qalmışdır. Bir xəstədə ciddi ürək çatmamazlığı yarandığı üçün üçlü inotrop dəstəyi alırdı. Xəstə postop 5-ci gündə exitus olmuşdur.

**Nəticə.** Çox darlıqlı koronar arteriya xəstəliyi olan xəstələrdə endarterektomiya həlledici əməliyyat texnikası olmaqla bərabər yüksək riskə sahibdir. LAD damarına edilən endarterektomiya zamanı septal şaxələrdə plaque qopub qalması ön divar miokard infarktına səbəb ola bilər. Eyni zamanda endarterektomiya sahəsində tromboz olma ehtimalı da yüksəkdir. Xəstələrimizdən birində ölüm oldu, mortalitə  $5,5\%$  hesablandı.

## ÇOX DARLIQLI KORONAR ARTERIYA XƏSTƏLƏRİNDƏ BİR DAMARA EDİLƏN İKİ ANASTOMOZ TEXNİKASININ ERKƏN DÖNƏM NƏTİCƏLƏRİ

ƏLİYEV E.Ş., ABBASOV F.E., ƏLİYEVƏ A.M.  
Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan

**Giriş.** Çox darlıqlı koronar arteriya xəstələrində distal darlıq bəzən çox kalssifik olduğu zaman bu bölgə açılmadan 2 ayrı anastomoz qoyulur. Bu texnika bir qreftlə iki anastomoz və ya iki qreftlə ayrı-ayrı anastomoz şəklində icra edilir.

**Material və metodlar.** 2021 yanvar - 2022 yanvar ayları arasında klinikamızda diffuz koronar xəstəliyi olan 6 xəstə bir damara iki anastomoz texnikası ilə əməliyyat edildi. Xəstələrdən 4-ü kişi, 2-si qadındır. Yaş ortalaması  $59 \pm 4$ , şəkərli diabet 4 xəstədə, hiperlipidemiya 3 xəstədə qeyd edilmişdir. Exo nəticələrinə görə atım fraksiyası (EF)  $45 \pm 4$  hesablanmışdır. Ciddi aortal və ya mitral qapaq xəstəliyi heç bir xəstədə qeydə alınmamışdır. Xəstələrin sadəcə sol enən arteriyasına (LAD) iki anastomoz texnikası edildi. Distal seqmentə LİMA qrefti, proksimal seqmentə safen ven qrefti istifadə edildi. Bir qreftlə jumpinq anastomoz texnikasından istifadə edilmədi.

**Müzakirə.** Xəstələrin 2-si birli, 4-ü ikili inotrop dəstəyi ilə reanimasiyaya çıxarıldı. Reanimasiyada qalış müddəti ortalama  $2+1$ , xəstəxanada qalış müddəti ortalama  $6+2$  gün olmuşdur. Ciddi qanama və reviziya əməliyyatı olmamışdır. Bir xəstə süni tənəffüs aparatında 2 gündən artıq qalmışdır. Hər hansı nevroloji və başqa orqan ağırlaşması görülməmişdir.

**Nəticə.** Darlıq bölgəsinin kalsifik, bəzən də tam tutulmuş olması bu bölgəni açmağa gərək olmadığını göstərir. Uzun darlıqlı koronar arteriya xəstələrində iki anastomoz texnikası distal darlığın həm proksimal, həm də distal seqmentin ayrı ayrılıqda qanlanmasını təmin edir. Araşdırmamız zamanı xəstələrimizdə xəstəxana daxili hər hansı ağırlaşma (morbite) və ölüm (mortalite) qeydə alınmamışdır.

## BİLİAR SİRROZ ZAMANI REPERFUZION SİNDROMUN QARACİYƏR PARENXİMASINDA TÖRƏTDİYİ MORFOLOJİ DƏYİŞİKLİKLƏR

ƏLİYEV F.X., MÜZƏFFƏRZADƏ A.Ə., MƏMMƏDBƏYOVƏ Q.C.,  
Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan

**Mövzunun aktuallığı:** Rezeksiyalar zamanı massiv qanitirmənin profilaktikası məqsədilə qara ciyərin qan təchizatının müvəqqəti dayandırılması təlabatı yaranır. Bəzi hallarda orqanın qalan hissəsinin morfoloji quruluşunda, eləcə də funksional vəziyyətində müəyyən pozğunluqlar inkişaf edir ki, bu da əksər hallarda reperfuzion sindrom ilə əlaqələndirilir. Orqanın qan təchizatı bərpa edildikdən sonra mikrosirkulyator pozğunluqlar, sərbəst radikallaşma proseslərinin aktivləşməsi, oksigenin aktiv formalarının hepatositlərin membranına zədələyici təsir kimi patogenetik həlqələrdən ibarət reperfuzion zədələnmə sindromu, bəzi hallarda əməliyyatdan sonrakı dövrdə orqanın qalan hissəsinin disfunksiyası və ya qaraciyər çatışmazlığı kimi patoloji halların meydana çıxmasına səbəb olur. Qaraciyərin rezeksiyaları və transplantasiyasından sonra işemik - reperfuzion sindromunun profilaktikası hepatobiliyar cərrahiyyədə aktual problemlərdən hesab olunur və hepatositlərin zədələnməyə qarşı davamlılığının artırılması yeni yanaşma tədbirlərinin aparılmasını tələb edir. Bilir sirroz fonunda işemiya hazırlanma texnikasının effektivliyinin öyrənilməsi tərəfimizdən aparılan tədqiqat işinin əsas məqsədini təşkil etmişdir.



**Tədqiqatın material və metodları:** Tədqiqat işi Tibb Universitetinin Mərkəzi Tədqiqat Laboratoriyasında çəki 200-250 qram olan ağ siçovullar üzərində aparılmışdır. Qaraciyərin rezeksiyası, orta - medial laparatom kəsiklə qarın açıldıqdan sonra sol böyük payın mobilizə olunaraq kəsilməsi ilə, total işemiya isə hepatoduodenal bağa sıxıcı qoymaqla əldə olunmuşdur. Qaraciyər tikələri foramlınlı gablara toplanaraq patomorfoloji müayinə üçün götürülmüşdür. Morfoloji müayinələr Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin müvafiq laboratoriyasında yerinə yetirilmişdir.

Siçovullar 2 qrupa bölünmüşdür: I total işemiya qrupu; II əsas - biliar sirroz modeli yaradılmış və əməliyyat zamanı qaraciyərin qarısına damar sıxıcısı qoyub, sıxıcını açıb-bağlamaqla işemiya və reperfuzya fazaları yaradılmış qrup.

I qrupda olan siçovullarda laparatomiyadan sonra rezeksiyadan əvvəl orqan 60 dəq. işemiyaya məruz qalır. İşemiya vaxtı bitdikdən sonra sıxıcılar açılır və qaraciyərin sol payı rezeksiya edilir. Nəzarət qrupunda olan qaydada qan analizi və qaraciyərin qalan sağ payından patomorfoloji tədqiqat üçün tikələr götürülür.

II qrup əsas qrupdur. Burada işemiya hazırlanma texnikasının effektivliyi (Ischemic preconditioning) öyrənilir. Bu qrupda biliar sirroz modeli yaradılmış siçovullara qarın açıldıqdan sonra qaraciyərin qarısına damar sıxıcısı ilə sıxıb, açmaqla işemiya (İş) və reperfuzya (Rpf) fazaları yaradılır. İşemiya hazırlanma bu qaydada aparılır: 10 dəq. İş+5dəqRpf+15dəqİş+5dəqRpf. Rezeksiyadan sonra qan analizləri və qaraciyərin qalan sağ payından histoloji müayinə üçün toxuma parçaları alınır.

**Alınmış nəticələr:** I qrupa qrupa daxil olan siçovulların qaraciyərində rezeksiyadan sonra makro-mikroskopik müayinələr əvvəlki qruplardan fərqli göstəricilərlə xarakterizə olunmuşdur. Belə ki, əksər qrup hepatositlər nekrobiotik vəziyyətdədirlər, sentrolobulyar mikronekroz ocaqları qeyd olunur. Paycıqların tirlı quruluşu pozulmuşdur, tirləri əmələ gətirən hepatositlərin radial görünüşü itmişdir və əksərlərinin sitoplazmaları vakuol distrofiyaya məruz qalmışdır. Mikrosirkulyator damar şəbəkəsi reduksiya olunmuşdur, spastik vəziyyətdədir və əksəriyyətinin mənfəzi defrit kütlələrlə və mikrotromblarla obturasiya edilmişdir.

Əsas qrupda sirroz modeli fonunda total işemiya yaradılmış (öncədən işemik hazırlanma seansları almış) siçovullarda rezeksiyadan sonra aparılmış histoloji müayinələr qaraciyərin böyük kompensator mexanizmlərə malik olduğunu bir daha təsdiqlədi. Belə ki, 60 dəq. total işemiyanın davam etməsinə baxmayaraq, üzvün rezeksiyasından 1saat sonra struktur zədələnmiş qaraciyərdə reparativ proseslərin intensiv davam etməsi işemiya hazırlanma texnikasının effektiv olmasının bariz nümunəsidir.

Belə ki, orqanın parenximasında gözlə görünə bilən işemiya və ya nekrotik ocaqlar aşkar edilməmiş, morfoloji dəyişikliklər zəif olmuşdur, Regenerasiya proseslərinin aktivləşməsi qeyd alınmış və qaraciyərin funksional fəallığının bərpası prosesi normal istiqamətdə daha intensiv getmişdir.

## QASTROİNTƏSTİNAL (QİST) TUMORLARIN KLİNİKİ-MORFOLOJİ DİAQNOSTİKASINDA İMMUNHİSTOKİMYƏVİ MÜAYİNƏNİN ROLU

ƏLİYEV F.X., ASLANOV H.M., MƏMMƏDOV A.Y., ƏLİYEVƏ A.M.

*M.A, Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

Qastriintestinal stromal tumorlar və ya QİST-lər qastrintestinal traktta (ezofaqus, mədə, incə və yoğun bağırsağ) nisbətən nadir hallarda rast gəlinən şiş növüdür. Rastgəlmə tezliyinə görə ən çox mədədə (60%), incə bağırsağda (30%), qalan 10% hallarda isə traktın digər bölgələrində yarana bilər. Bu günə qədər hər hansı bir şəxsədə QİST-lərin yaranma riskini artırma biləcək spesifik bir səbəb haqqında bilgilər çox məhduddur. 1990-cı illərin axırına qədər QİST-ri non-epitelial şişlər adlandırılırdılar. Patohistoloji cəhətdən bu şişləri digər bəzi mezenximal şişlərdən diferensiasiya etmək mümkün olmurdu. Əvvəllər bu şişlərin sayə əzələ hüceyrələrindən inkişaf etməsini əsas götürərək leyomiomalar kimi təsnif edirdilər. Bədxassəli olduqda isə leyomiosarkoma kimi qiymətləndirilirdi.

İmmunohistokimya və elektron mikroskopiya inkişaf etdikdən sonra isə bu patologiyalar QİST adı altında qruplaşdırılırdı. Normada bağırsağ divarında intramural qanqlionda qastrointestinal sistemin peristaltikasını tənzimləyən intestinal Kaxal hüceyrələri olur. Kaxal hüceyrələri içərisində hüceyrədaxili prosesləri tənzimləyən C-kit protein aşkar olunub. QİST-lərin patogenezinə C-kit zülalların patoogenlərinə mutasiya baş verdiyi güman edilir. Avtonom olaraq C-kit reseptorun aktivləşməsi zamanı tirozinkinaza aktivləşir. Nəticə olaraq hüceyrə böyüməsi təyin olunur və ya apoptoz inhibə olunur. C-kitin immün markeri CD-117-dir. QİST-lərin ən vacib morfoloji xüsusiyyətlərindən biri bu tumorların tanınmasında CD-117 ekspressiyasının olmasıdır. Xəstəlik ailəvi xarakter daşıya bilər. QİST-lər qastrointestinal sistemin ən çox rast gəlinən şişləridir. Əsasən 40-60 yaşlarda daha çox meydana çıxır. Ən çox mədə (50%) və nazik bağırsaqlarda (25%) rast gəlinir. Nadir hallarda sərbəst şəkildə peritonarxası sahədə və qarın boşluğunda təsadüf edir. 2 sm və daha kiçik ölçülü QİST-lər əsasən asimptomatikdir və digər səbəblərlə əlaqədar aparılan cərrahi əməliyyatlar, radioloji və ya endoskopiya zamanı müəyyən olunurlar. Lakin heç bir radioloji və endoskopik müayinə QİST diaqnozunu qoymaq üçün kifayət deyil. Dəqiq diaqnoz üçün biopsiya müayinəsi mütləqdir. Ölçüləri bir neçə mm-lə 35 sm arasında ola bilər. Ən çox rast gəlinən ölçü 5-7 sm arasında dəyişir. Bəzən böyük sürətlə seroz qişadan qarın boşluğuna doğru, bəzən isə polipoid şəkildə traktın mənfəzinə doğru böyüyür. Böyük ölçülü şişlərin mərkəzi hissəsində nekroz və qanaxma ocaqları görünür. QİST-lərdə bir neçə hüceyrə tipi (iyəbənzər, epiteloid, pleomorf, onkositar və s.) müşahidə oluna bilər.

Bütün QİST-lərin maliqnezasiya potensialı vardır. Bu baxımdan onları xoşxassəli və bədxassəli qruplara ayırmaq düzgün deyil. Adətən aşağı, çox aşağı, orta və yüksək risk ifadələri işlədilir. Risk əlamətləri şişin ölçüsünə və mitotik aktivliyə görə dəyərləndirilir. 2 sm-dən kiçik tumorlar adətən xoşxassəli qəbul edilir. Tumorların lokalizasiyasının da proqnostik əhəmiyyəti vardır. Belə ki, eyni ölçü və mitoz sayına malik olan bağırsağ şişləri mədə şişlərinə nisbətən daha bəd gedişə malikdir. Qastrointestinal mənşəli digər mezenximal şişlər həm makroskopik və mikroskopik, həm də diaqnostik xüsusiyyətlərinə görə QİST-lərlə oxşarlıq təşkil edir. Bu baxımdan onları QİST-lərdən fərqləndirmək üçün immunomorfoloji mayinə çox böyük əhəmiyyətə malikdir.

## QASTROİNTESTİNAL STROMAL TUMORLARIN(GİST)DİAQNOSTİKASINDA İMMUNMORFOLOJİ MÜAYİNƏNİN ƏHƏMİYYƏTİ.

ƏLİYEV F.X.,ASLANOV H.M.,MƏMMƏDOV A.Y.,ƏLİYEVƏ A.M.

*M.A,Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

Qastrointestinal stromal tumorlar və ya GİST-lər qastrointestinal traktta(ezofagus,mədə,incə və yoğun bağırsağ) nisbətən nadir hallarda rast gəlinən,xarakterik histoloji xüsusiyyətləri olan mezenximal neoplaziyadır. Rastgəlmə tezliyinə görə ən çox maddədə (60%), incə bağırsaqda (30%), qalan (10%) hallarda isə traktın digər bölgələrində yaranır. Bəzən isə qastrointestinal sistemlə əlaqəsiz olan retroperitoneal sahələrdə və qarın boşluğunda da rast gəlinir (3%). Piylikdə və çözdə təsadüf olunan tumorlar bəzən GİST-lərin immunhistokimyəvi xüsusiyyətlərini özlərində daşıyır. Ancaq bu nahiyyələrdə Kaxal hüceyrələri olmadığına görə bu gün də həmin bölgələrdə bu cür şişlərin təsadüf edilməsi birmənalı qarşılanmır. Bu xüsusiyyət GİST-lərin multipotent mezenximal kök hüceyrələrindən (Kaxal hüceyrələrinin sələfləri) əmələ gəlmiş ola biləcəyini sübut edir. Bu günə qədər hər hansı bir şəxsə GİST-lərin yaranma riskini artırma biləcək spesifik bir səbəb haqqında bilgiler çox məhduddur. 1990-cı illərin axırına qədər GİST-ri non-epitelial şişlər adlandırılırdılar. Patohistoloji cəhətdən bu şişləri digər bəzi mezenximal şişlərdən diferensiasiya etmək mümkün olmurdu. Əvvəllər bu şişlərin sayı əzələ hüceyrələrindən inkişaf etməsini əsas götürərək leyomiomalar kimi təsnif edirdilər. Bədxassəli olduqda isə leyomiosarkoma kimi qiymətləndirilirdi.

İmmunohistokimyəvi və elektron mikroskopiyaya inkişaf etdikdən sonra isə bu patologiyalar GİST adı altında qruplaşdırılırdı. Normada bağırsağ divarında intramural qanqlionda qastrointestinal sistemin peristaltikasını tənzimləyən intestinal Kaxal hüceyrələri olur. Kaxal hüceyrələri içərisində hüceyrədaxili prosesləri tənzimləyən C-kit protein aşkar olunub. GİST-lərin patogenezinə C-kit zülallarının patonkogenlərində mutasiya baş verdiyi güman edilir. Avtonom olaraq C-kit reseptorun aktivləşməsi zamanı tirozinkinaza aktivləşir. Nəticə olaraq hüceyrə böyüməsi təyin olunur və ya apoptoz inhibə olunur. C-kitin immun markeri CD-117-dir. GİST-lərin ən vacib morfoloji xüsusiyyətlərindən biri bu tumorların tanınmasında CD-117 ekspresiyasının olmasıdır. Xəstəlik əlavə xarakter daşıya bilər. 2 sm və daha kiçik ölçülü GİST-lər əsasən asimptomatikdir və digər səbəblərlə əlaqədar aparılan cərrahi əməliyyatlar, radioloji və ya endoskopiyaya zamanı müəyyən olunurlar. Lakin heç bir radioloji və endoskopik müayinə GİST diaqnozunu qoymaq üçün kifayət deyil. Dəqiq diaqnoz üçün biopsiya müayinəsi mütləqdir. Ölçüləri bir neçə mm-lə 35 sm arasında ola bilər. Ən çox rast gəlinən ölçü 5-7 sm arasında dəyişir. Bəzən böyük sürətlə seroz qişadan qarın boşluğuna doğru, bəzən isə polipoid şəkildə traktın mənfəzinə doğru böyüyür. Böyük ölçülü şişlərin mərkəzi hissəsində nekroz və qanaxma ocaqları görünür. GİST-lərdə bir neçə hüceyrə tipi (iyəbənzər, epiteloid, pleomorf, onkositar və s.) müşahidə oluna bilər.

Bütün GİST-lərin maliqnezasiya potensialı vardır. Bu baxımdan onları xoşxassəli və bədxassəli qruplara ayırmaq düzgün deyil. Adətən aşağı, çox aşağı, orta və yüksək risk ifadələri işlədilir. Risk əlamətləri şişin ölçüsünə və mitotik aktivliyə görə dəyərləndirilir. 2 sm-dən kiçik tumorlar adətən xoşxassəli qəbul edilir. Tumorların lokalizasiyasının da proqnostik əhəmiyyəti vardır. Belə ki, eyni ölçü və mitoz sayına malik olan bağırsağ şişləri mədə şişlərinə nisbətən daha bəd gedişə malikdir.

**Diferensial diaqnostika:** Qastrointestinal mənşəli digər mezenximal şişlər həm makroskopik və mikroskopik, həm də diaqnostik xüsusiyyətlərinə görə GİST-lərlə oxşarlıq təşkil edir. Aşağıda bunların bir neçəsi haqqında məlumat verilir.

**Şvannoma:** -S100 ilə yaxşı boyanır,C-kit neqativdir.Bəzi şvannomalarda CD34 pozitiv ola bilər. Lakin onları mütləq şəkildə GİST-lərdən ayırmaq lazımdır, çünki şvannomalar xoşxassəlidir.

**Leyomioma və leyomiosarkoma:** Bu şişlərdə desmin və sayə əzələ aktini pozitivdir,CD34 və C-kit neqativdir.

**Melanoma və angiosarkomalar:** -C-kit pozitiv şişlərdir.Xarakterik immunhistokimyəvi xüsusiyyətlərinə görə fərqlənirlər.

**Yüksək diferensiasiyalı retroperitoneal liposarkoma:** -Bağırsağ divarına bitişik olmasına görə GİST-ə bənzəyir. Lakin ekstramural olması və lipomatoz kütlədən ibarət olması ilə onları fərqləndirməyə imkan verir. Deməli qastrointestinal mezenximal mənşəli şişlərin hamısı stromal deyildir. Bu baxımdan onları GİST-lərdən fərqləndirmək üçün immunomorfoloji mayinə çox böyük əhəmiyyətə malikdir.

## XRONİKİ AUTOİMMUN TİREOİDİT ZAMANI QALXANVARI VƏZİN PREKANSEROGEN PATOLOGİYALARININ PROQNOSTİK DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİNDƏ İMMUNOMORFOLOJİ TRANSFORMASIYANIN ROLU

ƏLİYEV F.X., SADIXOV F.Q., MƏMMƏDBƏYOVA Q.C., MÜZƏFFƏRZADƏ A.Ə.

*Akad.M.A.Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan*

**Mövzunun aktuallığı:** Xroniki autoimmun tireoiditin (XAT) sitomorfoloji diaqnozunun verifikasiyası üçün dəqiq morfoloji meyarlara malik olmaq lazımdır. Bu meyarlar Xasimoto zobunun autoimmun mənşəyi haqqında təsəvvürlərin əldə edildiyi bir dövrdə həm konservativ müalicə seçimi, həm əməliyyata qədərki dövrdə, həm də əməliyyat vaxtı təcili biopsiya şəraitində zəruridir. Histoloji müayinələr zamanı vəzinin parenximasının makrofaq və plazmatik hüceyrə qarışıqlı limfositlərlə ocaqlı və diffuz infiltrasiyası baş verir. Əksər hallarda tiroid follikullar dağılır, onların bazal membranı zədələnmiş olur və xroniki iltihab fonunda vəzin parenximasında fibroz toxumanın inkişafı artmış olur. Nəticədə stromal-mezenximal elementlər follikulyar elementləri sıxışdıraraq atrofik dəyişikliklərə zəmin yaradır. Tədqiqatçıların əksəriyyəti XAT-in atrofik variantı haqqında fikir ilə həmrəydir, lakin XAT-in hipertrofik və ya atrofik variantda inkişaf etməsi məsələsi müzakirə obyektinə olaraq qalmaqdadır.

**Məqsəd və vəzifələr:** İlk dəfə olaraq qalxanabənzər vəzinin strukturunda yaranan histopatoloji dəyişikliklərlə immunomorfoloji proseslər arasındakı əlaqələrin müqayisəli analizini öyrənmək və autoimmun proseslər zəminində hüceyrələrdə ekspressiya olunan sitoplazmatik markerlərlə (tiroglobulin, kalsitonin, sitokeratin, epitelial membran antigenə görə) qalxanvari vəzi xərçənglərinin rastgəlmə ehtimalının üzvün parenximasındakı immun iltihabi hüceyrə infiltrasiyası ilə əlaqəsinə aydınlıq gətirmək. Bu müayinələr qalxanvari vəzi patologiyalarını düzgün dəyərləndirməyə və əməliyyatın həcmi əvvəlcədən təyin etməyə imkan verən əsas amillərdəndir.

**Material və metodlar:** Tədqiqatlar M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində düyünlü ur diaqnozu qoyulmuş 325 xəstə üzərində aparılmışdır. Belə ki, UZİ müayinəsi altında punksiyon biopsiya icra edilmiş və yaxmalar beynəlxalq standartlara uyğun olaraq 2017-ci ildə daha da təkmilləşdirilmiş Bethesda klassifikasiyasına uyğun dəyərləndirilmişdir.

**Yekun:** Alınmış nəticələr aşağıdakı kimi olmuşdur:

35 xəstədən alınan punksiyon biopsiyanın nəticələri yetərsiz kimi dəyərləndirilmiş və təkrari punksiya tövsiyyə edilmişdir.

191 xəstənin İİAB nəticələri xoşxassəli sitoloji yaxma kimi dəyərləndirilmişdir. Bu cür vəzin patologiyaları əksər hallarda xoşxassəli adenomatoz və ya kolloid düyündən ibarət olur.

67 xəstədə İİAB nəticəsi follikulyar neoplaziya şübhəsi olmuşdur. Bu xəstələrdə malign riski 25-40% olur.

28 xəstədə malign şübhəsi diaqnozu qoyulmuşdur. (bu cür patologiyalar 60-75% malign riskli olur; vəzin parenximasında papilyar, follikulyar, medulyar karsinoma və ya limfoma aşkar edilə bilər). Sonradan bu xəstələrin 21-nin əməliyyat materialı bizə daxil olmuşdur. Əməliyyat olunan xəstələrin 14 nəfərində papilyar karsinoma, 2 xəstədə follikulyar karsinoma, bir xəstədə medulyar karsinoma, 4 xəstədə isə follikulyar adenoma aşkar edilmişdir).

4 xəstənin punksiyon biopsiyasının nəticələri konkret malign proses kimi dəyərləndirilmişdir və əməliyyatdan sonra hər 4 xəstədə papilyar karsinoma aşkar edilmişdir.

Bu göstəricilər bir daha əməliyyatdan öncə vəzin punksiyon biopsiyasının klinik yanaşma baxımından nə qədər əhəmiyyətli olduğunu təsdiq edir.

Eyni zamanda bədxassəli şişlərin 70-80%-ində vəzin parenximasında ocaqlı və ya diffuz şəkildə limfoid infiltrasiya aşkar edilmişdir. Bu cür xəstə qrupları da bizim elmi tədqiqat işinin bir fraqmentinə aiddir və şişlərin əmələ gəlməsində immunomorfoloji transformasiyanın əhəmiyyət kəsb etdiyinə dəlalət edir. Lakin bu məsələ bu gün də aktual və mübahisəlidir.

## ORTOTOPIK QARACİYƏR TRANSPLANTASIYASI ZAMANI PORTAL HİPERTENZİYANIN POST-REPERFUZİON SİNDROMUN İNKİŞAFINDA ROLU

ƏLİYEV M.İ., HƏSƏNOV F. C.

*Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi PHŞ,  
Mərkəzi Gömrük Hospitalı, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş.** Ortotopik qaraciyər transplantasiyası (OQT) qaraciyərin ağır xroniki xəstəliyi və kəskin qaraciyər çatmazlığı olan xəstələr üçün yeganə həyatxilas edici müalicə üsuludur. OQT zamanı 3,6-81% hallarında rast gəlinən post reperfüzion sindrom (PRS) çox ciddi həyat təhlükəsi olan ağırlaşmadır. İlk mərhələdə xəstənin ümumi vəziyyətinin ağırlaşması və köçürülən qaraciyər qreftinin qidalanmasının pozulması ilə səciyyələnir. PRS kəskin hemodinamik pozğunluq, artan bradikardiya və aritmiya, ürək-damar çatmazlığı, orta arterial təzyiqlin (OAT) və sistem damar mü-



qavimətinin (SDM) kəskin düşməsi, pulmonar arterial təzyiqin (PAT) və mərkəzi venoz təzyiqin (MVT) kəskin yüksəlməsi ilə özünü biruzə verən fəsadır. PRS ən azı 1-2 dəqiqə davam edən və anhepatik fazadan neohepatik fazaya keçid zamanı donorun qaraciyərinin resipiyyentin qanı ilə reperfuzyasından sonra ilk 5 dəqiqə ərzində baş verən ağırlaşmadır. Bu ağır homeostaz pozğunluqları OQT-da çox ciddi problem olmaqla öz aktuallığını itirməmişdir.

**Tədqiqatın məqsədi** qaraciyər sirrozuna görə qaraciyər köçürülən xəstələrdə intraoperativ dövrdə portal hipertenziya (PH) səviyyəsinin post reperfuzyon sindromunun inkişafı ilə əlaqəsini öyrənməkdir.

**Materiallar və metodlar:** 2018-2023-cü illər ərzində Mərkəzi Gömrük Hospitalında (MGH) 180 qaraciyər sirrozu xəstəsinə qaraciyər transplantasiyası icra olunmuşdur. Bütün xəstələrdə intraoperativ olaraq preanhepatik fazada invaziv yolla portal təzyiq ölçülmüşdür. Araşdırmaya cəlb olunan xəstələrdə qapı venasında (v. Porte) təzyiq 26 - 56 mm c.s. arasında olmuşdur. Qapı venasında olan təzyiqin anhepatik fazadan (transplantasiyadan əvvəl) sonra neohepatik fazada (transplantasiyadan sonra) post reperfuzya sindromunun inkişafı və yaranan hemodinamik pozğunluqların baş verməsində rolunu araşdırmaq üçün xəstələr 3 qrupa bölünmüşlər: I qrup 68 xəstə - PH=26-36 mm c.s.; II qrup 79 xəstə - PH=37-46 mm c.s. və III qrup 33 xəstə - PH=47-56 mm c.s. Hər üç qrup xəstələrdə əməliyyat boyunca preanhepatik, anhepatik fazalarda sistemik arterial təzyiq invaziv yolla monitorizasiya olunurdu. Nativ qaraciyər xaric olunandan sonra alloqreft qaraciyər implantasiya olunmuş, sonra portal və kaval venalara qoyulan sıxıcılar çıxarılmış və donor qreftin reperfuzyası başlanmışdır. Reperfuzya dövründə ilk 5 dəqiqə ərzində hər üç qrup xəstədə sistemik arterial təzyiq ölçülmüş və müqayisəli olunaraq dəyərləndirilmişdir.

**Nəticələrin müzakirəsi.** Qapı venasının diametri 8-12 mm, təzyiq isə norma olaraq 5-10 mm c. s. qəbul edilmişdir. Qapı venasında təzyiqin 12 mm c.s. səviyyəsindən yuxarı olması portal hipertenziya sayılır. Tədqiqata cəlb olunan 180 xəstədən 106-da (58.8%) neohepatik fazada, portal və kaval sıxıcılar çıxandan sonra, müxtəlif dərəcəli hemodinamik qeyri-stabillik baş vermişdir. Bu hemodinamik pozğunluqlar bradikardiya, artimiyalar və arterial hipotenziya kimi müşahidə olunmuşdur. 106 xəstənin hamısında, o cümlədən I qrupa aid olan 37 nəfərdə, II qrupa aid 44 nəfərdə və III qrupa daxil 25 nəfərdə reperfuzya dövründə OAT-ın ilkin göstəricisindən 15 - 30% enməsi müəyyən edilmişdir. Bu hemodinamik pozuntular post reperfuzya sindromu kimi dəyərləndirilmişdir. Beləliklə, aparılan tədqiqatın nəticələri post reperfuzya sindromunun 58.8 % hallarda baş verməsini müəyyən etmişdir. Hər üç qrupa daxil olan və müxtəlif səviyyəli portal hipertenziya qeydə alınan xəstələrdə post reperfuzya pozuntuları müşahidə olunmuşdur. Qeyd etməliyik ki, araşdırmaya daxil edilən 180 xəstədən müxtəlif dərəcəli portal hipertenziası olan 74 pasientdə (41.2%) post reperfuzya sindromu baş verməmişdir. Onlardan I qrupda- 31, II qrupda- 35, III qrupda isə 8 nəfərdə reperfuzyanın ilk 5 dəqiqəsində əhəmiyyətli hemodinamik pozğunluqlar müşahidə olunmuşdur.

**Yekun.** Beləliklə, tədqiqatın nəticələri göstərdi ki, OQT əməliyyatının ağır fəsadlarından biri olan PRS-un əmələ gəlməsində qapı venasında qan təzyiqin rolunu yoxdur. PRS-un baş verməsinə səbəb ola bilən digər risk faktorlarının araşdırılması məqsədilə əlavə tədqiqatların aparılması lazımdır.

## DÜZ BAĞIRSAĞIN ÖN-AŞAĞI REZEKSİYASI ZAMANI ƏSAS TAKTİKİ TƏLƏBLƏR

**ƏLİYEV M.Y., TANRIVERDİ M.H., ZEYNALLI G.F., BABAYEVA R.R.**

*ATU, ümumi cərrahiyyə kafedrası, Bakı "City Hospital", Bakı, Azərbaycan*

Düz bağırsağın ön-aşağı rezeksiyası (DBÖR) əməliyyatı təkə onkoloji xəstəliklərdə deyil, həm də düz bağırsağın bəzi iltihabı, autoimmun, travmatik və digər xəstəlikləri zamanı da icra olunur. Bu əməliyyatın icrası zamanı bir sıra taktiki xüsusiyyətlərə əməl olunması əməliyyatın nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırır. 25 illik təcrübəmiz zamanı işləyib hazırladığımız bir sıra taktiki məsələləri bölüşmək istəyirik:

- DBÖR zamanı şişdən 2 sm distaldan düz bağırsağı rezeksiya etmək bəs edir. Düz bağırsağıç iltihabi xəstəlikləri zamanı isə bu məsafə ən azı 10 sm təşkil etməlidir. Çünki intihabi proses bağırsağ divarına görünən sərhəddən daha uzağa invaziya edir;

- Anastomoz uclarının rəngi çəhrayı, qidalanması yaxşı və bütün qişaları zədəsiz olmalıdır;

- Anastomoz qoyularkən bağırsaqların hər iki ucu bir-birinə heç bir gərginlik olmadan yaxınlaşmalıdır;

- Düz bağırsağ güdülü ilə aşağı edilən bağırsağın ucları arasında sirkulyar steplərlə anastomoz qoyduqda, tikiş dairəsində olan təmas sahəsində hər iki bağırsağın seroz (düz bağırsağda adventisiya qişası) qişaları tiy toxumasından təmizlənmiş şəkildə bir birinə tikilməlidir. Selikli qişalar da bütövlükdə tikiş sahəsində olmalıdır. Cərrahiyyənin bu sadə qaydasına əməl olunmalıdır (yalnız eyni toxumalar bir-birinə tikilir);

- Düz bağırsağın rezeksiyası zamanı distal hissəni 60mm-4,8mm xətti steplərlə tikmək daha yaxşıdır. Ona görə ki, düz bağırsağın ampulyar hissənin divarı qalın olur;

- Bu zaman sirkulyar steplərin seçimi zamanı distal hissənin diametri yox, aşağı endirilən proksimal bağırsağın mənfəzinin diametri daha vacibdir. Adətən ölçü 28-33mm-4,8mm arasında dəyişir. Ümumiyyətlə iri diametrlə tikiş daha etibarlıdır, lakin steplərin ölçüsü bağırsağın proksimal ucuna uyğun gəlməsə, bu anastomozun tutarlılığı heçə enər;



- DBÖR zamanı anal kaqnaldan yeridilən sirkulyar steplerin istiqamətlədirici mili düz bağırsağ güdülünə xətti steplerlə qoyulmuş tikişin başlanğıc və ya son kənarından çıxarılmalıdır. Bu zaman bağırsağ ucları bir-birinə yaxınlaşdırılarkən tikilən anastomozun ancaq bir tərəfində xətti steplerin tikiş xətti olur. Tikiş xəttinin digər ucu sero-seroz tikişlə gözdəndikdən sonra gətirici bağırsağa divarına da tikilir. Bu taktika anastomozu daha tutarlı edir.

Beləliklə, DBÖR zamanı əməliyyatın uğurlu nəticələnməsi üçün yuxarıdakı incə və vacib məqamlara rəyət olunmalıdır. Təklif olunmuş metodla əməliyyat olunmuş 20 xəstədən 18-də DBÖR-dən sonra ağırlaşma olmamışdır. 2 xəstədə isə əməliyyatdan sonra anastomoz nahiyəsinə qoyulan drenajdan qısamüddətli koli-basilyar iyli igrizat olmuşdur. Bu xəstələrdə olan ağırlaşma konservativ tədbirlərlə aradan götürülmüşdür. Releperetomiya və ölüm müşahidə olunmamışdır.

## ABDOMİNOPLASTİKA TƏCRÜBƏMİZDƏN

**ƏLİYEV Y.Q., NƏSİBOV E.Y., ƏLİYEV E.T.**

*Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi,  
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan*

Abdominoplastika aparılmış 2019-2023-cü illərdə 165 xəstənin (Yasamal Hospitalda) müalicə nəticələrinin funksional yaxşılaşdırılma yolları araşdırılmışdır. Abdominoplastika 104 (63%) xəstəyə estetik əməliyyat kimi doğuşdan sonra, "sleeve gastrectomy" əməliyyatından sonra kəskin arıqlama ilə əlaqədar qarının ön divarının relaksasiyasına görə 12 (7,3%), qarının ön divarının ventral yırtıqlarına görə simultan olaraq 6 (3,6%), göbək yırtığı ilə 8 (4,8%), kalkulyoz xolesistitlə yanaşı 3 (1,8%), birtərəfli qasıq yırtığı ilə 3 (1,8%), ikitərəfli qasıq yırtığı ilə 1 (0,6%), uşaqlığın mioması ilə 5 (3,1%) və sonradan arıqlama ilə əlaqədar 23 (14%) xəstədə aparılmışdır. Xəstələr 30-61 yaş qrupu arasında qadınlar olmuşdur.

Simultan laparoskopik əməliyyatlar zamanı troakorlarla yanaşı giriş aponevrozun duplikatura aparılan yerindən açılmışdır.

Kəşik bütün xəstələrdə hipoqastral nahiyədə bikini kəsiyi ilə aparılmışdır. Dəri və dərialtı piy toxuması proksimal istiqamətdə xəncərəbənzər çıxıntıya qədər əsas qasıq nahiyəsində olmaqla üçbucaq şəklində aponevrozdan soyularaq ayrılmışdır. Bütün xəstələrdə düz əzələ diastazı orta xətt boyunca iki sırada duplikatura yaradılaraq prolen sapla tikilib aradan qaldırılmışdır. Bikini kəsiyindən distala doğru budun yuxarı hissəsinə lifting effekti vermək məqsədilə qasıq büküşləri bir qədər mobilizasiya edilmişdir. Mobilizasiya olunmuş dəri-piy losqutu göbəkdən 2 sm yuxarıdan keçməklə kəsilib atılmış, göbəyin yeri dəyişdirilməklə dəri altına 2 ədəd vakumlu drenajlar qoyulmuş və tipik abdominoplastika əməliyyatı icra olunmuşdur. Xəstələr iki gün hospitalizasiyadan sonra kafi vəziyyətdə ambulator müalicəyə göndərilmişdir.

Texniki cəhətdən düzgün icra olunmuş abdominoplastika əməliyyatı estetik baxımdan qadınlarda psixoloji cəhətdən yaranmış diskomfort hissini aradan qaldırmaqla xəstələrin həyat keyfiyyətlərinin yaxşılaşmasına səbəb olmuşdur.

## ERKƏN DÖVRDƏ TƏSDİQ EDİLMİŞ SÜD VƏZİSİ XƏRÇƏNGİNİN MÜALİCƏSİNDƏ ŞUA KOMPONENTİNİN ROLU

**ƏSGƏROVA S.E.**

*"New Vision University" Hospitalı, Tbilisi, Gürcüstan  
Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş.** Süd vəzinin erkən diaqnostikası və müalicəsi müasir təbabətin aktual və həll edilməmiş problemi kimi qalmaqda davam edir. Xəstəliyin erkən diaqnostikası üçün tətbiq edilən müayinə üsullarının zamanında aparılması üçün əhali arasında maarifləndirmənin aparılması vacibdir. Bəzi müəlliflər lokalizasiya edilmiş süd vəzisi xərçənginin erkən mərhələdə mastektomiyayı kifayət hesab edirsə, digərləri kombinə edilmiş müalicənin effektivliyini məqsəduyğun hesab edirlər.

**İşin məqsədi** – süd vəzisi xərçənginin erkən diaqnostikası və müalicəsində şua diaqnostika metodlarının rolunun qiymətləndirilməsi

**Material və metodlar.** Hazırkı tədqiqat işi New Vison Universitet Hospitalında (Tbilisi, Gürcüstan) süd vəzisi xərçəngi diaqnozu ilə prosesin T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> mərhələsində müalicə almış 122 xəstənin müşahidəsinə əsaslanır. Müalicə effektivliyinin öyrənilməsi üçün müalicə almış xəstələr tərəfimizdən 3 qrupa bölünmüşdür: I qrupa 38 xəstə daxil edilmişdir ki, bunların müalicəsində Peyti üsulu ilə mastektomiya icra edilmişdir. II qrupa daxil olanlara (43 xəstə) kombinə edilmiş müalicə qismində Peyti üsulu ilə mastektomiya və şua terapiyası icra edilmişdir. III qrupa isə 41 xəstə daxil edilmişdir ki, digər qruplardan fərqli olaraq bunların müalicəsində orqanqoruyucu əməliyyat – süd vəzisinin sektoral rezeksiyası və müxtəlif növ adyuvant şua terapiyası icra edilmişdir. Sonunculara şua terapiyası toxumadaxili və distansion qamma terapiyası həyata keçirilmişdir.

**Nəticələr və onların müzakirəsi:** müşahidələr tədqiq edilən qrup xəstələr arasında 5 illik yaşama müddətində dürüst fərqlər aşkara çıxarmışdır. Belə ki, I qrupda 5 illik yaşama xəstələrin 92,8 ± 2,1 % -ndə, residivsiz müddət 28,7 ± 3,8 ay təşkil etmişdir. II qrup xəstələrdə analoji göstəricilər 90,5 ± 3,1% və 37,1 ± 2,7 ay, III qrup xəstələrdə isə 94,7 ± 2,1 % və 33,8 ± 8,1 ay təşkil etmişdir. Statistik analizlər müqayisə edilən qruplar arasında statistik fərqləri aşkara çıxarmamışdır ( $p > 0,05$ ).

Lokal residivlərin analizi I qrup xəstələrdə 1,1 ± 0,8 %, II qrupda 0,8 ± 0,6 %, III qrupda 2,3 ± 1,8%. Uzaq metastazlar I qrup xəstələrin 7,6 ± 2,1%, II qrupda 13,9 ± 2,8 %, III qrupda isə 5,9 ± 2,4% təşkil etmişdir.

**Yekun.** Aparılan müşahidələr süd vəzisi xərçənginin erkən mərhələlərində radikal mastektomiya ilə birgə şua terapiyasının tətbiqi uzaq dövrün nəticələrinə əhəmiyyətli təsir etməmişdir. Orqanqoruyucu əməliyyatlara adyuvant şua terapiyası əlavə olunması radikalizmə görə mastektomiya keçirmiş və əməliyyatönlü, eləcə də sonrakı dövrdə şua terapiyası almış xəstələrin nəticələri ilə eynidir.

## SÜD VƏZİSİ XƏRÇƏNGİNİN ERKƏN DİAQNOSTİKASINDA RƏQƏMSAL MAMMOQRAFİYANIN ROLU

ƏSGƏROVA S.E.

New Vision University Hospitalı, Tbilisi, Gürcüstan

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

**Giriş.** Digər bədxassəli neoplazmalar arasında süd vəzisi xərçəngi qadınların ölüm səbəbinə görə birinci yerdədir. Bu, ilk növbədə xəstələrin klinikaya xəstəliyin gecikmiş mərhələlərində müraciət etmələri ilə əlaqədardır. Qadınların profilaktik müayinələrə müraciət etməməsi səbəbindən, nadir hallarda bədxassəli törəməni erkən (preklinik) mərhələdə müəyyən etmək mümkün olur. Ədəbiyyat məlumatları göstərir ki, 41,5-56,5% hallarda süd vəzisi xərçəngi diaqnozu xəstəliyin III-IV mərhələlərində aşkar edilir ki, bu da bu ölüm hallarının artması ilə bağlı müalicə nəticələrini qənaətbəxş etmir. Digər tərəfdən 0,5 sm-ə qədər olan bədxassəli törəmələrin aşkarlanması və zamanında aparılmış cərrahi müdaxilə qənaətbəxş klinik müalicəyə səbəb olur.

**İşin məqsədi** - 40-69 yaşlı sağlam qadınlarda süd vəzisi xərçənginin aşkarlanmasında rəqəmsal mammoqrafiya imkanlarının qiymətləndirilməsi. **Material və metodlar:** Tədqiqat işi New Vision University Hospitalında (Tbilisi, Gürcüstan) 2016-2021-ci illər-də müayinə və müalicə almış 1185 qadın xəstənin nəticələrinin təhlilinə əsaslanmışdır. İxtisaslaşdırılmış iş stansiya-larının monitorlarında mammoqrafik təsvirlərin qiymətləndirilməsi ümumqəbul edilmiş qaydada aparılmışdır. Mam-mogramlar standart proyeksiyalarda - hər döşün yan və ön proyeksiyalarında aparılmışdır.

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** 40-69 yaşlı potensial sağlam qadınlarda rəqəmsal mammoqrafiya müayinəsi döş xərçənginin preklinik formalarını aşkar edə bilər. Tədqiq etdiyimiz xəstələr arasında profilaktik müayinə məqsədi ilə müraciət edən 1185 xəstə arasında ölçüsü 1 sm-dən kiçik olan və digər müayinələrlə də təsdiq edilən süd vəzisi xərçəngi 38 (3,2%) xəstədə aşkar edilmişdir. Tədqiqatın nəticələrinə görə, onkoloji dispanserdə tətbiq edilən müayinələr tələb olunan qaydada patoloji düynələrin qiymətləndirilməsi üçün vacibdir. Klinik göstəricilərin qiymətləndirilməsi ilə birgə mammoqramların skrining qiymətləndirilməsi protokolunun standartlaşdırılması da məqsəddə uyğun görünür.

**Yekun.** Skrining mammoqrafiya müayinəsi onun palpasiya olunmayan süd vəzisinin bədxassəli törəmələrinin aşkarlanmasında yüksək effektivliyi ilə seçilən müayinə üsuludur. Göstərilənlər qadın əhalisinə kütləvi skrining müayinələrinin aparılmasının vacibliyini sübut edir.

## COVID-19 İNFEKSİYALI VƏRƏMLİ XƏSTƏLƏRDƏ İKİNCİLİ İNFEKSİYALARIN ÖYRƏNİLMƏSİ

ƏSGƏROVA.Ş.M, MURQUZOVA.N.M

Elmi-tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutu PHŞ, Bakı, Azərbaycan

**Giriş:** 2021-ci ildə ETAXİ-nin pulmonologiya şöbəsində müalicə alan Covid-19 testi pozitiv təsdiqlənən 106 vərəmli xəstənin bəlgəmi qeyri-spesifik mikrofloraya görə yoxlanılmışdır. Xəstələr arasında kişilər 72 nəfər (68%), qadınlar isə 34 (32%) nəfər təşkil etmişdir. İnfiltrativ vərəm diaqnozu olan xəstələrdə Covid-19 virus infeksiyasına yoluxma daha çox müşahidə edilmişdir. Ümumilikdə, 34 xəstədə (32%) rentgenoloji olaraq destruksiya sahələri aşkar edilmişdir.

**Məqsəd:** Covid-19 təsdiqlənmiş vərəm xəstələrində ikincili mikrofloranın rast gəlmə xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

**Material və metodlar:** Xəstələrdən alınmış bəlgəm sektorla əkilmişdir. Bu zaman Şokoladlı aqar, Qanlı aqar, Saburo mühiti, Duzlu-yumurtalı aqar, Endo aqarı, Müllər -Xinton aqarı, Çəp aqar, Test disklər, Kriqlər aqarı, Şəkərli bulyon və s. kimi diaqnostik mühitlər istifadə edilmişdir. Həssaslıq testi isə disk-diffuziya üsulu ilə aparılmışdır.

**İşin gedişi:** Qidalı mühitlərdə əkmə aparıldıqdan 1-2 sutka sonra izolə olunmuş koloniyaların morfoloji, mikroskopik və biokimyəvi idenfikasiyası aparılmış, sonra isə antibiotiklərə həssaslıq testi qoyulmuşdur. 56 bəlgəm kultu-

rasında mikroflora təyin edildikdən sonra müəyyən olunmuşdur ki, ən çox aşkarlanan flora *Candida* cinsli göbələklərdir. 24 halda (22.6%) bu göbələklərin də 11-i *Candida Albicans*, 13-ü isə *no Albicans* kimi qeyd olunmuşdur. Digər 5 halda *α-hemolitik streptokoklar* (4.7%), 8 halda *Staphylococcus aureus* (7.5%), 2 halda *Klebsiella pneumoniae*, (1,9%), 4 halda *QM(-) çöplər* (3.8%), 1 halda *Pseudomonas aeruginosa* (0,9%), 1 halda *Streptococcus pyogenes* (0,9%), 4 halda *E.Coli* (3,8%), 2 halda *Aspergillus* cinsli göbələklər (1,9%), 2 halda *Enterobacter* (1,9%) və 2 halda da *QM(+)* diplokoklar (1,9%) təyin edilmişdir. Disk-diffuziya yolu ilə antibioqramma aparıldıqda ən yüksək həssaslığı levofloksasin, moksifloksasin, daha sonra ofloksasin və amikasin kimi antibiotiklər göstərmişdir. *Candida* cinsli göbələklərin həssaslığı yoxlanılan zaman ketakonazol antifungal diskinə ən çox həssaslıq alınmışdır.

**Yekun:** Covid-19 infeksiyalı vərəmli xəstələrdə ikincili mikroflora yoxlanılması zamanı ən çox *Candida* cinsli göbələklər aşkarlanmışdır. Bunların da arasında *C.albicans* üstünlük təşkil etmişdir. Bunu nəzərə alaraq, Covid-19 təsdiqlənmiş vərəm xəstələrinin müalicəsinin effektivliyinin artırmaq məqsədi ilə antifungal terapiyanın vaxtında qoşulması tövsiyyə edilə bilər.

## COVID-19 NƏTİCƏSİNDƏ BAŞ VERMİŞ KRDS-UN MÜALİCƏSİNDƏ EKMO-YA QOŞULMA VAXTININ KLİNİKİ NƏTİCƏYƏ TƏSİRİ

HƏSƏNOV F. C., ƏLİYEV M.İ.

Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi PHŞ,  
Mərkəzi Gömrük Hospitalı, Bakı, Azərbaycan

**Giriş.** Epidemik ocağ olaraq 2019-da Çində yaranan və sonra pandemiya səviyyəsində yayılan Covid-19 virusuna yoluxmuş xəstələrdə çoxsaylı, müxtəlif xarakterli ağır fəsadlarla qarşılaşdıq. Covid-19 virusunun damar və bronxiolların epitelini zədələmə xüsusiyyəti yüksək olduğundan respirator ağırlaşmalar daha çox rast gəlirdi. Nəticədə tənəffüs çatmazlığının dərinləşməsi və kəskin respirator distress sindromun (KRDS) inkişafı baş verir və bu da öz ağır proqnozu ilə intensivistləri çıxılmaz vəziyyətdə qoyurdu. Ağciyərlərin süni ventilyasiyasının (ASV) müxtəlif rejimlərdə tətbiqi, ağciyər toxumasının total zədələnməsi, yəni tənəffüs səthinin kəskin azalması səbəbindən, gözlənilən effekti vermir və beləliklə letallıq faizi artır. Belə hallarda ekstrakorporal membran oksigenasiyanın (EKMO) veno-venoz (VV) və ya başqa variantının tətbiqi xəstələrin həyatının xilas üçün son ümid variantı kimi qəbul edilir. Burada EKMO tətbiqi qərarının vaxtında verilməsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

**Tədqiqatın məqsədi.** ASV aparılan KRDS xəstələrində VV EKMO-ya göstərişin qoyulması və başlanması vaxtının kliniki nəticəyə olan təsirini öyrənməkdir.

**Materiallar və metodlar.** Covid-19 pandemiyası dövründə Mərkəzi Gömrük Hospitalında (MGH), 2020-2022 ci illər ərzində, reanimasiya şöbəsində 300-dən artıq müalicə alan xəstələrdən ağır vəziyyətdə olan 18 nəfərin EKMO-ya qoşulması təmin olunmuşdur. Bu tədqiqatda MGH-dan 18 və başqa klinikadan 2 xəstə olmaqla, müalicə prosesində EKMO tətbiq olunmuş 20 xəstənin nəticələri təhlil olunmuşdur. Bu 20 xəstə 3 qrupa bölünmüşdür: I qrup - MGH-in reanimasiya şöbəsinə qəbul olunub, invaziv və qeyri invaziv mexaniki ventilyasiyon dəstəkdə olan və MGH-da VV EKMO-ya qoşulan 8 xəstə; II qrup - digər klinikaya qəbul olunub ASV davam etdirilən və VV EKMO-ya qoşulmaq üçün MGH-in reanimasiya şöbəsinə köçürülən 10 xəstə və III qrup - digər tibb müəssisində ASV davam etdirməklə və həmin klinikanın özündə EKMO tətbiq olunmuş 2 xəstə. Bütün xəstələr klinikaya qəbul olunan gündən kliniki, laborator və instrumental müayinələrdən keçmişlər. Vital funksiyalar və parametrlər nəzərə alınaraq ( $SpO_2$ ,  $FiO_2$ ,  $PaO_2/FiO_2$  – oksigenasiya indeksi, arterial qan qazları, qanın qələvi turşu münasibəti, hemodinamik, metabolik və s. göstəricilər) xəstələr ardıcıl sürətdə və müxtəlif vaxtlarda qeyri invaziv, invaziv tənəffüs dəstəyi (ASV) almalarına baxmayaraq hipoksemiyanın dərinləşməsi davam etmiş və EKMO-nun VV variantının aparılması qərarı verilmişdir.

**Nəticələrin müzakirəsi.** Tədqiqat olunan 18 xəstədən 8-ə MGH-in reanimasiya şöbəsində endotraxeal intubasiya olunaraq ASV və sonradan EKMO-nun VV variantı tətbiq olunmuşdur. Bu xəstələrə EKMO-nun tətbiq edilməsinə ASV aparılmasının 7-ci günü tamamlanmamış (əsasən 12-72 saat ərzində), kliniki gedişatə və laborator göstəricilərə əsaslanaraq, başlanmışdır. EKMO-nun erkən tətbiq edildiyi bu 8 xəstədən 4-nün vəziyyətində, EKMO tətbiqinin 10-16-cı günləri arasında, klinik və laborator göstəricilərdə yaxşılaşma baş vermiş, onlar EKMO aparatından müvəffəqiyyətlə ayrılımış və müalicə sağalma ilə nəticələnmişdir. Digər klinikalardan MGH-in reanimasiya şöbəsinə köçürülən və ilkin müalicə aldıkları xəstəxanada uzun müddət (7 və daha artıq gün) qeyri invaziv və invaziv ASV dəstəyindən asılı olan xəstələrə MGH-da EKMO-nun VV variantının tətbiqi qərarı verilmişdir. II qrupa daxil olan bu 10 xəstədən 1-nin vəziyyətində, müalicənin 2-ci həftəsində, klinik və laborator göstəricilərdə nəzərə çarpacaq dərəcədə yaxşılaşma olmuş, pasienti EKMO aparatından ayırmaq mümkün olmuş və müalicə sağalma ilə nəticələnmişdir. Qalan 8 xəstənin müalicəsi letallıqla nəticələnmiş, 1 xəstə isə müalicə üçün EKMO ilə xarici ölkəyə evakuasiya olunmuşdur. III qrupa aid olan 2 xəstəyə ASV müalicəsinin 7-ci günündən sonra EKMO-nun VV variantı tətbiq olunmuş və müalicə uğursuzluqla nəticələnmişdir. Beləliklə, nəticələrin ilkin təhlili göstərir ki, ASV effektiv olmayan xəstələrdə EKMO-nun VV variantının erkən tətbiqi ölüm faizini azaldır və sağalma şansını artırır.

**Yekun.** Covid-19 nəticəsində inkişaf etmiş və ağır klinik gedişatlı KRDS xəstələrin konvensiyonal, yəni ənənəvi, ümumi qəbul olunmuş kompleks müalicə üsulları effektiv olarsa və, xüsusən, son 7 gün ərzində müxtəlif rejim-



lərdə aparılan ASV-dən heç bir müsbət dinamika olmazsa, artıq EKMO üsulunun tətbiqi qərarı verilməlidir. Tədqiqat nəticəsində əldə olan məlumatlar deməyə əsas verir ki, həm Covid-19 və həm də 7 gün ərzində aparılan ASV nəticəsində ağciyər toxumasında, atsinuslarda geridönməz pozğunluqlar, fibrotik dəyişikliklər baş verdiyindən EKMO üsulunun tətbiqi qərarı gecikdirilmiş və proqnoza ciddi mənfi təsir edən hesab olunur.

### KƏSKİN MƏDƏ-BAĞIRSAQ QANAXMASININ KARDİOMARKERLƏRİN SƏVIYYƏSİNƏ TƏSİRİ

HƏSƏNOV F.C., MURADOV N.F., NAMAZOVA K.N., ABBASOVA M.T., ƏSGƏROVA G.A., MUSAYEVA N.Z., KƏRİMOV Q.Ə., MƏMMƏDOVA G.C.

AR SN akad. M.Topçubaşov adına ECM, Anesteziologiya-reanimasiya şöbəsi, Bakı, Azərbaycan

**Giriş.** Kəskin mədə-bağırsağ qanaxmaları (MBQ) dövr edən qan həcminin azalmasına, koagulopatiyalara, şok və hemodinamik pozğunluqların yaranmasına səbəb olur. Kəskin qanıtırmə nəticəsində periferik perfuziyanın pisləşməsi, mikrosirkulyator pozğunluqlar və, beləliklə, bütün orqan və toxumalara oksigen və nutrientlərin təminatında yetərsizlik baş verir. Bu homeostaz pozğunluqları koronar qan dövrünün və ürək fəaliyyətinin də pisləşməsinə, xüsusən, daha intensiv şəkildə ürəyin xronik işemik xəstəliyi (ÜXİ) ilə əziyyət çəkən pasientlərdə, səbəb olur və həyat üçün yüksək risk faktoru yaradır.

**İşin məqsədi** kəskin mədə-bağırsağ qanaxmalarının kardiomarkerlərin səviyyəsinə təsirini öyrənmək olmuşdur.

**Material və metodlar.** Tədqiqat işi 2020-2022-ci illər ərzində akademik M.Topçubaşov adına ECM-in Reanimasiya şöbəsində (187 xəstə) və Bakı Medi-Club klinikasında (32 xəstə) MBQ diaqnozu ilə müalicə alan xəstələrin klinik laborator müayinələri əsasında aparılmışdır. MBQ diaqnozu anamnestic, klinik, laborator və instrumental müayinələrin (Fibroözefagoqastroduodenoskopiya - FÖQDS, rentgenoloji və göstəriş olduqda KT, MRT) əsasında qoyulmuşdur. Xəstələrə qanın ümumi və biokimyəvi analizləri, tənəffüs, metabolizm və kardiopaneləri, geniş koagulogramma, EKQ, qanın qələvi-türşü müvazinəti öyrənilmiş, müəyyən qrup pasientlərə texniki təminat imkan verildikdə, beyinnatriyuretik peptid (BNP), ExoKQ icra edilmişdir. Aşağıdakı 3 mərhələdə: I – xəstə reanimasiya şöbəsinə daxil olduqda; II – 24 saat sonra və III – 48 saat sonra BNP, kreatinkinaza MB, troponin, mioqlobin analizləri edilmiş, EKQ və ExoKQ aparılmışdır.

**Nəticələrin müzakirəsi.** MBQ nəticəsində baş verən hemodinamik pozğunluqlar, eyni zamanda, metabolik və mikrosirkulyator statusun pisləşməsinə və, beləliklə, ürək əzələlərinin də qidalanmasının pozulmasına səbəb olur. Miokardın oksigen və nutrientlərlə qidalanmasının pozulması ürək biomarkerlərinin qanda miqdarının artmasına səbəb olur. Ürək biomarkerlərindən beyin natriyuretik peptid (BNP), kreatinkinaza, troponinlər və mioqlobin əsas olan göstəricilərdən hesab olunur. BNP əsasən ürək qulaqcıqlarının əzələləri tərəfindən ifraz olunan peptid hormondur. Bu hormonun sintezi kalsiy ionları tərəfindən stimulyasiya edilir və su-duz mübadiləsinin tənzimlənməsində mühüm rol oynayır. Ürəyin sol mədəciyinin funksional çatmazlığı zamanı BNP-nin sintezi və qanda səviyyəsi yüksəlmiş olur. Bizim müayinələr göstərdi ki, MBQ ilə klinikaya daxil olan xəstələrdə BNP-in səviyyəsi ilkin vəziyyətdə  $15207,4 \pm 1363,7$  pg/ml olduğu halda, II gün  $10395,4 \pm 1003,9$  pg/ml və III gün  $4521,7 \pm 491,7$  pg/ml səviyyəsinə qədər, statistik dürüst olaraq, azalmışdır. Kreatinkinaza MB səviyyəsində olan dinamika da: I mərhələ -  $28,1 \pm 3,8$ ; II mərhələ -  $22,4 \pm 2,8$  və III mərhələdə -  $16,0 \pm 2,0$  U/l göstəricilərlə ilkin yüksək olan kardiomarkerlərin azalma istiqamətində dəyişdiyi müəyyən edildi. Digər kardiomarkerlərin də qanda səviyyəsinin eyni tendensiyada olduğunu, yəni həm troponinlərin: I mərhələ -  $13,8 \pm 2,1$ ; II mərhələ -  $8,5 \pm 0,9$ ; III mərhələ -  $5,7 \pm 0,5$  ng/ml və həm də mioqlobinin: I mərhələ -  $57,8 \pm 7,6$ ; II mərhələ -  $34,2 \pm 2,5$  və III mərhələ -  $28,6 \pm 2,3$  ng/ml görürük. Tədqiqatın II və III mərhələlərində kreatinkinaza, troponinlər və mioqlobinin qanda təyin olunan səviyyələrinin, I mərhələ ilə müqayisədə, statistik dürüst olaraq, azaldığı və normal rəqəmlərə yaxınlaşdığı aydın oldu.

**Yekun.** Kəskin MBQ dərini homeostaz pozğunluqlarına, o cümlədən hemodinamik qeyri stabilliyə, mikrosirkulyator və metabolizm pozğunluqlarına, anemiyaya səbəb olur. Nəticədə koronar qan dövrünü pozğunluqları inkişaf edir, ürəyin yığılma qabiliyyəti pisləşir və bu vəziyyət kəskin koronar sindromun yaranmasına səbəb ola bilər. MBQ ilə klinikaya daxil olan, xüsusən ürəyin xronik işemik xəstəliyi ilə əziyyət çəkən, aorta-koronar şuntlama, koronar stendləmə keçirən xəstələrin müayinə planına EKQ ilə yanaşı ExoKQ, qanda kardiomarkerlərin təyini daxil edilməlidir. Bu qrup xəstələrə hər hansı hemostatik dərman preparatlarının işlədilməsi məsləhət deyil və eyniqruplu eritrositar kütlə, təzə dondurulmuş plazmanın müvafiq dozaları ilə yanaşı lazımı kardioloji müalicənin aparılması tövsiyyə olunur.

### ANTİKOAQULYANT VƏ ANTİAQRƏQANT MÜALİCƏSİNİN MƏDƏ-BAĞIRSAQ QANAXMASI FƏSADLARI

HƏSƏNOV F.C., MURADOV N.F., NAMAZOVA K.N., ƏLİYEV M.İ., ABBASOVA M.T., ƏSGƏROVA G.A., MƏMMƏDOVA G.C.

AR SN akad. M.Topçubaşov adına ECM, Anesteziologiya-reanimasiya şöbəsi, Bakı, Azərbaycan

**Giriş.** Ürəyin xronik işemik xəstəliyi (ÜXİ) ilə əziyyət çəkən pasientlər uzun müddət antikoagulyant (AK) və/və ya antiaqreqant (A A) xarakterli dərman preparatlarını qəbul edirlər. Bu xəstələr əsasən konservativ kardial müa-



licə alan, ürək damarlarına stend qoyulan və aorta-koronar şuntlama əməliyyatına məruz qalmış pasientlərdir. AK və AA müalicə alan xəstələrin, müəyyən səbəblərdən, mədə və 12 b.b.-in selikli qişasının bu preparatların zədələyici təsirindən qorunması çox zaman diqqət mərkəzində olmur.

**İşin məqsədi** ürəyin xronik işemik xəstəliyinə görə davamlı olaraq AK və AQ müalicə alan xəstələrdə baş vermiş mədə-bağırsaq qanaxmasının AK və AQ müalicəsi ilə qarşılıqlı münasibətini araşdırmaq olmuşdur.

**Material və metodlar.** 2015-2019-cu illər ərzində akademik M. Topçubaşov adına ECM-nin Anesteziologiya-reanimasiya şöbəsində MBQ diaqnozu ilə 457 xəstə müalicə almışdır. Bunlardan 150 pasientin kliniki materialları xəstəxanaya daxil olduğu andan ilk sutka ərzində intensiv terapiya baxımından təhlil edilmişdir. 150 xəstədən 100 nəfəri (66,67%) kişi, 50 nəfəri (33,33%) qadın, 20-95 (56,44±21,03) yaşlarında, boyları 158-178 sm (166,0±5,01), çəkisi 40-109 kq (73,81±7,56) olmuşdur. MBQ diaqnozu anamnestik, klinik, laborator və instrumental müayinələrin (Fibroözefagoqastroduodenoskopiya-FÖQDS, rentgenoloji və göstəriş olduqda KT, MRT) əsasında qoyulmuşdur. Xəstələrdə qanın ümumi və biokimyəvi analizləri, tənəffüs, metabolizm və kardioloji panellər, geniş koagulyogramma, qanın qələvi-turşu müvazinəti, EKQ, ExoKQ müayinələri aparılmış, müəyyən qrup xəstələrə texniki təminat imkan verdikdə, beyinnatriuretik peptidin (BNP) qanda səviyyəsi öyrənilmişdir. Qeyd edilən bu pasientlərdə MBQ-a səbəb aşağıdakı patologiyalar olmuşdur: 75 xəstədə (50%) onikibarmaq bağırsağın xorası; 22-də (14,67%) mədə xorası; 8-də (5,33%) qida borusu venalarının varikozu; 20-də (13,34) mədənin maliqnezasiya etmiş xorası; 10-də (6,67%) mədənin Bilrot II üsulu ilə rezeksiyasından sonra anastomozun peptik xorası; 6-da (4%) Mellori-Veys sindromu; 5-də (3,33%) qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra selikli qişaların nekrotik zədələnməsi və 4 xəstədə (2,67%) qida borusunun aşağı 1/3 hissəsinin törəməsi.

**Nəticələrin müzakirəsi.** Kardioloji patologiya riski baxımından xəstələr aşağıdakı yaş qruplarına bölünmüşlər: 20-40 yaş - 20 (13,33%); 41-50 yaş - 12 (8%); 51-60 yaş - 46 (30,67%) və 61≥ olan 72 (48%) xəstə olmuşdur. 20-40 yaşlı 20 xəstədən 6 pasientin anamnezində, yanaşı olaraq revmatoid artrit və bronxial astma xəstəliyi ilə bağlı müalicə prosesində, davamlı olaraq hormonal-steroid və iltihab əleyhinə qeyri steroid (İƏQS) dərman preparatları per oral və inyeksiyon olaraq qəbul etdikləri müəyyən olunmuşdur. 150 xəstənin 64 nəfəri (42,66%) anamnezində antiaqreqant, müxtəlif antikoagulyantlar, steroid və iltihab əleyhinə qeyri steroid (İƏQS) dərman preparatlarını davamlı olaraq qəbul etdiklərini qeyd etmişlər. Belə ki, 58 nəfəri (38,67%) antiaqreqant, 3 nəfəri (2%) steroid və 3 nəfəri (2%) isə İƏQS dərman preparatından istifadə etmişdir. Bu preparatların təsiri mədə və 12 b.b.-in selikli qişasının eroziv zədələnməsinə və nəticədə MBQ baş verməsinə səbəb olmuşdur. 150 xəstədən yalnız 4 pasient mədə və 12 b.b. selikli qişasını qoruyucu preparatlardan sporadik olaraq qəbul etdiklərini qeyd etmişlər.

**Nəticə.** Ürəyin xronik işemik xəstəliyinə görə davamlı olaraq AK və AQ müalicə alan xəstələrin mədə-bağırsaq sistemi daimi nəzarətdə olmalı və periodik olaraq mədənin proton pompası inhibitorları və / və ya H<sub>2</sub>-histamin reseptorları blokatorları preparatlarını qəbul etməlidirlər. nd the deformation caused by it. Both focal and multifocal neuropathies develop in these patients.

## ÜMUMİ ANESTEZİYANIN ADEKVATLIQ KRİTERİYALARININ ELMİ-KLİNİK VƏ PRAKTİKİ-KLİNİK BAXIMDAN DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

HƏSƏNOV F.C., QASIMOVA S.Ə., MURADOV N.F., NAMAZOVA K.N., QULİYEV R.İ.  
AR SN akad. M.Topçubaşov adına ECM, Anesteziologiya-reanimasiya şöbəsi, Bakı, Azərbaycan

**Giriş.** Cərrahi əməliyyat zamanı toxumalara olan mexaniki təsir, ağrı, qanıtirmə, termorequlyasion və s. pozğunluqlar çoxtərəfli stressor faktor olaraq orqanizmdə neyrofizioloji və neyroendokrin disbalansın baş verməsinə səbəb ola bilərlər. Klinik anesteziologiyanın bilavasitə vəzifəsi bu disbalansın qarşısını almaq, baş verən pozğunluqları korreksiya etmək, xəstə üçün maksimal rahat və təhlükəsiz vəziyyət yaratmaqla cərrahi əməliyyatın icrası üçün normal tibbi-texniki şəraiti təmin etməkdir. Bu tələb olunan vəziyyətə, yəni anesteziyanın adekvatlığına, homeostazın aşağıdakı göstəricilərinə əsasən qiymət verilir: klinik; hormonal status; neyrofizioloji parametrlər (EEQ, bispektral indeks - BİS monitorinq, elektromiografiya -EMQ); biokimyəvi və metabolik göstəricilər.

**İşin məqsədi** ümumi anesteziyanın gedişinə nəzarət və idarə olunmasında adekvatlıq kriteriyalarının informativlik xüsusiyyətlərini müqayisəli olaraq dəyərləndirmək olmuşdur.

**Material və metodlar.** Tədqiqatlar AR SN akad. M.A.Topçubaşov adına ECM və AR DİN-in Respublika Həspitalında 2015-2019-cu illər ərzində, qarın boşluğu orqanlarının müxtəlif ağır patologiyalarına görə genişhəcimli cərrahi əməliyyatlara məruz qalmış 92 xəstə üzərində aparılmışdır.

Xəstələr 21-79 yaşında, boyları 165,8±1,3 sm (152-182 sm), orta bədən çəkiliəri 77,7±3,0 kq (42-109 kq) olan, 52 kişi (56,5%) və 40 qadıncı (43,5%) ibarət olmuşlar. Hemodinamik göstəricilərdən sistolik (SAT), diastolik (DAT), orta (OAT) və nəbz (NAT) arterial təzyiqləri, mərkəzi venoz təzyiq (MVT), ürək vurğularının sayı (ÜVS), arterial qanda oksihemoglobin faizlə miqdarı (SpO<sub>2</sub>), QTM, qanın qaz tərkibi və metabolizm göstəriciləri dinamikada öyrənilmişdir. Bu parametrlərin daimi monitorinqi ilə yanaşı tədqiqatın 3 mərhələsində: I – ilkin, əməliyyatdan öncə; II – əməliyyatın ən travmatik, stressor anlarında və III – əməliyyat bitdikdən 30 dəqiqə sonra hormonal statusu əks etdirən göstəricilər (AKTH, kortizol, prolaktin, qanda şəkərin və insulinin səviyyəsi) öyrənilmişdir. Əzələdaxili premedikasiyadan sonra ümumi anesteziyanın gedişi dövrünü tam əhatə etməklə narkozun dərinlik dərəcəsi və şüurun səviyyəsi, digər göstəricilərlə birlikdə, BİS (Bispektral indeks) monitor vasitəsilə dəyərləndirilmiş, frontal əzələlərin elektromiografik (EMQ) göstəricilərinə əsasən miorelaksasiyanın vəziyyəti qiymətləndirilmişdir.

**Nəticələrin müzakirəsi.** Stressor hormonlardan AKTH və kortizolun qanda səviyyəsinin dinamikasında eyni bir tendensiya, öxşar dinamika müəyyən olunmuşdur. Beləki, əməliyyatın premedikasiyanın ümumi qəbul edilmiş qayda və dozalarda aparılmasına baxmayaraq, xəstə cərrahi əməliyyat masasına götürülərkən «non stress» vəziyyətini əldə etmək mümkün olmamışdır. Premedikasiya məqsədilə istifadə edilən preparatların daha yüksək dozalarını tətbiq etmək ümumi anesteziyaya induksiyadan öncəki dövrdə hemodinamik və tənəffüs pozğuluqlarının baş vermə riskinin yüksək olması baxımından heç də məqsədəuyğun hesab edilə bilməz. Diqqət cəlb edən məqamlardan biri də tədqiqatın II mərhələsində, yəni cərrahi əməliyyatın ən stressor dövründə, BIS monitor, hemodinamik və metabolik göstəricilərin (SAT, DAD, OAT, ÜVS, SpO<sub>2</sub>, QTM) ümumi anesteziyanın tam adekvatlığına dəlalət etməsinə rəğmən, stressor hormonların qanda səviyyəsinin yüksək olaraq qalmasıdır. Buradan belə bir maraqlı və olduqca düşündürücü bir sual meydana çıxır. Ümumi anesteziya zamanı tam non stressor vəziyyəti əldə etmək cəhdi nə qədər məqsədəuyğun ola bilər? Bu suala cavab kimi qəbul edilə bilən, ikinci bir sualı qoymaq olar ki, məgər insan gündəlik həyatında tam «non stress» vəziyyətində olur, və ya ola bilirmi? Əlbəttə ki, yox! Həm də, nəzərə alsaq ki, stresslər həm müsbət və həm də mənfi xarakterli qıcıqlardan baş verə bilər! Tədqiqatın III mərhələsində, yəni cərrahi əməliyyat bitdikdən 30 dəqiqə sonra, cərrahi stressin artıq bitdiyi bir dövrdə, stressor hormonların qanda səviyyəsinin, statistik dərəcə olaraq, düşdüyünü, lakin hələ də, normal səviyyəyə çatmadığını görürük. Bu vəziyyəti isə adaptasion mexanizmlərin belə qısa zamanda hormonal homeostazı hələ tam kompensasiya edə bilməməsi ilə izah etmək olar. Bunun əksinə olaraq homeostazın hemodinamik, tənəffüs, qanın qaz tərkibi göstəricilərinin normallaşması ilə birlikdə BIS monitor parametrlərinin də artıq oyanma fazasına uyğun olduğu müəyyən edilmişdir. BIS-in göstəricisi I mərhələdə premedikasiyadan sonra 95,95±0,48% olmuşdur. II mərhələdə bu göstərici 52,02±0,14% qədər enərək, anesteziyanın tam adekvat olmasına dəlalət etməklə, I mərhələ ilə müqayisədə 1,84 dəfə az ( $t_1=29,6$ ) olmuşdur. II mərhələdə, cərrahi əməliyyatın ən travmatik anlarında, BIS monitorun göstəricisi anesteziyanın dərinliyinin adekvat olaraq davam etdiyinə dəlalət etmişdir. III mərhələdə, cərrahi əməliyyatın sonunda, yəni artıq xəstənin ümumi anesteziyanın ayılma mərhələsinə keçdiyi dövrdə, BIS monitorun göstəricisi 96,07±0,12%-ə qədər artmışdır və bu rəqəm I mərhələ ilə müqayisədə 1,0 dəfə ( $t_1=5,9$ ), II mərhələ ilə isə 1,85 dəfə ( $t_2=21$ ) çoxluq təşkil etmişdir.

**Nəticə.** Anesteziyanın adekvatlığının qiymətləndirilməsində elmi-kliniki və praktiki-kliniki yanaşma prinsipinə əsaslanmaq məqsədəuyğundur. Aparılan anesteziyanın adekvatlığını praktiki-kliniki cəhətdən qiymətləndirmək üçün klinik, hemodinamik, qaz mübadiləsi, metabolizm, BIS monitor və EMQ göstəriciləri tam yetərli hesab edilə bilər. Beləki, bu göstəricilər anesteziyanın hər hansı konkret anı haqda daha tez məlumat almağa kifayət edir və, bununla da, onun təhlükəsizliyinə və operativ idarə edilməsinə imkan verir. Qanda stressor hormonların səviyyəsinin dinamikası isə, informativlik baxımından, daha çox elmi-kliniki dəyərlərə malikdirlər və müxtəlif anesteziya növlərinin bir-biri ilə müqayisəsi baxımından mühüm əhəmiyyət kəsb edirlər.

## ETİOPATOGENETİK FAKTORUN KƏSKİN RESPİRATOR DİSSTRESS SİNDROMUN KLİNİK GEDİŞİNƏ TƏSİRİ

HƏSƏNOV F.C.<sup>1</sup>, QULİYEV K.Ə.<sup>2</sup>, ABBASOVA M.T.<sup>1</sup>, ƏSGƏROVA G.A.<sup>1</sup>, QULİYEV R.İ.  
AR SN akad. M. Topçubaşov adına ECM, Bakı Medical Plaza, Bakı, Azərbaycan

**Giriş.** Kəskin respirator distress sindrom (KRDS) ağciyərlərdə alveola-kapilyar membranın bütün elementlərinin (endotelial, interstisial, kapilyar və alveolyar) endo- və ekzotoksiki faktorların təsirindən, birincili və ya ikincili olaraq, zədələnməsi nəticəsində baş verən ağır gedişli tənəffüs çatmazlığı, hipoksemik vəziyyətdir. Letallıq göstəricisi 27-45%, bəzi mənbələrə görə 80%-ə qədər yüksək olan KRDS-un inkişaf etməsi prosesində etiopatogenetik faktorun birincili ağciyərmənşəli və ya qeyri ağciyərmənşəli variantları müəyyən edilir. Birincili ağciyərmənşəli dedikdə ağciyərlərin baro-, mexano-, volyumo-, bio-, atelekto- və s. travmalar nəticəsində zədələnməsindən baş verən KRDS başa düşülür. Qeyri ağciyərmənşəli KRDS isə ilkin intakt olan ağciyərlərin ağır şok, sepsis, destruktiv pankreatit, bəzi dərman preparatları və s. faktorların zədələyici təsiri nəticəsində inkişaf edən patologiyadır.

**İşin məqsədi** etiopatogenetik faktorun KRDS-un klinik gedişinə təsirini öyrənmək olmuşdur.

**Material və metodlar.** Tədqiqat işi 2019-2021-ci illər ərzində Bakı Medical Plaza (BMP) klinikasının (Babək filialı) Reanimasiya şöbəsində, KRDS diaqnozu ilə müalicə almış 68 çox ağır xəstənin klinik materialları əsasında aparılmışdır. Xəstələr 22-88 yaşlarında, 43 kişi və 25 qadın olmuşlar. Bunlardan 21 xəstə birbaşa BMP klinikasına müraciət etmiş, 47 xəstə isə digər tibb müəsisələrindən BMP-ya köçürülmüşdür. Bu pasientlərdə KRDS-in inkişafına səbəb əşyaqıdakı patologiyalar olmuşdur: Covid-19 fəsadı ilə 39 xəstə, iki tərəfli pnevmoniya-10, septik şok-6, ağciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi-3, kəskin böyrək çatışmazlığı-2, öd yollarının karsinoması, qaraciyərin sirrozu, sepsis-1, aspirasion pnevmoniya-1, politravma-2, QİÇS-1, miasteniyaya gravis-1, peritonit 2 xəstə. KRDS diaqnozu anamnez, klinik status, instrumental (ağciyərlərin rentgen, KT müayinəsi) və laborator müayinələrə (qanın ümumi və biokimyəvi analizi, qan qazları, QTM, oksigenasiya indeksi – PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> və s.) əsasən qoyulmuşdur. Xəstələrin vital funksiyaları daimi monitor nəzarətində olmuş, vəziyyətlərinə uyğun olaraq ardıcıl surətdə və növbələnməklə invaziv və qeyri-invaziv süni tənəffüs dəstəyi aparılmışdır.

**Nəticələrin müzakirəsi.** KRDS diaqnozu ilə müalicə alan 68 xəstədən 29-da letallıq baş vermişdir ki, bu da 42,7% təşkil edir. Müalicəsi uğursuz olan 29 xəstədən 20-də KRDS-un inkişaf etməsinə səbəb Covid-19 patologiyası olmuşdur ki, bu da ümumi letallıq göstəricisinin 69%-ni təşkil edir. Ümumi ölüm göstəricisi 42,7% olduğu halda, Covid-19 səbəbindən inkişaf etmiş KRDS letal nəticənin 29,4%-ni, KRDS-ə səbəb digər patologiyalar isə 13,3%-ni

təşkil etmişdir. Beləliklə, diqqət yetirdikdə görürük ki, KRDS-un həm inkişaf etməsində və həm də letal nəticə ilə sonlanmasında Covid-19 patologiyası, digər ilkin qeyri ağciyərmənşəli patologiyalarla müqayisədə, statistik dürrüst olaraq, üstünlük təşkil edir. Buna səbəb olaraq Covid-19 virusunun həm, ona çox həssas olan, ağciyər alveola-kapilyar membran strukturunun zədələnməsi ilə yanaşı, həm də bütün orqanizmdə damar kapilyar strukturunun zədələnməsi nəticəsində geniş mikrosirkulyator pozğunluqlara yol açması və trombohemorragik sindromun inkişafında triqger rolunu oynaması barədə düşünmək olar.

**Yekun.** Qeyri ağciyərmənşəli xəstəliklər səbəbindən inkişaf etmiş KRDS-un klinik gedişinə ilkin patologiyanın xarakteri də ciddi təsir edir. Beləki, Covid-19 virusunun həm ağciyər alveola-kapilyar membranına, həm də eyni zamanda bütün ürək-damar sisteminin kapilyar endotelinə iltihabi-toksiki təsiri güclü və, həmin strukturlar üçün, seçici olduğundan KRDS-un klinik gedişində daha çox fəsadlarla qarşılaşırıq və letallıq səviyyəsi də, digər patologiyalarla müqayisədə, yüksək olur.

## AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA YOGUN BAĞIRSAĞIN İLTİHABI XƏSTƏLİKLƏRİNİN SON İLLƏRDƏKİ DİNAMİKASI

HİDAYƏTOVA V.Ə., SƏLİMOV T.M., SADIQOV B.İ., ŞAMXALOV Z.M.,  
HÜSEYNOVA X.Q., XƏLİLOV V.M., KƏRİMOVA T.M., İBRAHİMOV M.R.

*Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan*

**Məqsəd:** Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM-nin gastroenterologiya şöbəsinin məlumatları əsasında yoğun bağırsağın iltihabi xəstəliklərini (BİX) öyrənməkdir.

**Materiallar və metodlar:** 2019-2022-ci illər ərzində mədə - bağırsağ traktının patologiyası ilə 12430 xəstə müayinə olunmuşdur. Diaqnozun verifikasiyası anamnezin, endoskopik (kolonoskopiya, rentgenoskopiya), laborator (qanın ümumi analizi, nəcisin ümumi analizi, CRZ ("C" reaktiv zülal), kalprotektinin nəcisdə təyini müayinələrinin və histoloji tədqiqatların nəticələrinə əsaslanırdı.

**Nəticələr:** BİX 485 xəstədə aşkar olundu, (3.9%), bunlardan 348-i xorali kolit (XK) (71.8%), 137-də Kron xəstəliyi (KX) (28.27%) idi. Kişilər 257 (53%) nəfər, qadınlar 228 (47%) nəfər təşkil edirdi. Yaş həddi 18-68 arası təbəddüd edilir.

Xorali kolit zamanı yoğun bağırsağın total zədələnməsi 24 (6.9%), soltərəfli zədələnmə 181 (52%), rektosigmoid nahiyənin zədələnməsi 143 (41%) xəstədə müşahidə olunur.

Kron xəstəliyindən əziyyət çəkən xəstələrdən 98-də (71.53%) ileokolit, yoğun bağırsağın subtotal zədələnməsi 21 (15.33%) xəstədə, proktit 18 (13.14%) xəstədə aşkar olundu. Bütün BİX olan xəstələrin xəstəliklərinin ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirərkən nəzərə almaq lazımdır ki, yüngül gedişli 262 (54%), orta ağır gedişli 155 (32%), ağır klinik gedişli 68 (14%) xəstədə müşahidə olundu. BİX-nin müxtəlif illərdə aşkarlanma tezliyini təhlil edərkən, qeyd olundu ki, 2019-cu ildə bütün halların 13%-də (63 xəstədə), 2020-ci ildə 22% (107 xəstədə), 2021-ci ildə 28% (135 xəstədə), 2022-ci ildə 37% (179 xəstədə) aşkar olundu.

**Yekun:** Axır illərdə alınmış nəticələr BİX-in daim artmasını və ağır gedişli olmasını göstərir.

## SÜMÜK OYNAQ VƏRƏMİNİN UZAQ NƏTİCƏLƏRİ

İBRAHİMOV R.N., KƏRİMOV R.B., KƏRİMOVA K.M., EYVAZOVA G.R.

*Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutu Publik Hüquqi Şəxs, Bakı, Azərbaycan*

Antibiotiklərin geniş tətbiqi, xəstəliklərin maskalanmış şəkildə özünü biruzə verməsi sümük oynaq vərəminin diaqnostikasında çətinliklər yaradır. Sümük oynaqlarda iltihabi xəstəliklər çox müxtəlif səbəblərdən yarandığından (zədələnmə, başqa orqan və toxumalarda olan iltihabi proseslər, immun sistemin zəifləməsi, cərrahi əməliyyatlar və s.) və erkən mərhələdə klinik əlamətlərin çox oxşar olması etioloji diaqnostikanı mürəkkəbləşdirir.

**Tədqiqatın məqsədi** – Azərbaycan Respublikasında sümük oynaq vərəminin uzaq nəticələrinin öyrənilməsi

**Material və müayinə metodları.** Qoyulmuş məsələnin həlli üçün ETAXI-nin Ağciyərdən kənar orqanların vərəmi şöbəsində 2017–2022-ci illərdə müayinə və müalicə alan 361 xəstə üzərində sümük oynaq vərəminin müalicəsinin uzaq nəticələri, 298 sümük oynaq vərəmi olan xəstələrdən 244 xəstədə araşdırılıb. Yerdə qalan 54 xəstə ilə müxtəlif səbəblərdən əlaqə saxlamaq olmamışdı. Yaxın qohumları vəstəsi ilə bu xəstələrin vəziyyəti öyrənilib və qənaətbəxş olduğu aydınlaşıb. Sümük oynaq vərəminin kliniki müayinəsi kompleks şəkildə aparılıb. Xəstəliyin diaqnozunun dəqiqləşməsində və təyininə xarakterik əlamətlər, cərrahi əməliyyat və biopsiya materiallarının laborator müayinələri, tuberkulin diaqnostika, Quantiferon testi, Rayt Hedderson reaksiyası, MRT həlledici rol oynamışdır.

**Nəticə və müzakirələr.** Araşdırmada sümük oynaqlarının iltihabi xəstəliklərinin etiologiyasında vərəm, qeyri-vərəm (stafilokokk, bruselloz, streptokokk, bağırsağ siflis və s.) infeksiyası və şiş əsas rol oynamışdı. Anamnezi toplayan zaman əsas diqqət: xəstəlik müddətinə, ümumi və lokal xarakterli şikayətlərə, kəskinləşmələrə, aparılan müalicəyə xüsusi fikir verilmişdir. 237 (65,7%) xəstədə ağrıdan şikayət məhdud və vaxtaşırı şəkildə olmuşdur. Nisbi sakitlik zamanı bu ağrılar sakitləşmişdir, 124-də (34,4%) isə intensiv ağrılar müşahidə olmuşdur. 127 (35,2%) xəstə-



də nevroloji pozğunluqlar qeydə alınmışdır. Müxtəlif intoksikasiya simptomları birinci qrupdan 191 (52,9%) xəstədə: ümumi zəiflik, tərləmə, hərarətin yüksəlməsi (37-38), iştahsızlıq, ikinci qrupda isə 49-də (13,6%) yüksək hərarət (39-40) və intoksikasiya əlamətləri təyin edilmişdir. Anamnezə, kliniki-laborator, Rentgen, USM, KT, MRT əsasən xəstəlik müddəti və prosesin fazası təyin edilmişdir. Hemoqrammada aşağıdakı dəyişiklər aşkar edilmişdir: anemiya, zəif leykositoz, leykoformulanın sola meyilli, EÇS artması müşahidə olunub. Vərəmə görə immunoloji müayinələr birinci qrupda 136 (37,7%) xəstədə müsbət, 71 (19,7%) şübhəli, 91 (25,2%) mənfəi olmuşdur. İkinci qrupda isə 11 (3,1) xəstədə müsbət, 14 (3,9%) şübhəli, 38 (10,5%) mənfəi olmuşdur. Mantu sınağı 209 (57,9%) xəstədə müsbət, 27 (7,5%) nəfərdə şübhəli, 62 (17,2%) xəstədə mənfəi olub. Vərəm xəstələri ilə kontakt birinci qrupdan 81 (22,4%), ikinci qrupda 11 (3,1%) xəstədə qeydə alınmışdır. Qanda vərəm mikobakteriyaları 11 (3,1%) PZR müsbət, 98 (27,2) xəstədə mənfəi olub.

Əməliyyat materialının PZR müayinəsi 17 xəstədən 17 (100%) müsbət olmuşdu. Əməliyyat materiallarının bakterioloji müayinəsində birinci qrupda 8 (11,8%) müsbət, 60 (88,2%) xəstədə mənfəi, ikinci qrupun 100% mənfəi olub. Əməliyyat materialının sitoloji müayinəsində I qrupda 54 (79,4%) müsbət, 14 (20,6%) mənfəi olub. İkinci qrupda isə 18 (30,5%) müsbət, 41 (69,5%) mənfəi müşahidə edilib. Quantiferon testi birinci qrupda 73 xəstədən 70 müsbət (95,8%), 3 (4,1%) şübhəli, 8 (7,8%) mənfəi olub. İkinci qrupda 42 xəstədən 4 (9,5%) şübhəli, 38 (90,5%) mənfəi olub. 124 (34,4%) xəstədə (I qrup) produktiv irinli iltihabi komponent, 174-də (48,2%) irinli eksudativ proses aşkar edilərək 20 ml-dən 2,4 litrə kimi abses aşkar edilmişdir. 162 (44,9%) xəstədə spesifik prosesə başqa orqanlarda da rast gəlinmişdir: 19 (5,3%) xəstədə diz oynağının vərəminə, 5-də (1,4%) böyrəklərin, 5-də abdominal (1,4%), 35 xəstədə (9,7%) periferik limfa vəzilərinin vərəmi, 62 (17,2%) ağciyər vərəmi aşkar edilmişdir.

Xroniki böyrək çatmamazlığı olub dializ olunan xəstələrin 2-də vərəm spondiliti (0,6%), onurğanın osteomyelitinə 17 (4,7%) müşahidə edilmişdir. Prosesin lokalizasiyası 4 (1,2%) boyun, 61 (24,8%) xəstədə döş, 81 (32,9%) xəstədə döş-bel, 85 (35,6%) xəstədə bel, 15 (6,1%) xəstədə isə bel-oma nahiyəsində aşkar edilmişdir. Araşdırma aparılan 36 (14,7%) ağciyərlərin ocaqlı vərəmi, 15 (6,1%) infiltrativ, 3 (1,1%) kavernoza, 3 (1,1%) xəstədə isə ağciyərlərin səpələnmiş klinik forması aşkar edilmişdir. Bu xəstələrdən 22 (8,9%) xəstədə funksional tənəffüs pozğunluğu təyin edilmişdir.

**Yekun.** Apardığımız tədqiqat nəticəsində aydın olur ki, sümük oynaq vərəminin diaqnostikasi qeyri-spesifik iltihabi proseslərlə, şiş, exnokokk, brüselloz, bexterev və s. xəstəliklərlə aparılmalı idi. Prosesin erkən dövründə kulturanın kasadlığı prosesin mənşəyini aşkar etməyə çətinlik yaradır və vərəm mikobakteriyaları eksər hallarda aşkar edilmir. Son 3 ildə ETAXİ müayinə olunmuş 361 xəstədə sümük oynaq vərəmi xəstələrin 93,1% diaqnozun təyininə vərəm mikobakteriyaları aşkar edilmir. ETAXİ müraciət edən xəstələrin 17,5% qeyri-vərəm, 68,1% hallarda vərəm mənşəli sümük oynaq vərəmi aşkar edilib. Uzaq nəticələri oyrənmək üçün tədqiqat 298 xəstə üzərində aparılıb və bu xəstələr həm konservativ (94,3%), həm də cərrahi (5,7%) əməliyyat olunan xəstələr olub. Antibakterial terapiya dövründə 32 (10,7%) xəstədə antibakterial dərmanlara (HRZE) qarşı allergik və ya toksiki reaksiya müşahidə olunub. 3 (1,0%) xəstədə İzoniazidə və Rifampisinə qarşı davamlılıq aşkar edilmişdi.

Bələliklə, vaxtında aparılan müalicə zamanı reperativ proseslər sürətlə gedir və onurğanın (oynağın) anatomik-fizioloji funksiyası 1,5 ilə kimi tam bərpa olduğu halda – gecikmiş vəziyyətlərdə reperativ proseslər çox ləng gedir, 2-3 il davam edir və anatomik-fizioloji funksiyalarda dəyişikliklərə səbəb olur. Müəyyən edildi ki, 231 (77,1%) xəstədə yaxşı nəticə əldə edilmişdi. Bu xəstələrdə erkən diaqnostika və vaxtında aparılan müalicə sayəsində sümüklərdə geridönməz proseslər başlamadığından 173 (58,1%) xəstədə oynaqarası (ya da fəqərəarası sahə) məsafənin daralması müşahidə edilməklə anatomik-fizioloji funksiyalar tam bərpa olunmuşdu.

Gecikmiş diaqnostika və gecikmiş müalicə zamanı reperativ proseslər sümük toxumasının avaskulyarizasiyası səbəbindən çox ləng gedib və sümük ankilozu (bloku), fibrozlaşma 102 (34,2%) xəstədə 2-3 il müddətində yaranıb və anatomik-fizioloji funksiyalarda dəyişikliklərə səbəb olub.

## PARAZİTLƏRİN LOKALİZASİYASINDAN ASILI OLARAQ SEROLOJİ REAKSİYALARIN EFFEKTİVLİYİ

İBRAHİM XƏLİLOVA A.Ə.

V.Y.Axundov adına ETTPI İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

**Tədqiqat işinin** məqsədi parazitlərin lokalizasiyasından asılı olaraq seroloji reaksiyaların effektivliyinin müqayisəli təhlilindən ibarətdir.

**Tədqiqatın material və metodları.** Exnokokkozlu xəstələrdən götürülmüş 174 qan nümunəsi dolayı hemoaglutinasiya (DHAR) və immunoferment analizi (İFA) metodları üzrə müayinə edilmişdir. Exnokokkozun seroloji diaqnostikasında son zamanlar ən çox istifadə edilən DHAR və İFA metodlarının həssaslığı parazitlərin müxtəlif lokalizasiyalarında müqayisəli yoxlanılmışdır.



**Parazitin lokalizasiyasından asılı olaraq DHAR və İFA metodlarının həssaslığı**

Parazitin lokalizasiyası	Qan zərdablarının sayı	Müsbət nəticə alınan qan zərdabları					
		DHAR		İFA		DHAR+İFA	
		Müt.r	%	Müt.r	%	Müt.r	%
Qaraciyər	94	89	94,7±2,3	92	97,9±1,4	94	100
Ağciyərlər	31	28	80,7±7,1 P>0,05	24	77,4±7,5 P>0,05	27	87,1±6,0 P<0,05
Qaraciyər və ağciyərlər	21	21	100	21	100	21	100
Qarın boşluğu	12	12	100	12	100	12	100
Qarışıq lokalizasiyalar (qaraciyər, ağciyərlər, qarın boşluğu)	16	16	100	16	100	16	100
Cəmi	174	163	93,6±1,9 P>0,05	165	94,8±1,7 P>0,05	170	97,7±1,1 P>0,05

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** Cədvəldən görüldüyü kimi exinokokkoz xəstələrinin qan zərdabının seroloji müayinəsi zamanı DHAR və İFA-nın həssaslığı 93,6±1,9% və 94,8±1,7% ( $p>0,05$ ) olmuşdur.

Parazitin ağ ciyər lokalizasiyasında həm DHAR 80,7±7,1% ( $p>0,05$ ), həm də İFA-nın 77,4±7,5% ( $p>0,05$ ) həssaslığı, qara ciyər lokalizasiyasına nisbətən 94,7±2,3% ( $p>0,05$ ) və 97,9±1,4% ( $p>0,05$ ) az olmuşdur.

Parazitin qara ciyərin ağ ciyərlə birgə lokalizasiyasında, qarın boşluğu və digər qarışıq lokalizasiyalarında DHAR və İFA-nın həssaslığı 100% olmuşdur. Hər iki metodun birgə istifadəsi xəstəliyin seroloji diaqnostikasının effektivliyini artırır. Bizim tədqiqarlarda orta hesabla onun həssaslığı 97,7±1,1% ( $p>0,05$ ), parazitin ağ ciyər lokalizasiyasında 87,1±6,0% ( $p<0,05$ ), digər lokalizasiyalarında 100% olmuşdur.

Spesifik antitellərin orta geometrik titrləri də parazitin lokalizasiyasından asılı olaraq fərqlənir. Belə ki, DHAR ilə müayinə zamanı spesifik antitellərin orta titri qaraciyər lokalizasiyasında 5136, ağciyər lokalizasiyasında 1124, ağciyər və qaraciyər birlikdə 3984, qarın boşluğunda 14168, qarışıq lokalizasiyalarda 18687, İFA ilə müqayisədə isə müvafiq olaraq 4098, 1242, 3258, 9687, 1216 olmuşdur.

DHAR ilə müayinə zamanı orta hesabla spesifik antitellərin orta titri 2468, İFA ilə müayinə zamanı 2320 olmuşdur.

Göründüyü kimi parazitin lokalizasiyasından asılı olaraq immunoloji müayinələrin nəticələri dəyişir. Ona görə də exinokokkozun ilkin diaqnostikasının effektivliyinin artırılması üçün parazitin lokalizasiyası nəzərə alınmalıdır.

## QARIN BOŞLUĞUNUN ABSESLƏRİNİN AZ-İNVAZİV MÜALİCƏSİNİN MUQAYİSƏLİ XUSİYYƏTLƏRİ

**İSAYEV H.B., ƏLİYEVƏ E.A., BABABƏYLİ E.Y. ƏLİYEVƏ G.B., BABABƏYLİ N. E.**

*Naxçıvan Dövlət Universitetinin Tibb Fakültəsi, Naxçıvan, Azərbaycan*

**Mövzunun aktuallığı:** Qarın boşluğunun abseslərinin (QBA) müalicəsi abdominal cərrahliğin aktual problemi olaraq qalır. Patoloji ocaqlar, bağırsağ möhtəviyyatının periton boşluğuna dağılması, sızması hesabına, peritonitlərin və portal venanın piyemiyası nəticəsində əmələ gəlir. Diametri 5 sm-dən kiçik olan tək abseslərin iynə aspirasiyası, 5 sm-dən böyük olan tək və çoxsaylı abseslərin kateter yerləşdirilməsi məsləhətdir. (Sormaz I.C, et al. 2017, Kulhari M et al. 2019; Bababeyli E.Y et al. 2022).

**Material və metodlar.** Tədqiqat işində 2014-2022 cü illərdə qarın boşluğunun irinli absesinə görə cərrahi müalicə alan 326 xəstənin nəticələri araşdırılmışdır. Xəstələrin 192 (58,9%) qadın, 134 (41,1%) kişi olmuşdur. Əsas qrup 178 (54,6), nəzarət 148 (45,4%) xəstə olmuşdur. Orta yaş 52,2±16,7 təşkil etmişdir.

**Nəticələrin müzakirəsi:** Nəzarət qrupda müxtəlif növ ağırlaşmalar 47 xəstədə (31,8%), residiv 8 (5,4%) və letallıq 5 (3,4%) olmuşdur. Xəstələrin stasionarda yatma müddəti 16,5±2,6 çarpayı günü olmuşdur. Əsas qrupda müxtəlif növ ağırlaşmalar 39-unda (21,9%), residiv 5 (2,8%) və 2 (1,1%) letallıq müşahidə edilmişdir. Xəstələrin stasionarda yatma müddəti 7,2±0,8 çarpayı günü olmuşdur. Diametri 5 sm və ya ondan kiçik abseslər 66 (37,1%) xəstədə, dəriarası iynə ilə punksiya. 5 sm-dən böyük 112 (62,9%) xəstədə rast gəlinmişdir. Diametri 5 sm və ya ondan kiçik abseslər drenajlanma və kateterizasiya proseduru birinci dəfədən (N=48), ikinci dəfədən (N=14) və ya üçüncü dəfədən (n=3) həyata keçirilmişdir. Diametri 50 mm-dən böyük absesləri xəstədə birinci dəfədən (N=96), ikinci dəfədən (N=14) və üçüncü dəfədən (n=2) müvəffiqiyyətlə aparılmışdır. Biz maksimum 2 dəfədən artıq müdaxilə effekt vermirsə, üçüncü cəhddən imtina edilməli və fasiləsiz drenaj kateter daxil edilməlidir.

Beləliklə müqayisəli qiymətləndirilməsi sağalma 1,5 dəfə yüksəlmiş, ağırlaşmalar 1,2 dəfə, residiv 1,6 dəfə, letallıq 2,5 dəfə azalmışdır. Qarın boşluğu abseslərinin az-invaziv üsulu, açıq drenajlanma metoduna nisbətən ol-duqca sadə, asan, sərfəli, kiçik ölçülü, kosmetik kəsiklər, sağalma tezliyi yüksək, çarpayı günü qıssa, maliyyə xərc-ləri aşağı, ucuz və daha çox effektivdir.

## BOŞLUQDAXİLİ ABSESLƏRİNİN FASILƏLİ VƏ FASILƏSİZ ÜSULLARININ MUQAYISƏLİ TƏHLİLİ

**İSAYEV H.B., ƏLİYEVƏ E.A., BABABƏYLİ N., E., ƏLİYEVƏ G.B., BABABƏYLİ E.Y.**

*Naxçıvan Dövlət Universitetinin Tibb Fakültəsi, Naxçıvan, Azərbaycan*

**Mövzunun aktualığı.** Son illər biz mininvaziv (KT, USM-nəzarəti altında, laparoskopik və s.) üsulla döş və qarın boşluğu abseslərini drenajlanmasını müvəffəqiyyətlə yerinə yetirmişik. Mininvaziv əməliyyatlardan sonra ağır-laşmalar üzvdaxili 12,6 - 14,2%, üzvxarici 3,4-6,8% təşkil edir. (Ahmed S. et al 2016, Serraino C. et al 2018, Moha-med Abbas. 2019, Algin A et al 2020, Bababəyli E. Y -2022.

**Materiallar və metodlar.** 2019-2021-ci illərdə izlənen Doş və qarın boşluqlarının irinli absesi olan 48 xəstənin tədqiqatı araşdırılmışdır, qadınlar 32, kişilər 16 olmuşdur. Orta yaş 14,4 -51,2 yaş təşkil etmişdir (18-75 yaş arasında). Ənənəvi əməliyyatlardan sonra ağırlaşmalar 12,9-15,0%, letallıq 5,6-7,8. Mininvaziv əməliyyatlardan sonra ağır-laşmalar 6,9-3,5,0%, letallıq 2,6-1,8. rast gəlinir. Abseslərin müalicəsində laparoskopik və perkutan cərrahi üsulların tətbiqindən sonrakı ağırlaşmalar 3-8%, residiv 0,3-0,7%, letallıq 0,3-5,3%- enmişdir.

Nəticələrin müzakirəsi. Fasiləlidəriarası iynə ilə aspirasiya və boşluğa antibiotik yeritmə 18(37,5%) xəstədən, N=16-ın da (64%) birinci dəfədən, N=8-in də (32%) ikinci dəfədən N=1-in də (4%) üçüncü dəfədən əməliyyat yerinə yetirilmişdir. Fasiləsiz aspirasiya-drenajlama (PCD) üsulu 30(62,5%) xəstədə aparılmışdır. 50mm və ya ondan az diametri abseslərdə PCD uğurla həyata keçirilmişdir. Qaraciyərin abseslərinin KT və ya USM-lə idarə olunmasında PCD metodu iynə ilə dəriarası aspirasiya üsuluna nisbətən olduqca effektiv və xəstələr üçün sərfəlidir.

Aparılan müalicənin effektivlik göstəriciləri, klinik, laborator, anamnestik, KT, USM rentgenoloji tədqiqatların və xəstəlik tarixlərinin elmi təhlili ilə müəyyən edilmişdir. Uğurlu müalicənin kriteriyaları KT və Ultrasəslə abses boşluğunun görünlülənəsi, ocaqlı törəmənin abses boşluğunun kiçilməsi, itməsi və yaxud xeyli miqdarda azalmasıdır. Abses-lərin müalicəsində Laparoskopik və Perkutan üsullar, açıq drenajlamaya sağlam həyat üçün alternativı ola bilər.

## BİLİAR SİRROZUN EKPERİMENTAL MODELİ ZAMANI QARACİYƏRİN QAN DÖVRANIN ÖYƏRNİLMƏSİ

**İSKƏNDƏROV E.A.**

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

**Giriş:** Ödün axının qarşısı alınması səbəbindən yaranan mexaniki sarılıq uzun müddət davam etdiyi zaman bilier sirroz kimi qorxulu ağırlaşmaya səbəb ola bilər. Sirroz fonunda müalicə üçün istifadə edilən dərmanların effektivliyi qaraciyərin qan təchizatından çox asılıdır.

**Tədqiqatın məqsədi:** Eksperimental bilier sirroz modeli fonunda qaraciyərin qan dövranında meydana çıxan dəyişikliklərin müəyyən edilməsi və ağırlıq dərəcələrinin dəyərləndirilməsi.

**Material və metodlar:** Tədqiqat işi Almanyanın Bonn Universitet klinikasının eksperimental tədqiqatlar korpusunda, çəkisi 250 – 280 qram olan ağ siçovullar üzərində icra edilmişdir. Bilier sirroz modelinin yaradılması üçün siçovulları qarın boşluğu açılmış, ümumi öd axarı tapılmış və iki liqatura ilə bağlanaraq, düyünlər arasından kəsilmişdir. Siçovullar xüsusi qəfəsdə yerləşdirilmiş və 4 həftə müddətində gözlənilmişdir. 4 həftə sonra təkrar əməliyyat götürülmüş və qaraciyərin qan dövranı lazer dopler üsulu ilə, portal qan dövranı isə portal floumetriya üsulu ilə öyrənilmişdir. Qaraciyər rezeksiyası icra edilmiş, rezeksiyadan 1, 3 və 24 saat sonra müayinələr təkrarlanmışdır. Nəzarət qrupunda olan 10 siçovulda isə rezeksiya bilier sirroz modeli yaradılmadan aparılmışdır.

Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi IBM SPSS 17 proqramı vasitəsilə icra edilmişdir.

**Nəticələr:** Model yaradıldıqdan 4 həftə sonra siçovullarda qaraciyərin ölçüləri böyümüş, rəngi tünd-yaşımtıl rəngdə, öd axarları genişlənməmişdir. Qaraciyərin qan dövranı parametrləri arasında lokal qan axını, eritrositlərin fırlanma sürəti, səthi və dərin toxumaların qanla doyması göstəriciləri öyrənilmişdir. Tədqiqat zamanı Doplerografik parametrlərin əməliyyatdan 1 saat sonra qan dövranının ümumi həcmnin rezeksiyadan əvvəlki göstəricilər ilə müqayisədə yüksəlməsi: səthə yaxın 123,81±23,43 - 197,31±20,05 ml/perf.vah. (p<0,05), dərin toxumalarda 435,43±45,46 - 551,55±13,69 ml/perf.vah. (p<0,05) enməsi müşahidə edilmişdir. Bu zaman qarın venası ilə gələn qan kütləsinin intensivliyinin 32,10±1,24ml/dəq. – dən 25,80±1,71ml/dəq. (p<0,05) enməsi qeydə alınmışdır. Sonrakı müşahidələr zamanı qan dövranının daha pisləşməsi, toxumaların qanla doymasında əhəmiyyətli çatmazlığın olması diqqəti çəkmişdir. Nəzarət qrupunda isə rezeksiyadan sonra qaraciyər qan axınının ümumi həcmnin və hemoqlobinin nisbi miqdarının dürüst olmayan azalması, qan axınının 24 saat sonra normallaşması, aşkar edilmişdir.

**Yekun:** Bilier sirroz modeli fonunda qaraciyərin mikrosirkulyator hövzəsində ciddi pozğunluqlar müşahidə edilir. Sirroz fonunda aparılan qaraciyər rezeksiyası isə orqanın qan təchizatında olan işemik-hipoksik vəziyyəti daha da ağırlaşdırır. Lazer dopler üsulu ilə qaraciyərin qan təchizatının səthi (4 mm dərinlik) və dərin (8 mm) toxumalarda öyrənmək mümkündür. Portal floumetriya isə qarın venası ilə qaraciyərə gələn qanın həcmnin ölçülməsinin obyektiv müayinə üsuludur.

## GENİTAL PROLAPSI OLAN QADINLARDA UROGENİTAL POZĞUNLUQLARIN KOMPLEKS DİAQNOSTİKASI

KAMİLOVA N., MİRZƏYEVƏ X., ABBASOVA R., VƏLİYEVƏ S.

*Azərbaycan Tibb Universitetinin 1-ci Məməliq-Ginekologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş:** Genital Prolaps (GP) əsasən yaşlı qadınlarda çox rastlanan, onların həyat keyfiyyətinə təsir edən, təkrari cərrahi korreksiya tələb edən patolojiyalardandır. Kiçik çanaq orqanlarının prolapsına fəsadlaşmış vaginal doğuşlar, hormonal çatmamazlıq, birləşdirici toxumanın displaziyası, çanaq dibi və bağ aparatının zəifləməsi kimi amillər aiddir.

Genital prolaps prosesi dərinləşdikcə xəstələrdə sidik qaçırma, xroniki ağrı sindromu, cinsi disfunksiya, nəcis qaçırma ilə yanaşı iltihabi ağırlaşmalar da baş verir.

**Aktuallıq:** Genital prolapsı olan qadınlarda kompleks klinik-laborator-USM ilə yanaşı uroloji pozğunluqların uflorometriya, sistometriya tətbiqi ilə diaqnostikasının aparılması vacib və aktualdır.

**Tədqiqatın məqsədi:** Genital prolaps ilə yanaşı urinal inkontinans, anal inkontinans, perineal problemlərlə birlikdə cinsi disfunksiyanın kompleks diaqnostik meyarlarının hazırlanması olmuşdur.

**Material və metodlar:** Tədqiqata cəlb olunan xəstələrə 50-əsas qrup və 35-nəzərət qrupu\sosial-demoqrafik-klinik məlumatlar üçün sorğu vərəqələri PFDİ-20 \Pelvic Floor Distress Inventory\ və PFİQ-7 \Pelvic Floor Impact Question\ təqdim olunub. Genital Prolaps Bader və Uolker \1992\ təklif etdiyi "yarım kəmiyyət" sistemi və aparıcı nöqtə prinsipinə uyğun qiymətləndirilmişdir. Genital prolapsı olan xəstələrin şikayəti, anamnez məlumatları, müalicənin xəstə tərəfindən subyektiv və obyektiv qiymətləndirilməsi, sakit və gücənmə zamanı ginekoloji müayinə, klinik-laborator-hormonal analizlər. Bonney, Valsava, Pad, Marshal testləri icra olunub.

Urodinamik tədqiqatlar USM, Rentgen, müayinələri ilə yanaşı Uflorometriya-sidik kisəsinin boşalma və dolma mərhələsində fəaliyyətinin integrativ kompleks qiymətləndirilməsi olmuşdur. Profilometriyada uretrada təzyiq dəyişikliklərinin qrafik təsviri öyrənilmişdir. Burada uretranın uzunluğu, maksimal intrauretral təzyiq, sidik axınının maksimal həmi, orta sidiyə getmə sürəti, maksimum sürətə çatma vaxtı və s. öyrənilmişdir.

MRT ilə GP və Sidik qaçırmanın qeyri-invaziv diaqnostikasi, əsasən prolapsın III və IV dərəcəsinə, vaginal kistlər, uretral divertikullar, paravezikal kistlər, uşaqlıq miomasi və s. differensasiya aparılmışdır.

Tədqiqata görə Genital prolapsı olan perimenopauzal yaşdakı qadınlarda sistosel-34.9%, rektosel-18.6% təşkil etmişdir. Bu xəstələrdə birləşdirici toxuma displaziyası, kollagen liflərin sistemli şəkildə dəyişikliyi və hormonal disbalans müəyyən olunmuşdur. Buna fəsadlı vaginal doğuşları, iri dölün doğulması, aralığın travmaları, vulvovaginal atrofiyalar, artıq çəki, piylənmə təkan vermişdir.

**Nəticə:** Beləliklə, tədqiqatda Genital prolapsı olan qadınlarda Sidik qaçırmanın diaqnozunda Uflorometriyanın \sistometriyaya görə\informativliyi – diaqnostik prosedurlar kompleksinin alqoritmi hazırlanaraq öyrənilmişdir ki, bu da fərdi olaraq xəstə üçün optimal-konservativ müalicə üsulunu seçməyə, residivləri azaltmağa və qadının həyat keyfiyyətini yüksəltməyə imkan vermişdir.

## AHİL VƏ QOCA YAŞLI XƏSTƏLƏRDƏ PİLORODUODENAL XORALARIN KLİNİKİ VƏ MORFOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

KAZIMOV İ.L., ƏLİYEV F.X., ƏFƏNDİYEV M.S.

*M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Mövzunun aktuallığı:** Mədə və 12 barmaq bağırsağın peptiki xorası həzm sisteminin ən çox yayılmış patolojiyalardan biridir. Xəstəliyin atipik klinik təzahürləri ilə klassik klinik mənzərəsini nəzərə alaraq, yaşlı yaş qruplarında olan xəstələrdə tibbi yardımın göstərilməsi bəzi tibbi və sosial problemlərlə əlaqələndirilir. Ahıl və yaşlı insanlarda piloroduodenal xoraların tezliyi 10-23% arasında dəyişir. Əgər 50 yaşdan cavan xora xəstəliyi olan şəxslərdə qanaxmanın baş verməsi riski 11-13% təşkil edirsə, yaşlı şəxslərdə bu rəqəm 25% və daha çoxdur. Qastroenteroloqların şübhəsiz nailiyyətlərinə baxmayaraq, 60 yaşdan yuxarı xəstələrdə piloroduodenal xoraların ağırlaşmalarının dərəcələri azalmağa meyilli deyil.

**Tədqiqatın məqsədi:** Ahıl və qoca yaşlı insanlarda piloroduodenal xoraların klinik-morfoloji xüsusiyyətlərini araşdırmaqdır.

**Tədqiqatın material və metodları:**

2012-2021-ci illər ərzində 62 yaşdan 89 yaşına qədər 75 xəstədə piloroduodenal xoraya görə müayinə və müalicə alan xəstələrin nəticələrinin analizi aparılmışdır. Bütün xəstələr M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində müayinə və müalicə olunub. Xəstə kontingentinin əksəriyyətini kişilər – 43 (57,3%), 32 (42,6%) nəfərini isə qadınlar təşkil etmişdir. Xəstələrin orta yaşı 74,5 ± 2,5 ildir. Xəstələrin hamısına endoskopik müayinə aparılaraq mədə və 12 barmaq bağırsaqda xora ətrafı selikli qişada morfoloji dəyişikliklər, klinik və biokimyəvi qan və sidik analizləri, rentgenoqrafiya, elektrokardiografiya və qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsini əhatə edən hərtərəfli müayinələr icra edilmişdir.

Endoskopik müayinə zamanı xoraların lokalizasiyasına, ölçüsünə və formasına, həmçinin bu orqanların mukozasının vəziyyətinə xüsusi diqqət yetirilmişdir. Xəstələrin konservativ müalicəsi Avropa Qastroenteroloqlar Assosiyasının tövsiyələrinə uyğun olaraq aparılmışdır.

**Tədqiqatın nəticələri:** Əksər hallarda xoraların diametri 1.3sm -dən böyük olmamışdır. Xoraların forması əsasən oval görünüşlü olmaqla xroniki xora kimi qiymətləndirilmişdir. Əksər hallarda xoraların duodenum soğanığında və duodenal ampulun arxa divarında yerləşməsi diqqət çəkmişdir.

Endoskopik görüntü ilə morfoloji müayinələrin nəticələri uyğunluq təşkil etmişdir. Belə ki, bütün hallarda xoranın kənarları mədənin pilorik hissəsinin epiteliositlərinə bənzəyən bir qədər yastı hiperxromlu selikli qısa epitelilə örtülmüşdür.

*Helicobacter pylori* (HP) 82% hallarda mədə metaplaziyası bölgələrində aşkar edilmişdir və HP infeksiyasının dərəcəsi əsasən orta (++) və ya yüksək (+++) hesab olunmuşdur. Belə ki, mikroskopiyada Gimza üsulu ilə boyamada 25-45 arası mikrob aşkar edilmişdir.

Xora defektlərin dibindən və kənarlarından alınan biopsiya nümunələrinin histoloji müayinəsi zamanı müəyyən edilmişdir ki, bütün xəstələrdə xoranın dibi neytrofil leykositlərlə bol infiltrasiya olunmuş fibrin zolaqları olan nekrotik kütlələrdən ibarətdir. Fibronoid nekroz zonasında iki təbəqə yoxlanılmışdır: dərin və səthi.

Dərin qatda tərkibində fibroblastlar, makrofaqlar və onların ətrafında kollogen lifləri olan qranulyasiya və fibroz toxuma yerləşmişdir. Səthi təbəqə isə dərin qatın üzərində yerləşməklə eksudat zonası ilə həmsərhəddir, makrofaq və neytrofilərlə zəngindir. Fibronoid nekrozun dərin və səthi təbəqələri leykosit təbəqəsi ilə ayrılmışdır. Xoranın dibindəki qranulyasiya toxuması bəzi yerlərdə çapıqlaşmaya meyilli olmuşdur. Yetkin qranulyasiya toxuması bir qayda olaraq xoranın kənarlarında aşkar edilmiş və üzəri qoruyucu rol oynayan epitel təbəqəsi ilə örtülmüşdür. Xoraların dibinin yetkin qranulyasiya toxumasında fibrinoid şişkinlik və xroniki iltihabi infiltrasiya əlamətləri ilə yanaşı mikrodamarların nəzərə çarpan vaskulitləri aşkar edilmişdir.

**Yekun:** Ümumiyyətlə, ahıl və qoca yaşlı insanlarda mədə və 12 barmaq bağırsağın xorası ilə xəstəliyin həm klinik, həm də patogenetik xüsusiyyətləri qeyd olunur. İnsan populyasiyasında yaşlıların və qocaların sayının yük-sək ehtimalla artması yaşlı yaş qruplarında mədə xorası üçün müşahidə olunan xəstələrin sayının artacağını proqnozlaşdırmağa imkan verir. Bu vəziyyət yaşlılarda mədə xorası olan xəstələrin müayinə və müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması yollarının axtarışını müasir gastroenterologiyanın aktual vəzifəsi hesab etməyə imkan verir. Belə ki, ahıl və qoca yaş qruplarında aşkar edilən piloroduodenal xoraların kliniki morfoloji gedişatının gənc və yetkin yaşda eyni xoradan əziyyət çəkən insanlarda müşahidə olunmayan xüsusiyyətləri vardır və klinik yanaşmada mütləq nəzərə alınmalıdır.

## QANAXMA İLƏ FƏSADLAŞMIŞ DUODENAL XORASI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ YAŞ FAKTORUNUN MÜALİCƏNİN NƏTİCƏLƏRİNƏ TƏSİRİ

KAZIMOV İ.L., MUSTAFAYEVA M.F.

*Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi PHŞ, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş:** Son illərin statistik məlumatlarına əsasən, bir tərəfdən mədə və 12 b.b.b xoralarının "cavanlaşması", digər tərəfdən isə yaşı 60 və daha yuxarı olan insanlarda xora xəstəliyinin artması qeyd olunur. Xoranın qanaxma ilə fəsadlaşması, yanaşı kardiovaskulyar patologiyası olan yaşlı xəstələrdə xüsusi diqqət tələb edir.

**Tədqiqatın məqsədi:** Qanaxma ilə fəsadlaşmış xora xəstəliyi olan cavan və yaşlı şəxslərdə, xəstəliyin kliniki gedişatının və müalicəsinin nəticələrinin müqayisəli xarakteristikası.

**Material və metodlar:** 2010 – 2019 – cu illər ərzində Elmi Cərrahiyyə mərkəzində ağırlaşmış mədə və 12 b.b. xorası diaqnozu ilə stasionar müalicəsi almış 277 xəstənin müayinə və müalicəsinin nəticələri öyrənilmişdir. Xəstələr yaşa görə iki qrupa bölünmüşdür: 62 yaşdan kiçik şəxslər (n=225) və 62 – dən yuxarı yaşlı və qoca xəstələr (n=52). Bütün xəstələrə stasionara daxil olduqdan sonra rutin olaraq laborator və instrumental müayinələr aparılmış, diaqnoz dəqiqləşdirildikdən sonra müalicəyə başlanmışdır. xəstələrə 7 gün müddətində proton pompa inhibitoru (Pantoprol 40mg x 2 dəfə v/d) və Hp əleyhinə eradikasion terapiya (Metronidazol 500mg x 2 dəfə v/d; Lefofloksasin 500mg x 2 dəfə v/d) aparılmışdır. Müalicə kursundan sonra müayinələr təkrarlanmış, müalicənin effektivliyi cavan və yaşlı xəstələrdə dəyərləndirilmişdir.

**Nəticələr və müzakirə:** Cavan şəxslərdə III gündən başlayaraq kliniki yaxşılaşma qeyd edilmişdir. Endoskopik müayinələr zamanı qanaxmanın residivi hallarına az təsadüf edilmişdir. Kontrast rentgen müayinə zamanı mədənin selikli qısa büküslərinin relyefinin normallaşması, hərəki funksiyanın tənzimlənməsi, aktiv peristaltikanın olması diqqəti çəkmişdir. Yaşlı xəstələrdə isə aparılan müalicə fonunda qanın reoloji xassələrinin dəyişməsi ciddi nəzarət tələb etmişdir. Ürəyin tac damarlarının tutulması səbəbindən xroniki işemik xəstəlik, bəzilərdə isə tac damarlarının şuntlanması anamnezdə təsadüf etmişdir. Bu xəstələrin müntəzəm olaraq qan durulaşdırıcı qəbul etməsi müalicənin gedişatına təsir göstərmişdir. Belə ki, qan durulaşdırıcıların qəbulunun kəsilməsi, hemostatik dərman maddələrinin istifadəsi nəticəsində tromboembolik ağırlaşmaların riski artmışdır. Müntəzəm olaraq qanın laxtalanma və əks-laxtalanma sistemləri arasında olan tarazlığın qorunması təkrar fəsadlaşmalardan yayınmaqda əhəmiyyətli yardım göstərmişdir.

**Yekun:** Duodenal qanaxması olan yaşlı xəstələrdə müalicə prosesi cavanlara nisbətən daha çox məsuliyyət tələb edir. Tərəfimizdən istifadə edilən eradikasion terapiya yüksək riskli xəstələrdə ümumiyyətlə cərrahi əməliyyatı təxirə salmağa, kömək edir, residiv xoraların yaranması riskini azaltmış olur. Yaşlı xəstələrdə xora ətrafında olan iltihabi prosesin geri sorulması, cavanlara nisbətən daha ləng gedişli olur ki, bu da mədənin evakuator funksiyasına mənfi təsir göstərir.



## MINİMAL İNVAZİV ASD LƏĞVİ ZAMANI PERİFERİK KANULYASIYA MODİFİKASIYASI

KAZIMZADƏ N., ZAHİDLİ A., MUSAYEV K.

*Mərkəzi Klinik Xəstəxana, Bakı, Azərbaycan*

**Hədəflər:** Minimal invaziv müdaxilələrdə kanulyasiyanın mühüm rolu vardır. Hədəfimiz minimal invaziv ASD ləğvi zamanı, açıq Seldinger üsulunun tətbiqi ilə modifikasiya etdiyimiz, femoro-femoral periferik kanulyasiya yanaşmamızdır.

**Yanaşma:** 2021 sentyabr ayından 2022 iyun ayına qədər 10 xəstəyə minimal invaziv üsulla ASD ləğvi icra edilmişdir. Bu xəstələrdə kiçik femoral kəsiklə və minimal damar disseksiyasıyla, açıq Seldinger texnikası ilə periferik kanulyasiya edilmişdir. Femoral arteriya kanuliyası standart yolla icra olduqdan sonra, venoz kanulyasiya, internal jugular venaya müdaxilə etmədən, TEE yardımı ilə, yalnız femoral venaya two-stage venoz kanul yeridilmişdir. Sağ qulaqcıq açılmadan venoz kanulun proksimal dəlikləri yuxarı boş venaya yeridilərək. Adekvat venoz dönmüş və perfuziya üçün vakuumdən istifadə olundu. Əməliyyat standart şəkildə icra edilmişdir. 10 xəstədən 5-də asd birincili, 5-də autoloq perikardla bağlanmışdır. Ortalama AKK zamanı 32.2 dəq., CPB müddəti - 71.7 dəq. təşkil etmişdir. Reanimasiya şöbəsinə qalma müddəti ortalama 1 gün, xəstəxanada qalma müddəti 5 gün olmuşdur.

**Nəticələr:** Bütün xəstələrdə uğurlu kanulyasiya icra edilmişdir. Median sternotomiyaya konversiya olmamışdır. Ölüm hadisəsi qeyd edilməmişdir. Heç bir xəstədə kanuliyaya bağlı damar zədələnməsi görülməmiş, postoperasion dövrdə aşağı ətraf işemiyası, yara infeksiyası, venoz trombozu görülməmişdir.

**Müzakirə:** İstifadə etdiyimiz kanuliyaya tətbiqi güvənli və effektivdir. Jugulyar müdaxilə ilə əlaqəli ağırlaşmaları aradan qaldırır. Texniki baxımdan femoral kanuliyanın icrası daha asandır, eləcə də, ağırlaşmaların və qanaxmanın risklərini azaldır. Eyni zamanda, əməliyyatın ümumi müddətini azaltmışımızı və daha yaxşı kosmetik nəticə əldə etdiyimizi düşünürük.

## PNEVMOTORAKSLA AĞIRLAŞMIŞ BULYOZ DƏYİŞİKLİKLƏRDƏ BULLALARIN BAĞLANMASI MÜALİCƏ METODU KİMİ

KƏRİMOV R.B., BAYRAMOV B.İ., İBRAHİMOV R.N., MƏMMƏDOV F.F., NƏSİRLİ M.V.

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi*

*"Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutu" Publik Hüquqi Şəxs, Bakı, Azərbaycan*

**İşin məqsədi:** Ağciyərlərin bulyoz dəyişikliklərində əmələ gələn pnevmotoraksların ləğv olunmasının müxtəlif üsulları vardır ki, bu da gələcəkdə əmələ gələn tənəffüs çatışmazlığının, dərialtı emfizemanın və empiyemanın qarşısını almağa yardım edir.

**Material və metodlar:** Döş qəfəsi cərrahiyyəsi şöbəsinə pnevmotoraksla ağırlaşmış bulyoz dəyişiklikləri olan 123 xəstə əməliyyat olunmuşdur. Bizim tətbiq etdiyimiz üsul mini torakotomiyadan sonra bullaların əsasında sıxacalar qoyularaq bağlanması və bundan periferiyada tikilərək fiksə olunmasından ibarətdir.

**Müzakirə:** Əməliyyata məruz qalan xəstələrin 18-70 yaş arasında 108 nəfər kişi, 15 nəfər qadın olduğu qeyd olunmalıdır. Sağ tərəfli pnevmotoraksa görə 64, sol tərəfli pnevmotoraksa görə 52, iki tərəfli pnevmotoraksa görə 7 xəstə əməliyyat olunmuşdur. Bu xəstələrdən 72 nəfərində pnevmotoraksın bir neçə dəfə baş verdiyi müşahidə edilmişdir. 68 halda yalnız yuxarı paylarda, 55 halda isə digər paylarda da bulyoz dəyişikliklərə rast gəlinmişdir. Rentgen və KT müayinələrin nəticələrinə və habelə əməliyyat vaxtı vizual müşahidələrə görə xəstələrdən 18 nəfərində tək-tək kiçik ölçülü, 23 nəfərində çox saylı kiçik ölçülü 24 nəfərində kiçik ölçülü solitar (üzüm salxamına bənzər), 28 nəfərində orta ölçülü (5sm-ə dək) tək və çox saylı, 30 nəfərində böyük ölçülü (5 sm-dən yuxarı) bullalara rast gəlinmişdir. 53 xəstədə əməliyyat zamanı bullaların bağlanması zamanı əlavə müəyyən həcmdə dekortikasiya əməliyyatına zərurət yaranmışdır ki, bunlar da təkrar pnevmotoraks rast gəlinən xəstələrdir.

**Nəticə:** Tətbiq olunan metodla əməliyyat olunmuş xəstələrdə əməliyyatların yüksək effektivliyinə nail olunmuşdur. 4-6 il ərzində aparılan müşahidə nəticəsində pnevmotoraksların əmələ gəlməsinə (residivlərə) rast gəlinməmişdir.

## PODAQRIK ARTRİTİN KOMBİNƏ OLUNMUŞ MÜALİCƏSİNDƏ ŞİX HİDROGEN SULFİDLİ VANNALARIN ƏHƏMİYYƏTİ

KƏRİMOVA S.S., CƏFƏROVA X.İ., HƏSƏNOVA G.H., BABAYEVA S.N.,

SADIXOVA G.S., ƏSƏDOVA G.H.

*Elmi Tədqiqat Tibbi Bərpa İnstitutu, Bakı, Azərbaycan*

Podaqra oynaqların xroniki iltihabi xəstəliyidir, podaqrik artrit zamanı oynaqlarda urat duzlarının kristalları yığılır. Xəstəlik artıq çəkisi və mübadilə proseslərin pozulmaları olan kişilərdə inkişaf edir. Qadınlarda isə menopauzadan sonra inkişaf edə bilər. Müalicənin əsas məqsədi orqanizmdə urat duzlarının azaldılmasıdır. Podaqrik artrit müalicə olunmazsa, tutmalar tez-tez təkrarlanmağa, oynağın öz normal formasını dəyişməsinə, dağılması ilə fəsadlaşa bilər. Ətrafların kiçik və böyük oynaqların zədələnməsi ilə gedən podaqrik artrit zamanı ağrısızlaşdırıcı və iltihabəleyhinə preparatlar və fizioterapevtik metodları özündə cəmlənən kompleks patogenetik və simptomatik müalicə aparılır.

**Tədqiqatın məqsədi:** podaqrik artrit kompleks terapiyasında Şıx hidrosulfid vannalarının effektivliyinin öyrənilməsi və elmi əsaslandırılması olmuşdur. Müayinədən keçən 120 podaqralı artritli xəstələrin (kişi – 113, qadın – 7) olub. Müalicə üsulundan asılı olaraq xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür. I qrup 40 xəstə ənənəvi müalicə: qeyristeroid iltihab əleyhinə, urikozurik, urikostatik preparatlar qəbul etmişlər. II qrup 40 xəstə Şıx hidrogensulfidli vannaları qəbul etmişlər. III qrup 40 xəstə dərman fonunda Şıx hidrogensulfidli vannaları və zədələnən oynaqın nahiyəsinə 1% hidrokortizon məzi ilə fonoforez qəbul etmişlər. Aparılan müalicənin effektivliyini qiymətləndirilməsi üçün dinamikada qanın ümumi analizinin, qanda və sidikdə sidik turşusunun səviyyəsi, iltihab prosesinin aktivliyinin, proiltihab mediatoru: şişnekrozedici faktor --  $\alpha$  nın qanda göstəricisi, sidik cövhəri, qalıq azot qanda, sidik turşusunun klirensinin nəticəli öyrənilmişdir. Müalicə prosesində urekemiya səviyyəsinin müəyyən müsbət dinamikası müşahidə olunmuşdur. Hər üç qrupda qanda sidik turşusunun əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə konsentrasiyasının həqiqətən statistik enməsi müşahidə olunmuşdur. I-ci qrup xəstələrində sidik turşusunun enməsi  $500,7 \pm 10,1$  mkmol/l-dən  $478,7 \pm 4,4$  mkmol/l-qədər ( $p < 0,05$ ). II-ci qrupda  $501 \pm 8,7$  mkmol/l-dən  $473,5 \pm 3,8$  mkmol/l qədər ( $p < 0,01$ ). III-cü qrup xəstələrində  $499 \pm 7$  mkmol/l dən  $464 \pm 6$  mkmol/l qədər ( $p < 0,001$ ) enmiş, bu enmə I və II-ci qruplarında olduğundan daha çox olmuşdur ( $p < 0,001$ ). Göründüyü kimi III-cü qrup xəstələrinin qanda sidik turşusu səviyyəsinin enməsi Şıx hidrosulfid vannalarının əhəmiyyətli müsbət təsiri olmuş, bu isə ferment proseslərinə müsbət stimullaşma təsiri göstərərək qanda sidik turşusunun səviyyəsini endirir.

III – cü qrup xəstələrin sidikdə sidik turşusunun konsentrasiyası  $235,6 \pm 8,0$  mq % dən  $268,6 \pm 8,0$  mq % qədər ( $p < 0,001$ ), II- ci qrupda -  $235 \pm 6,5$  mq % - dən  $257 \pm 8,8$  mq % qədər ( $p < 0,01$ ) həqiqətən artmış, III – cü qrup xəstələrində II – ci qrupa nisbətən bu dinamika daha qabarıq özünü biruzə vermişdir ( $p < 0,001$ ). I- ci qrup xəstələrində isə göstəriciləri  $236,2 \pm 5,6$  mq% - dən  $254,2 \pm 6,9$  mq % qədər ( $p < 0,05$ ) artmışdır. Müalicənin effektivliyinin göstəricilərindən biridə sidik turşusunun klirensinin hesablanması olmuşdur. I – ci qrupda klirens müalicədən qabaq  $4,8 \pm 0,3$  ml/dəq, müalicədən sonra  $5,8 \pm 0,4$  ml/dəq ( $p < 0,05$ ) olmuşdur. III-cü qrup xəstələrində klirens  $4,7 \pm 0,3$  ml/dəq- dən -  $6,15 \pm 0,4$  ml/dəq qədər yüksəlmişdir. III-cü qrup xəstələrinin sidik turşusunun klirensinin çoxalması qanda sidik turşusunun səviyyəsinin həqiqətən enməsi və sidikdə çoxalması ilə izah olunur. I-ci qrup xəstələrində klirensin dəqiqliyi ilə artması baş vermir. Aparılan müalicədən sonra şiş nekroz edici faktor - $\alpha$ -nın göstəriciləri qanda klinik aşkarlanmaya adekvat olaraq dəyişmiş, bu isə qanda ŞNF- $\alpha$  nin həqiqətən enməsinə I-ci qrupda  $203,4 \pm 12,9$  pkq/ml-dən -  $172,8 \pm 8,0$  pkq/ml qədər ( $p < 0,05$ ), II-ci qrupda -  $203,5 \pm 9,14$  pkq/ml-dən  $166,64 \pm 9,02$  pkq/ml qədər ( $p < 0,01$ ), və III-cü qrupda  $203,6 \pm 12,2$  pkq/ml-dən  $149,57 \pm 7,2$  pkq/ml qədər ( $p < 0,001$ ) enmişdir, III-cü qrupda bu enmə daha qabarıq görünür ( $p < 0,001$ ). Göründüyükimi, Şıx hidrosulfid vannaları, kompleks şəkildə, qanda interleykin 1, iltihabmeylli mediatorların aparıcı göstəricilərindən birinin, enməsinə kömək edərək, həmçinin immunokompetent hüceyrələrin proliferasiyasını azaldaraq, podaqrik artrit xəstələrin iltihab prosesinin kəskin fazasının göstəricilərinin enməsinə gətirmişdir. Qalıq azot və sidik cövhərinin orta göstəricilərinin dinamikasını analiz edərək, biz I-ci qrup xəstələrin qanında müalicədən sonra  $34,6 \pm 1,1$  mmol/l-dən  $31,8 \pm 0,9$  mmol/l qədər ( $p < 0,05$ ), II-ci qrupda  $35,1 \pm 1,0$  mmol/l-dən  $31,1 \pm 0,94$  mmol/l qədər ( $p < 0,01$ ), III-cü qrupda isə  $34,9 \pm 1,4$  mmol/l – dən  $27,7 \pm 1,3$  mmol/l qədər ( $p < 0,001$ ) həqiqətən enməsinə aşkar etmişik. Sidik cövhərinin I-ci qrup xəstələrdə  $9,6 \pm 0,4$  mmol/l – dən  $8,6 \pm 0,3$  mmol/l-ə qədər ( $p < 0,05$ ), II-ci qrup  $9,7 \pm 0,6$  mmol/l - dən  $7,7 \pm 0,32$  mmol/l -ə qədər ( $p < 0,01$ ), III-cü qrup xəstələrdə  $9,6 \pm 0,6$  mmol/l-dən  $6,6 \pm 0,5$  mmol/l -ə qədər ( $p < 0,001$ ) enməsi qeydə alınmışdır, belə ki, III-cü qrup xəstələrində bunun enməsi I və II-ci qrup xəstələrinə nisbətən daha çox olmuşdur ( $p < 0,001$ ). Bu onunla izah olunur ki, müalicə kursu nəticəsində oynaqlarda xroniki proliferativ və iltihabi dəyişikliklər azalmış, lizosomal fermentlərin fəallığı enmişdir. Şıx hidrosulfidi sidik cövhərinin və qalıq azotun orqanizmdən xaric olunmasını və böyrəklərin funksional imkanlarının artıraraq, qanda qalıq azot, sidik cövhərinin göstəricilərinin normallaşmasına səbəb olur.

Nəticə. Podaqralı artritli xəstələrin kombinə olunmuş müalicəsində Şıx hidrosulfidli vannaların tətbiqi aparılan tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, vannaların təsiri nəinki podaqralı artrit klinikasına, yəni, oynaqlarda ağrıların, şişgənliyin, hiperemiyanın azalmasına, zədələnmiş oynaqlarda hərəkətlərin artmasına və həmçinin laborator göstəricilərinə də təsir etmişdir: qanda proiltihab mediatorun göstəricisi - ŞNF-  $\alpha$  qanda azalmasına, qanda sidik turşusu, qalıq azot, sidik cövhərinin azalmasına, sidik ilə sidik turşusunun xaric etməsini artırmışdır, sidik turşusunun klirensini yüksəltmişdir. Şıx hidrogensulfidli vannaların kompleks müalicədə effektivliyi, ənənəvi müalicəni almış, həmçinin Şıx hidrogensulfidli vannalar alan qruplarla müqayisədə üstünlük təşkil etmişdir.

## İİV İNFEKSİYASININ MÜXTƏLİF XƏSTƏLİKLƏR FONUNDA ERKƏN DİAQNOSTİKASI

MAHMUDOVA D.

Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

**Giriş:** İİV infeksiyası sosial əhəmiyyətli infeksiya kimi dünyada müasir təbabətin aktual problemi olaraq qalır. ÜST-nin məlumatına görə İİV/QİÇS problem insan cəmiyyətinin on problemindən biri kimi bir çox ölkələrin əhəlinin sağlamlığına real təhlükə yaradır. Son illərdə bu sahədə aparılan elmi araşdırmalar müalicə işində müəyyən yeniliklər yaratmış olsa da, bu infeksiyanın tam müalicəsi üçün dərman tapılmayıb, pandemiya davam edir. Bu infeksiya İİV-ə yoluxmuş insanlarda yaranan davamlı immunosupressiya fonunda ləng, uzun müddətli, ağır gedişli, infeksiyon və qeyri-infeksiyon genezli 2-cili xəstəliklərin inkişafı ilə xarakterizə olunan polimorf klinikası olan xroniki xəstəlikdir. Tibbi problem olmaqla yanaşı həm də, psixososial, hüquqi, iqtisadi problemdir. Respublikamızda ilk

dəfə 1987-ci ildə xarici, 1992-ci ildə ölkə vətəndaşlarında aşkar olunub. Azərbaycanda bu infeksiyanın yayılmasının qarşısının alınması üçün ulu öndər 16.04.1996-cı il tarixdə Qanun imzalamışdır. Bu Qanun təkmilləşdirilərək müasir tələblərə uyğun 2010-cu ildə bir daha prezident İ.Əliyev tərəfindən qəbul olunmuşdur. RQMM-nin illik hesabatlarının təhlili İİV infeksiyasının dünyada olduğu kimi respublikamızda da aktual məsələ olduğuna dəlalət edir.

**Tədqiqatın məqsədi:** İİV/QİÇS infeksiyası aşkar olunmuş pasiyentlərin erkən diaqnostika və ART-yə cəlb olunma icmalı.

**Materiallar və metodlar:** RQMM-in İİV/QİÇS-li pasiyentlərin qeydiyyat və müalicə elektron bazaları, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 31.08.2012-cil tarixli 65 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmiş “Tibb Mütəxəssislərində İİV infeksiyasının profilaktikasına aid universal təhlükəsizlik qaydaları.”

**Nəticə:** Dövlət siyasətinin əsas məqsədlərindən biri əhalinin sağlamlıq vəziyyətinin yaxşılaşdırılmasıdır. Xəstəliklərin profilaktikası, xüsusən ciddi tibbi sosial əhəmiyyətli infeksiyon xəstəliklərin profilaktikası yalnız səhiyyənin deyil, həm də cəmiyyətin prioritet məsələlərindən biridir. Bu xəstəliklərin dünyada olduğu kimi, respublikamızda da artma tendensiyası müşahidə olunur. Bu xəstəliklərin profilaktik strategiyası cəmiyyət-səhiyyə sistemi-pasiyent “üçlü”yünə əsaslanır.

“Üçlüyün hər bir həlqəsinin vaxtında və məqsədyönlü fəaliyyəti həlledici rol oynayır. Əhali arasında demoqrafik ölüm konsepsiyaları arasında 1945-ci ildə amerikan demoqrafı F.Poutstaynın epidemioloji keçid nəzəriyyəsi ölümün ekzogen səbəblərini müntəzəm aradan qaldırmaq və endogen potensialı artırmaq prinsipinə əsaslanır. Epidemioloji keçid nəzəriyyəsinin üç qrup əks faktorları vardır ki, bunlardan 1-ci qrup yeni faktorlar-məs:İİV/QİÇS, quş, donuz qripi, Ebola qızdırması daxildir. 2-ci qrup faktorlarına ətraf mühitin çirklənməsi, ekoloji fəlakətlər, 3-cü qrupa sosial iqtisadi problemlər-məs:qeyri sağlam həyat tərz, zərərli vərdişlər və s.daxildir.

İİV/QİÇS epidemiyasının illər üzrə analitik təhlili göstərir ki,yoluxma aşkar olunmuşların artma səbəbi gecikmiş diaqnostikadır, yəni iki nəfərdən birində infeksiya gecikmiş mərhələdə aşkar olunur. Asimtomatik mərhələdən sonra QİÇS mərhələsində müxtəlif orqan,sistemlərin müxtəlif patologiyaları olması nəzərə alınaraq hər bir həkim mütəxəssis ona müraciət edən pasiyentin kliniki əlamətləri, anamnez vitae, morbi və epidemioloji anamnezləri nəzərə almaqla onun İİVstatusunu müəyyənləşdirilməsi məqsəduyğun nəticələr verir. Məs: İİV-ə yoluxma aşkar olunmuş uşaqların sahə pediatr müşahidəsində, dəfələrlə stasionar müalicəsində olması, lakin kliniki epidemioloji göstərişlər olmasına baxmayaraq qan nümunəsinin İİV-ə laborator müayinəyə göndərilməməsi. Uşaqlarda da kliniki əlamətlərin təzahürü immun sistemin inkişafında zədələnmə dərəcəsindən asılı olaraq özünü biruzə verir. Təzahürlərə fiziki, psixomotor, nitq inkişafında geri qalma, hepatosplenomeqaliya, tənəffüs yollarının residiv verən davamlı infeksiyaları,sitopenik sindrom,dermatit və s. daxildir. Yaşlılar arasında da İİV-ə yoluxma hadisələrində artma tendensiyası müşahidə olunur. Yaşla bağlı immun sistemin zəif olması onlarda ürək damar sistemi xəstəlikləri, depressiya, osteoporoz, hipertoniya,artrit, şəkərli diabet, Alsqeymer xəstəliyi, xərçəng diaqnozu ilə bağlı İİV infeksiyasının sürətli gedişi müşahidə olunur.Belə şəxslərə ART (Antiretrovirus terapiyası) təyini tezləşdirilməlidir.ART qəbul edənlərdə İİV infeksiyasının gedişinin uzun müddətli olması və xəstələrin ömrünün uzandığı nəzərə alınaraq bu infeksiya idarə olunan infeksiya kimi qəbul edilir. İİV/QİÇS yanaşı gedən müxtəlif xəstəliklərin infeksiyanın gedişinin ağırlaşmasına birbaşa təsiri nəzərə alınmaqla həkim mütəxəssislərin müalicəyə kompleks yanaşması zəruridir. Dünya təcrübəsi göstərirki, çoxprofilli stasionarlarda İİV infeksiyasına yoluxmuş pasiyentlərin aşkar olunma tezliyi artır. İİV infeksiyası ilə yaşayanların ¼-in həyatında cərrahi müdaxiləyə göstəriş qeyd alınır. İİV-in erkən diaqnostikasının məqsədi ömrün uzadılması və bu infeksiyanın yayılma ehtimalının azaldılmasıdır. Müasir dövrdə əhalinin əks epidemik müdafiəsində həkim epidemioloqların nəzarət fəaliyyəti daha da mükəmməlləşdirilməklə epidemioloji analizin yetkinliyini tələb edir.

**Yekun:** İİV infeksiyası ilə bağlı mövcud epidemioloji vəziyyət məqsədyönlü profilaktik tədbirlərin vaxtında həyata keçirilməsi,son illər immunopatoloji xəstəliklərin, sosial əhəmiyyətli infeksiyon xəstəliklərin artma tendensiyasıvə İİV/QİÇS-in gecikmiş diaqnostika ehtimalının yüksək olduğu nəzərə alınaraq hər bir həkim mütəxəssisin erkən diaqnostikada iştirakı labüddür.

## ÇIYIN AĞRISINA SƏBƏB- SUBAKROMİAL İMPİNGEMENT SİNDROMU ZAMANI İLK TƏYİN OLUNAN RENTGEN MÜAYİNƏSİNİN EFFEKTİVLİYİ

MANAFOV S.S., AXUNDOVA A.Y.

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi, Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM,  
Mərkəzi Klinik Xəstəxana, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq:** Gündəlik həyatımızda qolumuzu işlətməyimizi təmin edən çiyin oynaqı-qolun müxtəlif istiqamətlərdə hərəkətinə imkan verən ən qarışıq oynaqdır. Əhali arasında çox rast gəlinən problemlərdən biri də çiyin ağrısıdır. Çiyin oynaqının anatomiyasına nəzərə salsaq: oynaqı təşkil edən sümüklər, liflər, sinir-damarlar, çox sayda bağlar və dəstəkləyici toxumalardan ibarət çiyin oynaqında bu strukturlara təsir edən fərqli səbəblərdən ağrı baş verə bilər.



Çiyin oynaqında sıxışma- Subakromial İmpingement sindromu (SAİS) əhali arasında çiyin ağrısının ən çox görülən səbəblərindən biridir. Praktiki göstəricilərə əsasən ümumi çiyin ağrıların 74%-ə qədərini SAİS təşkil edir, nəzərə alsaq ki, ortopedik cərrahiyyəyə müraciət edən bütün xəstələrin yarısına qədərində əsas diaqnoz kimi Subakromial İmpingement Sindromudur (SAİS). Subakromial impingement sindromu ilk olaraq Neer tərəfindən 1972-ci ildə təsvir edilmişdir. Subakromial İmpingement sindromu (SAİS) nədir? Çiyində kürək sümüyünün akromion çıxıntısı ilə bazu sümüyünün başı arasında məsafə normada ortalama 1.0-1.5 sm-dir. Bu iki sümük arasında qalan məsafədə rotator manjet - xüsusən Supraspinatus tendonu, biseps uzun başı, subakromial bursa və karakoakromial bağ yerləşir. Müxtəlif səbəblərdən bu subakromial bölgədəki strukturalarda sıxışma olduğunda simptomlar meydana gəlir. Bu toxumaların-xüsusən Supraspinatus tendonunun akromion altında sıxışması-Subakromial impingement sindromu (SAİS) adlanır.

SAİS uzunmüddətli çiyin ağrısına və eləcə də həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə pisləşdirən çiyin funksiyasının azalmasına səbəb ola bilər.

Kliniki olaraq pasientlər bu problemi qolu çiyin səviyyəsindən yuxarıya (90 dərəcədən yuxarı) başüstü səviyyəsinə qaldırarkən çiyinin ön hissəsindən qola yayılan ağrılar şəklində hiss edirlər. SAİS daha çox bu hərəkəti tez-tez və təkrarlayan insanlarda- üzgüçülük, valebol, atma raketli idman növü ilə məşğul olan idmançılarda, eyni zamanda xüsusi peşə sahibləri- müəllimlər, rəngsazlar, yükdaşıyanlar və s., eləcə də evdar xanımlarda görülə bilər.

Subakromial İmpingement sindromu klinik üç dövrə bölünür:

I dövr: ödem və hemorraji dövrü: tipik olaraq 25 yaş altında kişilərdə rast gəlinir.

II dövr: fibrozis-tendinit dövrü: əsasən 25-40 yaş arası və böyük genişlikdə rast gəlinir.

III dövr: sümük dəyişiklikləri və tendon yırtılması dövrü: 40 yaşın üstündə rast gəlinir.

İmpingement sindromunun erkən diaqnozu və müalicəsi problemin rotator manjet əzələlərinin yırtılmasına qədər irəliləməsinin və ağırlaşmasının qarşısını ala bilər. SAİS diaqnozu anamnestik və kliniki şikayətlərlə, Hawkins testi, Neers testi, Jobses testi, ağırlı qövs və xarici fırlanma müqaviməti testi kimi kliniki testlərlə qoyula bilinsə də, eyni zamanda tibbi statik görüntülmə ilkin rentgen və planlı MRT müayinəsi edilməsi diaqnozun təsdiqlənməsi, eləcə də sıxışma səbəbinin aydınlaşdırılmasında mühüm rol oynayır. İlk radioloji müayinə seçilən Rentgenologiyə müayinə ilə III tip akromion, os acromiale, akromioklavikulyar oynaqdan aşağıya doğru çıxan osteofitlər, akromial yamacd/əymə, aşağı enən akromion, azalmış akromiohumeral interval, SLAP əlaməti, akromion kəskin inferolateral kənarı və s. kimi SAİS yarada biləcək anatomik dəyişikliklər təyin oluna bilər. Eyni zamanda sınıq və ya dislokasiya şübhəsi varsa, differensial diaqnoz kimi rentgen müayinəsi istifadə edilməlidir.

**Məqsədi:** Subakromial İmpingement sindromu olan xəstələrdə şüa diaqnostika metodlarının alqoritminin hazırlanması, radioloji metodların diaqnostik imkanlarının və effektivliyinin müqayisəli dəyərləndirilməsi, habelə müayinə göstəricilərinin klinik dəyərinin qiymətləndirilməsi

**Material və metodlar:** Tədqiqat işi Mərkəzi Klinik Xəstəxanada 2019-2022-ci il ərəfəsində 70 pasient üzərində aparılıbdır. Bunlarsa 20 pasient kontrol qrupu, 50 pasient əsas qrup təşkil etmişdir. Şikayətə əsasən pasientlərdə Rentgen, US, KT və MRT müayinələri aparılmışdır. Bu müayinə metodları arasında müqayisəli analiz aparılarkən MRT müayinəsinin diaqnostik üstünlüyü və effektivliyinin əvəzolunmaz olduğu aşkar edilmişdir.

**Nəticə:** Çiyin qurşağı ağrıları zamanı Subakromial İmpingement sindromu müəyyən edilmiş, sindromu əmələ gətirən səbəb və dəyişikliklər radioloji metodlarla müəyyənənənləşdirilmiş, fazalaları təyin olunmuş və müalicə taktikasının seçilməsində klinisistə yardım edilmişdir.

**Praktiv tövsiyə:** Çiyin qurşağında ağrı olan pasientlərin düzgün diaqnostikası və müalicə metodunun seçilməsi məqsədilə, ortopedik müayinə ilə yanaşı olaraq radioloji müayinələrin düzgün ardıcılıqla aparılması tövsiyə olunur.

## TİREOİDEKTOMİYA ZAMANI ƏMƏLİYYATDAXİLİ NEYROMONİTORİNQİN APARILMASI

**MAYILOVA A.Ə., CƏFƏRLİ R.Ə., SƏFƏROVA L.Ş.**  
Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi,  
Azərbaycan Tibb Universiteti, **Bakı, Azərbaycan**

**Giriş** - Ədəbiyyat məlumatlarının təhlili göstərir ki, Tireoidektomiyalar zamanı qayıdan qırtlaq sinirinin (QQS) zədələnmələri birincili əməliyyatlar zamanı 0,5 - 23%, təkrari əməliyyatlarda isə 62% ehtimalla baş verir. Endokrin cərrahiyyədə QQS və paratiroid vəzilərin vizualizasiyası ümumqəbul edilmiş taktika olsa da, patoloji proseslər fonunda onun yerdəyişməsi və ya anatomik variabelliği səbəbindən sonuncunun identifikasiyası asan olmur. Bu mənada əməliyyatdaxili neyromonitorinqin (ƏN) aparılması sinir zədələnmələrinin qarşısının alınması və bununla da, cərrahi müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması üçün perspektiv bir istiqamət hesab edilir.

**İşin məqsədi** – Tireoidektomiya zamanı əməliyyatdaxili neyromonitorinqin aparılması ilə cərrahi müalicə nəticələrini yaxşılaşdırmaq



**Material və metodlar** - Tədqiqat işi 2017-2022-cü illərdə tireoidektomiya əməliyyatına məruz qalmış 128 xəstənin müalicə nəticələrinə əsaslanmışdır. Tədqiq edilən xəstələr arasında 79(61,7%) nəfəri III-IV dərəcəli düyünlü eutireoid ur, 25(19,5%) nəfəri diffuz toksiki ur, 24(18,9%) nəfəri düyünlü toksiki ur diaqnozları təsdiq edilmiş və əməliyyata məruz qalmışlar. Yaş həddi 24 - 78 intervalında olmuşdur, qadınların sayı 92(71,9%), kişilərin – 36 (28,1%) olmuşdur. ƏN-qin effektivliyinin müqayisəli analizi üçün tədqiq edilən xəstələr tərəfimizdən 2 qrupa bölünmüşlər – I qrup xəstələrə (66 nəfər) strumektomiya ənənəvi qaydada icra edilmiş, II qrup xəstələrə (62 nəfər) isə əməliyyat ƏN tətbiqi ilə həyata keçirilmişdir. ƏN bipolyar elektrod vasitəsi ilə həyata keçirilmişdir (cərəyan 0,05-5 mA, gərginlik 0,05-5 V, tezlik 30 Hz).

**Nəticələr və onların müzakirəsi** – Nəticələrin təhlili ilk öncə əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə nevroloji fəsadların analizinə əsaslanmışdır. I qrup xəstələrin 4(6,1%) əməliyyatdan 3 ay sonrakı müddətdə qırtlağın bir tərəfli iflici müəyyən edilmişdir. II qrup xəstələrdə isə göstərilən ağırlaşma heç bir halda baş verməmişdir. Qırtlağın ikitərəfli iflici tədqiq edilən II qrup xəstələr arasında müəyyən edilməmişdir. I qrup xəstələrdə isə göstərilən ağırlaşma 1(1,5%) xəstədə müəyyən edilmişdir. Beləliklə, tireoidektomiya zamanı ƏN aparılması sinir zədələnmələrinin əhəmiyyətli azalmasına yardımçı olur.

**Yekun.** Tireoidektomiya zamanı əməliyyatdaxili neyromonitorinqin aparılması sinir zədələnmələri riskini azalmasına və bununla da cərrahi müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına zəmin yaradır.

## SACROCOCYGEAL PİLONİDAL SİNUSUN CƏRRAHİ MÜALİCƏ ÜSULLARI

**MƏMMƏDOVA N.A., CƏFƏRLİ R.E., ƏLİYEV K.A.**

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

**Aktuallıq:** Sacrococcygeal pilonidal sinusun müalicəsi müasir təbabətin aktual problemi olaraq qalmaqda davam edir. Problemin aktuallığı xəstələrin sayının artması ilə yanaşı əməliyyat üsulunun seçimi ilə də əlaqəlidir.

**Məqsəd:** Sacrococcygeal pilonidal sinus olan xəstələrdə cərrahi yanaşma üsullarının müqayisəli təhlili.

**Material və metodlar:** 2020-2022-ci illəri əhatə edən 3 il ərzində M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin yoğun və düz bağırsağ xəstəlikləri cərrahiyyəsi şöbəsində sacrococcygeal pilonidal sinus olan 84 xəstə cərrahi əməliyyat olunmuşdur. 53 halda sinus pazvari kəsiklə ənənəvi üsulla ləğv edildikdən sonra yara Donatti tikişləri ilə qapadılmışdır. 22 xəstədə sinus xaric edildikdən sonra hemostaz yaradıldıqdan sonra yara açıq saxlanmışdır. 6 xəstədə Limberq Flap rekonstruksiya aparılmışdır. 3 halda sinus yolu lazer ilə ablasiya edilmişdir.

**Nəticə:** Ənənəvi qrupda tikişlər 10-12-cü sutka sökülmüşdür, yara infeksiyası 15,2% təsadüf edilmişdir, yara 20-30 gün ərzində tam sağalmışdır. Limberq Flap rekonstruksiyadan sonra tikişlər 14-16-cı sutka açılmışdır, yara infeksiyası 4,3% qeyd edilmişdir, yara 30-35 gün ərzində tam bitmişdir. Sinus ləğv edildikdən sonra yatağı açıq saxlanırsa, bu zaman yaranın sağalması 2 aydan 4 aya kimi uzanır. Lakin açıq üsulun üstünlükləri onun yerli anesteziya ilə də yerinə yetirilə bilməsində, əməliyyatın davamiyyətinin çox qısa olmasında, xəstələrin aktiv həyat tərzinə tez qayıtmasında və ağırlaşmaların minimal təsadüf etməsindədir.

**Yekun:** Sacrococcygeal pilonidal sinus olan xəstələrdə Limberq Flap rekonstruksiyasının aparılması əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların minimuma endirilməsinə səbəb olur. Lakin reabilitasiya və yaranın sağalması bu qrupda nisbətən uzun çəkir.

## ONİKİBARMAQ BAĞIRSAQ XORALI XƏSTƏLƏRDƏ QANAXMA İLƏ AĞIRLAŞMANIN PROQNOZLAŞDIRILMASINDA İMMUN SİSTEMİN BƏZİ DƏYİŞİKLİKLƏRİNİN ROLU HAQQINDA

**MƏMMƏDOV A.İ., AĞAYEV E.K., NEYMƏTOV İ.F., CAVADOV Ə.C., İSMAYILOV V.F.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti Ümumi cərrahlıq kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş:** Mədə və onikibarmaq bağırsağ xoralarının məhz niyə bu və ya digər ağırlaşma ilə fəsadlaşmasının səbəbinin araşdırılması bu gün də aktuallığını saxlamaqdadır. Şübhəsiz, bu məsələdə xora xəstəliyi zamanı immun sistemdə gedən dəyişikliklərin də müəyyən rolu vardır.

**Tədqiqatın məqsədi:** Xora anamnezi daha uzun (5 ildən çox) olan qanaxma ilə ağırlaşmış on-ikibarmaq bağırsağ xoralı xəstələrdə B-limfositlərinin subpopulyasiyalarından differensasiya edərək əmələ gələn və immunoqlobulinlər sintez edən plazmatik hüceyrələrin (PH) bilavasitə xora və xora ətrafı zonada mikrotopoqrafiya, lokalizasiya və paylanması morfohistokimyəvi olaraq tədqiq etmək və bu dəyişikliklərin məhz qanaxma ilə ağırlaşmanın baş verməsində rolunun olub-olmadığını araşdırmaq.

**Material və metodlar:** PH-in morfohistokimyəvi analizi xora anamnezi 5 ildən çox olan 21 qanaxma ilə ağırlaşmış onikibarmaq bağırsağ xoralı xəstədə EQDS zamanı və bu ağırlaşma ilə əməliyyat olunmuş 20 xəstədən götürülmüş preparatda xora və xora ətrafı zonadan alınmış bioptik material üzərində aparılmışdır. Morfohistokimyəvi müayinələr Sevki metodu ilə xromaffin və Homoriyə görə aldehidfuksin reaksiyaları ilə icra edilmişdir.

**Nəticələr və onların müzakirəsi:** Alınan nəticələr göstərmişdir ki, xora anamnezi 5 ildən çox olan xəstələrdə xora ətrafı və xüsusi ilə destruksiya zonasında PH-in sayı əhəmiyyətli dərəcədə artır. Əgər fizioloji halda plazmatik hüceyrələr perivaskulyar birləşdirici toxuma sahəsində səpələnmiş şəkildə yerləşirlərsə, bu qrup xəstələrdə hipertrofiya etməklə yanaşı, həm də damarların divarına toplu şəkildə sıx yapışırlar. Xora ətrafı və biavasitə xoranın destruksiya zonasında bir çox postkapilyar (kiçik vena və venulalar) damarların divarı PH-in bu cür "koloniyaları" ilə daha sıx örtülmüş olur. Damar boyunca bəzi sahələrdə isə bu koloniyalar damar divarı strukturlarını sıxışdıraraq, sanki onları əvəz etmiş kimi görünürlər. Bir çox yerlərdə damarların divarı ciddi şəkildə zədələnərək onların karkas-mexaniki funksiyaları pozulmuş olur. Həmin sahələrdə damar ətrafı sahəyə eritrositlərin küllü miqdarda miqrasiyası baş verir. Təbii ki, fərz etmək olar ki, xora və xora ətrafı zonada belə morfohistoloji dəyişikliklər kütləvi xarakter alarlarsa, onda buradan "per rexin" tipində qanaxmanın baş verməsi qaçılmazdır. Nəticə etibarlı ilə xora xəstəliyinin patoloji agentlərinə qarşı immun sistemin adekvat cavab reaksiyasına bağlı olan PH sayının perivaskulyar birləşdirici toxumada dəfələrlə artması və onların damar divarında heterotopik yerləşməsi xəstəliyin proqnozunu ağırlaşdırır, xoranın qanaxma ilə ağırlaşması riskini artırır və bəzi hallarda profuz qanaxmalara səbəb ola bildiyindən cərrahi müalicə taktikasını seçməkdən başqa yol qoymur.

**Yekun:** Uzun müddətli xora anamnezinə malik onikibarmaq bağırsağ xoralı xəstələrin müalicə prosesində qanaxmanın baş verə bilməsini proqnozlaşdırmaq üçün EQDS zamanı xora və xora ətrafı zonadan alınmış bioptik materialın morfohistoloji müayinəsinin aparılmasını və digər kliniki göstəricilərlə yanaşı plazmatik hüceyrələrdə yuxarıdakı dəyişikliklərinin olub-olmamasının da nəzərə alınmasını tövsiyyə edirik.

## KƏSKİN BİLİAR PANKREATİTİN MÜALİCƏSİNDƏ ENDOSKOPIK ÜSULLARIN TƏTBİQİ ASPEKTLƏRİ

**MƏMMƏDOV Ə.Ə., MƏLİKOVA S.A., CƏFƏRLİ R.E.**

*Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi,  
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq.** Kəskin biliar pankreatitin (KBP) erkən diaqnostikası ilə yanaşı müalicə taktikasının seçimi məsələsi də praktik cərrahlar və tədqiqatçılar arasında diskutabel olaraq qalmaqda davam edir. Xəstəliyin müalicəsində ümumi öd axarında axının bərpası əsas bir məqamdır. Lakin müxtəlif səbəblərdən hələ də kifayət qədər sayda tətbiq edilən açıq əməliyyatlardan sonra xəstələrin reabilitasiya dövrünün uzanması, eləcə də əməliyyatla bağlı ağırlaşmaların yaranması mini-invaziv üsulların tətbiqini aktual edir. İşin məqsədi: kəskin biliar pankreatitin müalicəsində minimal invaziv əməliyyatların mərhələli qaydada tətbiqi ilə müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması

**Material və metodlar.** Tədqiqat işində KBP görə müalicə almış 83 xəstənin (52 (62,3%) qadın, 31 (37,4%) kişi) müalicə nəticələri analiz edilmişdir. KBP-tin diaqnostikası ümumqəbul edilmiş qaydada həyata keçirilmişdir. Müşahidə edilən xəstələrin ağırlıq dərəcəsi Ranson kriterilərinə əsasən qiymətləndirilmişdir. Ağır dərəcəli pankreatitlər tədqiqat işinə daxil edilməmişdir. Tədqiq edilən xəstələrə mərhələli minimal invaziv cərrahi müdaxilələr (MMİCM) həyata keçirilmişdir. MMİCM endoskopik, laparoskopik və ya minilaparotom cərrahi əməliyyatların rasionallıqla həyata keçirilməsini əks etdirmişdir. İlk mərhələdə xəstələrə endoskopik müayinə aparılmışdır. Müayinə zamanı Fater məməciyinin keçiriciliyi yoxlanılmış, göstəriş olduqda papillosfinkterotomiya (14(16,9%) xəstəyə) icra edilmişdir. Sonrakı mərhələdə laparoskopik üsulla qarın boşluğu reviziya edilərək, göstərişlə xolesistektomiya həyata keçirilmişdir (59(71,1%) xəstə). 6 (7,2%) xəstəyə ümumi öd axarında olan konkretin endoskopik retroqrad papilosfinkterotomiya ilə çıxarmaq mümkün olmadığından, 4 (4,8%) xəstədə isə biliar hipertenzianın aradan qaldırılması məqsədi ilə minilaparotom kəsiklə xolesistektomiya, xoledoxolitotomiya, xoledoxun xaricə drenə edilməsi əməliyyatı icra edilmişdir. Endoskopik texnologiyaların tətbiqinin effektivliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsi məqsədi ilə biz KBP görə şöbədə laparotomik əməliyyata məruz qalmış 21 xəstələrin nəticələrini də (nəzarət qrupu) təhlil etmişik.

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** MMİCM ənənəvi laparotom üsula nisbətə üstünlüyü bir çox parametrlər üzrə müəyyən edilmişdir. Belə ki, əməliyyatdan sonrakı ilk 5 gün müddətində xəstələrin ağırlıq dərəcəsi M-SAPS şkalası üzrə nəzarət qrupunda 6,9 bal, müqayisə qrupunda 3,5 bal təşkil etmişdir; ağırlaşmalar müvafiq olaraq 37,1% və 15,9%, xəstələrin klinikada qalma müddəti 14,2 və 11,3 çarpayı gün müəyyən edilmişdir.

**Nəticələr.** Tədqiqat nəticəsində alınan nəticələr kəskin biliar pankreatitli xəstələrə endoskopik əməliyyatların mərhələli şəkildə aparılmasının üstünlüyünü göstərmişdir. İlk növbədə bu xəstələrin reabilitasiya dövrünün qısalması və həyat keyfiyyətinin artması ilə özünü göstərmişdir.

## DÜZ BAĞIRSAGIN ÖN REZEKSİYALARINDA PREVENTİV İLEOSTOMANIN ƏHƏMİYYƏTİ

MƏMMƏDOV Ə.Ə., CƏFƏRLİ R.Ə., MƏMMƏDOV V.M.

*Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi,  
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq.** Ədəbiyyat məlumatlarının təhlili son illərdə kolorektal xəstəliklərin artmasını göstərir. Müvafiq göstərişlərlə aparılan düz bağırsağın ön rezeksiyalarında risk amillərin qiymətləndirilməsi və bu xəstələrdə kolorektal anostomoz çatmamazlığın (6-23%) profilaktikası məqsədi ilə taktikanın seçilməsi tədqiqatçıların diqqət mərkəzindədir.

**İşin məqsədi** – yüksək risk qrupuna aid olan xəstələrdə düz bağırsağın ön rezeksiyalarında preventiv ileostomanın qoyulmasının nəticələrinin öyrənilməsi

**Material və metodlar** – tədqiqat işi 2016-2019 –cu illərdə rektosigmoid nahiyyənin törəmələrinə görə düz bağırsağın ön rezeksiyasına məruz qalmış 41 xəstənin (19(46,3% qadın, 53,7% kişi) müalicə nəticələri təhlil edilmişdir. Xəstələrin yaşı 36-74 arasında olmuşdur. Xəstələrin diaqnostikası müasir protokollara əsasən aparılmışdır. Bunların arasında kontrast kompyuter tomoqrafiyanın aparılması prosesin yayılma dərəcəsinin qiymətləndirilməsi və prosesə cəlb olunmuş limfa düyünlərinin müəyyən edilməsinə xüsusi diqqət yetirilmişdir. Bütün xəstələrə əməliyyatın hazırlıq dövründə bağırsağın anteqrad təmizlənməsi fortrans ilə həyata keçirilmişdir. Tədqiq edilən xəstələrə yoğun bağırsağ üzərində kombinə edilmiş və ya genişləndirilmiş cərrahi əməliyyatlar rekonstruktiv-bərpaedici anostomozun (kolorektal) qoyulması ilə tamamlanmışdır. 2015-ci ildən etibarən şöbədə əməliyyatdan sonra reabilitasiya dövrünün yaxşılaşdırılması məqsədi ilə preventiv ileostomanın qoyulmasına göstərişlər artırılmışdır. Göstərilən üsulun üstünlüyü ileostomanın texniki cəhətdən rahat şəkildə ləğvi məsələsi, ən əsası isə risk qrupuna aid olan xəstələrdə kolorektal anostomoz çatmamazlıq kimi ağırlaşmaların qarşısının alınması olmuşdur. Rekonstruktiv-bərpaedici anostomozlar steplerin və ya əl ilə tikilməsi üsulu ilə həyata keçirilmişdir. Preventiv ileostoma ileosekal bucaqdan 16 sm məsafədə olan terminal bağırsağ ilgəyinin qarının ön divarından xaricə çıxarılması və dəriyə fiksasiya edilməsi ilə formalaşdırılmışdır.

**Yekun.** Yüksək risk qrupuna aid olan xəstələrdə düz bağırsağın ön rezeksiyaları zamanı preventiv ileostomanın qoyulması kolorektal anostomoz çatmamazlığının aradan qaldırılması və bununla da müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması üçün effektiv olmuşdur. Müvəqqəti ileostomanın qoyulması kolorektal anostomoz çatmamazlığının profilaktikası üçün məqsədəuyğundur.

## NEYTROFİL – LİMFOSİT NİSBƏTİNİN KƏSKİN PANKREATLƏR ZAMANI PROQNOSTİK DƏYƏRİ

MƏMMƏDOV Ə.Ə., İSKƏNDƏROV E.A., İDRİSOV F.S.

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

**Giriş:** Qarın boşluğunun kəskin xəstəlikləri arasında kəskin pankreatit, diaqnostikanın çətinliyi, xəstəliyin ağırlaşmalarının erkən aşkarlanması mürəkkəb olması baxımından xüsusi yer tutur.

**Məqsəd:** Qanın ümumi analizi zamanı sadə laborator parametrlər vasitəsilə pankreatitlərin ağırlaşmalarının proqnozlaşdırılması imkanlarının öyrənilməsi.

**Material və metodlar:** Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində 2010-2018–ci illər ərzində kəskin pankreatit diaqnozu ilə müalicədə olan 71 xəstənin müayinəsinin nəticələri öyrənilmişdir. Bütün xəstələr mülayim gedişli (n=39) və ağır pankreatit qruplarına (n=32) bölünmüşdür. Stasionara daxil olan günü və sonrakı 2 gün ərzində qanın ümumi analizində baş verən dəyişikliklər analiz edilmişdir. Leykoformulanın dəyişilməsinin analizi ilə yanaşı, Neytrofil-limfost indeksi (NLİ) öyrənilmişdir. Statistik analiz zamanı Stüdent t- və Mann-Whitney U meyarından, optimal “cut off” hesablanması üçün ROC əyrisi qurulmuşdur. Statistik analiz IBM SPSS – 20 programında yerinə yetirilmişdir.

**Nəticələr:** Neytrofil/Limfost indeksinin qruplar üzrə müqayisəsi göstərmişdir ki, xəstələrin qəbul günü və eləcə də sonrakı 2 gün ərzində bu indeksin qiymətləri arasında fərq statistik dürüst ( $p<0,05$ ) olmuşdur. Mülayim gedişli pankreatiti olan xəstələrdə vaxt keçdikcə NLİ azalmışdırsa, ağırlaşmış qrupda bu indeksin artması qeydə alınmışdır. NLİ üçün optimal “cut off” 10,5 - ə bərabər olması müəyyən edilmişdir. Kaplan – Meyer üsulu ilə yaşama göstəricisi öyrənilmişdir. NLİ<10,5 olan ilk 21 gün ərzində yaşama 95,9%, NLİ>10,5 olan xəstələrdə isə 79,2% olmuş, letallıq isə 21,8% kimi hesablanmışdır.

**Yekun:** Kəskin pankreatitin erkən mərhələlərində ümumi qan analizində olan leykoformulada olan göstəricilərin riyazi hesablanması vasitəsilə xəstəliyin ağırlaşmış formaya keçməsinə öncədən proqnozlaşdırmaq mümkündür. Pankreatitin erkən mərhələsində Neytorfil-Limfosit indeksini öyrənməklə, ağırlaşmış xəstələrə daha seçici yanaşmaq, xəstələrin yaşama göstəricisini artırmaq imkanları vardır. Kliniki olaraq diferensial diaqnostika tələb edən mübahisəli hallarda NLI və yetişməmiş qranulositlərin konsentrasiyası proqnozun dəqiqləşməsinə kömək edir.

## ANAL FISTULANIN LAZER ABLASIYASI

**MƏMMƏDOV E.X.**

*Akad.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş:** Anal fistul hər hansı bir iltihabi, irinli proses nəticəsində düz bağırsaqla anal nahiyənin dərisi arasında anormal kanalın əmələ gəlməsidir. Əsasən düz bağırsağın son qismində olan vəzilərin iltihablalaşaraq absesləşməsi (kəskin paraproktit) nəticəsində əmələ gəlir. Bəzən həmin abseslər özü-özünə açılır, bəzən də cərrahi yolla abses anusa yaxın yerdən xaricə drenaj edilir. 20-30% hallarda kəskin irinli mərhələ medikamentoz müalicə ilə aradan qaldırıldıqdan sonra fistul traktı cərrahi müdaxiləyə ehtiyac olmadan sağalır. Lakin əksər hallarda kəskin paraproktit xroniki formaya keçərək anorektal fistula çevrilir.

Anal fistulaların ideal cərrahi müalicəsinin vacib meyarları arasında, anal nahiyədə olan iltihabı aradan qaldırmaq, fistula traktının sağlamlığını təmin etmək, anal sfinkterin zədələnməsinin və anal inkontinansın qarşısını almaq kimi prinsiplər yer alır. Son zamanlarda lazerin tibbin digər sahələrində populyarlıq qazanması, onun koloproktologiya sahəsində tətbiqinə də gətirib çıxartdı. Anal fistulanın lazerlə müalicəsi ilk dəfə 2011-ci ildə Wilhelm tərəfindən aparılan bir tədqiqatda öz əksini tapmışdır.

**Material və metodlar:** Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində 2019-2020-ci illərdə 10 xəstə üzərində bu əməliyyat icra olunmuşdur. 10 xəstədən 4-ündə ekstrasfinkter fistula, 6-sında isə intersfinkter fistula var idi. Bu əməliyyat Almaniyanın BioLitec lazer aparatı vasitəsi ilə həyata keçirilir. Əməliyyatlar spinal anesteziyanın tətbiqi ilə icra olunmuşdur. Əvvəlcə fistula traktı küretaj olunaraq iltihablaşmış toxumalardan təmizlənir. Fistul traktı bir neçə dəfə 3%-li hidrogen peroksid məhlulu və 0.9%-li NaCl məhlulu vasitəsi ilə yuyulur. Sonra həmin trakt, radial yandıran 980nm-lik dalğa uzunluqlu lazer probu vasitəsi 10-14W gücündə enerji ilə ablasiya olunur. Bu metodla əməliyyat olunan xəstələrin 1 illik müşahidəsi, effektivlik dərəcəsinin 80% olduğunu göstərdi. 2 xəstədə resektiv qeydə alınmışdır. Həmin 2 xəstə sonradan təkrar əməliyyat olunaraq, fistul traktına seton qoyuldu.

**Nəticə:** Bildiyimiz kimi xroniki paraproktit (anorektal fistul) patologiyası mürəkkəb davranışına görə tibbdə daim müzakirə predmetidir. Aparılan tədqiqatlardan belə nəticəyə gəlmək olar ki, anorektal fistulaların müasir müalicə metodlarının göstəriciləri təqribən bir-birinə yaxındır. Müasir müalicə metodları nə qədər təkmilləşsə də müəyyən çatışmazlıqlar, ən əsası da residivlərin olması hələ də aktual məsələ olaraq qalmaqdadır. Bu tədqiqat göstərdi ki, hər bir müalicə metodu üçün uyğun xəstə seçimi həmin metodun effektivliyini artırır.

## PILONİDAL SİNUSUN MÜALİCƏSİNDƏ DİOD LAZERİN TƏTBIQI

**MƏMMƏDOV E.X.**

*Akad.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş:** Pilonidal sinus xəstəliyi büzdüm nahiyəsində rast gəlinən xroniki, iltihabi bir xəstəlik olub, özünü asimptomatik forma ilə yanaşı, büzdüm nahiyəsində ağırlı absesin əmələ gəlməsi, sinusun xaricə fistullaşması ilə göstərə bilər. Bu patologiyanın etiologiyası tam bəlli deyil.

Pilonidal sinusun müalicə metodları konservativ müalicədən tutmuş, cərrahi müalicəyə qədər bir sıra metodları əhatə edir. Təəssüflər olsun ki, müalicə metodlarının günü-gündən təkmilləşməsinə baxmayaraq, hələ də bu patologiyanın müalicəsində tam optimal nəticə almaq mümkün olamamışdır. Pilonidal sinusun müasir müalicə metodlarından biri, sinus traktının diod lazer ablasiyasıdır.

**Tədqiqatın məqsədi:** pilonidal sinusun müalicəsində daha az travmatik diod lazerin tətbiqi, əməliyyatdan sonrakı ağrının az olması, xəstələrin iş qabiliyyətinin tez bərpa olunması, xəstəxanada yatma müddətini minimuma endirmək və s.

**Material və metodlar:** Tədqiqat 2020-2021-ci illərdə Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində pilonidal sinus diaqnozu qoyulan 18-30 yaş arası 10 xəstə daxil edilib. Xəstələrdə Sinus traktı 2-4sm arası olub, çoxşaxəli deyil. Bütün xəstələrdə prosedurlar yerli anesteziyanın (novocain 0.5% +lidicain 2%-li) tətbiqi ilə həyata keçirildi. Əvvəlcə sinus traktı küretaj olunaraq iltihablaşmış toxumalardan, tükdən təmizləndi. Sonra bir neçə dəfə 3%-li hidrogen peroksid və 0.9%-li NaCl məhlulu ilə yuyuldu. Sonra həmin trakt, radial yandıran 980 nm-lik dalğa



uzunluqlu lazer probu vasitəsi 9-12W gücündə enerji ilə ablasiya olundu. Bütün xəstələr əməliyyat günü evə yazıldılar. Evə yazılarda, xəstələrə 5 gün parenteral olaraq III nəsil sefalosporin qrupundan (Ceftriokson 1q.) antibiotik və oral ağrıkəsici (Nimesulid şaşə) yazıldı. Xəstələrdə sinus traktı 5-12 gün ərzində bağlandı. Bu metodla əməliyyat olunan xəstələrin 1 illik müşahidəsində, effektivlik dərəcəsinin 70% olduğunu göstərdi. 3 xəstədə resediv qeydə alınmışdır. Həmin 3 xəstə sonradan təkrar əməliyyat olunaraq, büzdüm nahiyəsindəki sinus traktı Mblok şəkilində kəsilərək götürüldü.

**Nəticə:** Pilonidal sinusun müalicəsində diod lazerin tətbiqinin az travmatik olması, əməliyyatdan sonrakı ağrının az olması, xəstələrin iş qabiliyyətinin tez bərpa olması, klinikada yatış müddətinin az olması və s. kimi üstün tərəfləri olmasına baxmayaraq, residivlərin olmasını nəzərə alaraq, bu metodun tətbiqi üçün xəstə seçimi düzgün olunmalıdır.

## HƏZM SİSTEMİNİN YUXARI ŞÖBƏSİNİN QEYRI-VARIKOZ MƏNŞƏLİ KƏSKİN QANAXMALARININ MÜALİCƏSİ ZAMANI RİSK DƏYƏRLƏNDİRMƏSİNİN ƏHƏMİYYƏTİ

MURADOV N.F., HƏSƏNOV F.C., RÜSTƏMOV E.A., ZEYNALOV N.C.,  
NAMAZOVA K.N.

*Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş.** Gastrointestinal sisteminin yuxarı şöbəsinin qeyri-varikoz mənşəli kəskin qanaxmaları bütün dünyada, o cümlədən ölkəmizdə də mədə-bağırsaq xəstəliklərinin ən çox rast gəlinən ağırlaşmalarındandır. Son onilliklər ərzində bu qanaxmaların müalicəsi yönündə bir xeyli irəliləyişlər əldə olunsada, ölüm göstəricisi elə də dəyişməmiş, xüsusən yanaşı xəstəliyi olan yaşlı xəstələrdə yüksək (3,5-10%) olaraq qalmaqdadır. Xəstələrə təcili qaydada göstərilən tibbi yardımın həcmindən və sonrakı müalicə taktikasının seçilməsində qanaxmanın residivi və ölüm baş verməsi baxımından risk dəyərləndirilməsi çox əhəmiyyətlidir. Bu məqsədlə bəzi proqnostik qiymətləndirmə sistemləri geniş tətbiq olunsada, onların prediktiv dəyərləri, doğruluq səviyyələri və klinik effektivliyi haqda məlumatlar bir mənalı deyildir.

Təqdim etdiyimiz tədqiqat işinin məqsədi belə sistemlərdən biri olan Rockall şkalasının proqnostik imkanlarının öyrənilməsi olmuşdur.

**Material və metodlar.** Tədqiqat zamanı pandemiya əvvəlki beş il (2015-2019) müddətində akad. M.A. Topçubaşov ad. ECM - də göstərilən diaqnoz ilə (38 nəfər xərçəng xəstəsi xaric) stasionar müalicədə olmuş 212 xəstənin materialları retrospektiv olaraq təhlil edilmişdir. Xəstələrin yaşı, şok göstəriciləri, yanaşı xəstəlikləri, diaqnozu və endoskopik müayinə ilə müəyyən edilmiş qanaxma mənbəyi əsasında tərtib edilmiş Rockall şkalasının tam variantı üzrə hər bir xəstə üçün risk göstəricisinin balı (0 – 11) hesablanmışdır.

**Nəticələr.** Xəstələrin orta yaş göstəricisi 47 (16-89) olmaqla 164-nü kişilər (77,4%), 48-ni (22,6%) qadınlar təşkil etmişdir. Onlardan 145 (68,4%) - də qanaxma səbəbi onikibarmaq bağırsağ xorası, 34 (16%) -də mədə xorası, 14 (6,6%) -də gastroenteroanastomozun peptik xorası, 4 (1,9%) -də Mellori-Veys sindromu, 15 (7,1%) -də mədənin angi-displaziyası və b. patologiyalar olmuşdur. Rockall risk göstəricisi xəstələrin 48 (22,6%) – də 1 bal, 27 (12,7%) -də 2 bal, 60 (28,3%) -də 3 bal, 37 (17,5%) -də 4 bal, 18 (8,5%) -də 5 bal, 13 (6,1%) -də 6 bal, 7 (3,3%) -də 7 bal və 2 (0,9%) -də 9 bal təşkil etmişdir. Xəstələrə proton pompa inhibitorları, H2-blokatorlar və antasidlərin, hemostatik vasitələrin müxtəlif kombinasiyalarını, bəzi xəstələrdə endoskopik hemostaz tədbirlərini də əhatə edən konservativ müalicələr aparılmış və 181 (85,4%) xəstədə bu tədbirlər effektiv olmuşdur. Üç xəstədə davam edən və 17 xəstədə klinikada təkrarlanan qanaxmaya görə təcili, 7 xəstədə isə planlı radikal əməliyyatlar aparılmışdır. Letallıq göstəricisi ümumi xəstələr üzrə 3,3% (n=7), konservativ müalicə alan xəstələrdə 2,2 %, təcili cərrahi əməliyyatlardan sonra isə 15% təşkil etmişdir.

Rockall şkalası üzrə retrospektiv olaraq aparılmış risk dəyərləndirilməsi zamanı qanaxma davam edən xəstələrdə bu göstəricinin orta qiymətinin  $5,0 \pm 1,2$  bal, dayanmış qanaxma residivləşən xəstələrdə  $4,5 \pm 0,4$  bal, konservativ müalicə ilə effektiv hemostaz yaranmış xəstələrdə  $2,9 \pm 0,1$  bal, ümumi sağalmış (konservativ və ya cərrahi yolla) xəstələrdə  $3,0 \pm 0,1$  bal, ölənlərdə isə  $6,7 \pm 0,7$  bal olduğu müəyyən olunmuşdur. Qruplar arasında müqayisə apardıqda, qanaxması davam edən və ya residivləşən xəstələrin orta bal göstəricisi ( $4,6 \pm 0,3$ ) ilə effektiv hemostaz yaranmış xəstələrin göstəricisi ( $2,9 \pm 0,1$ ) və ümumi sağalmış xəstələrlə ( $3,0 \pm 0,1$ ) ölənlərin müvafiq göstəriciləri ( $6,7 \pm 0,7$ ) arasında statistik əhəmiyyətli fərq (U – test,  $p < 0,001$ ) müəyyən edilmişdir. Residiv baş vermiş 19 xəstənin 14 (73,7%) - nün Rockall şkalası üzrə balı  $\geq 4$  olmuşdur.

**Yekun.** Alınan nəticələr belə söyləməyə əsas verir ki, Rockall qiymətləndirmə şkalası mədə-bağırsaq sisteminin yuxarı şöbələrindən qeyri-varikoz mənşəli kəskin qanaxmaların residivləşməsi və ölüm hallarının proqnozu baxımından effektiv prediktiv vasitədir. Bu yolla müəyyənləşdirilmiş yüksək riskli xəstələrin müalicəsinin intensiv terapiya şöbəsində xüsusi nəzarət altında aparılması daha məqsədəuyğun və təhlükəsizdir.

## QOCALARDA QƏBİZLİYİN KLİNİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ VƏ MÜALİCƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

MUSAYEV B.V.

*Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

Gerontoloqlar üçün xronik qəbizlik problemi digər ixtisasdan olan həkimlərə nisbətən daha çox əhəmiyyət kəsb edir, çünki qəbizliyin rastgəlmə tezliyi yaşın artması ilə nəzərəcarpacaq dərəcədə əlaqəli olur dərəcədə artır. Əksər hallarda bu, qidalanmanın xüsusiyyətləri, fiziki fəaliyyətin olmaması, çoxlu sayda dərmanların istifadəsi və bağırsağın əzələ aparatında yaşla bağlı dəyişikliklərlə bağlı olur. Qəbizliyi olan yaşlı xəstələr əhalinin qalan hissəsi ilə müqayisədə daha pis həyat keyfiyyəti, aşağı gəlir və aşağı sosial statusu ilə fərqlənir. Belə ki, yaşlı əhali üzərində aparılan tədqiqatlarda qəbizlik əlamətləri öz evlərində yaşayan qoca şəxslərdə 20%-ə qədərində, qocalar evlərindəki yaşlı insanların isə 50%-də qeydə alınmışdır.

İnsan yaşlandıqca yoğun bağırsağın fiziologiyasında dəyişikliklər baş verir. Bağırsağın sinir-əzələ kəlfinin neyronların ümumi sayı azalır və yoğun bağırsağın distal hissəsində kollagenin miqdarı artır.

Tədqiqatlarda yaşla əlaqədar olaraq neyron itkisi və bağırsaqda dəyişmiş və bağırsaqda disfunksional qanqlialarıb sayının artması və qanqliyaların sayının artması ilə yoğun bağırsaqda perestaltika pozuntularının olduğu göstərilmişdir.

Ahıl və qoca xəstələrdə həmişə bağırsağ hərəkətlərinin tezliyində azalma və ya nəcisin konsistensiyasında dəyişikliklər həmişə olmaya bilər, lakin əlavə gücverməyə ehtiyacın olması, bağırsağın natamam boşaldılması hissi və anorektal obstruksiya kimi əlamətlər çox zaman ola bilər. Qabırq qəbizlik yuxarı mədə-bağırsağ traktının hərəkətliyində ikincili dəyişikliklərə və dispepsiya, mədə yanması, ürəkbulanma və qusma simptomlarına səbəb ola bilər. Xəstədən anamnez toplandıqda aşağıdakı amillərə diqqət yetirmək lazımdır: həftə ərzində bağırsağ hərəkətlərinin sayı, nəcisin konsistensiyası- 1 (Bristol nəcis forması şkalasına görə I və II qrup), nəcisə qarışıqların olması (qan, selik, həzm olunmamış qida parçaları), defekasiya keyfiyyəti (manəələnmiş və ya tamamlanması çətin hiss), defekasiya zamanı həddindən artıq gərginliyə ehtiyac, defekasiyadan narazılıq (bağırsağın natamam boşalma hissi), defekasiyanı asanlaşdırmaq üçün əl yardımına ehtiyac. Xroniki qəbizliyi olan bir xəstənin tarixinə qəbizliyin ikincili səbəblərini istisna etmək üçün əlavə xəstəliklərin qiymətləndirilməsi, qəbul edilən dərmanların təhlili daxil edilə bilər, çünki onların bir çoxu qəbizlik simptomlarının inkişafına və ya kəskinləşməsinə səbəb ola bilər.

Qəbizlik üçün müalicə taktikası təyin edildikdə xəstəlik tarixi, qəbul edilən dərman terapiyası, ümumi klinik vəziyyət, koqnitiv vəziyyət və xəstənin funksional fəaliyyəti nəzərə alınmalıdır.

Əsas məsələ xəstəyə tualetə düzgün gedilməsi öyrədilməlidir. Məsələn: müntəzəm, yavaş bağırsağ hərəkətləri, defekasiya ehtiyacı hissənə dərhal reaksiya vermək (defekasiya etməyə çağırmaq), tualetə daxil olmaq üçün lazımı yardım almaq və uzun müddət gücvermədən uzaq olmaq.

Yaşlı insanlar həyat tərzi və pəhriz dəyişiklikləri yolu ilə simptomları aradan qaldıra bilmədikdə, xroniki qəbizliyi müalicə etmək üçün adətən işlədici vasitələr tələb olunur.

Osmotik işlədici vasitələr yoğun bağırsağın mənfəzində osmotik təzyiq yaradır, beləliklə, suyu və elektrolitləri cəlb edir və mənfəz daxili təzyiqin və həcm artmasına səbəb olur. Osmotik işlədici vasitələr nəcisin yumşalmasına və həcm artmasına səbəb olur. Yaşlı xəstələrdə həll olunmayan şəkərlərin (laktuloza) istifadəsi təhlükəsiz və effektivdir. Gündəlik 15 q dozada laktuloza yaşlı xəstələrdə xroniki qəbizliyin müalicəsi üçün effektiv erkən farmakoloji seçimdir.

Beers meyarlarına görə yağların peroral qəbul edilməsinə üstünlük verilməməlidir, çünki aspirasiya fəsadları, yan təsirlər riski baş verir.

Defekasiyanı yaxşılaşdırmaq və koprostatın qarşısını almaq üçün hərəkət qabiliyyəti məhdud olan yaşlı xəstələrə şamlar və imalələr təyin edilə bilər. Şamlar (məsələn, qliserin və ya bisakodil) bağırsağ hərəkətlərini başlatmağa və ya asanlaşdırmağa kömək edir. Onlar tək və ya digər işlədiciyə birlikdə istifadə edilə bilər. Koprostatın qarşısını almaq üçün, xüsusilə çətin defekasiya olduqda imalə aparılması tövsiyə edilir.

**İşlədici vasitələrlə müalicəsinin fəsadları.** Laksativ xəstəliyi uzun müddət bitki mənşəli işlədici dərmanlar (senna və ya palıd alkaloidləri) və bir çox sintetik preparatlar (bisakodil, natrium pikosulfat və s.) qəbul edən xəstələrdə müşahidə olunan ümumi fəsaddır. Suyun pozulması ilə bağlı həm yerli (bağırsağ) həm də ümumi pozuntular, elektrolit və vitamin balansının pozulması ilə xarakterizə olunur. Bu xəstələrdə melanoz (yoğun bağırsağın selikli qişasının tünd rəngi) - uzun müddətli stimullaşdırıcı laksatiflər qəbul edən xəstələrdə tipik endoskopik tapıntı, hipokalemiya ilə maye və elektrolit pozuntuları, artan (və ya görünən) qarın ağrısı (daimi və ya sancı formasında) eləcə də şişkinlik, anusda yanma, bol sulu nəcis, ardınca qəbizliyin artması da təsvir olunur.

Beləliklə, xroniki qəbizlik yüksək yayılma, ağır fəsadlar və kolorektal xərçəng riskinin yüksək olması baxımından yaşlılarda aktual problemdir. Fəsadların erkən diaqnostikası və sübuta əsaslanan tibb nöqtəyi-nəzərindən işlədici dərman seçimi ilə effektiv müalicənin seçilməsi üçün aktiv müayinənin aparılması zəruri şərtlərdəndir.

**ÇOXSAYLI STENT İÇİ RESTENOZUN STENTEKTOMİYA ÜSULU İLƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ**

**MUSAYEV K.K., KAZIMZADƏ N.C.**  
*Mərkəzi Klinik Xəstəxana, Bakı, Azərbaycan*

Son illərdə perkutan müdaxilələrin geniş yayılması, stent implantasiyasına göstərişlərin genişlənməsi, təkrari perkutan translüminal koronar angioplastikanın restenozlarda istifadəsi, eyni zamanda diffuz xəstə damarlara və distal darlıqlara çoxsaylı stentlərin implantasiyası tam metal örtüklü damarların (FMJ-LAD) meydana gəlməsinə səbəb olmuşdur. Belə xəstələr klassik aorto-koronar şuntlamaya uyğun olmadıqları üçün endarterektomiya namizəddirlər. Bizim seçimimiz FMJ-LAD xəstələrə açıq endarterektomiya, stentektomiya və damar defektinin venoz yamaq ilə qapanması və üzərinə tikilən LİMA istifadəsidir, bu da kros-klamp müddətini azaldır, texniki olaraq daha uyğundur, LAD hövzəsinin adekvat revaskulyarizasiyanı təmin edir.

Beləliklə, kombinə olunmuş açıq endarterektomiya və stentektomiya FMJ-LAD üçün mümkün və effektiv, konvensional cərrahi əməliyyata alternativ müalicə üsulu sayıla bilər. Belə xəstələr inoperabl deyil, bizim təcrübəmizdə olduğu kimi, bu üsulla tam revaskulyarizasiya şansını əldə edirlər.

Açar sözlər: endarterektomiya, stentektomiya.

**XRONİKİ QƏBİZLİYƏ GÖRƏ SUBTOTAL KOLEKTOMİYA OLUNMUŞ XƏSTƏLƏRDƏ HEMOSTAZ**

**MUSAYEV X.N., ƏLİYEVƏ S.A., ŞİRİNOVA F.M.**  
*ATU 2-ci cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

Aktuallıq: Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən dünya əhalisinin 12-14% i qəbizlikdən əziyyət çəkir. Qəbizlik orqanizmdə gedən proseslərə təsir edərək parametrlərin dəyişməsinə xüsusilə hemostaza ciddi təsir edir və su duz mübadiləsinə kəskin pozur. Aparılan konservativ müalicələr effektiv olmadığına görə cərrahi müdaxilə qaçılmaz olmaqla son ədəbiyyat məlumatlarına və özümüzün müşahidələrimizə əsasən subtotal kolektomiya (SKE) bu xəstələri normal həyata qayıtmağa kömək edir. Lakin istər qəbizlik müddətində istərsə də əməliyyatdan sonra orqanizmdə hemostaz dəyişiklikləri qalır.

Material metodlar: Ona görə 2021-2023 cü illər ərzində xroniki qəbizliyə görə subtotal kolektomiya olunmuş 30 xəstədə müşahidə aparılmış yaxın əməliyyatdan keçən 6 ay 2 il müddətində xəstələr müayinə olunaraq qanda olan dəyişikliklər, EKQ, K, Na, Ca, fermentativ dəyişikliklər araşdırılmışdır. Müayinə olan xəstələrin yaş həddi 20-60 yaş arasında olmuşdur. Xəstələrin hamısında qəbizliyin uşaq yaşlardan olduğu qeyd olunmuşdur.

Müzakirə: SKE keçirmiş 30 xəstənin hamısında ümumi qan analizində hemoqlobin səviyyəsi əməliyyatdan öncə, sonra, 3 ay, 6 ay, 1 il, 2 il sonra müqayisəli öyrənilmiş, EKQ olan dəyişikliklər, ALT, AST də olan dəyişikliklər analiz edilmişdir. Hemoqlobinin səviyyəsinin müayinəsində aşkar olundu ki, SKE olunmuş xəstələrdə bu göstərici əməliyyatdan öncəki göstəricidən ilk 3 ayda 0,8% aşağı 2 ildən sonra 0,4% aşağı olmuşdur. Bu göstərici SKE olunmuş və ileosiqma ileorekto anastomoz qoyulmuş xəstələrdə də fərqli olmuşdur. Beləki ileosiqma anastomoz qoyulmuş xəstələrdə yuxarıda qeyd olunan göstəricilər ilkin normaya yaxın olmuş lakin sağlam şəxslərin göstəricilərindən aşağı olmuşdur. Hematokrit SKE olunmuş xəstələrdə sağlam şəxslərə nisbətən 8,5% yüksək olmuşdur ki, bu da defekasiyanın tezləşməsi fonunda dehidratasiyadan xəbər verir. EKQ da olan dəyişiklikləri analiz etdikdə isə sağlam şəxslərə nisbətəndə SKE olunmuş xəstələrin 20% də dəyişikliklər olduğu aşkar olunmuşdur. Bu dəyişikliklər ALT, AST nin nəticələrində də özünü göstərmişdir, beləki 2 il müddətində SKE olunmuş xəstələrdə göstəricilər əməliyyatdan öncəki səviyyəsinə düşsə də sağlam şəxslərin göstəricilərindən 15-20% yüksək olmuşdur. Həyat keyfiyyəti göstəriciləri yaxşılaşsada psixoemotional vəziyyət həssas olaraq qalmışdır.

Nəticə: Müayinələrin nəticəsinə əsasən xroniki qəbizliyə görə SKE olunmuş xəstələrdə uzun müddət homeostazda dəyişikliklərin olması, qara ciyər göstəricilərinin yüksək qalması, həyat göstəricilərinə təsir edən psixoemotional dəyişiklikləri nəzərə alaraq bu xəstələr əməliyyatdan sonra gastroenteroloq, hepatoloq və psixonevropatoloqda müalicə alması məsləhətdir.

**YENİ NƏSİL ARTİKULYASIYON ALƏTLƏRLƏ İCRA EDİLMİŞ LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLIKASIYASI: TƏCRÜBƏDƏN NÜMUNƏ**

**MÜSLÜMOV Q.F., BEHBUDOV V.V., ZEYNALOV N.C., ƏLİYEVƏ G.R., AZADOVA Z.N.**  
*Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş.** Müasir texnologiyalar əsrinde laparoskopik cərrahiyyənin durmadan inkişaf etməsi bu sahədə də innovativ texnologiyaların tətbiqini zəruri edir. Ötən illər ərzində standart laparoskopik alətlərin konstruksiyası demək olar ki, çox az dəyişikliklərə uğramışdır. Bu alətlər vasitəsilə əməliyyat edərkən manipulyasiya imkanı məhtud olan kiçik mühitlərdə optimal hərəkətliliyin əldə edilməsi çətin olur. Paralel olaraq inkişaf edən robotik cərrahiyyədə istifadə edilən alətlərin artikulyasion (oynaq) xüsusiyyətli olması belə mühitlərdə cərrahin sərbəstlik dərəcəsini artıraraq

disseksiya etmək, tikiş və düyün vurmaq imkanlarını xeyli asanlaşdırmışdır. Lakin çox yüksək maliyyətli bu texnologiyanın hər cəhətdən effektiv olacağı böyük suallar doğurduğu üçün geniş şəkildə tətbiqi mümkün olmamışdır. Son illərdə yeni nəsil robotikə bənzər laparoskopik artikulyasion alətlərin tətbiq edilməyə başlanması minimal invaziv cərrahiyyənin bu probleminin həllində çox ümidverici görünür.

**Material və metodlar.** Bu tədqimatda artikulyasion alətlərin vasitəsilə laparoskopik Nissen fundoplikasiyası icra edilmiş xəstə haqqında məlumatlar yer almışdır.

**Xəstə tədqimati.** QERX, ezofagit - dərəcə C, hiatal hernia diaqnozu təyin edilmiş 37 yaşlı qadın xəstəyə ümumi anesteziya altında standart pozisiyada laparoskopik Nissen fundoplikasiyası əməliyyatı icra edilmişdir. İlk olaraq 10 mm - lik giriş portu göbək altından açıq üsulla, digər portlar kameranın nəzarəti altında daxil edilməklə ümumilikdə 4 port yerləşdirildikdən sonra şpatel ucluqlu artikulyasion alət ilə toxumaların disseksiyası, diafraqma ayaqcıqlarının və ezofagusun mobilizasiyası həyata keçirilmişdir. Diafraqma ayaqcıqlarına artikulyasion iynə tutandan istifadə olunmaqla iki tikiş qoyularaq krurorafiya edilmiş, daha sonra təklif etdiyimiz metodika üzrə retroezofageal sahədən – proksimaldan distala doğru mədənin qısa arteriyalarından ikisi kəsilərək hissəvi mobilizasiya aparılmışdır. Mədənin sərbəstləşmiş dib hissəsindən 360 dərəcəlik manjeti yaratmaq üçün qoyulan 3 ədəd seromuskulyar tikiş və sapların düyünlənməsi də artikulyasion iynə tutanla həyata keçirilmişdir. İlk dəfə tətbiq etməyimizə rəğmən əməliyyat vaxtı istər disseksiya, istərsə də manjetin formalaşdırılması zamanı texniki çətinliklər, qan itkisi və s. müşahidə edilməmiş, hər hansı intraoperasion və postoperasion ağırlaşma meydana çıxmamışdır. Əməliyyatın davam etmə müddəti 30 dəqiqə təşkil etmişdir ki, bunun da adətə üzrə tətbiq etdiyimiz standart laparoskopik fundoplikasiya əməliyyatlarının orta müddətindən daha qısa olduğunu qeyd edə bilərik.

**Yekun.** Gəldiyimiz ilkin qənaətə görə artikulyasion alətlərin laparoskopik Nissen fundoplikasiyası zamanı tətbiqi diafraqma ayaqcıqlarını və qida borusunu mobilizasiya edərkən nisbətən məhtud sahələrdə cərrahın daha sərbəst hərəkət etməsini təmin edir, tikiş və düyün vurarkən manevr imkanlarını artırır, cərrahi ergonomikanın yaxşılaşmasına və əməliyyat müddətinin qısalmasına şərait yaradır. Hesab edirik ki, gələcəkdə bu sahədə təcrübənin artması istifadə edilən troakar sayının azalmasına və əməliyyat müddətinin daha da qısalmasına gətirib çıxara bilər.

## EKSTRAHEPATİK ÖD YOLLARININ ZƏDƏLƏNMƏSİNİN AŞKAR OLUNMASINDA ŞÜA DİAQNOSTİK METODLARIN İMKANLARININ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

MUSTAFAYEV.A.N, XASAYEVA N.R.

*Akad.Topcubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Xülasə.** Pankreatoduodenal zonada aparılan cərrahi müdaxilədən sonra yatrogen zədələnmələr, müxtəlif növ daralmalar, anastomoz çatışmazlığı ən çox rast gəlinən ağırlaşmalardandır. KT fistulaqrafiya metodunun pankreatoduodenal zonanın dəyərləndirilməsində ucuz, əl çatan və az invaziv olması MRCP və ERCP müayinə metodlarına alternativ olaraq istifadə olunmaqdadır.

**İşin məqsədi.** Öd yollarında aparılan postoperativ xarakterli ağırlaşmaların aşkar olunmasında şüa diaqnostik metodlarının effektivliyinin qiymətləndirilməsi.

**Aktuallıq.** Ekstrahepatik öd yollarının zədələnməsinin və bu fonda ödün sərbəst qarın boşluğuna axması ən çox xolesistektomiya, qaraciyərin rezeksiyası, pankreatoduodenal rezeksiyalar zamanı aparılan cərrahi müdaxilədən sonra baş verən ağırlaşmalardır. Bu cür əməliyyatlar zamanı öd yollarının zədələnməsi, müxtəlif növ daralmaları, formalaşdırılmış anastomoz çatışmazlığı təxminən 4-6.6% təşkil edir. Bu cür ağırlaşmalar xəstənin vəziyyətini ağırlaşdırmaqla yanaşı onun stasionarda qalma müddətini və aparılan müalicə xərclərində artmasına səbəb olur. Bu qrup xəstələrə aparılan konservativ müalicə əksər yallarda effektiv olmadığından onlar təkrari cərrahi müdaxiləyə məruz qalırlar.

ERCP(endoskopik retroqrad xolangiopankreatografiya) ekstrahepatik öd yollarının və pankreatik kanalın zədələnməsinin aşkar olunmasında və müxtəlif növ daralmaların dəyərləndirilməsində qızıl standart sayılır. Bu metod bu cür patologiyaların aşkar edilməsində yüksək həssaslıq və spesifikliyə malikdir. Lakin bu metodun bahalı, invaziv və ümumi anesteziya fonunda aparılması çatışmayan cəhətlərindəndir. Öd yollarının zədələnməsinin diaqnostikasında qeyri-invaziv effektiv müayinə metodundan biridə MR-xolangiografiyadır. Lakin bu metodun da bir sıra çatışmayan cəhətləri vardır. Belə ki, müayinənin bahalı, texniki cəhətdən çətin aparılması, endoprotez, kardiostimulyator və klastrofobiyası olan xəstələrdə əks göstərişdir. KT xolangiografiyanın MR xolangiografiya metoduduna alternativ olaraq tətbiq olunması ən son tibbi ədəbiyyat məlumatlarında öz əksini tapmışdır. Öd yollarında aparılan cərrahi müdaxilədən sonra baş verən ağırlaşmalar zamanı qarın boşluğunda mövcud olan mayenin, ödün və pankreatik şirənin aşkar olunmasında KT müayinəsi yüksək həssaslıq və spesifikliyi malikdir. Bu üstün cəhətləri ilə yanaşı KT müayinəsinin çatışmayan cəhəti vardır. Belə ki müayinə zamanı pasiyentin üzərinə düşən şüa yükünün çox olması dinamik müayinələr zamanı həyati göstəriş olmadığı hallarda bu metodun tətbiqi məqsədə uyğun hesab olunmur.

**Beləliklə.** Öd yollarında aparılan cərrahi əməliyyatdan sonra baş verən ağırlaşmaların, müxtəlif növ daralmaların, öd və pankreatik fistulaların və anastomoz çatışmazlığının aşkar edilməsində və şüa-diaqnostik metodlarının imkanları yetərinə öyrənilməmişdir. Bundan başqa öd yollarında posttravmatik xarakterli ağırlaşmaları dəyişikliklərinin dəqiq və topik diaqnozunun qoyulması daha informativ şüa-diaqnostik metodun tətbiqi və optimal alqoritimin hazırlanmasından asılıdır. Bu baxımdan bu məsələlərin elmi cəhətdən araşdırılması aktual məsələ olaraq qalmaqdadır.



## NAZİK BAĞIRSAĞIN MÜXTƏLİF MƏNŞƏLİ KEÇMƏZLİYİN DİFFERENSIAL DİAQNOSTİKASINDA ŞÜA-DİAQNOSTİKASI METODLARININ İMKANLARININ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

MUSTAFAYEV A.N., XASAYEVA N.R.

*Akad.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**İşin məqsədi.** Nazik bağırsağ keçməməzliyinin diaqnostikasında şüa diaqnostika metodlarının imkanlarından istifadə etməklə diffensial diaqnostikanın optimallaşdırılması.

**Xülasə.** Nazik bağırsağ keçməzliyinin ən çox rast gəlinən səbəblərinin içərisində qarın boşluğunda aparılan əməliyyatdan sonra baş verən bitişmələrdir. Keçməzliyin digər səbəblərindən yırtıq, neoplaziya, Kron xəstəliyi, bağırsağın burulmasını göstərmək olar. Ölüm riski yaş və stranqulyasiyaya bağlı olaraq artır. Bitişmə mənşəli nazik bağırsağ keçməzliyinə şübhə olduqda dərhal konservativ müalicəyə başlamaq lazımdır. Bu yolla bəzən 48 saat ərzində 80% halda müsbət dinamika əldə etmək olur. Stranqulyası mövcud olduğu halda dərhal cərrahi müdaxilə aparılmalıdır.

### **Problemin aktuallığı.**

Təxirəsalınmaz cərrahiyyənin təxminən 20% səbəbi kəskin bağırsağ keçməzliyinin payına düşür. BK müalicəsinin düzgün və vaxtında aparılması diaqnostikadan asılıdır.

### **Kəskin bağırsağ keçməzliyinin diaqnostikası.**

Bağırsağ keçməzliyinin diaqnostikasında icmal xarakterli klassik rentgenoloji metodun informativliyi 60-70% təşkil edir, daha 10-20% hallarda rentgenoqrammalarda dəyişikliklər aşkar olunmadığı halda, digər 10-20% halda işə çıxarılan nəticələr şübhə doğurur. Bu müayinə metodu bağırsağ keçməzliyi zamanı keçməzliyin səviyyəsini və obstruksiyanın xarakterini aşkar etmək üçün tam informativ sayılmır. Mədə bağırsağ traktının təbii kontrastlaşması bu metodun informativliyini bir qədər artırır. Nazik bağırsağ patologiyalarında kontrast maddə releksasiya olunmuş nazik bağırsağ mənfəzinə zond vasitəsilə yeridilir bağırsağ ilgəkləri kontrast maddə ilə bərabər şəkildə dolur və bu da morfoloji dəyişikliklərin aşkar olunmasına imkan yaradır.

Nazik bağırsağ keçməməzliyinin diaqnostikasında MRT müayinəsinin rolu haqqında ədəbiyyatda çox az məlumatlar mövcuddur. MRT müayinəsi nazik bağırsağ keçməzliyi haqqında sürətli və dəqiq informasiya verir. Ancaq MRT bahalı və uzun sürən metoddur və komyuter tomoqrafiyaya nisbətə həssaslığı bir qədər azdır.

Kəskin nazik bağırsağ keçməzliyində ən informativ müayinə metodu kompyuter tomoqrafiya metodu sayılır. Kontrastlı kompyuter tomoqrafiyası kiçik ölçülü ekstramural patologiyaların diffensial diaqnostikasında daha həssasdır. İntravenoz kontrastlaşma stranqulyasiya, işemiyə və müsəriqə arteriyası və venasının trombozu kimi vaskulyar patologiyaların aşkar edilməsini asanlaşdırır. Kəskin obstruksiyalı nazik bağırsağ keçməzliyində bağırsağın distal seqmentinin daralması və bu fonda proksimal seqmentinin genişlənməsi KT müayinəsinin tipik görüntüsüdür. KT müayinəsinin klassik rentgenoloji müayinədən şübhəsiz üstünlüyü bağırsağ keçməzliyinin səviyyəsini təyin etmək, patoloji prosesin bağırsağın mənfəzində yaxud ekstraorqan yerləşməsinə aşkar etməkdən ibarətdir. Bəzi məlumatlara görə bitişmə mənşəli keçici xarakterli bağırsağ keçməzliyində kontrastlı KT bəzi hallarda yalancı mənfi nəticələr verə bilər.

**Beləliklə,** kəskin bağırsağ keçməzliyinin adekvat diaqnostikasını aparmaq üçün həkimin sərəncamında geniş spektra malik şüa diaqnostikası metodları mövcuddur. lakin problemin bir sıra diaqnostik aspektləri mütəxəssislər arasında geniş diskussiyasına səbəb olur. Kəskin bağırsağ keçməzliyində şüa-diaqnostikası metodlarının imkanları hələ də tam dəqiqləşməmiş, müayinənin aparılmasında göstərişlərin təyin edilməsi diskutabel olaraq qalmaqdadır. Ona görə bu sahədə elmi araşdırmaların davam etdirilməsinə ehtiyac duyulur.

## AORTA-QALÇA-BUD SEQMENTİNİN REKONSTRUKTİV-BƏRPA ƏMƏLİYYATLARININ CƏRRAHİ VƏ ANESTEZİOLOJİ ASPEKTLƏRİ

NAMAZOV İ.L., NAMAZOVA K.N., HƏSƏNOV F.C., KOSAYEV C.V., MURADOV N.F., ƏLİYEV A.M., ASLANOV A.A., ƏHMƏDOVA Ü.S., İBRAHİMOVA G.R.

*Akademik M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş:** Qarın aortası və onun şaxələrinin aterosklerotik lezyonlarla əhatə olunması stenozun inkişafına və ya qarın aortasında aterosklerotik anevrizmaların formalaşmasına səbəb olur. Qarın aortasının anevrizmalarının tezliyi 60 yaşdan yuxarı xəstələrdə 1-2%, 70 yaşdan yuxarı xəstələrdə isə 3-4% təşkil edir. Anevrizmanın cırılması 30-70% hallarda letallıqla nəticələnir.

**Məqsəd:** qarın aortasının infrarenal anevrizmasının rekonstruktiv əməliyyatlarının cərrahi və anestezioloji aspektlərinin öyrənilməsidir.

**Tədqiqatın material və metodları:** 2021-2022-cu illərdə akademik M. Topçubaşov adına EÇM-nin Damar cərrahliyi şöbəsinə aorta-qalça-bud seqmentinin patologiyası ilə müraciət etmiş 62 xəstənin kliniki materialları təhlil edilmişdir. Multispral kompyuter-tomoqrafik angiografik müayinə əsasında xəstələrin 17 (27,42%) nəfərində qarın aortasının infrarenal anevrizması, 45 (72,58%) nəfərində aorta bifurkasiyasının və qalça-bud seqmentin steno-okklüziviyası aşkar olunmuşdur. Xəstələrdən 60-ı (96,78%) kişi, 2-si (3,22%) qadınlardır. Anamnezində kişi xəstələrin hamısı uzun illər gündə 30-40 ədəd olmaqla siqaret çəkmişdir. Xəstələrin yaşı  $59,1 \pm 2,05$ , boyu  $166,9 \pm 5,01$  sm, çəki  $73,55 \pm 1,96$  kq arasında olmuşdur. Xəstələrin hamısı predoperasion dövrdə exokardioqrafiya müayinəsindən keçmiş və ürəyin atım fraksiyası (ÜAF)- $44,45 \pm 2,06\%$  olmuşdur. Exokardioqrafiya olunan xəstələrdən 6,45%-də miokardın arxa divarında hipokineziya sahələrinin olması aşkarlanmışdır. Xəstələrin 77,42%-i anamnezində antiagreqant və antikoagulyant dərman preparatları per os qəbul etmişdir. Yanaşı olaraq 25,81% xəstədə insulindən asılı olmayan şəkərli diabet; 93,55% xəstədə hipertoniya xəstəliyi; 16,13% xəstədə ürəyin xroniki işemik xəstəliyi, postinfarkt kardioskleroz, ürək çatmazlığı; 19,35% xəstədə qulaqcıqların fibrilyasiyası; 12,9% xəstədə AKŞ-dən sonrakı vəziyyət; 35,48% xəstədə ağ ciyərin xroniki obstruktiv xəstəliyi; 3,23% xəstədə prostatın adenoması; 1,61% xəstədə sifilis; 48,38% xəstədə mədə və onikibarmaq bağırsağın səthi eroziyaları və xorası olmuşdur. Predoperasion dövrdə xəstələrin hamısı planlı FQDS müayinəsindən keçmiş, 12,9% xəstədə onikibarmaq bağırsaqda xorası, 35,48% xəstədə mədədə səthi eroziyaların olması aşkarlanmışdır.

**Alınmış nəticələr.** Fransanın Perouse Medical şirkətinin istehsalı olan POLYMAILLE 16x0.8 mm (LOT №21060268) vaskulyar sintetik protezlərindən istifadə etməklə 17(27,4%) xəstəyə “anevrizmanın rezeksiyası+aorto-biiliak (və ya aorto-bifemoral) protezlənmə” 45(72,6%) xəstəyə “qarın aortasından trombendartektomiya, aorta-biiliak və ya aorta-bifemoral sintetik protezlənməsi” əməliyyatları kombinə olunmuş epidural-intubasion anesteziyanın tətbiqi ilə həyata keçirilmişdir. Predoperasion dövrdə bütün xəstələrdə mərkəzi venalar kateterizasiya olunmuş, L<sub>II</sub>-L<sub>III</sub> səviyyəsində epidural sahə punksiya edilərək kateterizasiya olunur və 0,75 %-li ropivikain məhlulundan istifadə etməklə anesteziya aparılır.

Cərrahi yarıdan toplanmış qanı reinfuziya etmək üçün Cell-Saver aparatından istifadə edilmişdir. Qan itkisinin orta həcmi  $3252,5 \pm 219,12$  ml olmuşdur. Bir sıra aparılan tədqiqatlar və kliniki təcrübələrə əsasən Cell Saver cihazından istifadə etmədən də əməliyyatı uğurla başa çatdırmaq mümkündür. Lakin kütləvi qan itkisi ilə müşayiət olunan əməliyyatlar zamanı dövr edən qanın həcmnin bərpası bir sıra fəsadların inkişafına səbəb ola bilər. Əməliyyatdan sonra damar anastomozlarının vəziyyəti doppler ultrasəsle izlənilmiş, əməliyyatın texniki icrası ilə əlaqədar heç bir ağırlaşma olmamışdır. Əməliyyatın müddəti  $293,0 \pm 11,87$  dəqiqə olmuşdur. Postoperasion dövrdə 2 xəstədə letallıq qeyd edilmişdir. Ölümün səbəbi 1 xəstədə daxili qanaxma nəticəsində inkişaf etmiş posthemoragik şok və poliorqan çatışmazlıq; digər xəstədə isə əməliyyatdan sonrakı bağırsağ keçməzliyi, bu fonda inkişaf edən poliorqan çatışmazlıq olmuşdur.

Aortaya sıxacaq tətbiq etməzdən əvvəl anesteziya dərinləşdirilmiş, zəruri hallarda nitroqliserin 0,2-0,4 mkq/kq dəq və heparin 5000 IU vurulmuşdur. Hipotenziya inkişaf etdiyində norepinefrin 0,1-0,3; dopamin 3-5 mkq/kg dəq ilə infuziya olunmuşdur. İnfuziya terapiya zamanı Ringer, HES, eritrositar kütlə, təzə dondurulmuş plazma köçürülmüş; qanın turşu-qələvi müvazinəti təyin olunmuş, metabolik asidozu kompensasiya etmək məqsədilə 4% natrium bikarbonat məhlulu istifadə edilmişdir.

**Yekun.** Beləliklə, aorta-qalça-bud seqmentinin anevrizmatik və okklüziv xəstəliklərində rekonstruktiv-bərpa əməliyyatları seçim üsuludur. Əldə etdiyimiz nəticələrə əsasən postoperasion dövrdə reperfüziya sindromunun və böyrək çatışmazlığının qarşısını almaq məqsədilə makro və mikrosirkulyasiyanın bərpasına xüsusi diqqət yetirmək, turşu-qələvi müvazinəti vaxtında və düzgün korreksiya edilməlidir. Dərman mənşəli hipokoagulyasiya və toxumalardan olan qansızmaların qarşısını almaq məqsədilə xəstələrə əməliyyatın sonunda yüksək dozada təzə dondurulmuş plazma və kontrikal 50000-100000 vah köçürülməsi tövsiyə olunur. Bağırsağ atoniyasını və ağrını aradan qaldırmaq məqsədilə əməliyyatdan 24 saat sonra epidural kateterlə ropivikainin davamlı infuziyası daha məqsəduyğun hesab olunur.

## MAKROMASTİYALI XƏSTƏLƏRDƏ MÜALİCƏ NƏTİCƏLƏRİNİN YAXŞILAŞDIRILMASI

**NƏSİBOV E.Y., ƏLİYEV Y.Q., ƏLİYEV E.T.**

*Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi,  
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş:** Estetik cərrahiyyədə gıqant ölçülü süd vəzilərinə az rast gəlinməyə baxmayaraq, hamiləlik, menstrual pozğunluqlar və piy distrofiyaları nəticəsində makromastiya formalaşmış xəstələrdə həm fiziki, həm də psixi diskomfort hissi formalaşır.

**Tədqiqatın məqsədi:** Apardığımız tədqiqat işinin məqsədi makromastiyalı xəstələrdə daha effektiv reduksion mammoplastika növünün seçilməsindən ibarət olmuşdur.

**Material və metodlar:** Bu məqsədlə 2019 - 2023-cü illərdə daxil olmuş reduksion mammoplastika əməliyyatına məruz qalmış 15 xəstənin müalicə nəticələri öyrənilmişdir.

Xəstələr 20-60 yaş qrupu arasında təsadüf etmişdir. Tərəfimizdən əməliyyata məruz qalmış 10 (66,7%) xəstədə süd vəzi giləsinin yerdəyişməsi inferior-medial ayaqcıqda, 5 (33,3%) xəstədə isə yalnız superior ayaqcıqda repozisi-

ya olunmaqla reduksion mammoplastika (süd vəzinin kişildilməsi) icra olunmuşdur. Bütün xəstələrdə əməliyyat ümumi endotraxeal narkoz altında tərs T-şəkilli kəsiklə həyata keçirilmişdir. Əməliyyata məruz qalmış xəstələrin heç birində yanaşı xəstəliklər müşahidə olunmamış, iki gün hospitalizasiyadan sonra xəstələr ambulator müalicəyə göndərilmişdir.

**Nəticə:** Tərəfimizdən əməliyyata məruz qalmış xəstələrin əməliyyat yaraları per-prima sağalsa da, superior ayaqcıqda repozisiya olunmuş süd vəzi gilələrində hissəvi nekroz formalaşmış və bu xəstələrdən ikisində əməliyyatdan 6 ay sonra yenidən korreksiya əməliyyatı həyata keçirilmişdir. Lakin süd vəzi giləsinin inferior-medial ayaqcıqda yerdəyişməsi ilə icra olunan 10 xəstədə süd vəzi giləsinin vaskulyarizasiyası pozulmamaqla yanaşı gilədə hissiyatın tezliklə bərpa olunması müşahidə olunmuşdur.

**Yekun:** Beləliklə, bizim qənaətimizə görə makromastiyalı xəstələrdə reduksion mammoplastikanın icra olunması zamanı süd vəzi giləsinin inferior-medial ayaqcıqda yerdəyişməsi ilə əməliyyatın aparılması postoperasion dövrdə xəstələrin fiziki və psixi diskomfort hissini aradan qaldırmaqla yaraların per-prima sağalmasına, vaskulyarizasiyanın pozulmamasına gətirib çıxarmaqla, süd vəzi giləsində hissiyatın tezliklə bərpasına səbəb olmuşdur. Bu da öz növbəsində gələcəkdə makromastiyalı xəstələrdə postoperasion dövrlərdə reabilitasiyanın qismüddətli olmasına, fiziki və psixi diskomfort hissini aradan qaldırılmasına gətirib çıxarmışdır.

## QEYRİ-SPEŞİFİK XORALI KOLİTİN FARMAKOTERAPİYASININ YENİ İMKANLARININ MÜQAYİSƏLİ TƏHLİLİ VƏ ONUN FƏALİYYƏTİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİNİN TƏKMİLLƏŞDİRİLMƏSİ YOLLARI

NƏCƏFQULİYEV P.H.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan

(parvin\_dr@hotmail.com)

**Açar sözlər:** xorali kolit, toksik dilatasiya, cərrahi müalicə

**Tədqiqatımızın məqsədi** qeyri-spesifik xorali kolitlə olan xəstələrdə kompleks terapiyanı təkmilləşdirməklə nəticələri yaxşılaşdırmaqdan ibarət olmuşdur.

**Materiallar və metodlar:** 2008-ci ildən 2022-ci ilə qədər bizim nəzarətimizdə qeyri-spesifik xorali kolit diaqnozu qoyulmuş 261 xəstə olmuşdur ki, onlardan 171-i qadın, 90-ı isə kişi olub. Xəstələrin yaşı 16-68 aralığında idi. 58 xəstədə total kolit, 84 xəstədə sol tərəfli zədələnmələr, 119 xəstədə proktit və proktosiqmoidit qeyd olunmuşdur. Bu xəstələrin kompleks müalicəsində iltihab əleyhinə preparatlar-aminosalisilatlar-sulfasalazin və ya salofalk, kortikosteroidlər; immunodepressantlardan istifadə olunmuşdur. Salofalk proktit zamanı şam kimi, sol tərəfli zədələnmələrdə mikroimalə kimi, ümumi formada isə tablet kimi istifadə edilmişdir. Metipred kortikosteroid kimi kompleks terapiya zamanı istifadə edilmişdir. Distal lokalizasiyalı zədələnmələr və I-II dərəcəli zədələnmə zamanı hidrokortizon rektal damcılar və ya mikroimalələr şəklində müəyyən edilmişdir. Immunodepressantların kompleks terapiyasında əsasən 6-merkaptopurin və azatioprin istifadə edilmişdir. Bu müalicə rejimini alan xəstələrin əksəriyyətində kəskin fazanın aradan qaldırılmasına və remissiyaya nail olunmuşdur. Sol tərəfli xorali kolitli 11 xəstədə yoğun bağırsağın perforasiyası ilə əlaqədar təcili cərrahiyyə, yoğun bağırsağın subtotal rezeksiyası və kolostomiya əməliyyatı aparılmışdır. Əməliyyatdan sonrakı 6 aydan 2 ilə qədər müddətdə yoğun bağırsağın konservasiya olunmuş hissəsi şam və mikroimalələr, yerli mesalazin, metronidazol və bağırsağ antiseptikləri kimi hormonlarla reabilitasiya edilmişdir. Daha sonra əməliyyatın ikinci mərhələsində kolostomiyanın ləğvi ilə bağırsağ keçiriciliyinin bərpası əməliyyatı aparılıb. Sol tərəfli xorali kolitli 13 xəstədə kəskin toksik dilatasiya müşahidə edilmişdir. Toksik dilatasiyası olan 7 xəstədə konservativ terapiya ilə vəziyyət stabilləşib, digər 6 xəstədə isə konservativ terapiya effekt vermədiyi üçün cərrahiyyə əməliyyatı aparılıb - yoğun bağırsağın subtotal rezeksiyası, ileostomiya icra olunub. Bu xəstələrdə əməliyyatdan sonra 6 ay-2 il arasında yoğun bağırsağın konservasiya olunmuş hissəsinə hormonlar, yerli mesalazin, metronidazol, şam və mikroimalə şəklində bağırsağ antiseptikləri vurulub. Daha sonra əməliyyatın ikinci mərhələsində ileostomanın ləğvi ilə bağırsağ keçiriciliyinin bərpası əməliyyatı aparılıb. Total kolitli 6 xəstədə konservativ müalicə səmərə verməmiş, nəcis qanlı və selikli olması gündə 14-16 dəfə davam etmiş, xəstəlik psevdopolipozla ağırlaşmış, radikal cərrahiyyə əməliyyatı aparılmışdır. Əməliyyatdan sonrakı 6 aydan 2 ilə qədər olan müddətdə xəstələr yuxarıda göstərilən təsirə uyğun olaraq konservativ şəkildə, əsasən rektal damcı və mikroimalə kimi hidrokortizonla müalicə olunmuşdular. Nəticədə düz bağırsaqdakı proses tamamilə ləğv edilmiş və xəstələrdə ileostomiya bağlanaraq bağırsağ keçiriciliyinin bərpası əməliyyatı icra edilmişdi. Müalicə fonunda proktitli xəstələrin 100% -də əlverişli nəticələr əldə edilmişdir.

**Nəticə:** Müşahidələrimizə əsasən, qeyri-spesifik xorali kolitli xəstələrdə antiinflammatuar aminosalisilatlar sulfasalazin və ya salofalk, kortikosteroidlər və immunodepressantlarla kompleks terapiya xəstələrin sürətli aktivləşməsinə, kəskin dövrün tez aradan qaldırılmasına, xəstəxanadan erkən evə yazılmalarına və residivlərin əhəmiyyətli dərəcədə azalmasına səbəb olan əlverişli bir üsul olub, fəsadlar zamanı isə vaxtında icra olunan əməliyyat xəstələrə müsbət nəticə əldə etməyə imkan verir. Əməliyyatdan sonra 70-80% hallarda müsbət nəticələr əldə edilir. İllik profilaktik müayinə tövsiyə olunur.

## ADEKVAT ANESTEZİYANIN İNTRA- VƏ POSTOPERASİON DÖVRLƏR ÜÇÜN PROQNOSTİK ƏHƏMİYYƏTİ

QASIMOVA S.Ə.

*Akad. M.Topçubaşov adına ECM, Anesteziologiya-reanimasiya şöbəsi, Bakı, Azərbaycan*

**Giriş.** Aparılan anesteziyanın adekvatlığının təmini cərrahi əməliyyatın proqnozuna təsir edən bilən mühüm faktorlardan biridir. Cərrahi əməliyyat zamanı aparılan anesteziya adekvat olmazsa interoperasion dövrdə hemodinamik, metabolik, mikrosirkulyator və s. homeostaz pozğunluqları baş verə bilər və bu da nəticə etibarlı ilə postoperasion dövrdə müəyyən fəsadların yaranması üçün zəmin yaradır. Məhz buna görə interoperasion dövrdə anesteziyanın adekvatlığının qiymətləndirilməsi, cərrahi müalicənin proqnozu baxımından da mühüm əhəmiyyət kəsb etməklə, anesteziologiyanın aktual problemlərindən biri olaraq qalır.

**İşin məqsədi** cərrahi əməliyyat zamanı aparılan anesteziyanın adekvatlığının inter- və postoperasion dövrün gedişinə və bununla da operativ müalicənin proqnozuna təsirini öyrənmək olmuşdur.

**Material və metodlar.** Tədqiqatlar AR SN akad. M.Topçubaşov adına ECM və AR DİN-in A.Heydərov adına Mərkəzi Hospitalında 2016-2019-cu illərdə, genişhəcmli, travmatik cərrahi əməliyyatlara məruz qalmış 92 xəstə üzərində aparılmışdır. Cərrahi əməliyyatlar zamanı aparılan anesteziyanın adekvatlığını qiymətləndirmək üçün klinik, hemodinamik, metabolik və neyrofizioloji göstəricilərdə baş verən dəyişikliklərin monitorinqi bütün əməliyyat boyu aparılmışdır. Bunlarla yanaşı ümumi anesteziyanın aparılması dövründə hormonal statusda anesteziyanın adekvatlığını əks etdirən göstəricilərin (qanda AKTH, kortizol, prolaktin, insulin və qlükozanın səviyyəsi) dinamikası aşağıdakı 3 mərhələdə öyrənilmişdir: I – ilkin, əməliyyatdan öncə; II – əməliyyatın ən travmatik, stressor anlarında və III – əməliyyat bitdikdən 30 dəqiqə sonra. Əldə olan rəqəmlər statistik olaraq işlənmiş və alınan nəticələrə əsasən ümumi anesteziyanın adekvatlığını əks etdirən bu parametrlər informativlik baxımından bir-biri ilə müqayisə edilmişdir.

**Nəticələrin müzakirəsi.** Tədqiqata daxil edilmiş xəstələr üzərində aparılan ümumi anesteziyanın adekvatlıq kriteriyaları bir-biri ilə müqayisəli olaraq araşdırılmışdır. Bütün əməliyyat boyu aparılan BİS monitorinqlə bərabər, ümumi anesteziyanın adekvatlığına dəlalət edən klinik əlamətlər anestezioloqun daim diqqət mərkəzində olmuş, hemodinamik, metabolik və hormonal göstəricilərə nəzarət edilmişdir. Cərrahi aqressiyasının daha intensiv olan dövründə, yəni tədqiqatın II mərhələsində, AKTH və kortizolun səviyyəsinin normal rəqəmlərdən yüksək olmasına rəğmən, homeostaz stabilliyini əks etdirən bütün digər kriteriyaların dinamik dəyişiklikləri aparılan ümumi anesteziyanın adekvat olduğunu təsdiq etmişdir. Aparılan ümumi anesteziya zamanı stressor hormonların səviyyəsini normal rəqəmlərdə saxlamaq və bununla da anesteziyanın adekvat olub-olmamasına qiymət vermək fikri, heç də, düzgün sayıla bilməz. Çünki, bu məqsəd istifadə edilən anestetik preparatların daha yüksək dozaları ilə əldə oluna bilər və nəticədə homeostazın stabilliyi yox, depressiyası ilə qarşılaşmış olarıq. Lakin, məqsəd stressor hormonların qanda səviyyəsinin bütün əməliyyat boyu normal rəqəmlər çərçivəsində saxlamaq deyil, orqanizmi cərrahi aqressiyadan qorumaqdır. Beləliklə, tədqiqata daxil olan xəstələrə aparılan ümumi anesteziyanı, adekvatlıq kriteriyalarına kompleks yanaşma əsasında, adekvat hesab edir və cərrahi müalicənin proqnozunda çox əhəmiyyətli olduğunu qeyd edirik. Cərrahi əməliyyat zamanı toxumaların məruz qaldığı travmatik zədələnmə dərəcəsi nə qədər yüksək olarsa, buna cavab olan iltihabi reaksiya da bir o qədər güclü olar və nəticədə müxtəlif orqan və sistemlərin funksional pozğunluqlarının inkişaf etmə ehtimalı da artmış olur. Adekvat anesteziya cərrahi stress-cavab reaksiyasının intensivliyini zəiflədir ki, bu da bütövlükdə makroorqanizmdə homeostazın stabilliyinə xidmət etmiş olur.

**Yekun.** Cərrahi əməliyyatın adekvat anesteziya ilə təmin edilməsi müalicənin proqnozuna təsir edən bilən mühüm faktorlardan biridir. Beləki, adekvat olmayan, yəni cərrahi aqressiyanı adekvat qarşılamayan anesteziya, inter- və postoperasion dövrlərdə hemodinamik, metabolik, mikrosirkulyator pozğunluqlara səbəb olur. Mikrosirkulyator və metabolik pozğunluqlar toxumaların oksigen və enerji ilə normal təminatına və beləliklə, reparativ proseslərin gedişinə məsələn, anastomozların tutmasına, neqativ təsir etməklə proqnozu pisləşdirə bilər.

## TRANSPLANTASIYA ƏMƏLİYYATI PLANLAŞDIRILAN KLİMakterİK DÖVRDƏ OLAN QADINLARDA UŞAQLIQ BOYNU DƏYİŞİKLİKLƏRİNİN ARAŞDIRILMASI

RƏHİMOVA G.O.<sup>1</sup>, BAYRAMOVA T.E.<sup>1</sup>, QAÇAYLI L.N.<sup>1</sup>, KAZİMİ M.M.<sup>2</sup>, ŞİNDİYEVA S.E.<sup>2</sup>

*Mərkəzi Gömrük Hospitalı, Mama-ginekologiya<sup>1</sup> və Transplantasiya<sup>2</sup> Şöbələri, Bakı, Azərbaycan*

**Açar sözlər:** orqan transplantasiyası, uşaqlıq boynu, klimaks, PAP test, servisit, servikal displaziya, immunsupressiv vəziyyət

Klimaks qadınlarda cinsi sistem üzvlərinin geriyyə inkişaf dövrüdür. Menopauza yaşa bağlı, erkən menopauza və cərrahi menopauza olmaqla 3 qrupa ayrılır. Ağır metabolik və hormonal pozulmaların müşayiət olunduğu xəstəliklər erkən klimaksa səbəb olan başlıca amillərdir.



Menopauza dövründə patogen amillərə qarşı qalxan funksiyası yerinə yetirən vaginal epitel incədir. Bu halda yerli immun mexanizmlər zəiflədiyi üçün patogen amillərə qarşı həssaslıq daha da artır.

Orqan transplantasiyasından öncə də orqanizmdə orqan çatışmazlığına bağlı baş verən bir sıra proseslər immun sistemin zəifləməsi, bu da öz növbəsində müəyyən patoloji proseslərin kəskinləşməsinə səbəb ola bilər.

Araşdırılmalara əsasən uşaqlıq boynunda displastik dəyişikliklərin rast gəlmə riskinin 49 yaşdan öncə klimaksa girən qadınlarda 2,8 dəfə, 40-55 yaş arası qadınlarda 1,5 dəfə, gec menopauzaya girən qadınlarda 1,3 dəfə daha çox rast gəldiyi müəyyən olunmuşdur.

**Tədqiqatın məqsədi:** Transplantasiya əməliyyatı planlaşdırılan klimakterik dövrdə olan qadınlarda uşaqlıq boynu patologiyalarının araşdırılması.

**Tədqiqatın material və metodları:** Tədqiqat işinə 2018-2022 tarixlərində Mərkəzi Gömrük Hospitalı və Dövlət Təhlükəsizlik Xidmətinin Hospitalında orqan transplantasiyasından əvvəl ginekoloji müayinə üçün müraciət etmiş 60 qadın daxil edilmişdir. 60 qadının 49-u (81,6%) qaraciyər resipienti, 3-ü (5%) qaraciyər donoru, 3 xəstə (5%) böyrək resipienti, 5-i (8,4%) böyrək donoru olmuşdur. Xəstələr 0-15, 15-45 və 45 yaş üstü olmaqla 3 qrupa ayrılmışdır. 15-45 yaş qrupuna 34 (56,6%) xəstə, 45 yaş üstünə 26 (43,4%) xəstə aiddir. Transplantasiya planlaşdırılan xəstələrə ilkin olaraq güzgü müayinəsi olunmuş, vaginal yaxma və kultura, Pap test alınmış, nəticələr araşdırılmış, göstəriş olan resipiyentə transplantasiyaya qədər müalicə təyin edilmişdir.

**Nəticələr və onların müzakirəsi:** Tədqiqat işi klimakterik dövrdə olan 26 xəstə xəstə üzərində aparılmışdır. 26 xəstənin 4-ü (15,3%) cərrahi menopauzada, 22-si (84,7%) yaşla bağlı menopauzda olan qadınlardır. 26 xəstənin 3-ündə (11,5%) servisit, 2-sində (7,6%) uşaqlıq boynunun eroziyası aşkarlanmışdır. 4 xəstədən (15,3%) PAP test alınmış, 2-sində (7,6%) normal nəticə, 2-sində (7,6%) isə xronik aktiv servisit aşkarlanmışdır.

Transplantasiya əməliyyatından sonra qreftin rədd reaksiyasını önləmək üçün xəstədə immunsupressiv vəziyyətin yaradılması uşaqlıq boynunda mövcud olan patoloji dəyişikliklərin daha da kəskinləşməsinə səbəb ola bilər.

## İNFARKTAN SONRAKI KARDİOSKLEROZ NƏTİCƏSİNDƏ ATİM FRAKSİYASI AZALMIŞ XRONİKİ ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ AĞCIYƏR HİPERTENZİYASININ MİOKARDIN ELEKTROFİZİOLOJİ PROSESLƏRİNƏ TƏSİRİ

RƏHMANOV Z.K., HACIYEV A.B., QULİYEVA L.T., RƏHİMOVA E.S.

*C.Abdullayev adına ET kardiologiya institutu, Bakı, Azərbaycan*

Məlumdur ki, atım fraksiyası azalmış ( $AF \leq 40\%$ ) xroniki ürək çatışmazlığı (AFaXÜÇ) olan xəstələrdə hemodinamik əhəmiyyətli ürək ritminin pozulmaları daha tez təsadüf olunur və bu kateqoriyalı xəstələr qəfil ölüm yüksək risk qrupuna aid edilir. Bununla yanaşı, ürək aritmiyaların yaranmasında miokardda baş verən elektrofizioloji proseslərin, o cümlədən de- və repolyarizasiya proseslərinin pozulmaları mühüm rol oynayır. Yuxarıdakıları nəzərə alaraq, işin məqsədi infarktdan sonrakı kardioskleroz (İSK) nəticəsində AFaXÜÇ və ağciyər hipertenziyası (ACH) olan xəstələrdə repolyarizasiya markerlərinin xüsusiyyətlərini araşdırmaq olub.

Müayinə olunmuş İSK və AFaXÜÇ olan 41-74 yaşlı (orta yaş 59) 56 xəstə 2 qrupa bölünüb. 1-ci qrupa ACH ( $SPAP > 30 \text{ mm.c.s}$ ) olan 22, 2-ci qrupa isə – 34 ağciyər təzyiqi normal İSK olan xəstə daxil edilib. Ümumi klinik, anamnestik əlamətləri öyrənməklə yanaşı, bütün xəstələrə elektrokardiografiya (EKQ), rəngli doplerokardiografiya (ExoKQ) müayinə üsulları tətbiq olunmuşdur. ExoKQ müayinəsi ümumi qəbul edilmiş standart üsulu ilə aparılmışdır. Miokardın repolyarizasiya parametrləri 12 ümumi qəbul olunmuş aparmalarda çəkilən EKQ-da müəyyən edilmişdir. Sonrakı hesablamalar üçün aşağıdakı parametrlərin davamlılığı (msan) müəyyən olunmuşdur: QT, JT (J nöqtəsi – T dişin axırı), JTp (J nöqtəsi – T dişin zirvəsi), Tp-Te (T dişin zirvəsi – T dişin axırı) intervalları. Bazet düsturuna əsasən yuxarıdakı intervalların korriqə olunmuş mənalari hesablanmışdır. Bundan başqa elektrofizioloji (QT/QRS) və yenilənmiş (Tp-Te/QRS) elektrofizioloji balans indeksləri hesablanmışdır. Alınan nəticələrin statistik analizi Mann-Uitni qeyriparametrik U-kriteriyasına əsasən aparılmışdır. Bütün hallarda  $p < 0,05$  olduğu halda fərq dürüst hesab olunub.

Alınan nəticələrin təhlili göstərib ki, 1-ci qrup xəstələrdə JT, JTp və JTp kor göstəriciləri 2-ci qrupdakı xəstələrin eyni parametrlərindən bir qədər fərqlənsə də, bu fərq statistik dürüst olmamışdır. Eyni zamanda, ACH olan xəstələrdə QT, QT kor və JT kor parametrlərin orta göstəriciləri 2-ci qrupdakı xəstələrin eyni göstəricilərindən, müvafiq olaraq, 6,58%, ( $p < 0,01$ ), 8,74%, ( $p < 0,005$ ), və 11,88%, ( $p < 0,05$ ), çox olmuşdur. 1-ci qrupda olan QT/QRS və Tp-Te/QRS elektrofizioloji balans indekslərinin göstəriciləri müqayisə qrup xəstələrin parametrlərindən fərqlənsə belə, (müvafiq olaraq 3,22% və 6,53%), bu fərq statistik dürüst olmamışdır.

Beləliklə, aparılan tədqiqat infarktdan sonrakı kardioskleroz nəticəsində atım fraksiyası azalmış xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə ağciyər hipertenziyasının miokardda gedən elektrofizioloji proseslərə müəyyən təsirini göstərir. Aparılmış müşahidələrin az olması bir mənalı nəticələrin əldə olunmasına imkan vermədiyinə görə, bu istiqamətdə işlər davam edir və bu haqda yaxın gələcəkdə məlumat veriləcək.

## MƏDƏ-BAĞIRSAQ SİSTEMİNİN YUXARI ŞÖBƏSİNİN QEYRİ-VARİKOZ MƏNŞƏLİ QANAXMALARININ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİ.

RÜSTƏMOV E.A., ZEYNALOV N.C., HƏSƏNOV A.R.

Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

**Giriş:** Son onilliklər ərzində mədə-bağırsağ sisteminin (MBS) yuxarı qeyri-varikoz mənşəli kəskin qanaxmalarının artma tendensiyası, yüksək letallıq göstəricisi (3,5-10%) və onun müalicəsinə yanaşmaların hələ də müxtəlif olması bu problemin aktuallığına dəlalət edir.

**Məqsəd:** MBS-in yuxarı şöbəsinin qeyri-varikoz mənşəli qanaxmaları ilə olan xəstələrdə müalicənin nəticələrinin qiymətləndirilməsi.

**Material və metodlar:** Tədqiqatın materiallarını M.A. Topçubaşov adına ECM-nin Qida borusu, mədə və oniki barmaq bağırsağ cərrahlığı şöbəsində MBS-in yuxarı şöbəsinin qeyri-varikoz mənşəli qanaxmaları ilə (xərçəng xəstəlikləri xaric) stasionar müalicədə olan 212 xəstənin məlumatları təşkil etmişdir. Xəstələrin 164 (77,4%) – nü kişilər, 48 (22,6%) – ni qadınlar təşkil etmiş, orta yaş göstəricisi 47 (16-89) olmuşdur. Stasionara daxil olan xəstələrin 24 (11,3%) - də ancaq qanqusma (qan və ya “qəhvə çöküntüsü” xarakterli), 118 (55,7%) – də ancaq melena və ya nəcisin qaralması, 70 (33,0%) – də isə qusma və melena birlikdə müşahidə edilmişdir.

Qanaxmanın ilkin qiymətləndirilməsi Algover – Burr skalası və şok indeksi ilə aparılmış, yüngül dərəcə 99 (46,7%), orta dərəcə 64 (30,2%), ağır dərəcə isə 49 (23,1%) xəstədə qeyd alınmışdır. Xəstələrin 205 (96,7%) - ə ilkin 24 saat ərzində diaqnostik endoskopiya edilmiş, 7 (3,3%) xəstə isə hazır endoskopik müayinə ilə hospitalizasiya olunmuşdur. Qanaxma mənbəyinin endoskopik xarakteristikası Forrest təsnifatı üzrə, xəstələrdə qanaxmanın residivi və ölüm baş verməsi baxımından risk dəyərləndirilməsi Rockall şkalası üzrə aparılmışdır.

**Nəticələr və onların müzakirəsi:** Forrest təsnifatı üzrə qanaxma mənbəyinin endoskopik tiplərindən F1A - nin 6 (2,9%), F1B - nin 17 (8,2%), F2A – nin 53 (25,5%), F2B - nin 34 (16,3%), F2C – nin 49 (23,6%), F3 – nin isə 49 (23,6%) xəstədə rast gəldiyi müəyyən edilmişdir. Rockall skalasının göstəricilərinə gəlinə, xəstələrin 48 (22,6%) - də 1 bal, 27 (12,7%) - də 2 bal, 60 (28,3%) – 3 bal, 37 (17,5%) - də 4 bal, 18 (8,5%) -də 5 bal, 13 (6,1%) - də 6 bal, 7 (3,3%) - də 7 bal müəyyən edilmiş, 2 (0,9%) – də 9 bal təşkil etmişdir.

Qanaxma diaqnozu qoyulduğu andan, qanaxmanın dayandırılması (Forrest 1ab) və onun residivinin profilaktikası (Forrest 2ab) məqsədi ilə xəstələrə xora əleyhinə antisekretor (PPI, H2 blokatorları) və antasid müalicə fonunda, yanaşı xəstəlikləri nəzərə alınmaqla sistemik hemostatik terapiya (aminokapron turşusu, traneksam turşusu, disinon, və.s) 85 (40%) xəstədə, endoskopik hemostaz (adrenalin, sklerozon inyeksiyası, monopolyar, bipolar koagulyasiya – 11 (5,2%) xəstədə, hemotransfuziya – 120 (56,6%) xəstədə, 20 -i təcili (11 palliativ, 9 radikal) və 7 - i planlı (radikal) qaydada olmaqla cəmi 27 (12,7%) xəstədə isə cərrahi müalicələr aparılmışdır. Alınan nəticələrə görə 181 (85,4%) xəstədə konservativ tədbirlər effektiv olmuş, davamlı hemostaz yaranmışdır. Üç xəstədə aktiv qanaxma əlamətləri olmasa da mövcud yanaşı xəstəliklərin ağırlaşması – poliorqan çatmamazlığı ölümə səbəb olmuş, 3 xəstədə qanaxma davam etdiyi üçün təcili cərrahi əməliyyat aparılmışdır. 19 xəstədə qanaxmanın residivi baş vermiş, bunlardan 17-nə təcili cərrahi müdaxilə (palliativ və radikal olmaqla) aparılmış, 1-i davam etdirilən konservativ müalicə ilə sağalmış, digər 1 xəstə isə davam edən qanaxma fonunda ölmüşdür.

Təcili əməliyyat olunmuş xəstələrin 3 - də (2 - i palliativ, 1 - i radikal əməliyyatdan sonra) ölüm baş vermişdir. Bunlardan birində ölüm palliativ əməliyyatdan sonra təkrar meydana çıxan qanaxma fonunda baş vermişdir. 7 xəstə qanaxma dayandıqdan sonra yaranmış stabilləşmə dövründə planlı cərrahi müdaxilələr aparılmış, bunlar arasında ölüm müşahidə edilməmişdir.

Ümumi ölüm göstəricisi 3,3% (7/212), konservativ müalicə alanlar arasında 2,16% (4/185), təcili əməliyyatdan sonra 15,0% (3/20), planlı əməliyyatdan sonra isə 0% (0/7) təşkil etmişdir.

**Yekun:** Aparılmış antisekretor, sistemik və ya endoskopik hemostaz tədbirləri qanaxması davam edən xəstələrin əksəriyyətində (87% - 20/23) effektiv hemostazın yaranması, ümumən isə xəstələrin 84,4% (179/212) – də tam sağalma üçün yetərli olmuşdur. İlkin müalicə tədbirləri nəticəsində hemostaz yaranmış, stabilləşmiş xəstələrdə planlı cərrahi əməliyyatlar təcili əməliyyatlarla müqayisədə daha yaxşı nəticələr vermişdir. Təkrar qanaxmanı keçirə bilməsi imkansız görünən, böyük həcmdə qan itirmiş, residiv qanaxma riski yüksək olan (Forrest 2 AB və Rockall skalası üzrə balı  $\geq 4$ ), xüsusi ilə xorası duodenum soğanağının arxa divarında və ya mədənin kiçik ayrılığı boyunca yerləşmiş xəstələr üçün belə erkən planlı əməliyyatlar həyat qurtarıcı ola bilər.

## DİABETİK AYAQ SİNDROMU OLAN XƏSTƏLƏRDƏ AMPUTASIYANIN NƏTİCƏLƏRİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

RÜSTƏMOVA A.B., ƏLİYEV A.H.

ATU, III Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Şəkərli diabetin gecikmiş ağırlaşmalarından biri “diabetik ayaq” sindromudur. Onun əmələgəlməsində makro- və mikroangiopatiya, neyropatiya, osteopatiya müstəsna rol oynayır. Belə dəyişikliklər baş vermiş aşağı ətrafda infeksiyalaşmanın baş verməsi gözlənilir. Nəticədə qanqrenoz dəyişiklikliyə məruz qalmış ətrafda irinli proses müşahidə edilməyə başlayır.

Yaş artdıqca “diabetik ayaq” sindromunun da rast gəlmə tezliyi yüksəlir. “Diabetik ayaq” sindromu münasibəti ilə icra edilən amputasiyalar bütün amputasiyaların 55-75%-ni təşkil edir.

**Tədqiqatın material və metodları.** Tədqiqata 68 xəstə daxil edilmişdir. Yaş həddi 55-78 arasında tərəddüd etmişdir. Aparılan müayinə və müalicə üsullarından asılı olaraq 3 qrupa bölünmüşlər: 1. Nəzarət qrupu (28 xəstə); 2. Müqayisə qrupu (20 xəstə); 3. Əsas qrup (20 xəstə).

I qrupa daxil olan xəstələrdə ətrafların diabetik mənşəli qanqrenası münasibəti ilə müxtəlif səviyyəli amputasiyalar aparılmış, arteriya daxilinə heç bir preparat yeridilməmişdir. II qrup xəstələrdə arteriya daxilinə damar genişləndirici və mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdıran müxtəlif preparatlar, vitaminlər yeridilmişdir. III qrup xəstələrdə isə arteriya daxili ənəvi dərman preparatları ilə yanaşı antioksidan təbiətli sol. emoksin 1%- 3,0 yeridilmişdir.

Müşahidəmiz altında olan 28 xəstədən 19 kişi (67,9%) və 9 qadın (32,1%) olmuşdur. I tip diabet 8(28,6%), II tip diabet 20(71,4%) halda aşkar edilmişdir. Şəkərli diabetin davam etmə müddəti 3 ildən – 20 ilə qədər olmuşdur. Xəstələr klinikaya daxil olarkən qanda şəkərin miqdarı N çoxdur. Xəstələrin əksəriyyətində 2-3 yanaşı xəstəlik və ketoasidoz əlamətləri müşahidə edilmişdir. Xəstələr üzərində müvafiq olaraq aşağıdakı cərrahi əməliyyatlar icra edilmişdir. (21,4%) – nekroektomiya və irinli boşluqların açılması, 10,7% halda pəncənin şopar oynağından amputasiyası, 25% halda müxtəlif barmaqların ekzartikulyasiyası, 14,3% halda budun aşağı 1/3 hissəsinin amputasiyası, 17,9% budun yuxarı 1/3 hissəsinin amputasiyası, 10,7% halda baldırın yuxarı 1/3 hissəsinin amputasiyası.

Cərrahi əməliyyat zamanı yaradılacaq güdül nahiyəsindən toxuma parçası götürülmüşdür. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə əməliyyat yarası ciddi kliniki müşahidə altında olmuş, əməliyyat yarasının irinləyib yaxud irinləməməsinə fikir verilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələr ənənəvi üsullarla müalicə olunmuşlar. Əməliyyata məruz qalmış xəstələrin 42,9%-də əməliyyat yarasının kəskin nekrozu və irinləməsi müşahidə edilmiş yüksək dərəcədə intoksikasiya əlamətləri aşkarlanmışdır. Bu da təkrari əməliyyatın aparılması təhlükəsini ortaya çıxarmışdır. Belə halın baş verməsi çox güman ki, amputasiya səviyyəsinin düzgün seçilməməsi, toxumaların həyat qabiliyyətinin düzgün qiymətləndirilməməsi, güdül nahiyəsinin oksigenizasiyasının regenerasiya edən toxumaların təbabətini tam ödəyə bilməməsi bağlıdır. Xüsusi ilə qeyd etmək lazımdır ki, müxtəlif ağırlaşmalar müşahidə olunan hallar həmişə LPO proseslərinin inisiasiyasına səbəb olmuşdur.

**Nəticə.** “Diabetik ayaq” sindromu çox vaxt yuxarı amputasiyaların aparılması ilə nəticələnir. Bu zaman müşahidə olunan ən təhlükəli ağırlaşmalardan biri güdülün nekrozu və fleqmonasıdır. Bunun əsas səbəblərindən biri neyropatik və işemik dəyişikliyə məruz qalmış toxumalarda LPO proseslərinin həddən artıq aktivləşməsidir. Toxumada LPO məhsullarının toplanması normal reperativ prosesləri pozmuş olur.

## BAGIRSAĞIN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNDƏ MEFLOR (PROBİOBTİK) TƏTBİQİ

SADIQOV B.İ., QASIMOVA İ.N., HİDAYƏTOVA V.Ə., HÜSEYNOVA X.Q., MAHALOVA N.S.

*M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**İşin məqsədi:** Bağırsağın iltihabi xəstəliklərində (BİX) Meflorun effektivliyinin öyrənilməsi.

**Material və metodlar:** Nərimanov Tibb Mərkəzində müalicə alan bağırsağın iltihabi xəstəliyi olan (Kron və Xoralı kolit) 45 xəstə (21 qadın, 24 kişi, 20-60 yaş arası) üzərində iki həftə ərzində standart terapiya ilə yanaşı MEFLOR 1 kapsuldan gündə 2 dəfə olmaqla 1 ay ərzində verilərək, müşahidə aparılmışdır. Diaqnoz instrumental və laborator müayinələr (nəcisin əkilməsi mikrofloraya görə, nəcisin ümumi analizi) anamnez (şikayətlər) əsasında qoyulmuşdur.

**Nəticə:** Müalicənin 15-ci günündən etibarən 9 (20,5%) xəstədə nəcisin əkilməsində şərti patogen floranın azalması, 6 (13%) xəstədə bifidum və laktobakteriyaların miqdarının artması, 16 (35,5%) xəstədə qarında olan sarı köp, diareyanın tezliyinin azalması, nəcisin konsistensiyasının normallaşması və 7 (15,5%) xəstədə nəcisin ümumi analizində seliyan və leykositlərin miqdarının azalması, iştahanın normallaşması və əlavə təsirlərin olmaması aşkar olmuşdur. Ümumilikdə bazis terapiya ilə yanaşı MEFLOR qəbul edən xəstələrin 38 –də (84,4%) müalicədə müsbət dinamika müşahidə edilmişdir.

**Yekun:** Bağırsağın iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində MEFLOR preparatının tətbiqi probiotik kimi tam təhlükəsizlik, effektiv və əlavə yan təsirinə olmaması kimi dəyəndirilmişdir.

## UŞAQLIQ MIOMASI OLAN XƏSTƏLƏRİN BƏZİ TİBBİ-SOSIAL XÜSUSİYYƏTLƏRİ

ŞAHMALIYEVA Ü.R.

*Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan*

Uşaqlıq mioması uşaqlığın sayə əzələlərinin xoşxassəli şişləri olub, yayılma dərəcəsi 4,5%-dən 68,6%-ə qədər dəyişir [1]. Miomaların klinik təzahürləri asemptomatik təzahürlərdən qanaxma, dismenoreya və məhsuldarlıq problemləri kimi daha ağır şərtlərə qədər dəyişə bilər. Müalicə edilmədikdə, miomalar kəskin və ya xroniki çanaq ağrıları, anemiya, piomyoma, hidronefroz və vaxtından əvvəl doğuş, həmçinin uşaqlıqdaxili inkişafın geriliyi kimi bir sıra zəiflədici ağırlaşmalarla əlaqələndirilir [2].

Uşaqlıq miomasının inkişafının bir çox risk faktoru vardır. Bunlara qadınlarının yaşının 40-dan yuxarı olması, neqroid irqinə aid olması, irsiyyət (birinci və ikinci nəsikdən olan qadınlarda uşaqlıq miomasının olması), anamnezdə hamiləliyin olması aiddir. Uşaqlıq miomasının azalmasına səbəb olan risk faktorları arasında 5-dən çox hamiləlik, postmenopauza, oral kontraseptivlərin uzun müddət qəbul edilməsi, siqaret çəkilməsi aid edilir [3].

Müəlliflər tərəfindən aparılan tədqiqatlardan birində siqaret çəkmənin uşaqlıq miomasının inkişafına təsiri müəyyən edilmişdir. Müəlliflər koqort tədqiqatlarda siqaret çəkmənin bu xəstəlik üçün risk faktoru olduğu qərarına gəlmişlər [4].

Təhlil nəticəsində tədqiqat qrupunda olan xəstələrdə fibromaların inkişafı və irəliləməsini şərtləndirən risk faktorları müəyyən edilmişdir: progesteron effekti - 11%; iltihabi xəstəliklər - 26%; travmatik amil (abort) - 63%. Histoloji araşdırmaya görə, miyomların ən çox görülən birliyi 82%-də idi - adenomiyoz və endometrit; 36%-də - iltihablı xəstəliklər, adenomiyoz, endometrial hiperplaziya ilə miyomların birləşməsi. Əldə edilmiş tədqiqat nəticələri profilaktik tədbirlərin (risk qruplarında KOK), həmçinin orqan qoruyucu texnologiyalardan istifadə etməklə uşaqlıq miomasının vaxtında diaqnozu və müalicəsinin zəruriliyini göstərir.

Tədqiqat işi 2019-2022-ci illər ərzində Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun bazasında aparılmışdır. Tədqiqata müxtəlif ölçüdə və formada uşaqlıq mioması olan 200 xəstə daxil edilmişdir. Miomalı xəstələrin müalicəsinin optimallaşdırılması məqsədilə aparılan tədqiqat işimizin fraqmenti olaraq ilk növbədə uşaqlıq mioması olan qadınların klinik-anamnestik xüsusiyyətlərin öyrəndik. Bu baxımdan xəstələr müalicə üsullarına görə qruplara ayrılmışdır. Bu tədqiqat daxilində şərti olaraq xəstələri 4 qrupa böldük. Bu tədqiqat daxilində müalicə tədbirlərindən əvvəl qadınların klinik-anamnestik göstəricilərinin təhlilini apardıq. I qrupa (n=50) uşaqlıq mioması üzrə cərrahi müalicə aparılmış xəstələr, II qrupa (n=50) maqnitləşdirilmiş su, III qrupa (n=50) seolit tərkibli preparatla müalicə və IV qrupa (n=50) hormonal müalicə alan xəstələr daxil edilmişdir. Xəstələrin qruplar üzrə yaş həddi belə olmuşdur: I qrup - 35,28±6,15, II qrup - 36,24±4,62, III qrup - 37,94±5,84, IV qrup 36,86±4,22 yaş. Göründüyü kimi qruplar arasında yaş baxımından fərqlər olmamışdır.

Alınan göstəricilərin statistik işlənməsi zamanı parametrik metoddan (Vilkokson (W)) istifadə edilmişdir.

**Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi.** Qadınların yaşadığı ərazilər və sosial mənsubiyyəti üzrə təhlilin nəticələri cədvəl 1-də öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 1.

**Tədqiqat qruplarında qadınların yaşadığı ərazi və çalışmaları haqqında kəmiyyət göstəriciləri**

Göstəricilər	I qrup		II qrup		III qrup		IV qrup	
	Müt.r.	%	Müt.r.	%	Müt.r.	%	Müt.r.	%
Şəhərdə yaşayan qadınlar	25	48,0	29	56,0	20	38,0	21	40,0
Rayonlarda yaşayan qadınlar	25	46,0	24	46,0	25	48,0	31	60,0
İşləyən qadınlar	20	40	28	56,0	22	44,0	26	52
İşləməyən qadınlar	30	60	27	54	30	60	17	34

Cədvəl 2.

**Miomalı xəstələrdə davamətmə müddəti**

Davamətmə müddəti	I qrup	II qrup	III qrup	IV qrup
davaətmə (1 ay)	11 (22,0%)	11 (22,0%)	12 (24%)	11 (22,0%)
3 ay	8 (16%)	9 (18%)	9 (18,0%)	8 (16,0%)
6 ay	12 (24%)	11 (22,0%)	8 (16,0%)	10 (20,0%)
1 il	10 (20%)	11 (22%)	14 (28,0%)	10 (20,0)
2 il	9 (18)	8(16)	8 (16,0%)	11 (22,0%)

Cədvəl göründüyü kimi qruplar arasında, eləcə də davaətmə müddəti üzrə xəstələrin sayında fərqlər olmamışdır. Hər 4 qrupda 3 ay müddətində xəstəliyin davamətmə müddəti olan xəstələrin sayı daha az olmuşdur. Nisbətən daha çox xəstələr xəstəliyin 1 aylıq davamətmə müddətində və 1 il davamətmə müddətinə aşkar edildiyi məlum olur.

Daha başqa bir tədqiqat işində əzginlik, yorğunluqla yanaşı dizurik simptomlar, xronik anemiya da qeyd edilmişdir. Bunları nəzərə alaraq tərəfimizdən xəstələrdə əsas şikayətləri tədqiq etdik. Alınan nəticələr cədvəl 3-də öz əksini tapmışdır.



## Tədqiqat qruplarında şikayətlərin strukturu

Şikayətlər	I qrup		II qrup		III qrup		IV qrup	
	Müt.r	%	Müt.r	%	Müt.r	%	Müt.r	%
Ümumi zəiflik	10	20,0	26	52,0	15	30,0	27	54,0
Ürək bulanması, qusma	8	16,0	25	50,0	15	30,0	14	28,0
Ağrı	3	6,0	23	46,0	15	30,0	24	48,0
Aybaşı ilə əlaqəsi olmayan anaq ağrıları	3	6,0	22	44,0	18	36,0	12	24,0
Dizurik simptomu	5	10,0	22	44,0	21	42,0	17	34,0
Taxikardiya	7	14,0	20	40,0	20	40,0	13	26,0
Təngnəfəslik	6	12,0	19	38,0	16	32,0	14	28,0

Cədvəldən görüldüyü kimi qruplarda dah çox ümumi zəiflik, dizurik simptomlar üstünlük təşkil etmişdir. Hər qrupda daha az təngnəfəslik şikayəti olmuşdur, dizurik simptomu I qrupda dah az olsa da, digər qruplarda kifayət yüksək tezlikli aşkar edilmişdir.

Beləliklə, aparılan tədqiqatdan məlum olur ki, uşaqlıq mioması olan qadınların daha çox hissəsi mərkəzdən kənardə rayonlarda yaşamış olmuş, onlar arasında çalışmayan qadınların sayı üstünlük təşkil etmişdir. Başqa sözlə, qadınların hər hansı bir əməklə məşğul olub-olmamasının onda uşaqlıq miomasının inkişafında nəzərəçarpan rol oynamamışdır.

Miomalı qadınlar arasında ümumi zəiflik, ürək bulanması, ağrı, taxikardiya, dizurik sinmrom və təngnəfəsliyin yüksək tezliklə aşkar edilmişdir. bununla yanaşı qadınlarda xəstəliyin davam etmə müddəti kifayət qədər uzun olmuşdur. 6 yaş - 2 il arasında davam etmə müddəti qeydə alınmışdır.

Beləliklə, uşaqlıq mioması uşaqlıq yolunun damar divarının hamar əzələ hüceyrələrindən inkişaf edən xoşxassəli monoklonal şiş olub, ginekoloji xəstəliklərin strukturunda aparıcı yer tutur, qadınların reproduktiv sağlamlığına və həyat keyfiyyətinə mənfi təsir göstərir [12]. Hazırda uşaqlıq miomasının inkişafına baxış keyfiyyətcə dəyişmişdir. Uşaqlıq mioması olan bir xəstənin idarə edilməsi taktikasına müşahidə və monitorinq, cərrahi müalicənin müxtəlif üsulları, yeni minimal invaziv yanaşmaların istifadəsi, dərman müalicəsi, həyat təzi ilə bağlı tövsiyələr (epigenomik risk faktorlarının aradan qaldırılması) daxildir. Bunların da yüksək keyfiyyətlə aparılmasında xəstələrin ətraflı klinik müayinəsinin aparılması və ətraflı anamnestik məlumatların toplanması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

## HAMİLƏLİK ZAMANI QARACİYƏRDAXİLİ XOLESTAZIN PERİNATAL NƏTİCƏLƏRƏ TƏSİRİ

SARIYEVA E.Q.

Azərbaycan Tibb Universitetinin II Məməliq və Ginekologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

**Aktuallıq:** Qaraciyərdaxili xolestaz hamiləlik dövründə ən çox rast gəlinən qaraciyər xəstəliyidir və gestasiyanın ikinci, üçüncü üç aylıqlarında baş verir. Qaraciyərdaxili xolestaz qan zərdabında öd turşularının və qaraciyər fermentlərinin yüksək səviyyələri ilə, ananın dərisində izsiz qaşınma əlamətlərlə müəyyən edilir. Əvvəlki tədqiqatlar hamiləliyin qaraciyərdaxili xolestazının vaxtından əvvəl doğuş, neonatal tənəffüs pozulması sindromu, mekoniumla boyanmış amniotik maye, neonatal reanimasiya şöbəsinə qəbulun və ölü döllü doğum tezliyinin artması kimi mənfi neonatal nəticələrin daha yüksək rastgəlmə tezliyi ilə əlaqəli olduğunu irəli sürdü.

**Tədqiqatın məqsədi:** Qaraciyərdaxili xolestaz aşkarlanan hamiləliklərdə və normal hamiləliklərdə neonatal, ananın nəticələrinin retrospektiv tədqiqata əsasən müqayisəsini əks etdirən müxtəlif mötəbər elmi mənbələrin araşdırılması olmuşdur.

**Material və metodlar:** Chloé Arthuis və əməkdaşları tərəfindən (2020) aparılan retrospektiv tədqiqat Fransa Universitet xəstəxanasında 2006-cı ilin dekabrından 2014-cü ilin dekabrına qədər doğuşları icra olunan 29938 hamilənin doğum tarixlərinə əsaslanmışdır. Tədqiqatda qaraciyərdaxili xolestaz (qaşınma və öd turşusu  $\geq 10 \mu\text{mol/L}$ ) olan hamiləliklərin aşağı riskli hamiləliklərlə müqayisəsinin nəticələri şərh edilmişdir. Tədqiqat qrupunu 140 nəfər xolestaz sindromlu hamilələr, 560 nəfərini aşağı riskli olan praktik sağlam hamilələr təşkil etmişlər. Tədqiqat zamanı alınmış kəmiyyət və keyfiyyət göstəriciləri müasir tövsiyələrlə statistik təhlil edilmişdir. Retrospektiv tədqiqatın nəticələri bizim tərəfimizdən 2016-2018-ci ildə aparılan prospektiv tədqiqat nəticələri (xronik viral hepatitli hamilə qadınlarda xolestaz sindromunun rastgəlmə tezliyi, perinatal nəticələr) müqayisə edilmişdir. Prospektiv tədqiqatın obyektini 100 nəfər xronik virus hepatitli hamilə qadın və 50 nəfər praktik sağlam hamilə qadın təşkil etmişdir. Riyazi analizlər müasir statistik üsullarla aparılmışdır.

**Tədqiqatın nəticələri:** Retrospektiv tədqiqata əsasən hamilələrin 83-də (59,3%) yüngül xolestaz ( $10 \leq \text{BA} \leq 39 \mu\text{mol/L}$ ), 46-da (32,8%) orta ağır xolestaz ( $40 \leq \text{BA} \leq 99 \mu\text{mol/L}$ ) və 11 nəfərində (7,9%) ağır xolestaz halı ( $\text{BA} \geq 100 \mu\text{mol/L}$ ) olmuşdur. Xolestaz sindromlu 6 qadında (4,3%) qaraciyər xəstəliyi qeydə alınmışdır: 5 qadında xroniki hepatit, 1 nəfərdə isə autoimmun hepatit xəstəliyi olmuşdur. Xolestazlı 140 qadında və nəzarət qrupu olan 560 qadında utero-fetal ölüm halları baş verməmişdir. İntrahepatik xolestazlı qadınların yenidoğulmuşlarında tənəffüs pozulması sindromunun rastgəlmə tezliyi daha yüksək olmuşdur (17,1%; 4,6%,  $P < 0,001$ ; OR 4,46 (CI -95% 2,49-8,03)). Doğuşdan sonrakı qanaxma tezliyi xolestazlı analar arasında 2 dəfə yüksək olmuşdur (əsas qrup- 25%; nəzarət qrupu-14.1%,  $P = 0.002$ ).

Bizim tərəfdən 2016-2018-ci illər Bakı şəhərində aparılan prospektiv tədqiqatın nəticələri yuxarıda qeyd olunan nəticələrlə uzlaşır. Hamilələrdə virus hepatitləri ən çox rast gəlinən xronik qaraciyər xəstəliyindən biri olub qaraciyərdaxili xolestazın ciddi risk faktorunu təşkil edir. Tədqiqatımız göstərmişdir ki, virus hepatitli hamilələrdə xəstəlik asteno-vegetativ, dispeptik, hepatosplenomeqaliya, sitoliz, mezenximal-iltihabi, xolestaz sindromları şəklində təzahür etmişdir. Virus hepatitli hamilələrin 42 nəfərində (42,0±4,9%) xolestaz sindromu aşkarlanmışdır. Xolestaz sindromu olan hamilələrdə qanda öd turşularının, xolesterinin, bilirubinin, qaraciyər fermentlərinin səviyyələri artmış, klinik olaraq dəri qaşınmaları müşahidə olunmuşdur. Xolestaz sindromlu xəstələrin qanında öd turşularının səviyyəsi >50 µmol/l (orta ağır xolestaz) olmuşdur. Tədqiqatımız göstərmişdir ki, əsas qrupda doğulan körpələrin Apqar1, xüsusilə, Apqar 5 şkalası göstəriciləri praktik sağlam hamilələr qrupuna nisbətən statistik əhəmiyyətli dərəcədə aşağıdır (pF < 0,001; pU < 0,001). Lakin xolestaz sindromu olan hamilələrdə antenatal ölüm halları qeydə alınmamışdır. Elmi ədəbiyyatın araşdırılması göstərdi ki, “Royal College of Obstetrics and Gynaecology” cəmiyyəti bu hamiləliklərin rutin olaraq erkən başa çatdırılmasını dəstəkləmir. Əksinə, ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) cəmiyyəti isə 2019-cu il tövsiyələrində qaraciyərdaxili xolestaz üçün doğuş protokollarının aktiv idarə edilməsini dəstəkləyir.

Beləliklə, xarici və vətən alimlərinin elmi işlərindən məlum olur ki, hamilələrdə qaraciyərdaxili xolestaz perinatal və doğuş nəticələrinə neqativ təsir edir, lakin onun antenatal ölümə birbaşa təsiri diskussiya obyektinə qalmaqdadır.

**Yekun:** Beləliklə, xolestaz sindromlu anaların yenidoğulmuşları arasında tənəffüs pozulması sindromu və asfiksiya halları yüksək tezliyə malikdir, həmçinin doğuşdan sonrakı qanaxma halları çox rast gəlinir. Xolestaz sindromlu anaların və onların yenidoğulmuşlarının vaxtında risk qrupuna daxil edilməsi gələcəkdə mamalıq və perinatal nəticələri yaxşılaşdırma bilər.

## GÖBƏK YIRTIĞININ YENİ EKSTRAPERİTONİAL PLASTİKASI

ŞİRİNOV Z.T., AZADOVA Z.N.

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

**Aktuallıq:** Yaşlı əhali arasında göbək yırtığı 2-6% təşkil edir. Uşaqlarda anadangəlmə olur. 90% hallarda təkrar doğmuş, dərialtı daha çox inkişaf etmiş qadınlarda rast gəlinir. Əməliyyatdan sonrakı residiv yırtıqlar 3-19% hallarda rast gəlinir. Laparotomiyadan sonra 20-26% yırtıqlar əmələ gəlir. Ən çox rast gəlinən göbək nahiyəsində olan residiv yırtıqlardır (Гуляев М.Г. 20017).

Avropa Hernioloqlar Cəmiyyətinin (EHS) təsnifatına əsasən göbək yırtıqları: kiçik- yırtıq qapısı 2 sm; orta- yırtıq qapısı 2-4 sm və böyük- yırtıq qapısı 4 sm-dən böyük olmaqla təsnif olunur. Biz kliniki praktikada bu təsnifatdan istifadə edirik.

Uşaqlarda və yaşlılarda göbək yırtığının ləğvi və plastikası ekstraperitoneal və intraperitoneal olmaqla iki yerə bölünür. Intraperitoneal üsullara Lexer, Sapejko və Mayo üsullarını göstərmək olar. Bu halda mütləq yırtıq kəsəsi açılır, içərisindəki orqanlar təftiş olunur və müvafiq plastika üsulu seçilir. Son zamanlar seçilmə üsulundan asılı olmayaraq əksər hallarda polipropilen torlarla alloplastikadan istifadə olunur. Əməliyyatlar həm laparoskopik, həm də, açıq kəsiklə icra olunur.

**Material və metodlar:** kiçik və orta ölçülü göbək yırtıqlarının boğulmamış hallarında tərəfimizdən yeni, ekstraperitoneal, açıq yolla, mini kəsiklə hernioalloplastika üsulu işlənib hazırlanmış və kliniki praktikaya tətbiq olunmuşdur:

Göbəyin altında yaxud üstündən ellepsvari, "gülən" kəsiklə dəri, dərialtı kəsilir. Apanevroz əldə olunur. Yırtıq kəsəsi ətraf toxumalardan ayrılır, içərisi açılmadan qarın boşluğuna salınır. Yırtıq qapısı əldə olunur. Yanlara doğru 1-2 sm kəsik aparılaraq genişləndirilir. Apanevroz altında preperitoneal olmaqla sintetik tor üçün yer hazırlanır. Sintetik poliptopilen tor yırtıq qapısının diametrindən 3 sm böyük olmaqla ölçülərək kəsilib hazırlanır.

Kəsik xəttinə paralel qarşı tərəfdə ara məsafəsi 2 sm ölçüsü 0,3 sm olmaqla dəridə 4-5 ədəd kiçik kəsiklər aparılır. Həmin kəsiklərdən polipropilen saplarla dərialtı və apanevrozdan keçməklə polipropilen torun müvafiq hissəsindən П-şəkilli keçərək yenidənapanevrozdan və həmin kəsikdən geriə şıxılır. Bütün tikişlər bu qayda ilə qoyulur və asqıya alınır.

Açıq olan qarşı tərəfdə yenə polipropilen saplarla yuxarıdakı saplara paralel olmaqla apanevrozdan, sintetik torun müvafiq hissəsindən keçilir və geri qayıdıb apanevrozdan keçilir. Bu münvalla tikişlər tam qoyulur. Tikişlər eyni anda çəkilməklə sintetik tor preperitoneal in lay olmaqla gərginliksiz yerləşdirilir. Tikişlər hər iki tərəfdə düylənir. Apanevroz tor üzərindən fasiləsiz tikilir, sonra dərialtı və dəri tikilir.

2020-2023 illər ərzində M.A. Topçubaşov adına ECM-də 18-75 yaş arası 12 xəstəyə yuxarıda qeyd olunan üsulla göbək yırtığının ləğvi və alloplastikası icra olunmuşdur. Xəstələrdən 5-i (41,7%) kişi, 7-i (58,3%) qadın olmuşdur. Yaralar birincili sağalmış, çarpayı günləri 1-2 sutka olmuşdur. Müşahidə müddətində residivlər rast gəlinməmişdir.

Beləliklə, ekonomik effektiv, ağırlaşmaları və residivləri olmayan bu metodikanı kiçik və orta ölçülü, boğulmamış göbək yırtıqlarında tətbiq etmək məsləhətdir.

## XOLEDOXODUODENOSTOMİYA

ŞİRİNOV Z.T., ƏHMƏDOV C.S.

Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

**Aktuallıq:** Öd daşı xəstəliyi ən çox yayılmış və məşhur həzm xəstəliklərindən biridir. Öd kisəsi daşlarına görə xolesistektomiya edilən xəstələrin təxminən 10%-18%-də ümumi öd axarında daşlar (xolelitolitiaz) olur. Birincili xolelitolitiazın real rastgəlmə tezliyi mübahisəlidir və müxtəlif identifikasiya və ya təyin metodlarına görə 4%-dən 36%-ə qədər geniş şəkildə dəyişir. Öd yollarının infeksiyası və stazı xolelitolitiazın əmələ gəlməsində mühüm faktordur.

**Müzakirə:** Baxmayaraq ki, daşın təkrarlanma nisbəti təxminən 10% -dir və peri-papilla divertikulu kimi çətin hallar müəyyən dərəcədə mövcuddur, hal-hazırda endoskopik sfinkterotomiya (EST) xolelitolitiaz olan xəstələr üçün seçilməli üsulu kimi geniş qəbul edilir. Laparoskopik ümumi öd yollarının təftişi texniki və instrumental təchizat olduğu halda xolelitolitiaz üçün qismən qəbul edilmiş əməliyyat proseduru olmuşdur. Digər tərəfdən, ənənəvi olaraq xolelitolitiaz (XDS), xolelitolitiaz və transduodenal papillosfinkteroplastika üç əsas cərrahi alternativ olduğu bəllidir.

Onlardan xolelitolitiaz (XDS) ümumi öd yollarının daşları, xüsusən də, təkrarlanan daşlar, xolelitolitiaz dilatasiyası olan nəhəng daşlar və endoskopik çətin və ya uğursuz cəhd olduğu hallarda müalicə üçün çox faydalı alternativ, sadə və asan icra olunan üsuldur. Bundan əlavə, XDS bədxassəli obstruksiya ilə öd yollarına da tətbiq edilə bilər. Bəzi müəlliflər minimal invaziv laparoskopik yanaşma ilə XDS icra edirlər.

İlk açıq yan-yan XDS 1888-ci ildə Riedel tərəfindən, ardınca 1891-ci ildə Sprengel tərəfindən uğurla həyata keçirildi. Distal kanal obstruksiyasının aradan qaldırılması üçün yan-yan XDS bir sıra üstünlüklərə malikdir. Bu prosedur texniki və fizioloji cəhətdən papillosfinkteroplastika və ya xolelitolitiazdan daha sadədir və qalıq, EST müalicəsi çətin xolelitolitiazın profilaktikası və ya müalicəsi üçün faydalıdır. Bununla belə, bəzi cərrahlar Sump (süzgəc) sindromunun potensial fəsadlarından qorxaraq XDS-dən qaçırlar.

XDS-dən sonra Sump sindromu qarının yuxarı hissəsində ağrı və ya narahatlıq, gərginlik, qızdırma, sarılıq və hepatobiliar fermentlərin artması ilə əlaqəli pankreatit ilə xarakterizə olunur. Bu sindromun anastomozdan distal olan ümumi öd axarının hovuzuna yığılmış daş, palçıq və ya kristallar nəticəsində yarandığı düşünülür və nəticədə xolangit və ya qaraciyər absesi yaranır. Bununla belə, Sump sindromunun əsl tezliyi və nəticədə fəsadları yaxşı araşdırılmamışdır. Son tədqiqatlar reflüks xolangitinin və Sump sindromunun nadir hallarda rast gəlinməsi göstərir. Bəzi müəlliflər genişlənmiş ümumi öd kanalı ilə böyük və ya enli XDS qoyulmasının tərəfdarıdır. Biz isə duodenumda açılan 0,3mm dəliklə XDS qoyulmasının tərəfdarıyıq.

**Material və metodlar:** 2006-2022 illər ərzində akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin qaraciyər, öd kisəsi və mədəaltı vəzin cərrahlığı şöbəsində xolelitolitiazla yanaşı xolelitolitiazla olan: çoxsaylı, böyük ölçülü, EST cəht olunan və çıxarıla bilməyən 64 xəstəyə açıq xolesistektomiya ilə yanaşı xolelitolitiazla yanaşı xolelitolitiazla yanaşı XDS icra olunmuşdur. Əməliyyatlar iki həkim briqası tərəfindən icra olunmuşdur. Birinci briqada 38 xəstəyə Yuraş-Vinoqradov üsulu ilə geniş kəsiklə fasiləsiz sorulmayan saplardan istifadə etməklə XDS icra etmişlər. İkinci qrupda tərəfimizdən duodenum divarında d=3,0 mm olan deşik açılmaqla sorulan saplarla tək-tək tikişlər qoymaqla əvvəl arxa divar, sonar isə ön divar duct to mucosa tikilərək XDS icra olunur.

**Nəticələr:** Əməliyyatdaxili ağırlaşmalar - 5,7%: Orta əməliyyat vaxtı və intrakorporeal anastomoz vaxtı müvafiq olaraq 82 (67 - 109) dəqiqə və 25 (20 - 31) dəqiqə idi. Orta qan itkisi 32 (az-90) ml, orta xəstəxanada qalma müddəti 7 (5 - 14) gün olmuşdur. Müşahidə müddətində heç bir halda Sump qeyd olunmamışdır.

## QARIN BOŞLUĞUNUN 23 İLİK YAD CİSMİ (KLİNİKİ PRAKTİKADAN NÜMUNƏ)

ŞİRİNOV Z.T., ƏLİYEV F., AZADOVA Z.N.

Akad. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Xəstə: Həsənəliyeva Gülnaz Xasay qızı, 28.10.1966. təvəllüdü, Goranboy rayonu, Safikürd kənd sakini, evdar qadın. Xəstəlik tarixi №0042815

Daxil olub: 09.04.2019

Çıxıb: 17.04.2019. Çarpayı günlərinin sayı 8 gün.

Daxil olarkən şikayətləri: Xəstə klinikaya epigastral nahiyədə olan küt ağrılar, dispeptik əlamətlər, köp, qəbizlik, ümumi zəiflik, halsızlıq şikayətləri ilə daxil olmuşdur.

Anamnesis morbi: Özünü bir neçə aydır ki, xəstə hesab edir. Son 20 günə yaxındır ki, şikayətləri artmışdır və konservativ müalicə almış, lakin effekt verməmişdir. Deməsinə görə 1996 - cı ildə sağ tərəfli Koxer kəsiyi ilə xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalmışdır.

Status praesens: Halı orta ağırlıqda, huşu aydın, vəziyyəti aktivdir. Dəri və görünən selikli qişalarının rəngi təbii-dir. Periferik limfa düyünləri əllənmir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları karlaşıb, sərhədləri norma daxilindədir. A/T 140/90mm.c.st. Nəbzi 1` - də 90 vuruğudur, ritmikdir. Dili qurudur, ərpsizdir. Qarnı yumşaqdır, epiqastral nahiyədə küt ağırlıdır. Sağ qabırğaaltı nahiyədə göbəkdən sağa doğru dərin palpasiya zamanı hərəkətli törəmə əllənir. Pasternatski simptomu hər iki tərəfdə mənfidir. Diurez və defekasiya adekvatdır. İlkin olaraq böyrəküstü vəzin törəməsini inkar etmək üçün müayinələr aparıldı:

Laborator göstəricilər: Qanın ümumi və biokimyəvi analizlərində bütün göstəricilər norma daxilindədir. Malyariya - neqativ; Anti-HCV - neqativ; HBsAg - neqativ; Trepanema Pallidum - neqativ; HIV 1+2 - neqativ. Digər müayinələr aparıldı.

Rentgen: Ağciyər sahələri şəffaf. Qida borusu, mədə və 12 b. bağırsaqlarda üzvi dəyişiklik aşkar olunmamışdır.

USM və KT: Öd kisəsi izlənilmir - xolesistektomiya. Sağ böyrəküstü vəzi proyeksiyasında ölçüsü 6.6 x 5.4sm olan hamar konturlu, heterogen strukturlu daxilində kalsinatlar təyin edilən, kontrast maddəni periferiyadan mərkəzə nisbətən toplayan törəmə aşkar edilir - feoxromositoma lehinə dəyərləndirilir. Mədəaltı vəzin başından inkişaf etməsi ehtimalı var. Cərrahın konsultasiyası tövsiyyə edilir. Müayinə sahəsinə daxil olan sümüklərdə degenerativ dəyişikliklər aşkar edilmir.

EKG: Sinus ritmi. Sol tip EKG. Miokardın zəif nəzərə çarpan diffuz dəyişikliyi.

USM zamanı törəmənin mədəaltı vəzindən KT zamanı sağ böyrəküstü vəzindən inkişaf etdiyi yazılsa da, laborator göstəricilər norma daxilində olduğunu nəzərə alaraq əməliyyat olunması qərar verildi.

Müalicə: Xəstəyə 10.04.2019 - cu il tarixində endotraxeal narkozun tətbiqi ilə köhnə Koxer kəsiyi üzərindən laparotomiya icra olundu. Təftiş zamanı köndələn çəmbər bağırsağın qaraciyər əyriliyinin arxasında, onikibarmaq bağırsağın enən hissəsi ilə sağ böyrəyin arasında xüsusi kapsulaya malik, hərəkətli, təqribən 8 sm ölçülü törəmə aşkarlandı. "Törəmənin xaric edilməsi" əməliyyatı icra olundu (Oper: t.e.d. Şirinov Z.T.). Əməliyyatdan sonra törəmə ortadan kəsilərək təftiş olundu və patohistoloji müayinəyə göndərildi.

Əməliyyatdan sonrakı Patohistoloji müayinədə: (№: 1978 - 80) Orqanizasiya və kalsifikasiya prosesinə məruz qalmış yad cisim (böyük ehtimalla tampon).

Əməliyyat vaxtı və sonrakı dövr fəsadsız keçdi. Müvafiq konservativ müalicə təyin olundu. Xəstə qənaətbəxş vəziyyətdə ambulator müşahidə üçün evə yazıldı. Müvafiq məsləhətlər verildi. Əməliyyatdan sonrakı 4 il müddətində xəstənin həyat keyfiyyəti SF-36 klassifikasiyasına əsasən əla və yaxşı kimi dəyərləndirilir.

## AĞIRLAŞMIŞ FORMALI QEYRİ-SPEŞİFİK XORALI KOLİTLƏ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ REKONSTRUKTİV-BƏRPAEDİCİ ƏMƏLİYYATLAR

**ŞİRİNOV Z.T., MİRZƏYEV O.V., AZADOVA Z.N.**

*Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq:** Qeyri-spesifik xorali kolit yoğun bağırsağın xroniki xəstəliyi olub, bağırsağın selikli qişasının diffuz iltihabı, xoraların və qanaxmaların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunan, kəskinləşmə və remissiya dövrləri ilə gedən xəstəlikdir.

Daha çox elmi-texniki tərəqqi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə rast gəlinir. Məsələn, Avropa ölkələrində stasionara daxil olan hər 10000 əhali içərisində 5.8-14 nəfərində, ABŞ-da isə 10 nəfərində rast gəlinir.

R.S. Sandlerin məlumatına görə qeyri-spesifik xorali kolitin rastgəlmə tezliyi hər 100000 əhali arasında İtaliyada 121, ABŞ-da 116, Kanadada 37,2 nəfərdir.

E. A. Белясов və həmmüəlliflərinin məlumatlarına əsasən Rusiya Federasiyasında bu rəqəm 22,3 təşkil edir. Statistik məlumatlara görə hər 10 ildən bir bu xəstəliyin yayılma tezliyi 40 faizdən 60 faizə qədər artır. QSXX-lə olan xəstələrin 30%-i cərrahi əməliyyata məruz qalır, 70%-i isə konservativ müalicə olunur. Cərrahi əməliyyata göstərişlər:

- hormonal asılılıq və rezistentlik,
- toksiki dilatasiyalar,
- 1.5-4 % hallarda rast gəlinən kəskin bağırsaqlı qanaxmaları,
- 5-6 % hallarda rast gəlinən yoğun bağırsağın perforasiyası və peritonit,
- uzun müddət davam edən xəstəlik fonunda maliqnezasiya- kolorektal xərçəng

Cərrahiyyə üsulu ulserativ koliti aradan qaldıra bilən, total kolon və düz bağırsağın çıxarılması (proktokolektomiya) prinsipinə əsaslanır. Bunun iki yolu vardır.

Birincisi terminal (uc) İleostomiya ilə Total Proktokolektomiya. Bu halda xəstə ömrünün sonuna qədər ileostomiya ilə yaşamaq məcburiyyətində qalır. İleostomiya adətən qarnın aşağı hissəsində, göbəkdən sağında, kəmərxəttinin bir qədər altında yerləşdirilir. Gün ərzində 5-6 dəfə ileostoma kisəsini dəyişmək lazım gəlir. Daimi ileostomiya ilə yaşamaq insanları ruh düşgünlüyünə salır, social həyatdan və cəmiyyətdən uzaqlaşdırır. Hətta bəzən evli olan cütlüklər xəstə yar-yoldaşını buraxıb gedirlər.



İkincisi- İleal Pouch-Anal Anastomoz (IPAA) ilə Proktokolektomiya. Burada məqsəd düz bağırsağın əzələ-sfinkter aparatının qorunması ilə anal kanalın selikli qişasının mukozektomiyası və və buraya nazik bağırsağın terminal hissəsindən hazırlanmış rezervuarın –pouchun endirilərək İPAA formalaşdırılması prinsipinə əsaslanır. İPAA –nın birincili sağalması məqsədi ilə müvəqqəti qoşalüləli ileostomiya icra olunur. Bu prosedur bir, iki və ya üç mərhələdə həyata keçirilə bilər.

**Material və metodlar:** 2009-2022-ci illər ərzində Akademik M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində ağırlaşmış formalı qeyri spesifik xoralı kolit diaqnozu ilə rekonstruktiv - bərpaedici əməliyyata məruz qalmış 24-40 yaş arası 12 xəstə müşahidə altında olmuşdur. Orta yaş 30,0±2,5, 4 xəstə (33,3%) kişilər, 8 xəstə (66,7%) qadınlar olmuşdur. Əməliyyatın texniki icrası: qarın aralıq yanaşmadan istifadə olunur; total prokto-kolektomiya olunur; düz bağırsağın selikli qişası anusdan içəriyə 6-7 sm məsafədə soyularaq içəriyə itələnir- sfinkter əzələ aparatı qorunub saxlanılır; nazik bağırsağın terminal hissəsindən U-J şəkilli rezervuar-pouch hazırlanır; hazırlanmış pouch endirilərək sfinkter-əzələ aparatı içərisindən keçirib anus ətrafına tikilir ilo-pouch-anal anastomoz formalaşdırılır; anastomozdan yuxarı preventiv ileostoma qoyulur; 1-2 aydan sonra ileostoma ləğv olunur. Əməliyyat 3(25%) xəstədə iki, 9(75%) xəstədə isə üç mərhələli olmuşdur.

**Nəticələrin müzakirəsi:** Əməliyyatdan sonrakı 5-10 il ərzində xəstələrin uzaq nəticələri öyrənilmişdir. 10 xəstədə 83,2% əla və yaxşı (SF-36 klassifikasiyasına əsasən) nəticələr alınmışdır. Bu xəstələrdə təbii anal defekasiya aktı bərpa olunmuş, həyat keyfiyyəti yaxşılaşmış, sosial həyata inteqrasiya olmuşlar. 1 xəstədə 8,4% anastomoz tutarsızlığı olmuş təkrari terminal ileostoma çıxarılmışdır. 1 xəstədə 8,4% isə letallıq qeyd olunmuşdur. Müşahidə müddətində bəzi xəstələrdə pouchit qeyd olunmuşdur. Pouchitin simptomlarına aşağıdakılar daxil ola bilər: ishal; sancı-şəkilli qarın ağrısı; defekasiya tezliyinin artması; hərərət; dehidratasiya.

Pouchit antibiotiklərlə, infuzion-transfuzion terapiya ilə müalicə olunur.

Xəstələrdə vaxtaşırı anemiyalar qeyd edilir və korreksiya olunur.

**Nəticə:** Ağırlaşmış formalı qeyri spesifik xoralı kolitlə olan xəstələrdə rekonstruktiv - bərpaedici əməliyyatlardan sonra SF-36 klassifikasiyasına əsasən 83,2% əla və yaxşı nəticələrin alınması belə əməliyyatların geniş tətbiqinə zəmin yaradır.

## QARACIYƏR SİSTLƏRİNİN ARXİTEKTONİKASI VƏ İCRA OLUNAN KƏSİKLƏR

### ŞİRİNOV Z.T., NADİROV R.S.

*Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

Aktuallıq: Azərbaycan Respublikası exinokokozun endemik zonasına daxil olduğu üçün xəstəlik və onun ağırlaşmalarına çox rast gəlinir Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar hələlik yüksək olaraq (57 %) qalır. Xəstəliyin residivi müxtəlif mənbələrdə 3-54% hallarda rast gəlinir. Təkrari əməliyyatların sayının artması xəstələrin davamlı əlillik qrupuna daxil olunmasına gətirib çıxarır.

**Material və metodlar:** Elmi tədqiqat işi 2004-2015-ci illər ərzində Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin Qaraciyər, öd kisəsi və mədəaltı vəzin cərrahiyyəsi şöbəsində qaraciyərin parazitar və qeyri-parazitar, həcmli sistik törəmələrinin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin analizinə əsaslanmışdır. 18-80 yaş arasında 246 xəstənin nəticələri retrospektiv və prospektiv öyrənilmişdir.

**Nəticələrin müzakirəsi:** USM, KT və MRT müayinələrinin nəticələrinə və əməliyyatdan sonrakı tapıntılara əsasən sistlərin rastgəlmə tezliyi aşağıdakı kimi olmuşdur. Qaraciyərin sağ payında bir ədəd sist 122 xəstədə, qaraciyərin sol payında bir ədəd sist 31 xəstədə, qaraciyərin sağ payında iki ədəd sist 17 xəstədə, qaraciyərin sol payında iki ədəd sist 3 xəstədə, qaraciyərin sağ payında üç ədəd sist 8 xəstədə, qaraciyərin sol payında üç ədəd sist 1 xəstədə, qaraciyərin sağ və sol paylarında eyni zamanda 11 xəstədə bir sist, 2 xəstədə sağda 2 solda 1 sist, 1 xəstədə sağda 2 solda 2 sist, 1 xəstədə sağda 3 solda 1 sist, 2 xəstədə sağda 1 solda 2 sist, 1 xəstədə sağda 1 solda 3 sist, 1 xəstədə sağda 3 sol ağciyərdə 1 sist, 1 xəstədə sağda 3 sağ ağciyərdə 1 sist, 1 xəstədə sağda 7 sol ağciyərdə 1 sist, 1 xəstədə sağda 1 divar aralığında 1 sist, 1 xəstədə sağda 1 sol və sağ ağciyərdə 1 sist qeyd olunmuşdur. 12 xəstədə sistlər çoxsaylı olmuşdur. 3 xəstədə qarın boşluğunda, 3 xəstədə dalaqda sistlər qeyd olunmuşdur. Sistlərin ölçüsünə gəldikdə böyük əksəriyyəti 5-10 sm, 22 xəstədə 10-15 sm, 11 xəstədə 15-20 sm, 4 xəstədə 20-25 sm, 5 xəstədə 25-30 sm, 2 xəstədə isə 30 sm-dən böyük olmuşlar. Sistlər tərkib etibarilə 17 xəstədə 6,9% qeyri-parazitar bəsit sistlər, 229 xəstədə 93,1% isə parazitar mənşəli exinokokk sistləri olmuşdur. Təqribən exinokokk sistlərinin 20% -i irinləmiş -ölmüş exinokokk sistləri olmuşdur. Residivlərlə əməliyyata məruz qalan xəstələrdə isə 35% hallarda qalıq boşluq irinləmişdir.

Qaraciyərin bəsit sistləri 18(7,4%) xəstədə, qaraciyərin exinokokk sistləri 150(61%) xəstədə, qaraciyərin residiv exinokokk sistləri 45(18,3%) xəstədə, qaraciyərin və ağciyərin exinokokk sistləri 6(2,4%) xəstədə, qaraciyərin və dalağın exinokokk sistləri 4(1,6%) xəstədə, qaraciyərin və qarın boşluğunun exinokokk sistləri 7(2,8%) xəstədə, qaraciyərin exinokokk sistləri + xroniki daşlı xolesistit 10(4,1%) xəstədə, qaraciyərin exinokokk sistləri + mədə xorasının perforasiyası 1(0,4%) xəstədə və qaraciyərin exinokokk sistləri + sisto-biliar fistula, mexaniki sarılıq 5(2%) xəstədə qeyd olunmuşdur. Göründüyü kimi parazitar mənşəli sistlər daha çox 82,6% rast gəlinmişdir.

Cərrahi əməliyyatdan öncə USM və KT bəzən MRT müayinələrinin nəticələri təhlil olunmaqla hər bir xəstə üçün individual olaraq sistə çatmaq və üzərində manipulyasiya aparmaq rahat olsun deyə hansı kəsiyin aparılması seçilir. Göründüyü kimi 5(2,1%) xəstəyə perkutan punksiya, 6(2,4%) xəstəyə laparoskopik, 33(13,4%) xəstəyə yuxarı orta laparotomiya, 6(2,4%) xəstəyə torokotomiya, 7(2,8%) xəstəyə geniş laparotomiya, 128(52%) xəstəyə Koxer kəsiyi, 56(22,8%) xəstəyə Feodorov kəsiyi, 3(1,2%) xəstəyə totoko-laparotomiya, 2(0,8%) xəstəyə isə Topçubaşov kəsiyi aparılmışdır. Göründüyü kimi Koxer və Feodorov kəsikləri 184(74,8%) xəstəyə icra olunmuş, əksəriyyət təşkil edir.

## BAĞIRSAQ DİSPEPSİYALARININI KOMPLEKS MÜALİCƏSİNƏ DAİR

XƏLİLOV V.M., SƏLİMOV T.H, İBRAHİMOV M.R, XƏLİLOVA V.V.

*Akad M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi,  
Nərimanov Tibb Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

Bağirsaq dispepsiyaları (BD) özünü tez doyumluluq, ağırlıq hissi, bağırsaqlarda gurultu və axıntı hissiyatı, meteorizm, bağırsaq motorikasının pozulması (qəbzlik, islah) və digər əlamətləri büruzə verir. BD həmçinin mədə və qida borusunda bir sıra pozğunluqlara gətirib çıxarır ki, bunlardan gəyirməni, qıvcırmanı, qusmanı, kardia çatışmazlığı olan xəstələrdə isə qastrokardial (taxikardiya, ekstrasistoliya) və qastropulmonal (bronxospazm) sindromu göstərmək olar. İşin məqsədi BD-nin müalicəsi üçün daha effektiv kombinasiyaların tapılması olmuşdur. Müayinələrə 20-60 yaş arası 100 nəfər xəstə (46 kişi, 54 qadın) cəlb olunmuşdur. Xəstələrin diaqnozu kliniki əlamətlər, laborator müayinələr rentgenoskopiya, EKQ, FEQDS, USM və kolonoskopiya vasitəsi ilə dəqiqləşdirilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, bronxial asma və asmatik bronxitli xəstələrin təxminən 25%-də dispepsiya xəstəliyini kəskinləşməsinə səbəb olur. Xəstələrin 6%-də gastrokardial simptom aşkar edilmişdir. Dispeptik simptomların korreksiyası üçün prokinetik olan Biqetrik preparatından (tərkibi domperidon 100 mq simetikon 200 mq, Argentina) istifadə olunmuşdur. Biqetrik tab. Şəklində peros 1 tab. gündə 3 dəfə yeməkdən 20 dəq əvvəl təyin olunmuşdur. Müalicə əsasən 15-20 gün, bəzi hallarda isə 45 günə kimi davam etmişdir. Xəstələrin 90%-də diskinetik pozğunluqlar adətən 2 həftə ərzində aradan qalxmışdır. Refluks ezofaqitli xəstələrə, həmçinin Robsen 20 mq, sutkada 1 dəfə gecə yatana yoxun təyin olunmuşdur. Belə xəstələrdə effektiv nəticə 83% təşkil etmişdir. Meteorizmin üstünlük təşkil etdiyi xəstələrə AFLİB 1 tab. Gündə 2 dəfə (tərkibi pankreatin, simetkon, aktiv kömür) yemək vaxtı təyin olunmuşdur. Dispeptik və diskinetik əlamətlərin, o cümlədən meteorizmin böyük səviyyədə aradan qalması xəstələrin rahatlanmasına və həyat keyfiyyətinin müsbət istiqamətdə ciddi şəkildə dəyişməsinə öz əhəmiyyətli təsirini göstərmişdir.

## KƏSKİN XOLESİSTİTİN MÜALİCƏSİNDƏ ERKƏN LAPAROSKOPIK XOLESİSTEKTOMİYANIN ÜSTÜNLÜKLƏRİ

ZEYNALOV S.M., ZEYNALOV B.M., RÜSTƏM Ə.M., ƏLİYEV T.Q.

*Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

**Aktuallıq.** Kəskin xolesistitə (KX) görə laparoskopik xolesistektomiyanın (LXE) optimal icra vaxtının seçilməsi məsələsi günümüzdə qədər müzakirə mövzusu olaraq qalmaqda davam edir və ədəbiyyat məlumatları bir çox hallarda mübahisəli, hətta ziddiyyətlidir.

**Məqsəd.** Kəskin xolesistitin müalicəsində erkən laparoskopik xolesistektomiyanın üstünlüklərinin təqdimatı

**Material və metodlar.** Tədqiqata 2018-2022-ci illərdə Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasında KX ilə bağlı 285 xəstənin (198 qadın; 69,5%) (orta yaş - 45,1±3,6) laparoskopik cərrahi müalicəsinin nəticələri daxil edilmişdir. KX-in diaqnozu Tokio-13 konsensusuna uyğun olaraq qoyulmuşdur. Xəstələr əməliyyatın icra vaxtına əsasən 2 qrupa bölünmüşdür: simptomların başlanmasından ilk 48 saat ərzində (I qrup) 168 (58,95%) və 48 saatdan sonra (II qrup) 117 xəstə (41,05%). Əsas qiymətləndirmə meyarları kimi intraoperasion və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi və onların ağırlıq səviyyəsi, qan itkisi, əməliyyat müddəti, stasionar müalicə müddəti seçilmişdir.

**Nəticələr.** I qrupda orta əməliyyat müddəti 50,15±7,7 dəq (45-55 dəq), II qrupda 72,6±11,9 dəq (64-95 dəq) təşkil etmişdir. İntraoperasion qan itkisi müvafiq surətdə, 44,5±15,0 ml (30-65 ml) və 250,1±22,5 ml (75-410 ml) olmuşdur. Qruplar arasında əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar və stasionar müalicə müddətlərinə görə statistik etibarlı fərq müəyyən edilməmişdir KX-in ağırlıq dərəcəsi ilə əməliyyatdaxili ağırlaşmaların inkişafı arasında müstəqil amillər xüsusi rol oynamışdır. I qrupda xoledoxun perforasiya ilə ağırlaşmış kənarı yanığı (1), II qrupda isə kənarı zədələnməsi (1) və köndələn kəsilməsi (1), duodenumun zədələnməsi (1) baş vermişdir. II qrupda ağırlaşmaların və konversiyanın səbəbləri əsas etibarlı ilə təhlükəli zonada (öd kisəsi və hepatoduodenal bağ ətrafında) artan infiltrasiya və biitşmələr olmuşdur. Bu ağırlaşmalara görə təkrar əməliyyatlar yerinə yetirilmişdir (Roux ilgəyi üzərində hepatiko-yeyunostomiya). I qrupda 1 (0,6%), II qrupda 3 xəstədə (2,6%) açıq XE-ya konversiya edilmişdir. Konversiyanın səbəbləri I qrupda dayandırılı bilməyən intraoperativ intensiv qanaxma, II qrupda isə Calot üçbucağının kəskin infiltrasiyası, birləşmələrlə bağlı ciddi anatomik dəyişikliklərə görə borulu strukturların yüksək zədələnmə riski olmuşdur.

**Yekun.** Erkən LXE qan itkisinin, əməliyyat müddətinin, konversiya göstəricisinin azalmasına, əməliyyatdan sonra ağrıların intensivliyinin aşağı olmasına, sağalmanın sürətlənməsinə, xəstəxanada qalma və tibbi reabilitasiya müddətlərinin qısalmasına səbəb olur.

**Açar sözlər:** Kəskin xolesistit, laparoskopik xolesistektomiya, konversiya

## CHANGES IN SYSTEM INFLAMMATORY RESPONSE PARAMETERS IN THE EARLY STAGES OF COMPLICATIONS OF ACUTE PANCREATITIS

AGAYEV R.M., MAMMADOV A.A., ISKANDAROV E.A., IDRISOV F.S.

*Scientific Center of Surgery named after academician M.A.Topchubashov, Baku, Azerbaijan*

**Background:** Early diagnosis of complications of acute pancreatitis (AP) and prognosis of the treatment outcomes remains an actual topic of abdominal surgery.

**Aim:** Determine the predictive value of systemic inflammatory response syndrome (SIRS) parameters for the early diagnosis of severity of acute pancreatitis and prediction of the aggravation of pathological processes.

**Material and Methods:** The results of the 71 patients with acute pancreatitis were analyzed. All patients were divided into 2 groups: mild pancreatitis (MP: n = 39) and acute severe pancreatitis (ASP: n = 32). The leukocyte count, the percentage of immature granulocytes and neutrophil-lymphocytes ratio (NLR), and the C-reactive protein (CRP) were studied in the patients on the day of admission and the subsequent 2 days. ROC curve was used to calculate the "cut off" and 3-week survival with the Kaplan-Meyer method was studied.

**Results:** The leukocytes in the ASP group were significantly more than in MP group ( $15,4 \pm 2,3 \times 10^9/l.$  vs.  $12,7 \pm 1,2 \times 10^9/l.$ ). Thereafter neutrophils also immature granulocytes percentage was high in the ASP group, however lymphocytes number was lower in patients with ASP. The NLR showed a significant difference on admission day between ASP and MP groups ( $12,6 \pm 1,4$  vs.  $9,78 \pm 1,3$ ). In contrast with NLR depressing in the MP group during the next 2 days, in the ASP group, this marker demonstrates further elevation ( $p < 0,05$ ). The optimal "cut-off" for NLR was determined as 10.5. Three weeks survival in patients with  $NLI < 10,5$  was 95,9%. Nevertheless, in cases with  $NLI > 10,5$  survival failed by up to 79,2%, and mortality raised to 21,8%. The percentage of immature granulocytes in the MP group was  $0,39 \pm 0,21\%$  and ASP group  $1,7 \pm 0,51\%$ . With AUROC analysis the cut-off for immature granulocytes was 0,81% calculated. On admission day CRP did not distinguish between groups. However, on the second day, the CRP increased by 55,3% in the ASP group and was significantly high compared to the MP group. Multivariate analyses demonstrated that diabetes mellitus was an independent risk factor for the emergence of septic complications. The negative impact of fatty liver disease on the beginning and progression of multiorgan failure in patients with pancreonecrosis was also identified.

**Conclusion:** It has been proven that NLIR can predict the survival of the early stage of pancreatitis. CRP on the 2nd day acquires the predictive value and should be used as a marker for prognosticating the further clinical manifestation. In controversial cases, the NLI and the percentage of immature granulocytes help predict the prognosis. With the simple periphery blood analysis, there is possible to predict the clinical manifestation of pancreatitis at the early stages of the disease. The parameters of SIRS have an important value in determining the severity of pathological changes.

## LONG-TERM TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS

AGAYEV R.M., SADIKHOV F.G.

*Scientific Center of Surgery named after Academician M.A. Topchubashov, Baku, Azerbaijan*

**Relevance.** Insufficient effectiveness of existing methods of treatment and conflicting opinions of researchers in the approaches to the choice of surgical tactics in this category of patients indicate the relevance of this problem.

**Target.** To study the long-term results of treatment of patients with autoimmune thyroiditis, taking into account the individual characteristics of the patient.

**Materials and methods:** The study analyzes the results of treatment of 442 patients with autoimmune thyroiditis treated in the clinic in the period from 2008 to 2021. The patients were divided into three groups based on the treatment methods used. Group I included 129 (29.2%) patients who received courses of conservative therapy in combination with ILBI-LILR, group II included 106 (24.0%) patients who underwent PDT sessions in combination with ILBI-LILR, and group III consisted of 207 (46.8%) patients who underwent surgery. The long-term results of treatment of 340 (70.7%) patients ( $t=8.8$ ,  $p \leq 0.001$ ) were studied.

**Results:** Long-term results were assessed as good if the patient was free from the disease and remained healthy, was in a euthyroid state, which was ensured by the normal functional activity of the thyroid gland. The result was considered satisfactory if the patient noted a significant improvement in his condition and retained his ability to work, while the functional state of the thyroid gland or thyroid residue was significantly reduced. The group of unsatisfactory results is represented by patients who continue to get sick, have a functionally unstable state of the thyroid system, and constantly need treatment or reoperation. The working capacity of these patients is either reduced



or lost. Of the patients, 75 (22%) received good results, 203 (60%) had satisfactory results, and 62 (18%) had unsatisfactory results. The number of patients with unsatisfactory results of treatment was 62 (18.2%) out of 340 patients followed. The majority were patients of group I (37 (59.7%) out of 62 people), while group III (7 (11.3%) people out of 62) had the least cases of unsatisfactory results. The best results were achieved among patients of groups II and III. The percentage of patients with good and satisfactory results of treatment in these groups was 77.5% and 95.5%, respectively. Statistical processing of the data confirmed a significantly higher proportion of patients with good and satisfactory treatment results in groups II and III. The value according to Pearson's  $\chi^2$  criteria for all three groups of patients was -  $p < 0,001$ .

**Conclusion:** The data of clinical and laboratory examination of patients with various forms of autoimmune thyroiditis recorded favorable results for a rational approach to the diagnosis and treatment of patients with this disease. From here, we conclude that patients who underwent surgical treatment for autoimmune thyroiditis actually belong to patients with a complicated course of the disease.

## RHEOLOGICAL PROPERTIES DURING THE CHRONIC FORM OF ATRIAL FIBRILLATION

GOTSADZE M., KANDASHVIL T., GORDRELADZE D., NARSIA N.,  
MOMTSELIDZE N., MANTSKAVA M.

*Tbilisi State Medical University, Beritashvili Center of Experimental Biomedicine,  
Central Republican Hospital, Tbilisi, Georgia*

**Keywords:** Aggregation of Erythrocytes, Hemorheology, Rhythm disorders.

**Introduction:** Atrial fibrillation is the most common disease amongst other arrhythmias of the heart. According to the World Health Organization (WHO), morbidity of atrial fibrillation is 1-2% of the world's population. For this rhythm disorder, it is common to develop ischemic strokes and systemic thromboembolism. Although the disease has been studied in many ways, hemorheological characteristics and their possible relationship with the course of arrhythmias are ambiguous. There are no physiological or pathophysiological processes that occur at the level of microcirculation, where hemorheology plays a crucial role in terms of intensity and volume flow rate [Barrett, O. S. H.; Macdonald, S. P. J.; Playford, D. A., 2015]. These issues were of interest when we developed the research design. The aim of the study was to identify the rheological characteristics in patients with chronic forms of atrial fibrillation, in addition to clarify aspects of interdependence between the severity of the disease and the rheological parameters.

**Materials and Methods:** 36 patients were examined with permanent and persistent forms of atrial fibrillation. (Women 16, Men 20, the average age of patients  $65 \pm 10$ ). Patients with rhythm disorders were divided into two groups: Group I: Patients with persistent form ( $n=14$ ); Group II: Patients with the permanent form of arrhythmias ( $n=22$ ).

This study included healthy individuals with an average age of 65, which constituted the control group ( $n=20$ ).

The following studies were conducted to diagnose several forms of rhythm disorders: ECG, ECG, also the index of erythrocytes aggregability, deformability, plasma viscosity to evaluate the blood rheological parameters. Furthermore, the "Georgian technique" method was used to study the index of erythrocyte aggregability. This new innovative method was created by Georgian scientists in Georgia and is unknown in the world as direct, numeral and exact [G.Mchedlishvili, 2004; N.Maeda, 2010; M. Mantskava M., 2011]. This method is modern and recognized as the best in the world [O.Baskurt, 2010; G.Schmid-Shombein, 2015]. The research material was processed in the statistical program SPSS.

**Results:** The results of this study were as follows: Group I's (patients with persistent form of atrial fibrillation) index of erythrocyte aggregability was  $39.760 \pm 13.841\%$ , erythrocytes deformability was  $2.1800 \pm 0.447\%$  and the plasma Viscosity  $-1.1700 \pm 0.836$  cP. Group II's (patients with the permanent form of atrial fibrillation) index of erythrocytes aggregability was  $41.4667 \pm 10.405\%$ , erythrocytes deformability  $-2.1833 \pm 0.923\%$  and the plasma Viscosity  $-1.2000 \pm 0.686$  cP. Additionally, the control group had an index of erythrocytes aggregation of  $25.611 \pm 1.289\%$ , erythrocytes deformability was  $2.088 \pm 0.248\%$ , and plasma Viscosity  $-1.091 \pm 0.353$  cP. Erythrocyte aggregation is consistently impaired in individuals with permanent and persistent forms of atrial fibrillation. The maximum mean value was recorded in the group with the permanent form of arrhythmia. Erythrocyte membrane deformity was also impaired in both groups compared to the control group; the maximum rate was also found in patients with a permanent form of arrhythmia. Moreover, the maximum value of plasma viscosity was observed in patients with the persistent form. The mean values of erythrocyte aggregation index were compared with erythrocyte deformability and plasma viscosity of each group; differences between patients with atrial fibrillation and with the control group were reliable, with a confidence index of 1%.

**Conclusions :** Rheological parameters were initially evaluated in patients with chronic atrial fibrillation and a correlation was found between the severity of the disease and rheological characteristics. Rheological disorders are



exacerbated as the disease progresses, changing from the persistent to the permanent form of atrial fibrillation. During atrial fibrillation, blood thrombogenic potential is raised due to increasing erythrocyte aggregation and plasma viscosity. This indicates a close relation between changes of rheological parameters and ongoing processes in the cardiovascular system. The obtained data conclude that erythrocyte aggregation is a vital factor during arrhythmia and requires permanent monitoring of manifestation as well as prevention of the disease. Furthermore, the “Georgian technique” method used allows us to obtain quantitative data and objectify it. This will allow a retrospective observation of the patterns of disease progression in patients. Moreover, extensive scientific work and clinical research are required to choose an accurate disease management strategy, highlighting the fascinating and current issues of biomedical direction.

### **ENDOVASCULAR TREATMENT OF CRITICAL COARCTATION OF THE AORTA (COA) IN NEWBORNS AND INFANTS**

**IMANOV E.<sup>1</sup>, LAZORYSHYNETS V.<sup>2</sup>, PLYSKA O.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Educational-Therapeutic Clinic of Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan.* <sup>2</sup>*Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery, Kiev, Ukraine.*

<sup>3</sup>*Dragomanov National Pedagogical University, Kiev, Ukraine*

**Background:** Newborns and infants with CoA combined with hypoplasia of the aorta, CHD, and Ductus-dependent flow (DDF) referred to critical heart defects. **Objective:** To present in-hospital and mid-term results of endovascular interventions in newborns and infants with CoA. **Material:** 33 patients with CoA underwent intervention, of them: 21 (63.3%)—surgery; 12 (36%)—balloon dilatation.

Age of patients = 1 to 360 days ( $98.9 \pm 10.8$ ). In 16 (48.5%) patients, the diagnosis was prenatal. In patients with DDF, prostaglandin E1 used after prior to the intervention. In 14 (42.6%) patients, CoA combined with other CHD. Pressure gradient in the CoA site during hospitalization was  $58 \pm 1.7$  mm Hg. LVEF ( $51 \pm 12\%$ ). Mean pressure gradient in endovascular group before dilatation was  $59 \pm 18$  mm Hg. LVEF  $41 \pm 9\%$ . Patients with hypoplasia of the aorta and concomitant CHD referred surgery. In the presence of low pulmonary flow, and absence or hypoplasia of the aorta, dilatation performed urgently. After angioplasty, pressure gradient decreased to  $19 \pm 7$  mm Hg; LVEF increased to  $63 \pm 7\%$ . Group with endovascular treatment made an uneventful recovery. 13 (43.3%) patients need surgery for re-CoA on 3–6 months after dilatation. **Conclusion** In critical patients, endovascular intervention should be preferred with good immediate results. Feasibility of angioplasty of CoA in newborns and infants with CoA remains controversial through a high rate of re-coarctation and re-interventions.

### **COMBINED PERCUTANEOUS TRANSCATHETER INTERVENTIONS IN THE SAME SESSION FOR PATIENTS WITH MULTIPLE CONGENITAL CARDIOVASCULAR DEFECTS**

**IMANOV E.<sup>1</sup>, LAZORYSHYNETS V.<sup>2</sup>, PLYSKA O.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Educational-Therapeutic Clinic of Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan.* <sup>2</sup>*Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery, Kiev, Ukraine.*

<sup>3</sup>*Dragomanov National Pedagogical University, Kiev, Ukraine*

**Background:** **Aim:** To investigate the methods of combined percutaneous transcatheter interventions for congenital heart disease with multiple defects and to evaluate its efficacy in children. **Patients and methods:** 18 cases (10 boys, 8 girls, ages 3 days-16 years, body weight 3.4-35 kg) that underwent multiple transcatheter interventions for congenital heart disease with multiple defects were retrospectively analyzed and presented. The sequence of the interventions was planned according to the nature and localization of the defects. **Results:** Additional PDA closure (8) was performed following VSD closure (1), ASD closure (1), coarctation angioplasty (4), and pulmonary balloon valvuloplasty (2); coarctation angioplasty (5) was performed following aortic valvuloplasty (3), VSD closure (1), and balloon atrial septostomy (1) for transposition of great arteries. Ductal stent implantation was the combined procedure in 2 patients after pulmonary valve perforation and/or pulmonary balloon valvuloplasty with hypoplastic right ventricles. Other combined procedures were ASD closure after pulmonary balloon valvuloplasty (1); pulmonary balloon valvuloplasty after aortic balloon valvuloplasty (1); coil embolization of a pulmonary lobar sequestration after coarctation angioplasty (1); and palliative pulmonary balloon valvuloplasty after recanalization and angioplasty of the systemic-pulmonary shunt in tetralogy of Fallot (1). There was no mortality or major morbidity. **Conclusion** For the treatment of combined congenital cardiovascular defects, multiple transcatheter interventions in the same session are feasible, safe and effective with satisfactory good results. Second intervention may be performed as complementary or substantive to the first procedure.

## ENDOVASCULAR METHODS FOR THE TREATMENT OF PULMONARY STENOSIS

IMANOV E.<sup>1</sup>, LAZORYSHYNETS V.<sup>2</sup>, PLYSKA O.<sup>3</sup><sup>1</sup>Educational-Therapeutic Clinic of Azerbaijan Medical University, *Baku, Azerbaijan.*<sup>2</sup>Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery, *Kiev, Ukraine.*<sup>3</sup>Dragomanov National Pedagogical University, *Kiev, Ukraine*

**Summary.** Pulmonary artery stenosis is a complex congenital heart disease caused by a narrowing between the right ventricle and the pulmonary artery itself or in different parts of it. *Work object* is analysis of the results of treatment of pulmonary artery stenosis by endovascular methods in children operated on in the period from 2006 to 2021 at the National Institute of Cardiovascular Surgery named after N. M. Amosov of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. The weight of 118 consecutive patients with pulmonary stenosis and a mean age of 123.8±303.2 days (range 1 to 8.6 years) averaged 5.3±2.7 kg. In 31 (30.4%) patients, the defect was diagnosed prenatally and confirmed after an echocardiogram immediately after birth. As a result of clinical examination and echocardiography, valvular variant of the anomaly was established in 32% (33) of patients, stenosis of the pulmonary branches as 68% (69). An uncomplicated course of the postoperative period was observed in 49 (48%) patients, and the most common complications were respiratory failure - 25 (22.3%) cases, heart failure - 26 (24.5%) cases, and acute renal failure - 3 (3%). Due to progressive heart failure and a pre-severe condition, 1 (1%) patient died already at admission in the postoperative period. **CONCLUSIONS:** surgery is the only effective treatment for pulmonary stenosis. The specific method of operation depends on the localization of the narrowing: endovascular treatment (balloon valvuloplasty) - only for valvular and peripheral stenosis of the branches of the pulmonary artery; in other cases - open valvuloplasty, reconstructive plastic surgery (supravalvular stenosis using a xenopericardial prosthesis or patch, infundibulectomy - with subvalvular stenosis). Endovascular methods reduce surgical trauma, the length of stay of patients in the hospital, increase their chances of a positive result of surgical intervention.

**Keywords:** pulmonary artery stenosis, endovascular treatment, balloon angioplasty, volatile cardiac defect.

## LIVER INJURY IN COVID-19 PATIENTS

KANDASHVILI T., NONIASHVILI M., ZURABASHVILI T.

*Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia**3<sup>rd</sup> Department of Internal Medicine*

**Background:** The coronavirus (SARS-CoV-2) is a widespread virus around the world. During the pandemic, the vast majority of the world's population was infected with the virus. In addition to the respiratory system, it damages various organ systems. The liver is one of the organs whose damage has been detected in covid patients. Liver damage and disruption of its functions in patients leads to complications of the virus, prolongation of hospitalization time and increased risks of mortality.

Liver damage is multifactorial. Several mechanisms are found: Direct hepatocyte damage: Angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) is a key agent in liver injury due to COVID-19. ACE2 plays an important role in host cells as a receptor of Spike-I Glycoprotein of COVID-19. ACE2 is mainly expressed in lung alveolar epithelial cells and small intestine enterocytes and is also expressed in arterial smooth muscle cells and venous, artery endothelial cells in all organs. Single-cell RNA sequencing analysis of the liver showed that the expression level of ACE2 was highest in cholangiocytes (compared to type 2 alveolar cells), followed by liver sinusoidal endothelial cells (LSECs) and hepatocytes. Therefore, SARS-CoV-2 infection impairs liver function by direct cytotoxicity due to the continuous replication of the virus in hepatocytes. Also, Liver ductal organoid culture revealed that a portion of the liver injury caused by COVID-19 may be due to direct cholangiocyte damage and consequent accumulation of bile acid caused by SARS-CoV-2 infection.

Severe inflammatory response: systemic inflammation may be associated with hepatic injury in patients with severe COVID-19 infection. Cytokine storms are higher in patients with liver dysfunction than those with normal hepatic tests. Patients with severe COVID-19 infection had over activation of cytotoxic T cells manifested by high Th17 and marked activation of immune-mediated inflammation including C-reactive protein and cytokines (TNF- $\alpha$ , IL-6, and IL-1 $\beta$ ). Drug hepatotoxicity: liver which is primarily the body's detoxifier can be influenced by several drugs used in COVID-19 treatment. Some of these drugs, including lopinavir/ritonavir, chloroquine, tocilizumab, mitofovir may have hepatic toxicity in some patients. Other causes of liver damage: hypoxia, acute respiratory distress syndrome (ARDS), and cardiac failure in Covid-19 patients can cause hepatic ischemia resulted in hepatocyte necrosis and lobular hepatitis.

**Objectives:** The purpose of the research is to study the functional changes of the liver in hospitalized patients infected with SARS-CoV-2, who did not have any confirmed liver disease in the past.

**Methods:** A retrospective study was conducted. The information of 204 covid patients was collected according to the database of the First university clinic. All patients participating in the study had confirmed covid-19 infection through a rapid antigen test. All patients were over 18 years of age and none of them had a history of liver disease. During the research we collected personal information of patients, the period from the detection of the disease to its confirmation, clinical signs, laboratory and radiological data at the time of admission of patients to the clinic.

Laboratory data included liver function tests, D-dimer, and inflammatory markers. According the severity of the infection, patients were divided into 3 groups: mild, moderate and severe. The following tests were performed to detect acute liver damage: aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), gamma-glutamyl transferase (GGT), Lactate dehydrogenase (LDH), D-dimer and C-reactive protein (CRP). An ultrasonographic examination of the liver was also performed.

The resulting data were processed statistically. Median (m), arithmetic mean, and standard deviation of the mean were calculated for data analysis. The reliability of the difference between the data was evaluated by the reliability coefficient (P).

**Results:** 204 patients were the subjects of the study. As the severity of the infection increased, the respiratory symptoms became more severe. Respiration rate (RR) increased and oxygen saturation level decreased. Also, the extrapulmonary complications of the infection manifest more with the increase in severity. In 74% of the patients admitted to the clinic, the results of liver function tests were higher than normal range. A standard ultrasound was done to detect the main signs of steatosis and fibrosis. Liver elasticity, consistency, and degree of steatosis are significantly altered during covid-19. The rate of fibrotic changes was significantly higher in people with Covid compared to the control group. Structural changes in the liver detected by multiparametric ultrasound correlate with increased liver biochemical markers in the blood.

**Conclusion:** Liver damage in patients with COVID-19 may be caused by a direct cyclopathic effect of SARS-CoV-2, an uncontrolled immune response, sepsis, severe hypoxia, or drug-induced injury. In addition, COVID-19 can cause exacerbation and decompensation of previously formed chronic liver diseases with the development of acute liver failure. Physicians should carefully assess the initial state of the liver, and after the appointment of therapy, strengthen monitoring of its functional state, especially in patients with severe COVID-19. In each clinical case, the doctor needs to establish the possible mechanisms of organ damage in order to choose the most optimal patient management tactics that would take into account all aspects of the characteristics of the course of COVID-19 and liver damage. Currently, additional scientific information is required that reveals the features of liver lesions during SARS-CoV-2 infection and the post-COVID period. In order to assess the long-term consequences of COVID-19, all patients who have had this disease need further observation.

#### SARS-COV-2 SPIKE PROTEIN ANTIBODY TITERS IN CORD BLOOD AFTER VACCINATION AGAINST COVID-19 DURING PREGNANCY

KINTRAIA N., MACHAVARIANI P., GOGOKHIA N., GRIGALASHVILI K., METSKHVARISHVILI N., RIZHVADZE M., JAPARIDZE B., KHOTIVARI N., PKHALADZE N., SHVELASHVILI E., BARBAKADZE L., CHICHUA K., MIKABERIDZE K., MERKVILADZE M.

*Tbilisi State Medical University, The First University Clinic TSMU,  
Department of obstetrics and gynecology, Tbilisi, Georgia*

**Abstract:** Aim of the study was to determine the titer of specific maternal and umbilical cord antibodies against SARS-CoV-2 viral protein S receptor domain after maternal antenatal vaccination. 13 patients vaccinated during different gestational age have been included in the study. All patients participating in this study were vaccinated with two doses of BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine between the 4 to 31 week of gestation. The in vitro qualitative and quantitative determination of antibodies against SARS-CoV-2 viral protein S receptor domain in serum samples was performed by using an electrochemiluminescence immunoassay. Study results demonstrated that, vaccination against SARS-Cov-2 viral infection during pregnancy is accompanied with adequate production of antibodies that probably may defense neonates from severe infection at least within 6 month of life

**Introduction:** Coronavirus-19 infection in pregnancy results in a spectrum of asymptomatic to critical maternal disease (1,6,7,8). According to immunologic and cardiopulmonary adaptations occurring during pregnancy, the risk of severe illness from respiratory infections typically increases (2,3,4,5) According to the recommendations issued by the American College of Obstetricians and Gynecologists, the Center for Disease Control and Prevention, and the Royal College of Obstetricians and Gynecologists, COVID-19 vaccination should not be withheld in pregnant patients (9).

tAntibodies, such as IgM and IgG, are among the primary mechanisms of the immune response to SARS-CoV-2 viral infection. Coronavirus S protein forms the characteristic superficial spikes of coronaviruses (9,10,11,12)

**Aim of the study:** to determine the titer of specific maternal and umbilical cord antibodies against SARS-CoV-2 viral protein S receptor domain after maternal antenatal vaccination. The paper presents preliminary results of the study proceeded in the department.

**Material and Methods:** 13 patients vaccinated during different gestational age have been included in the study. All patients participating in this study were vaccinated with two doses of BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine between the 4 to 31 week of gestation. First dose was administered between 4 to 28 weeks and second dose between 6 to 31 weeks of gestation. Collection of the maternal and umbilical cord blood has been done during delivery.

**Laboratory Methods:** In our study, the in vitro qualitative and quantitative determination of antibodies against SARS-CoV-2 viral protein S receptor domain in serum samples was performed by using an electrochemiluminescence immunoassay. The Eclia<sup>®</sup> Anti-SARS-CoV-2 assay (Roche Diagnostics Switzerland) was used to detect the presence of antibodies against SARS-CoV-2 viral protein S receptor domain.

**Results:** In a current study all pregnant woman vaccinated during pregnancy by BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine have revealed significant positive correlation between maternal and umbilical cord antibody titer, both specimens revealed significantly high titer of antibodies from reference range with unremarkable differences between maternal and cord antibody titers. Antibodies against SARS-CoV-2 protein S receptor domain were identified in all maternal and neonatal cord samples (n=13). All samples revealed titer significantly higher than reference range data (>0.9 positive). The mean interval between the second dose of the vaccine and delivery was 18 weeks. It is important to note that the correlation coefficient of the number of weeks from the second dose to delivery as - 0.7. That showed statistically insignificant data. Better correlation between maternal and neonatal antibody titer has been found in the cases of antenatal vaccination in the late second and/or early third trimester vaccination.

**Discussion:** The results of our study reveal high titers of antibodies against Sars-Cov-2 viral protein S receptor domain in cord blood collected after birth, suggesting that maternal immunization may provide protection to newborns but this problem requires farther investigations. Cord serum samples from all newborns included in our study showed the presence of specific antibodies against SARS-CoV-2 viral protein S domain and good correlation between weeks of gestation on vaccination and delivery for the production of fetal antibodies.

**Conclusion:** SARS-Cov-2 viral infection during pregnancy is accompanied with adequate production of antibodies that probably may defense neonates from severe infection. Study has revealed positive correlation between time interval of vaccination and delivery for the presence of high titers of SARS-Cov-2 viral protein S receptor domain antibodies in neonatal cord blood, which may allow future determination of the optimal timing of COVID-19 vaccination in pregnant women although this problem need more future studies.

## LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN PANCREATICODUODENECTOMY FOR THE TREATMENT OF PERIAMPULLARY TUMORS AND CHRONIC PANCREATITIS

MUSLUMOV G.F., ALIYEVA G.R., ZEYNALOV N.J., BEHBUDOV V.V.

*Scientific Center of Surgery after M.A.Topchubashov, Baku, Azerbaijan*

**Background:** Laparoscopic pancreaticoduodenectomy (LPD), a surgical option for periampullary tumors (PT) and chronic pancreatitis (CP), is a complex procedure that has become increasing popular. However, there is no consensus as to whether this technique should be performed routinely. Our aim was to evaluate the outcomes of LPD compared to open pancreaticoduodenectomy (OPD).

**Materials and Methods:** From 2010 to 2021, 48 LPDs were performed to treat PT and CP were compared with 48 OPDs, which can (could) be carried out laparoscopically. Patients were matched based on their demographic data and pathologic diagnosis. Demographic information, intraoperative and postoperative data, pathologic data, and follow-up evaluation data were collected and analyzed.

**Results:** All patients had a median follow-up of 34 months (range, 8 to 60 month). Overall median survival during the study between the groups was not different (P= 0.760). No significant differences between the 2 groups were found in terms of patient demographics, short-term complications, pathologic outcomes, or tumor-node-metastasis stage. Also, no differences were seen in blood loss, length of intensive care unit stay, node positive, or R0 resection between the laparoscopic and open groups. However, with regard to operative time, the LPD group was slightly longer than the OPD group (P<0.01) but length of hospital stay was shorter in LPD group (P<0.01). There were significant differences between groups in the time to the first passage of flatus and the time to oral intake (P<0.001).

**Conclusions:** This study found that LPD is a safe and effective method for the surgical treatment of PT and CP. LPD is equal in regard of oncological radicality and technical feasibility compared with OPD and may be a preferred for surgeons to choose.

**Key Words:** periampullary tumors, chronic pancreatitis, laparoscopic pancreaticoduodenectomy



## THE USE OF ELECTROPHORESIS OF THE DARYDAG ARSENIC SALT AND MICROWAVES IN THE COMBINED THERAPY OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

NABIEVA L.B., KERIMOVA S.S., GASANOVA G.G.

*Research Institute of Medical Rehabilitation, Baku, Azerbaijan*

In the practice of modern medicine, among diseases of the musculoskeletal system, the most common is osteoarthritis (OA), which accounts for about 80% of all patients.

It is believed that in OA, all the structures that make up the joint, as well as periarticular tissues, are involved in the pathological process. This requires a broader integrated approach when choosing a treatment method in order to optimize the therapeutic effect.

Introduction - Darydag arsenic salt (DAS), being a natural healing factor, has been successfully used in the treatment of rheumatic diseases for many years. The use of dry DAS solutions in the form of general baths, electrophoresis, gel applications, which ultimately have an anti-inflammatory and analgesic effect, has been proven to be highly effective in these patients.

In hardware physiotherapy, treatment of patients suffering from OA with the Japanese-made device "Microtizer" - (microtizer 3d) is of particular interest. A unique technique of 3d exposure - microwave pulse therapy provides three-dimensional heating of deep tissues (muscles, ligaments, tendons, articular capsules) providing metabolism and analgesic effect.

Purpose - the purpose of this research work was to study the effect of general electrophoresis of DAS in combination with the local effect of microwave studies on clinical and immunological parameters, rheological properties and lipid oxidation processes in patients with OA.

Materials and methods - 48 patients suffering from OA, predominantly with affected knee joints were examined. All patients received general electrophoresis of a 4% DAS solution according to the Vermeil method for 10-15 minutes daily. The treatment lasted for 10 days. Microwave therapy was carried out locally on the area of the affected joints by pulse mode with an exposure power of 80-120 Vt, the duration of the procedure was 10-15 minutes, the course of treatment included 10 procedures daily.

Patients received microwave treatments 30 minutes after DAS electrophoresis.

Results - As a result of the combined treatment, a significant decrease in the severity of clinical signs of the articular syndrome was observed. Such an indicator as the pain score significantly decreased from 3,9 0,9 points to 1,41 0,3 (p0,001), stiffness disappeared, the range of motion increased in 80% of patients; the corresponding positive dynamics was also observed in the studied laboratory parameters: thus, the level of anticartilaginous antibodies (ACA), which characterizes the activity of the immunopathological process in OA, decreased by 38.7% as a result of treatment.

In the initial state, the examined patients showed an increase in the level of malandialdehyde (MDA) in the blood, indicating the activation of lipid peroxidation (LPO) processes, and inhibition of the body's antioxidant defense (AOD), as well as an increase in blood rheological properties.

Under the influence of the combined treatment performed in patients with OA, a decrease in the concentration of MDA from 9,50,03 to 7,910,15  $\mu$  mol/mml was observed with an increase in AOD from 21,52,3 to 2,54,8, i.e. rheological properties in the blood were normalized.

Thus, the positive dynamics of clinical and laboratory parameters indicates the therapeutic efficacy of DAS electrophoresis in combination with microwave radiation in patients suffering from OA using the «Microtizer» device.

## IMPROVEMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF UTERINE POLYPS ASSOCIATED WITH SYNECHIAS IN WOMEN OF FERTILIZING AGE

RAJABOVA G.K.<sup>1,2</sup>, ODINAEVA G.SH.<sup>2</sup>

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 SEI "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan", Tajikistan  
State Institution "Health Complex Istiklol"<sup>2</sup>*

**Aim.** To improve the results of surgical treatment of uterine polyps associated with synechia in women of childbearing age using the developed minimally invasive method.

**Materials and methods.** Minimally invasive treatment of 32 women of childbearing age, diagnosed with a uterine polyp accompanied by synechia, was carried out on the basis of the Department of Gynecology of the State Institution "Medical Complex Istiklol". All women were hospitalized in a planned manner, after an appropriate comprehensive diagnosis, with a confirmed polyp, concomitant synechia. Along with ultrasound scanning of the pelvic organs, all patients underwent diagnostic and surgical hysteroscopy and videolaparoscopy. Hysteroscopy was performed under general anesthesia using equipment and a set of instruments from Karl Storz.

**Results.** The essence of the developed method was that under general anesthesia, on the operating table without prior introduction of vaginal mirrors and the application of bullet forceps on the cervix, the Karl Storz hysteroscope is inserted into the vagina with the supply of saline. It should be noted that intrauterine pressure should be set within 25-40 mm Hg. at a rate of fluid supply to the uterine cavity of 200-350 ml/min.

Upon reaching the internal os, in order to reduce pain, the hysteroscope rotates so that its longitudinal axis coincides with the transverse axis of the uterine os. The subsequent stages of the introduction of the hysteroscope into the uterine cavity and cervical canal did not differ from the traditional hysteroscopy technique. During hysteroscopy, the walls of the uterine cavity are examined, the condition of the endometrium, the mucous membrane of the cervical canal and the mouths of the fallopian tubes is assessed. The polypectomy method is selected taking into account such criteria as the size, consistency and severity of the polyp pedicle. When the fibrous component predominates in the polyp, a bipolar electrode is used, while glandular polyps can be removed using mechanical instruments.

Depending on the nature of adhesions, synechiolysis in women is selected individually, both in an acute way and with the use of bipolar coagulation. In 7 (21.8%) cases, with grade III-IV synechia, due to the lack of clear anatomical landmarks and a high risk of uterine perforation, synechiolysis was performed under obligatory ultrasound control, which significantly reduced the risk of intraoperative complications.

There were no postoperative complications in the studied women.

**Conclusion.** The use of the proposed technique, being minimally invasive, eliminates the need to insert a vaginal speculum and fix the cervix with bullet forceps. At the same time, there is no need for dilatation of the cervical canal, which avoids the stimulation of pain receptors, which is inevitable during the "traditional" hysteroscopy. At the same time, the method can help reduce the risk of synechia recurrence and, thus, a high probability of pregnancy after the intervention with additional anti-relapse hormone therapy. At the same time, there is the possibility of repeated studies in dynamics to decide on further tactics for the introduction of women of childbearing age.

### MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGY AND THE APPLICATION OF THE «FAST TRACK» PRINCIPLE IN THE TREATMENT OF UTERINE MYOMA

RAJABOVA G.K.<sup>1,2</sup>

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 SEI "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan" <sup>1</sup> Tajikistan*  
*State Institution "Health Complex Istiklol" <sup>2</sup>*

**Aim.** Improving the immediate results of surgical treatment of women with uterine fibroids.

**Materials and methods.** The study is based on an analysis of the results of minimally invasive treatment of 40 women with uterine myoma, operated on the basis of the State Institution Medical Complex "Istiklol" and Maternity Hospital №2 in Dushanbe, which are clinical bases of the Department of Obstetrics and Gynecology №2 SEI "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan" and the Department of Obstetrics and Gynecology №2 of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University" for the period 2012 to 2020. The comparison group consisted of 41 women (retrospective study) who underwent traditional surgical interventions. Of all the women studied, 14.8% (n=12) were under the age of 40, the remaining 85.2% were women over the age of 40. In 63.0% of observations, women suffered from uterine fibroids, while in the remaining 37.0% (n=30) there were complicated forms of uterine fibroids.

An analysis of the reproductive history of women shows that in the group of women with uncomplicated uterine myoma, the number of pregnancies is 57 (an average of 2.3 pregnancies per woman), and in the group with complicated forms of uterine myoma - 39 (respectively, 2.6 pregnancies per woman). The most significant indicator for women with uterine fibroids should be considered such indicators as ectopic pregnancy (n=4), artificial termination of pregnancy (n=21), spontaneous miscarriage (n=8) and operative delivery or caesarean section (n=7), which in general in both groups amounted to 54.2% of cases.

**Results.** To implement the fast track strategy, patients of the main group followed a special protocol, the introduction of which undoubtedly had a number of advantages. Indications for surgical treatment in women of the main group with uncomplicated forms of uterine fibroids (n=25) were pronounced clinical manifestations from the anamnesis of the disease.

Before surgery, by vaginal examination, it was revealed that the size of the uterus in women with fibroids varied from 3 to 26 weeks. At the same time, in women, the size of the uterus reaching a large size (16 weeks or more) accounted for 36.0% of cases, which required special approaches when performing laparoscopic amputations of the uterus, in particular at the stage of extracting the macropreparation.

Almost all myoma nodes in women were located along the anterior (n=28) and posterior walls (n=11) of the uterus. Only one woman had a myomatous node of the anterior wall, with a transition to the neck, which was performed laparoscopically-assisted extirpation of the uterus.

Mostly, women with uterine myoma underwent amputations (80% versus 85.4% in the compared groups), when conservative myomectomy, according to indications, was performed in 17.5% and 14.6% of cases, respectively. One woman in the main group underwent laparoscopic hysterectomy, which was associated with the transition of the myomatous node to the cervix. At the same time, after the mobilization of the uterus to the cervical region, due to technical difficulties that arose in the mobilization of the cervix, we considered it appropriate to further transvaginal extirpation, which was performed. The macropreparation was removed through the vagina. The patient was discharged on the 5th day in a satisfactory condition.

In order to prevent cervical prolapse during laparoscopic supravaginal amputation of the uterus, we have developed a new method for laparoscopic supravaginal amputation of the uterus, which helps prevent cervical prolapse in the postoperative period. The method was applied in the treatment of 14 women with uterine myoma.

The duration of the operation in women of the main group averaged  $59.4 \pm 11.7$  minutes, and in women of the comparison group -  $73.8 \pm 13.4$  minutes. Postoperative bed-day in women operated laparoscopically was  $4.8 \pm 1.7$ , on the contrary  $11.2 \pm 3.8$  after open surgery. Postoperative complications in women of the main and comparison groups were 7.5% and 14.6%, respectively.

Thus, it can be argued that the choice of laparoscopic interventions, supplemented by the fast track strategy, in women with uterine myoma is most likely to be less traumatic, which minimizes the postoperative stay of women in the hospital (average  $4.8 \pm 1.7$  days, on the contrary,  $11.2 \pm 3.8$  days in the control group).

Laparoscopic interventions had a more noticeable effect on the reduction of the main parameters, mainly the reduction of intoxication, pain syndrome, and also contributed to rapid postoperative rehabilitation.

**Conclusion.** The results of the study showed the high efficiency of the fast track protocol in women with uterine myoma, which allows to reduce the stay of patients in bed, quick rehabilitation and reduce postoperative complications. With an adequate choice, minimally invasive methods of treating uterine fibroids are considered the most acceptable today.

## ANEMIA SYNDROME IN AUTOIMMUNE THYROID DISEASES

SAIDOVA F.KH., ASLANOVA J.B., SHAHSUVAROV O.M., MURADOV N.F.

*Scientific Center of Surgery after acad. M.A. Topchubashov, Baku, Azerbaijan*

The **purpose** of the study was to identify the frequency of various morphological types and various degrees of severity of anemia in individuals with autoimmune thyroid diseases.

**Material and methods.** Data from case histories of 97 patients with autoimmune thyroidites (AIT) and 157 persons with Graves diseases (GD) operated on in 2012-2015 were analyzed. Four groups were identified when evaluating hematological parameters: Group 1 - patients with AIT with mild anemia ( $n = 72$ ), age  $45, 7 \pm 1.6$ , men - 5 (6.9%), women - 67 (93.1%); group 2- patients with AIT with moderate anemia ( $n=25$ ), age  $40.0 \pm 2,3$ , men - 1 (4%), women -24 (96%); group 3 - patients with GD with mild anemia ( $n = 98$ ), age  $39.4 \pm 1.4$ , men - 41 (41, 8%), women - 57 (58.2%); group 4- patients with GD with moderate anemia ( $n=59$ ), age  $41.1 \pm 1.7$ , men - 11 (18.6%), women-48 (81.4%). Hemoglobin, hematocrit, erythrocyte count and erythrocyte indices MCV, MCH, MCHC were determined.

**Results** According to the morphological type in patients with AIT with mild anemia, the hypochromic type was determined in 56 (77.8%) patients, normochromic type in 16 (22.2%) patients. In patients with moderate anemia this trend persisted and was more pronounced: hypochromic type of anemia was determined in 23 (92%) patients, normochromic type in 1 (4%) and hyperchromic type in 1 (4%). In patients with AIT with mild anemia, microcytic anemia was determined in most cases - in 55 (76.4%) patients, normocytic - in 17 (23.6%) patients. In patients with moderate anemia microcytic anemia was determined in 21 (84%) cases, normocytic - in 4 (16%) cases.

In patients with GD, with both mild and moderate anemia, hypochromic and normochromic types of anemia were detected with the same frequency (hypochromic in 94.9%, normochromic -5.1%). The microcytic type of anemia was more common in moderate anemia (89.8% versus 87.8% in mild anemia), while the normocytic type of anemia was more common in mild anemia (12.2% versus 10.2% in moderate anemia).

**Conclusions** Thus, hematological disorders in autoimmune thyroid diseases are similar: observed a more frequent development of microcytic and hypochromic mild anemia (in patients with AIT - 72.4%, in patients with GD - 62.4%), due to iron deficiency.

Keywords: autoimmune thyroiditis, Graves diseases, anemia, severity of anemia, morphological types of anemia

## ГЕН АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗЫ (ADH3) И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

АГАЕВ Р.М.<sup>1</sup>, АЛИЕВА Г.Р.<sup>1</sup>, МУСЛИМОВ Г.Ф.<sup>1</sup>, БАЙРАМОВ Б.И.<sup>2</sup>,  
ЗЕЙНАЛОВ Н.Д.<sup>1</sup>, БЕХБУДОВ В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научный Центр Хирургии имени акад. М.А.Топчибашева,

<sup>2</sup> Институт Генетических Ресурсов, Баку, Азербайджан

**Цель:** Определение ответственности генотипов ADH3 в Азербайджанской популяции на развитие хронического алкогольного панкреатита.

**Материал и методы:** генотип ADH3 и частоты аллелей ADH3\*1 и ADH3\*2 обследовали у 70 больных (51 с хроническим алкогольным панкреатитом 19 с хроническим панкреатитом неалкогольного генеза) и 90 «практически здоровых» добровольцев (55 употребляющие и 35 не употребляющих алкоголь). Генотипирование ADH3 проводили с использованием с помощью ПЦР-ПДРФ (полимеразная цепная реакция - полиморфизм длины рестрикционного фрагмента) на ДНК лейкоцитов. Продукты анализировали с помощью гель-электрофореза.

**Результаты:** Для изучения специфичности полиморфизма ADH3 гена у алкогользависимых людей сравнивали генотипы и аллели у пациентов с алкогольным ХП и «практически здоровых», злоупотребляющих алкоголь. Было обнаружено, что в обеих группах у преобладает ADH3\*1/ADH3\*2 генотип. Также было установлено, что в азербайджанской популяции частота аллелей ADH3\*1 и ADH3\*2 разделена поровну. Из полученных данных можно четко сказать, что корреляция аллеля ADH3\*1 полиморфизма rs698 ADH3 гена с повышенным риском заболевания не обнаруживается ( $p=0,876$ ). При сравнении генотипов и аллелей у пациентов с ХП неалкогольного генеза и у людей не употребляющих алкоголь также выявлялось преобладание гетерозиготного ADH3\*1 гена в обеих группах без статистической достоверностью ( $p=0.777$ ).

**Заключение:** В азербайджанской популяции ассоциация между полиморфизмом генотипов ADH3 гена и развитием ХАП не выявилась. Преобладание ADH3\*1/ADH3\*2 генотипа дает объяснение низкой частоте встречаемости как ХАП, так и алкогользависимых людей в азербайджанской популяции.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, генетический полиморфизм, алкогольдегидрогеназа.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА

АКЮЗЬ Д.А., АЛИЕВ А.Х., АМИРОВ Т.ДЖ.

*АМУ. Кафедра хирургических болезней-3, Баку, Азербайджан*

**Актуальность.** Несмотря на совершенствование методов профилактики и диагностики, появление большого числа новых антибактериальных препаратов, гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей продолжают занимать ведущие позиции в структуре ургентной хирургической патологии.

**Цель исследования:** Улучшить результаты лечения больных с различными формами нелактационного мастита на основе изучения особенностей течения, совершенствования методов диагностики и хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Лечение этих пациентов, зачастую, характеризуется длительностью, значительными материальными затратами, нередко неудовлетворительными функциональными и косметическими результатами. Особое место среди гнойных заболеваний мягких тканей занимают воспалительные процессы в области молочной железы. Это связано с ее анатоמו-физиологическими особенностями и косметической значимостью. В зависимости от функционального состояния молочной железы, на фоне которого развивается воспалительный процесс, выделяют две основные формы мастита: лактационный и нелактационный. Причины возникновения, профилактика и лечение лактационного мастита достаточно хорошо изучены и разработаны. Это все привело к существенному уменьшению числа случаев этого заболевания в последние десятилетия. В противовес этому, нелактационный мастит, который раньше встречался значительно реже лактационного, стал занимать лидирующие позиции. Меры его профилактики признаются многими авторами малоэффективными. Подходы к диагностике и лечению в связи с разнообразием клинических форм четко не определены, что негативным образом сказывается на результатах лечения.

Являясь собирательным понятием, диагноз «нелактационный мастит» иногда скрывает под собой другие заболевания молочной железы, требующие специфического лечения, такие как: туберкулез, актиномикоз, рак.



Хирургическое лечение гнойно-деструктивных форм нелактационного мастита проводится иногда без учета особенностей течения патологического процесса. Известны как неадекватные с точки зрения объема вмешательства, которые не позволяют ликвидировать воспалительный процесс и приводят к необходимости выполнения повторных операций, так и чрезмерно радикальные. Во время последних в угоду полной санации гнойного очага хирургами могут выполняться обширные иссечения ткани молочной железы, что сопровождается ее деформацией и существенным косметическим дефектом в последующем.

**Результатом.** Таким образом, многие вопросы, касающиеся особенностей течения, диагностики и хирургического лечения нелактационного мастита являются спорными, не до конца изученными, что определяет необходимость дальнейших исследований.

## ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН ВПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

АКЮЗЬ Д.А., ШАФИЕВ И.А., КАСИМОВ А.Ш.

*АМУ. Кафедра хирургических болезней-3, Баку, Азербайджан*

**Актуальность.** С увеличением продолжительности жизни и периода, проводимого женщинами в постменопаузе, ухудшение здоровья и снижение качества жизни на фоне развития климактерического синдрома приобретают все большую медицинскую и социальную значимость. Климактерический синдром сопровождается выраженными изменениями гормонального и иммунного статуса, которые могут способствовать появлению или прогрессированию имеющихся заболеваний гормонозависимых органов, в том числе и молочных желез

**Цель исследования:** Установить особенности фенотипа иммунокомпетентных клеток периферической крови и продукции ими цитокинов II типа у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией и климактерическим синдромом в постменопаузе, а также оценить влияние эстроген-гестагенных препаратов\* на исследуемые параметры, на основании чего разработать способ прогнозирования осложнений заместительной гормональной терапии у этой категории пациенток.

**Материалы и методы.** Известно, что половые стероидные гормоны оказывают влияние на иммунную систему женщин, поэтому выраженные изменения гормонального фона в постменопаузальном периоде могут приводить к значительным иммунологическим нарушениям. Выявлено, что в постменопаузальном периоде в периферической крови женщин происходит снижение содержания В-лимфоцитов и Т-хелперов. В то же время, имеются данные, что дефицит эстрогенов, который наблюдается в постменопаузальном периоде, приводит к значительному усилению пре-Вt лимфопозеза в костном мозге, повышению-уровня активации и усилению дифференцировки. Т- и В-лимфоцитов. Есть данные о повышении уровня аутоантител, в частности, IgM и IgG антикардиолипидных антител, в крови женщин в период менопаузы. Кроме того, многие исследователи отмечают повышение уровня провоспалительных цитокинов IL-1, IL-6 и TNF-а в периферической крови женщин в этом > периоде. Представляется актуальным изучение влияния доброкачественной патологии молочных желез на эти параметры иммунного статуса у женщин с климактерическим синдромом в постменопаузе.

**Результатом.** Разработан способ прогнозирования развития осложнений у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией и климактерическим синдромом в постменопаузе, применяющих заместительную гормональную терапию.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЫЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА СТАДИИ «ПРЕДБОЛЕЗНИ»

АХВЕРДИЕВА Т.Г., АБДУЛЛАЕВА Г.Г., КЕРИМОВА Г.А.

*Научно-Исследовательский Центр им. акад. М.А.Топчубашева, Баку, Азербайджан*

Патофизиологическая сущность понятия «предболезнь» заключается в умении ответить на вопрос: «Что это, специфические признаки болезни, или же неспецифическая реакция? Надо ли на этой стадии активно вмешиваться в процесс и каким по своей сути должно быть это вмешательство – патогенетическим, этиотропным или симптоматическим?»

В этой ситуации закономерно встает вопрос о внедрении в практическую медицину эффективных методов диагностики, которые позволили бы четко провести границу между болеющим и не болеющим организмом.

На ранних стадиях ишемизирующих болезней артерий нижних конечностей (ИЗАНК) выявить нарушения кровообращения затруднительно в связи с тем, что эти изменения носят скорее характер тенденции и, в большинстве случаев, не являются достоверными.

**Цель:** Разработать объективные критерии ранней диагностики ИЗАНК, которые позволили бы отнести пациента к группе риска с подозрением на развитие ишемии и рекомендовать проведение превентивной терапии.

**Материал и методы исследования:** Методами исследования были цветное дуплексное сканирование (ЦДС) с ультразвуковой доплерографией (УЗДГ) и продольная реовазография (РВГ). ЦДС с УЗДГ-фией и одновременным использованием энергетического картирования и режима  $\beta$ -flow проводилось с помощью аппарата Sonoace Pico. РВГ-фия осуществлялась с помощью реографа РГ-4-01.

**Результаты исследования:**

Длительное наблюдение за одной и той же группой больных с жалобами, характерными для артериальной патологии, позволили нам предложить в качестве ранних диагностических критериев определение голено-лодыжечного индекса (ГЛИ: 55 больных) и показателя артериальной асимметрии (ПАА: 34 больных). Контрольную группу составили 27 совершенно здоровых лиц. ГЛИ определялся методом УЗД-сфигмоманометрии и представляет собой отношение амплитуды (в мм) ДГ-мы, фиксированной на уровне средней трети задне-большеберцовой артерии к амплитуде (в мм) таковой на уровне лодыжечной артерии. В норме это соотношение колебалось в пределах 2,5-4,0.

У 55-ти обследуемых на уровне средней трети голени и на стопе мы имели показатели УЗДГ-фии, идентичные таковым у совершенно здоровых лиц. В то же время ГЛИ у этих лиц был повышен и достигал 4,5-6,5 ( $p \geq 0,05$ ).

На РВГ-ме у этих лиц отмечались изменения, позволяющие судить о затруднении артериального кровотока в конечности. А именно были изменены такие показатели как: период максимального кровенаполнения ( $\alpha$ , в норме  $0,14 \pm 0,008$ ), систолический индекс ( $h$ , в норме  $2,7 \pm 0,5$ ), конец периода наполнения сосудов ( $h_3$ , в норме  $1,4 \pm 0,7$ ), индекс эластичности (ИЭ, в норме  $1,7 \pm 0,4$ ), реографический индекс ( $R_i$ , в норме  $2,6 \pm 1,1$ ), суммарная площадь реографической волны ( $S$ , в норме  $3,3 \pm 1,2$ ). Эти параметры равнялись соответственно:  $0,18 \pm 0,0006$ ;  $2,1 \pm 0,8$ ;  $1,3 \pm 0,8$ ;  $2,2 \pm 0,9$ ;  $2,8 \pm 1,2$ .

Если этим пациентам уже на ранних стадиях проявления болезни, установленной лишь на основании повышенного ГЛИ проводилась превентивная профилактическая терапия, они обращались повторно в клинику значительно позже тех, у которых изменения этого показателя были оставлены без должного внимания. В последствие поставленный нами предварительный диагноз находил подтверждение, другими, более доработанными и объективными методами исследования.

ПАА – это разница в показателях амплитуды (в мм) ДГ-мы на уровне с/з голени и стопы на непораженной и контралатеральной стороне, «подозреваемой» в начинающемся ишемизирующем поражении артерий. В норме в режиме  $\beta$ -flow асимметрия не более 20%.

В режиме доплера определялась также асимметрия пиковой скорости кровотока в парных сосудах (в норме не более 150 см/сек.). Спектральный же анализ УЗДГ-мы позволил определить асимметрию в показателях сосудистого сопротивления (в норме не более 15%).

У лиц, с подозрением на ИЗАНК ПАА в режиме  $\beta$ -flow достигала 27-32%. Пиковая скорость в парных сосудах у этих лиц превышала 190-200 см/сек, а показатель сосудистого сопротивления был более 20%.

Последний представляет информацию об изменении кровотока, которую невозможно получить при использовании любого другого метода диагностики. В то же время, обладая высокой чувствительностью, этому методу присуща низкая специфичность, то есть патология может быть выявлена у здоровых лиц.

Таким образом, при подозрении на начинающийся ишемизирующий процесс необходимо определение ГЛИ и ПАА.

## ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

**БАБАБЕЙЛИ Э.Ю., АЛИЕВА Э.А.**

*Больница Автономной Республики Нахчивана,  
Научный Центр Хирургии им. акад. М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан*

Несмотря на современные достижения хирургической техники и медикаментозных методов лечения 13-20% случаи при открытом методе хирургических вмешательств на органов брюшной полости наблюдаются послеоперационные гнойно-инфекционные осложнений.

Для предотвращения послеоперационных осложнений и сокращения длительности срока выздоровления, которые часто встречаются при открытом методе хирургического вмешательства в настоящее время рекомендуют и считают предпочтительным методом малоинвазивное вмешательство, где выздоровление составляет от 4 до 10-20 дней.

Усовершенствование пунксионного аспирационного дренирование абсцессов брюшной полости лапароскопическим методом под наблюдением УЗИ и КТ, позволяет оценить рентабельность, эффективность и показаниям и противопоказаниям выполнении малоинвазивных операций.

Нами проанализирован 110 клинических наблюдений потребовавших чрескожного дренирование внутрибрюшных абсцессов под наблюдением УЗИ и КТ.

Из 110 больных у 99 выполнена первичное вмешательство, для адекватной дренирование полости абсцесса.

Эти больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, без осложнений, на 4-15-е сутки.

Из 110 7-и случаев проведена дополнительное дренирование на 8-12-е сутки в связи не эффективности первичного дренирование. 4-м больным на 50-е сутки после первичной операции из-за несостоятельности кишечного анастомоза, тоест не закрытые внутреннего свище выполненна открытый метод операции.

Подитоживая выше сказанное и чаще наблюдение эффективность малоинвазивного пунксионно-дренирующего лечения абсцессов брюшной полости, в зависимости от локализации, под контролем УЗИ и КТ составила 96,3%.

Таким образом мы пришли к выводу, что малоинвазивный метод лечение гнойных абсцессов брюшной полости достаточно прост удобен, экономичен, косметически с малым разрезом, с высокой скоростью заживления, сокращение койки-дня, с малым финансовым затратам и дешевизна по сравнению с открытым методом.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ (ВОПРОСОВ) ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ**

**БАБАЕВ Ф.Х., ИСМАЙЛОВ Х.И., ГУСЕЙНОВ Х.М., ГАСАНОВА З.В.**

*Республиканская клиническая урологическая больница имени академика М.Д.Джавадзаде,*

*Частный медицинский центр MedServis, Баку, Азербайджан.*

*Научный хирургический центр имени академика М.Топчубашова. Баку, Азербайджан*

**Ключевые слова:** хроническая болезнь почек, заместительная почечная терапия, диализ, диализные центры, диализные аппараты.

**Введение.** В последние годы в Азербайджане, как и во всем мире, отмечается рост числа пациентов с почечной патологией. Так, у этих пациентов в большинстве случаев наличие значительных изменений функции почек без выраженной симптоматики приводит к необходимости применения заместительной почечной терапии. (У этих пациентов в большинстве случаев наблюдается значительное изменение функции почек без выраженной симптоматики. Это в конечном итоге приводит к необходимости применения заместительной почечной терапии.) Хроническая болезнь почек является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения, как для Азербайджана, так и для мирового сообщества.

**Цель** - анализ необходимости и доступности заместительной почечной терапии у пациентов с хронической болезнью почек V стадии.

**Материалы и методы:** использовались статистические данные Государственного комитета по статистике Азербайджанской Республики и Республиканской клинической урологической больницы имени академика М.Д.Джавадзаде. Проанализированы диализные центры и средняя нагрузка на один центр в Азербайджане за период с 2014 по 2019 годы.

**Результаты:** Обеспеченность диализными аппаратами в Азербайджане составляет 7,1 %; по экономическим районам в среднем 7,7 %. Наиболее высокая обеспеченность отмечается по экономическим районам, в Нахичеванском (10,9%), Гянджа-Газахском (10,1%) и Абшеронском (8,9%). В Республиканской клинической урологической больнице имени академика М. Джавад-заде потребность в гемодиализных центрах превышает на 31,6%.

**Вывод:** С увеличением количества диализных аппаратов увеличивается средняя нагрузка на один диализный центр. В экономических районах республики фактическая потребность в аппаратах гемодиализа соответствует нормативу (> 50%).

### **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ ТРЕХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ АЗЕРБАЙДЖАНА.**

**ГАСЫМОВ З., ДЖАВАДОВА Т., ДАДАШОВА-САБЗАЛИЕВА Г. М., ДЖАМАЛОВА С.,**

**ГАРАМАММАДЛИ С., АЗИМОВА М., ГАМЗАЕВА Л., ТАЛЫБОВА Ш.,**

**АБДУЛЛАЕВА Ш., ШИРИНОВА Т., РАГИМОВА Э., БАГИРОВ М.**

*НИИ Кардиологии им.акад.Дж.Абдуллаева, Баку, Азербайджан*

Хорошо известно, что приверженность к медикаментозной терапии повышает шансы выживания пациентов, снижает риски повторных событий при проведении как первичной так и вторичной профилактики, в том числе у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Цель исследования:** С помощью стандартизованного опросника, выяснить степень приверженности медикаментозному лечению у пациентов, в основном, с сердечно-сосудистой патологией, отягощенной сердечной недостаточностью.

**Материал и методы:** 166 пациентов (102 мужчин и 64 женщин) представляли популяцию исследования. Из них 93 пациента (98% пациенты со сниженной сердечной недостаточностью), средний возраст 59.1 лет (31-84) поступили в стационар НИИ Кардиологии в июне-августе 2022 года, 41 пациент, средний возраст 51,7 (20-82) представляли тех, кто обращался в это же время в амбулаторно-стационарное медицинского учреждения города Сумгаита и пожелал принять участие в опросе, 32 пациента были лица обратившиеся в одну из частных клиник г. Баку

Все пациенты были опрошены с помощью стандартного опросника Voils, переведенного на язык опрашиваемого (азербайджанский). Для русскоговорящих использовался перевод на русский язык. Опрос проводился, в основном, с помощью интервью, но допускалось заполнение вопросника самим пациентом. Пациенты также сообщали о принимаемых препаратах.

**Результаты:** у 35 пациентов из 166 выявили низкую приверженность, что составляло 21,1%. Наиболее частой причиной низкой приверженности пациенты отмечали высокую стоимость препаратов, обусловленные финансовыми затруднениями покупка закончившихся выписанных врачом медикаментов, нежелание финансово обременять родных и близких.

**Заключение:** Данные этого исследования показало достаточно высокую приверженность назначенной медикаментозной терапии, около 79%. Однако, высокая приверженность не коррелировала с необходимым перечнем и соответствующими дозами препаратов представленных в современных рекомендациях.

### ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.

**ГИДАЯТОВА В.А., САЛИМОВ Т.Г., САДЫГОВ Б.И., ШАМХАЛОВ З.М., ГУСЕЙНОВА Х.Г., ИБРАГИМОВ М.Р.**

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

**Цель исследования:** определить частоту выявляемости дивертикулярной болезни толстой кишки среди амбулаторных больных отделения терапевтической гастроэнтерологии ЦНХ им.акад. М.Топчибашева.

**Материал и методы:** в течение 2022 года обследовано 2268 больных. Из них у 106 (4,7%) были обнаружены дивертикулы толстого кишечника. Мужчин было 58 (54,7%), женщин – 48 (45,3%), больных в возрасте 18-50 лет – 26 (24,5%), 50-76 лет - 80 пациентов (75,5%). Следует заметить, что мужчин в возрасте до 60 лет было больше, чем женщин.

**Результаты:** основными жалобами больных с выявленными дивертикулами толстой кишки были боли (чаще в левой подвздошной области и по ходу левой половины толстого кишечника)- у 28 человек (26,4%). Диарея имела место у 18 больных (17%), хронический запор – у 26 (24,5%), кишечные кровотечения отмечали 18 пациентов (8,5%). У 38 больных (36%) обнаружены одиночные дивертикулы, у 44 (41,5%)- в количестве до 10, более 15 дивертикулов выявлены у 24 пациентов (22,5%). Наиболее частой локализацией дивертикулов была сигмовидная и нисходящая ободочная кишка- у 71 больного (67%); в правой половине толстого кишечника дивертикулы выявлены у 12 (11,3%) лиц, в поперечно-ободочной кишке – у 8 (7,5%), у 15 (14,2%) дивертикулы обнаружены на протяжении всего толстого кишечника.

**Заключение:** проведенное исследование выявило наличие дивертикулов толстого кишечника у 4,7% больных гастроэнтерологического профиля. Больные с жалобами на боли по ходу кишечника, нарушения стула, кишечные кровотечения обязательно должны подвергаться эндоскопическому обследованию толстого кишечника.

### ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОСТБУЛЬБАРНЫХ ЯЗВАХ ДУОДЕНУМА.

**ИСАЕВ Г.Б.**

*Научный центр хирургии им.академика М.А.Топчубашова, Баку, Азербайджан*

**Введение:** постбульбарные язвы дуоденума имеют ряд особенностей клинического течения и опасны своими осложнениями.

**Целью исследования** являлась улучшение результатов хирургического лечения осложнений постбульбарной язвы дуоденума.



**Материал и методы:** анализированы результаты хирургического лечения 39 больных с постбульбарной язвой дуоденума за период 1996 по 2020г.

Эти пациенты составляли 5.4% от общего числа больных с язвенной болезнью дуоденума. Мужчин было 34, женщин 5.

Возраст больных колебался от 23 до 57 лет. Кроме тщательного сбора анамнеза проведены эндоскопия с определением рН и *Helikobacter pilogu*, контрастная рентгенокопия желудочно-кишечного тракта, общеклинические и биохимические анализы.

По локализации у 3-х пациентов (7,6%) язва находилась в верхне-горизантальном отделе дуоденума ; у 26 пациента ( 66.7%) в верхнем сгибе дуоденума ; у 10 больных (25,7%) в верхней-трети нисходящего отдела дуоденума(супрапапиллярного сегмента).

Пенетрация язвы в головку панкреаса выявлена у 12 больных; кровотечение у 6; стеноз дуоденума у 2; кровотечение, стеноз и пенетрация в различных сочетаниях –у 17 и перфорация язвы у 2-х больных.

**Результаты:** Резекция желудка выполнено у 35 больных(25- по Бильрот 1 и 10-по Бильрот 2). У 2-х больных применена столовая ваготомия с гастроэнтероанастомозом по Брауну и у 2 больной ушита перфоративная язва. В постоперационном периоде отмечались 2 осложнения: кровотечение из культи желудка – 1, и несостоятельность швов культи дуоденума-1. Умер 1(2,56%) больной (несостоятельность культи дуоденума).

**Выводы:** при осложненных постбульбарных язвах резекции желудка по Бильрот I и II дают хорошие результаты; по показаниям выполненная селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы также является операцией выбора у этих больных.

## МОЖНО ЛИ РАССМАТРИВАТЬ ХЛАМИДОЗА КАК ОДИН ИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЗАПОРА?

ИСАЕВ Г.Б.

Научный центр хирургии им.М.А.Топчубашова, Баку, Азербайджан

**Введение:** Хронические запоры беспокоят, по данным разных источников, до 30% взрослого населения индустриально развитых стран. Запоры чаще встречаются среди женщин. В зависимости от причин развития выделяют:первичные — развиваются из-за врожденных аномалий толстого кишечника; вторичные — возникают в результате приобретенных болезней толстой кишки ; идеопатические — обусловлены недостаточной моторикой толстого кишечника невыясненной этиологии.

**Материал и методы:** Стратегия поиска: поиск литературы проводили в следующих электронных базах: Параграф Медицина, Web of Knowledge (ThomsonReuters), Scopus, Pubmed Medline, The Cocrane Library, , Springer Link, Ebscohost Science Direct.

Промежуток поиска составила 20 лет: с 2000 по 2022 годы.В указанных источниках анализированы более 85 материалов.

**Обсуждение полученных информации:** Частоты перистальтических волн определяются частотами так называемых медленных волн, возникающих в гладких мышцах стенок полых органов пищеварительного тракта и задаются особыми водителями ритма - скоплениями нервных клеток, среди которых главенствующую роль играют интерстициальные клетки Кахаля, Слизь, выделяемая бокаловидными клетками, служит для увлажнения поверхности слизистой оболочки кишечника и этим способствует продвижению химуса. Следовательно при поражение указанных клеток передвижение кишечного содержимого будет нарушено. Бактерия *Chlamydia trachomatis*(CT)-облигатный внутриклеточный паразит который образуется при проникновении хламидии в клетку. По подсчетам ученых, на Земле проживает примерно 1 миллиард инфицированных хламидиями пациентов. Согласно статистике ВОЗ, около 45% инфицированных мужчин и 60-65% женщин, в организме которых присутствует возбудитель, не предъявляют никаких жалоб. Проведенные экспериментальные работы доказали, что хламидоз половых путей может спонтанно распространяться in vivo и колонизировать желудочно-кишечный тракт и хламидий может проникнуть внутрь эпителиальных клеток, преодолев муциновый слой, в результате чего устанавливается устойчивая колонизация . Размножая в бокаловидных клетках хламиды разрушают эти клетки, тем самым прекращается выработки слизи необходимой для эвакуаторной функции самого кишечника. На практике клиницисты часто сталкиваются с идиопатическим запором среди молодых женщин; однако из за неимении у пациентов соответствующих жалоб и симптомов, целенаправленное исследование на наличие скрыто протекающего уро-генитальной инфекции не проводят; хотя при УЗИ нередко выявляются свободная жидкость в малом тазу на которых часто не придают особого значения.

**Выводы:**для выяснения роли хламидоза в этиологии идиопатических запоров необходимо проведение соответствующих исследований .

**Ключевые слова:** идиопатический запор, хламидоз

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА НА РАЗНЫХ СРОКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ИСМАИЛЗАДЕ Ф.А., ГУСЕЙНОВА С.Г., РЗАЕВА С.С., МУСТАФАЕВА Э.Э.

*Азерб. НИИ медицинской реабилитации, Баку, Азербайджан*

Мировая статистика и наш опыт показывает, что количество нейропатии лицевого нерва (НЛН) в течении 1 месяца с каждым годом все возрастает, что определяет актуальность проблемы реабилитации данного контингента больных. Основным синдромом НЛН независимо от уровня поражения является слабость и паралич мышц лица (прозопарез, прозоплегия), который формируется в течении недели. В этот период лечение направлено на снятие отека и используются мощные противовоспалительные и противоотечные средства, основную роль в которой играют большие дозы глюкокортикоидных гормонов. После 7 и 8 дня заболевания лечения направлено на восстановление микроциркуляции нерва (сосудистые препараты, вит. гр. В), а также на восстановление нервно-мышечной проводимости. В этот период оправданным считается применение физиотерапевтических процедур и классического иглоукалывания.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности комплексного применения мезопунктуры нейромидина и электроakupунктурной стимуляции у больных с различной длительностью заболевания. Под нашим наблюдением находилось 44 больных с НЛН с продолжительностью заболевания от 10 дней и более 3-х месяцев. В зависимости от методики лечения больные были распределены на 2 группы. В первой группе (24 больных) проводили лечение электроakupунктурной стимуляцией (ЭАПС). Метод концентрируется именно на локальном проявлении проблемы и основан на трех основных составляющих: фармакологическое действие введенного препарата; реакция кожи на механическое повреждение; реакция крови и лимфы на препарат. Электроakupунктурная стимуляция (ЭАП) является точечным воздействием электрическим током на конкретные паретические мышцы лица и проводилась отдельно в верхней и нижней половине лица. Во второй группе (20 больных) проводили мезоakupунктуру препаратом Нейромидин, при этом за 10 мин до ЭАП стимуляции специальным электроakupунктурным аппаратом в возбуждающем импульсном режиме мы проводили мезотерапию препаратом ипидокрином (Нейромидин, Ипигрикс) в биологически активные точки.

Для объективизации результатов лечения всем больным проводилось клиническое и электронейромиографическое исследование с определением терминальной латентности, длительности, амплитуды и площади М-ответ с *m. orbicularis oculi*, *m. nasalis* *m. orbicularis oris* с больной и интактной стороны.

Степень тяжести прозопореза оценивали по шкале Я.С.Балабан, качество жизни больных оценивали по шкале Facial disability Index (FDI). При выборе методики лечения учитывалось наличие гемиспазмов, насильственных подергиваний мышц больной стороны лица, что связано со злоупотреблением электротерапии на ранних стадиях лечения и перевозбуждением мышц.

В результате проведенного лечения в обеих группах больных наблюдался регресс клинических симптомов заболевания, в виде уменьшения асимметрии лица восстановления двигательной активности мимических мышц, что способствовало повышению качества жизни больных и подтверждалось данными клинических тестов ( $p<0,001$ ) и положительной динамикой ЭНМГ показателей ( $p<0,05$ ). Анализ результатов лечения, проведенный в обеих группах больных в зависимости от давности заболевания, показал, что у больных с давностью заболевания более 3-х месяцев, наиболее эффективным оказался комбинированный метод с применением акупунктурной мезотерапии, что подтверждалась данными клинических и ЭНМГ показателей. Однако следует отметить, в 20% случаев восстановление мышц сопровождалось некоторыми побочными явлениями в виде небольшого гемиспазма и синкinezий на больной стороне, что является вполне допустимым, учитывая давность заболевания (около 3 месяцев). В целом мы положительно оцениваем комбинированный метод применения акупунктурной мезотерапии и ЭАПС и можем рекомендовать его клиническим врачам невропатологам в реабилитации НЛН. Дифференцированный подход к лечению НЛН на разных сроках реабилитации больных позволяет повысить результаты лечения, что способствует повышению качества жизни больных НЛН.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯ МИОМЫ МАТКИ

ИСМАЙЛОВА М.И.

*International Medical Centre 1, Баку, Азербайджан*

Миомы матки (также известные как лейомиомы или миомы) являются наиболее распространенной формой доброкачественных опухолей матки. Они состоят из большого количества внеклеточного матрикса, содержащего коллаген, фибронектин и протеогликаны. Лейомиомы встречаются у 50–60 % женщин, увеличиваясь до 70 % к 50 годам, и в 30 % случаев вызывают заболевание из-за аномального маточного кровотечения (тяжелые менструальные кровотечения, вызывающие анемию) и тазового давления (симптомы мочеиспускания, запоры). Клинические проявления лейомиомы матки включают объемные образования в области малого таза, тазовую боль, бесплодие и акушерские осложнения.

Более того, отсрочка первой беременности до третьего десятилетия жизни также подвергает женщин более высокому риску миомы матки.

Менархе в раннем возрасте увеличивает риск развития миомы, а также считается фактором риска других гормонально-опосредованных заболеваний, таких как рак эндометрия и молочной железы.

Общее состояние здоровья также может быть предиктором роста лейомиомы, при этом определенную роль играют такие факторы, как ожирение и высокое кровяное давление. Диета, богатая красным мясом, по-видимому, увеличивает риск развития лейомиомы, в то время как курение снижает риск по неизвестным причинам.

В литературе можно найти многочисленные классификации миом. Все они учитывают степень интрамурального удлинения и/или искривления полости матки. Преимущество классификации миомы, принятой ESGE (Европейским обществом гинекологической эндоскопии), состоит в том, что она очень проста (G0 - внутриматочная миома на ножке, G1 - самая большая часть (> 50%) в полости матки, а G2 - самая большая часть (>50%) в миометрии).

Совсем недавно была опубликована классификация FIGO, описывающая восемь типов миомы, а также гибридный класс (объединение двух типов миомы). Поскольку различные типы миомы часто присутствуют одновременно (в зависимости от локализации), эта классификация предлагает более репрезентативную «карту» распределения миомы и будет использоваться в дальнейшем для разработки новых алгоритмов.

Многие миомы протекают бессимптомно, но в 30–40% случаев они проявляются разнообразными симптомами в зависимости от локализации и размера. Фибромы могут вызывать обильные менструальные кровотечения с последующей анемией, которая может быть опасной для жизни. Крупные миомы также могут вызывать симптомы давления (симптомы объема), которые могут быть причиной дисфункции кишечника и мочевого пузыря, включая императивные позывы, повышенную частоту мочеиспускания в дневное время и недержание мочи. Вздутие или искривление живота и давление таза на мочеточники (вызывая гидронефроз) и тазовые кровеносные сосуды (особенно тазовые вены) также могут ухудшать качество жизни.

Часто встречаются дисменорея и тазовая боль, влияющие на качество жизни и нарушающие повседневную активность. Бесплодие и привычное невынашивание беременности также могут быть симптомами миомы в зависимости от ее локализации и размера, особенно при субмукозных и интрамуральных миомах, деформирующих полость матки.

Система классификации была разработана для клинических и исследовательских целей, однако при клиническом использовании имеются значительные различия в согласованности.

**Классификация**

**Подслизистая группа**

тип 0: внутриполостной на ножке

тип 1: <50% интрамуральный

тип 2: ≥50% интрамуральный

**Другая группа**

тип 3: 100% интрамуральный; контакты эндометрия

тип 4: интрамуральный

тип 5: субсерозный ≥50% интрамуральный

тип 6: субсерозный <50% интрамуральный

тип 7: субсерозный на ножке

тип 8: другое, например, шейный, паразитарный.

Кроме того, миомы могут повлиять на акушерские исходы. Воспалительные пути, связанные или не связанные с другими репродуктивными расстройствами, могут ухудшить исходы беременности. Миомы в значительной степени связаны с преждевременными родами (<37 недель), первичным кесаревым сечением, тазовым предлежанием и низкой массой тела при рождении. Совсем недавно во время беременности у женщин с миомой также наблюдалась более высокая частота укорочения шейки матки.

**ВЛИЯНИЕ СТИМУЛЯЦИИ РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА ОПЕРАЦИЕЙ НЕПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**КОСАЕВ ДЖ.В., АБЫШОВ Н.С., ТАГИ-ЗАДЕ Г.Т., ГУЛИЕВ Р.А.**

*Научный Центр Хирургии им. акад. М.А.Топчубашева, Баку, Азербайджан*

**Цель.** Изучить влияние стимуляции регионарного кровотока операцией непряой ревакуляризации на ближайшие и отдаленные результаты у больных с критической ишеимией нижних конечностей (КИНК).

**Материал и методы.** Исследования проводились у 79 больных с КИНК. У 48 больных проводилось общепринятое консервативное и хирургическое лечение без реконструкции и непряой стимуляции (контрольная группа) У 31 больного стимуляция регионарного кровотока проводилась ревакуляризирующей остеотрепанацией с интрукостномозговым лазерным обллучением(РОТ с ВКЛО)(основная группа). Изучали следующие параметры регионарного артериального и венозного кровотока: регионарное систолическое давление(РСД) стоя и лежа, градиент регионарного систолического давления ( ГРСД), постокклюзионное венозное давление (ПОВД)стоя и лежа, градиент постокклюзионного венозного давления (ГПОВД), венозно-артериальный индекс (ВАИ) стоя и лежа. Эти параметры сравнили с аналогичными показателями 48 практически здоровых лиц (референсная группа). В конце стационарного лечения и через 6 мес.-5 лет изучали зависимость результатов от тактики лечения. Проводили параметрические и непараметрические анализы.



**Результаты.** При поступлении в клинику в сравнении с референсной группой выявлено резкое нарушение регионарного артериального и венозного кровотока. В контрольной группе в конце стационарного лечения отмечали тенденцию к стимуляции. Через 3-4 месяца после выписки из стационара стимуляция кровотока также оказалась недостоверной (кроме РСД:  $t=1,98; p<0,05$ ). В основной группе наблюдали достоверное повышение РСД стоя и лежа ( $t=2,20; p<0,05$  и  $t=3,52; p<0,01$ ), ПОВД лежа ( $t=2,03; p<0,05$ ), достоверное уменьшение ВАИ стоя и лежа, ПОВД (соответственно  $t=3,76; p<0,001$ ;  $t=2,28; p<0,05$  и  $t=2,56; p<0,05$ ). Через 3-4 месяца после выписки из стационара достоверно продолжалась стимуляция регионарного кровотока. Также выявлена достоверная зависимость ( $p<0,05-0,01-0,001$ ;  $r=0,4-0,5-0,7$ ) стимуляции кровотока от РОТ с ВКЛО. Проводили корреляционно-статистический анализ зависимости ближайших и отдаленных результатов от метода лечения. Непосредственно после лечения положительную динамику по шкале Рутерфорда наблюдали у 77,4% (в контрольной -43,8%), опорная функция конечности сохранена у 100% (в контрольной группе 83,3%), малая и большая ампутация выполнена у 6,5% (в контрольной группе 29,2%). В сроки от 6 мес. до 5 лет у 43 больных контрольной и 31 больного основной группы изучены отдаленные результаты: малая и большая ампутация в основной группе выполнена у 38,7% (в контрольной группе у 74,4%), повторно госпитализированы у 48,4% (в контрольной группе 83,7%), опорная функция конечности сохранена у 83,9% (в контрольной группе 48,8%) Таким образом, в основной группе частота ампутаций, повторной госпитализации и сохранения опорной функции достоверно зависит от метода лечения (соответственно  $\chi^2=10,499, p<0,01, r=0,5; \chi^2=7,748, p<0,01, r=0,4$ ).

**Закключение.** При невозможности выполнения прямой реваскуляризации стимуляция регионарного кровотока применением РОТ с ВКЛО улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с КИНК.

### ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИИ ПОЯСНИЧНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ И РЕВАСКУЛЯРИЗУЮЩЕЙ ОСТЕОТРЕПАНАЦИИ НА СТИМУЛЯЦИЮ РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**КОСАЕВ ДЖ.В., АБЫШОВ Н.С., АХМЕДОВ М.Б., ЗЕЙНАЛОВА Г.М., ХАСАЕВА Н.Р.**

*Научный Центр Хирургии им. акад. М.А.Топчубашева, Баку, Азербайджан*

**Цель.** Изучить влияние операции поясничной симпатэктомии и реваскуляризирующей остеотрепанации на стимуляцию регионарного кровотока и результаты лечения у больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

**Материал и метод.** Исследования проводились у 86 больных с КИНК. У 48 больных проводилось общепринятое консервативное и хирургическое лечение без реконструкции и непрямой стимуляции (контрольная группа) У 38 больных стимуляция регионарного кровотока проводилась поясничной симпатэктомией +реваскуляризирующей остеотрепанацией (ПСЭ + РОТ) (основная группа). Изучали следующие параметры регионарного артериального и венозного кровотока: регионарное систолическое давление (РСД) стоя и лежа, градиент регионарного систолического давления (ГРСД), постокклюзионное венозное давление (ПОВД) стоя и лежа, градиент постокклюзионного венозного давления (ГПОВД), венозно-артериальный индекс (ВАИ) стоя и лежа. Эти параметры сравнивали с аналогичными показателями 48 практически здоровых лиц (референсная группа). В конце стационарного лечения и через 6 мес.-5 лет изучали зависимость результатов от тактики лечения. Проводили параметрические и непараметрические анализы.

**Результаты.** При поступлении в клинику в сравнении с референсной группой выявлено резкое нарушение регионарного артериального и венозного кровотока. В контрольной группе в конце стационарного лечения отмечали тенденцию к стимуляции. Через 3-4 месяца после выписки из стационара стимуляция кровотока также оказалась недостоверной (кроме РСД:  $t=1,98; p<0,05$ ). В основной группе наблюдали достоверное повышение РСД стоя и лежа ( $t=2,23; p<0,05$  и  $t=3,79; p<0,01$ ), повышение ПОВД лежа ( $t=1,88; p>0,05$ ), достоверное уменьшение ВАИ стоя и лежа (соответственно  $t=3,51; p<0,01$ ;  $t=2,23; p<0,05$ ), уменьшение ПОВД стоя ( $t=1,64; p<0,05$ ). Через 3-4 месяца после выписки из стационара достоверно продолжалась стимуляция регионарного кровотока. Также выявлена достоверная зависимость ( $p<0,05-0,001$ ;  $r=0,4-0,5$ ) стимуляции кровотока (ВАИ стоя и лежа, ГРСД и ГПОВД) от ПСЭ + РОТ. Проводили корреляционно-статистический анализ зависимости ближайших и отдаленных результатов от метода лечения. Непосредственно после лечения положительную динамику по шкале Рутерфорда наблюдали у 71,1% (в контрольной -43,8%), опорная функция конечности сохранена у 94,7% (в контрольной группе 83,3%), малая и большая ампутация выполнена у 13,2% (в контрольной группе 29,2%). В сроки от 6 мес. до 5 лет у 43 больных контрольной и у 34 больных основной группы изучены отдаленные результаты: малая и большая ампутация в основной группе выполнена у 44,1% (в контрольной группе у 74,4%), повторно госпитализированы у 61,8% (в контрольной группе 83,7%), опорная функция конечности сохранена у 76,5% (в контрольной группе 48,8%) Таким образом, в основной группе частота повторной госпитализации и сохранения опорной функции достоверно зависит от метода лечения (соответственно  $\chi^2=4,760, p<0,05, r=0,3; \chi^2=6,097, p<0,05, r=0,4$ ).

**Закключение.** При невозможности выполнения прямой реваскуляризации стимуляция регионарного кровотока применением ПСЭ + РОТ улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с КИНК



## ПРИНЦИПЫ И УСЛОВИЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПРИ КТ-АОРТОГРАФИИ

МАЛАХОВА М.В., КУЛИЧКИН А.С., БРИЛЬ К.Р., БРЕШЕНКОВ Д.Г., ХОВРИН В.В.  
ФГБНУ «Российский Научный Центр Хирургии имени академика Б.В. Петровского», Россия

Компьютерная томография (КТ) с внутривенным контрастированием является «золотым» стандартом для выявления различной патологии аорты. КТ-аортография может проводиться с повышенной лучевой нагрузкой и требует внутривенного введения больших доз йодсодержащего контрастного препарата. Учитывая необходимость кратных исследований, необходимо оптимизировать протокол КТ-ангиографии для снижения лучевой и йодной нагрузки.

В статистике заболеваемости патология аорты составляет 5,9-10,4 на 100 тыс. населения в год, при этом ежегодно заболеваемость и смертность от патологии сердечно-сосудистой системы неуклонно растет. Общий прирост лучевых исследований у населения РФ на 2020 год в сравнении с 2016 годом составляет не менее 30%, соответственно увеличивается и количество КТ-исследований с введением контрастного вещества.

**Цель.** Разработать и унифицировать КТ-исследования аорты с минимальной лучевой нагрузкой и снижением объема контрастного препарата при первичной диагностике патологии аорты для планирования объема хирургического вмешательства, а также при динамическом наблюдении за состоянием аорты и сравнить результаты со стандартным протоколом сканирования.

**Материалы и методы.** В ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» в период с 2017 г. по 2021 г. было проведено 300 КТ-исследований торакоабдоминальной аорты с использованием протоколов сканирования - без ЭКГ-синхронизации и протоколов КТ-аортографии с ЭКГ-синхронизацией грудной аорты и брюшной аорты, где триггер синхронизации использован только на грудной аорте. Исследования грудной и брюшной аорты с ЭКГ синхронизацией выполнялись в двух вариантах: «двухзонный» протокол и модифицированный «трехзонный» протокол, разделяющий сканирование верхней апертуры грудной клетки, области сердца и брюшной аорты. Значение напряжения рентгеновской трубки (80kV/100kV) выбиралось с учетом антропометрических данных пациента (индекс массы тела (ИМТ)). Проведен анализ значений DLP (произведение дозы на длину), E (эффективная доза), времени сканирования и объема вводимого контрастного препарата. Полученные данные сравнили со стандартным протоколом сканирования.

**Результаты.** Достаточное контрастирование аорты было получено в 100% случаев. При проведении ROC-анализа были вычислены пороговые значения ИМТ, с учетом которых выбрано напряжение рентгеновской трубки: при использовании протокола без ЭКГ-синхронизации –  $80 \text{ kV} < 27,7 \text{ кг/м}^2 > 100 \text{ kV}$  (чувствительность 88%, специфичность 95%, площадь под кривой 0,92 при  $p < 0,0001$ ); с применением кардиосинхронизации -  $80 \text{ kV} < 29,2 \text{ кг/м}^2 > 100 \text{ kV}$  (чувствительность 71,9%, специфичность 89,1%, площадь под кривой 0,9,  $p < 0,0001$ ).

При отсутствии достоверной разницы в протяженности сканирования ( $p=0,41$ ;  $p=0,63$ ) в группе пациентов, обследованных без кардиосинхронизации с напряжением рентгеновской трубки 80 kV и 100 kV, значение DLP и E за исследование на 81,2% и 60% соответственно ниже в сравнении с показателями при использовании стандартного протокола сканирования. За счет сокращения времени сканирования при использовании модифицированных протоколов объем контрастного препарата удалось снизить на 40%.

Сокращение области кардиосинхронизации до границ сердца (трехзонный протокол) позволяет снизить лучевую нагрузку на 40% (до  $6,47 \pm 0,47 \text{ мЗв}$  при 80 kV и  $11,04 \pm 2,08 \text{ мЗв}$  при 100 kV соответственно,  $p < 0,001$ ), а объем вводимого контрастного препарата на 20% (до 80 мл) при сохранении достаточной протяженности области исследования в сравнении с двухзонным. При сравнении трехзонного протокола КТ-аортографии с ЭКГ-синхронизацией и стандартного протокола сканирования лучевая нагрузка снижена на 80% и на 30% в зависимости от значения напряжения рентгеновской трубки, при этом существенным преимуществом применения кардиосинхронизированного протокола является отсутствие двигательных артефактов на корне аорты и возможность ретроспективной реконструкции любой фазы сердечного цикла.

**Выводы.** Оптимизация протоколов КТ - аортографии обеспечивает высокий уровень безопасности исследования, сохраняя высокое качество получаемых данных. При этом диагностическая значимость не меняется при выявлении всех патологических изменений аорты. Выполняемые требования низкой лучевой нагрузки при снижении от рекомендуемого объема на 40% вводимого йодсодержащего контрастного вещества позволяют широко и безопасно применять оптимизированные протоколы КТ - аортографии на всех этапах подготовки и послеоперационном обследовании пациентов как в стационаре, так и амбулаторно.

## УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ II АЛЬВЕОЛОЦИТОВ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

МАМЕДОВ Р.А., СУЛТАНОВА Т.С.,

Азербайджанский Медицинский университет, кафедра Общей хирургии, Баку, Азербайджан

**Введение.** В изучении гипоксии ведущая роль принадлежит патоморфологическим исследованиям. По мнению ряда авторов в экспериментах с физической нагрузкой основной причиной гипоксии легочной паренхимы является структурные изменения элементов многослойной аэрогематической мембраны, что вызывает нарушение обмена жидкости и газов между альвеолами и кровью.

**Материалы и методы исследования.** Физическая нагрузка осуществлялась произвольным бегом во вращающемся колесе ( $V_{ср=20}$  об/мин.) спустя 2 часа после первого кормления. Животные подвергались многократной физической нагрузке, бегом по 2 часа 5 раза в неделю, в течение 2 месяцев. Всего использовано 24 подопытных и 6 контрольных крыс. В эксперименте использованы белые лабораторные крысы-самцы половозрелого возраста с исходной массой тела 120,0-140,0г. Объектом исследования послужили легкие крыс. На основании комплексного анатомического, электронно-гистохимического (по Mowry, модифицированный метод Hale), ультрамикроскопического (Weilbel E/ 2001), исследований изучены модальные изменения респираторного отдела легких при хронической, длительной физической нагрузке.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Полученные визуально наблюдаемые морфологические изменения толщины аэрогематического барьера у крыс соответствуют результатам количественного анализа ультраструктуры. Таким образом с увеличением длительности воздействия физической нагрузки толщина аэрогематического барьера у молодых крыс по сравнению с контролем [ $0,348 \pm 0,011$ ] увеличивается в 4,53 раза с уровнем вероятности  $p < 0,01$  достигает, значения  $1,578 \pm 0,037$  мкм (1,42-1,67).

При электронно-микроскопическом исследовании значительные изменения отмечались в метаболически наиболее активных больших альвеолярных клетках II типа. В участках, лишенных эпителиальной выстилки и представленных практически из мембран, имеются скопления эритроцитов и клеточных элементов. Анализ последних показывает, что они представляют собой отпавшие в просвет альвеолярные клетки, а их ядра имеют эпителиальную природу. Плазмалемма альвеолярных клеток имеет редуцированные микроворсинки, из-за чего рельеф сравнительно гладкий, однородный, некоторые из них фрагментированы и свободно расположены в полости альвеол, сохранившиеся микроворсинки укорочены, утолщены вследствие отека. В целом, в альвеолоцитах содержание пластинчатых телец уменьшено, что доказано электронно-гистохимической реакцией. Мембранные структуры, в основном митохондрии, набухшие, с малым количеством крист, деформацией и разрушением оболочек. В матриксе некоторых органелл имеются 1-2 свободнолежащие плотные гранулы. Многие митохондрии подвергаются частичной или полной миелиновой дегенерации, иногда процесс распространяется и на мембраны пластинчатого комплекса и эндоплазматической сети. Во многих альвеолоцитах отмечается скопление пузырей и вакуолей. Иногда клетка состоит лишь из одной гигантской вакуолы, которая вытесняет остальные органеллы и располагаясь околоядерно, имеет с нуклеолеммой общую оболочку. Параллельно с уменьшением количества пластинчатых телец в альвеолоцитах II типа нарастает содержание липидных включений в виде гранул. Здесь дистрофические изменения клеточных и разрушенных компонентов аэрогематического барьера, способствует уменьшению растяжимости легких, увеличению альвеолярно-артериального градиента по кислороду, повышенному шунтированию венозной крови, снижению сурфактантной активности. Здесь же следует подчеркнуть функцию альвеолоцитов II типа: с ним связан синтез поверхностно активного вещества-сурфактанта, который через осмиофильнопластинчатого тельца выделяется на альвеолярную поверхность легких находясь на границе между воздухом и тканью, выполняет ведущую роль в стабилизации формы альвеол во время дыхания.

**Заключение.** При длительной физической нагрузке в респираторном отделе легкого имеет место нарушения непрерывности и утолщение базальной мембраны аэрогематического барьера, потеря органоспецифичности структуры альвеолоцитов II типа. Одновременно уменьшается интенсивность электронно-гистохимической реакции на сурфактант, отражающие усилие миграции осмиофильнопластинчатых телец в полость альвеол.

## УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЬВЕОЛОЦИТОВ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

СУЛТАНОВА Т.С.

Азербайджанский Медицинский университет, кафедра Общей хирургии, Баку, Азербайджан

**Введение.** Как известно, значительная часть альвеолярной поверхности вместе с плоскими выпяченными участками покрывают альвеолоциты I типа. Эти клетки представляют собой главный компонент барьера -воздух-кровь и их основной функцией является участие в обмене газов. По результатам многих исследований авторы считают, что альвеолоциты I типа активно участвуют также в очистке альвеол, в частности, в выводе из альвеол жидкости и макромолекул. Изучение изменений вентиляции и перфузии в легких в условиях перестройки морфологического субстрата имеет большое практическое значение. Многочисленными электронно-микроскопическими исследованиями представлены новые подробные данные по ультрамикроскопическому строению паренхимы и стромы легких.

**Цель исследования.** Изучение ультраструктурных изменений респираторных альвеолоцитов I типа после длительной физической нагрузки.

**Материалы и методы исследования.** Исследования проводились на белых беспородных крысах, самцах молодого половозрелого возраста 5-10 мес., массой тела 120,0-140,0 гр. Физическая нагрузка осуществлялась произвольным бегом во вращающемся колесе диаметром 0,5м, по 2 часа, 5 раза в неделю, в течении 1 месяца. Объектом исследования послужили легкие крыс. На основании комплексного, анатомического, гистохимического электронно-гистохимического, ультрамикроскопического исследований изучены модальные изменения респираторного отдела легких после длительной физической нагрузки.

Исследования проводились на электронном микроскопе TESLA BS 500, использована статистическая программа Microsoft Excell LL XP, различия в сравниваемых группах считались достоверными при  $p < 0,05$ . Применялась методика, предложенная Weibel E.

**Результаты и обсуждение.** Структурная реорганизация базальной мембраны альвеолярного эпителия заключается в очаговом уплотнении, которое приводит к выраженной неравномерности мембраны и горбовидному вытягиванию расширенных участков в сторону полости альвеол, что нередко деформирует альвеолу, неравномерно растягивает или уплощает её, следует отметить и появления истонченных зон, которые чаще наблюдались в сочетании с утолщением альвеолярной выстилки. В этом же опыте имеет место очаговая гипертрофия и гиперплазия органел респираторных альвеолоцитов. После длительной физической нагрузки десквамация альвеолоцитов I типа подвергается оголению базальной мембраны альвеолярного эпителия, расплавлением цитоплазмы альвеолоцитов I типа. В респираторных альвеолоцитах следует отметить оживление пиноцитоза, что позволит предполагать усиленный транспортный обмен между кровью и воздухом и функциональную активность этих клеток, направленную на максимальную экстракцию кислорода из выдыхаемого воздуха. В зонах контакта базального слоя капилляров с отростками эндотелиальных клеток и респираторных альвеолоцитов отмечается выраженная пиноцитозная активность, указывающая на усиленный обмен в области аэрогематического барьера.

**Заключение.** При длительной физической нагрузки в респираторном отделе легкого имеет место нарушение непрерывности альвеолярной выстилки, фиброз и уплотнение базальной мембраны аэрогематического барьера, потеря органспецифичности структуры альвеолоцитов I типа.

## ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

МАМЕДОВА Г.А.

*Кафедра акушерства – гинекологии II. АМУ, Баку, Азербайджан*

**Актуальность.** Лапароскопические оперативные вмешательства в последнее десятилетия все чаще внедряются в практику.

Эндоскопические комбинированные оперативные вмешательства имеют несомненно большое количество преимуществ над лапаротомическими комбинированными оперативными вмешательствами; снижение оперативной травматизации и интенсивности боли, восстановление организма за более короткий период уменьшение постагрессивной реакции организма на оперативный стресс, избавление пациента сразу от нескольких патологических процессов и т.д. Лапароскопия позволяет нам более детально изучить пораженный орган под разными углами с 40-кратным увеличением, что значительно повышает качество и результаты произведенного оперативного вмешательства. Эндоскопическим доступом возможно произведения более 80% оперативных вмешательств. Не маловажен и тот факт, что хирург, выполняющий оперативное вмешательство данным доступом, должен обладать глубокими знаниями анатомии.

**Цель.** Применение лапароскопической, а также лапаротомической технологии при наличии комбинированной патологии органов брюшной полости и малого таза для оценки качества жизни.

**Материалы и методы.** В работе сравниваются результаты показателя качества жизни и, в частности, ролевое функционирование (проблемы трудовой деятельности, уменьшение рабочего дня в связи с заболеванием) Всего в исследование включено 32 пациентки с комбинированной патологией. Обследованные были оперированы лапароскопическим доступом, а также лапаротомическим доступом.

**Результаты.** По данным, полученным в результате проведенного нами исследования качества жизни до оперативного вмешательства и послеоперационного периода, ухудшение эмоционального состояния у обследуемых нами 32 пациенток, оперированных лапаротомическим и лапароскопическим доступом при наличии симультанной патологии, показатели ролевого значения не имели выраженных различий до оперативного вмешательства

А послеоперационном периоде ограничение трудовой деятельности пациенток оперированных лапароскопическим доступом было выявлено у  $18,7 \pm 1,2\%$ , а пациентки оперированные лапаротомическим доступом у  $25,4 \pm 1,7\%$ .

**Выводы.** Таким образом, подводя итоги, качества жизни обследуемых до операционного периода не было выявлено выраженных различий, а в послеоперационном периоде было выявлено значительно больше изменений показателей ролевого функционирования, у пациенток оперированных лапаротомическим доступом.

## ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ

МАХМАДОВ Ф.И., ДАВЛАТОВ С.Н., БОЛТУБОВЕВ М.М., МУРОДОВ А.И.,  
САФАРОВ Ф.Ш., АШУРОВ А.С.

*Кафедра хирургических болезней №1, ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Таджикистан*

**Цель исследования.** Выбор адекватного малоинвазивного метода лечения послеоперационных пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений (ППЖКК) у больных после операций на гепатобилиарной зоне.

**Материал и методы.** Исследование основано на анализе 58 пациентов с ППЖКК, перенесшие операции на гепатобилиарной зоне. Мужчин было 23 (39,6%), женщин – 35 (60,4%). После выполнения оперативных вмешательств на печени ППЖКК возникли у 33 (56,9%) пациентов, в 25 (43,1%) случаях, данное осложнение развились после оперативных вмешательств на желчевыводящей системе (ЖВС).

При анализе преимущественной локализации источника кровотечения в 32 (55,2%) наблюдениях локализовалась в желудке, в 15 (25,9%) – в пищеводе и субкардии, 9 (15,5%) - в двенадцатиперстной кишки и в 2 (3,4%) случаях отмечено кровотечения из желчных протоков - гемобилия, развившейся после оперативных вмешательств на ЖВС у больных с механической желтухой. Основную группу составили 35 (60,3%), контрольную – 23 (39,7%).

**Результаты.** В своих наблюдениях для достижения стабильного гемостаза в 77,1% или у 27 наблюдениях основной группы, выполняли различные варианты эндоскопического гемостаза, в 22,9% или 8 наблюдениях хирургические методы гемостаза.

Необходимо отметить, что во всех случаях эндоскопические и паллиативные хирургические методы гемостаза, дополнялась проведением патогенетически обоснованной антисекреторной терапии, с применением ингибиторов протонной помпы, антиоксидантов и назначением компонентов крови. В 22,2% наблюдениях для достижения эндоскопического гемостаза использовали инъекционный метод с применением этанола.

Суть инъекционного метода заключалось в том, что в источник кровотечения, местно введены препараты, способствующие остановке кровотечения за счет механического сдавления источника кровотечения, сосудисто-суживающего эффекта и усиления местного гемостаза.

Для остановки кровотечения в 11,1% наблюдениях была использована методика электрокоагуляции кровоточащего сосуда. В 22,2% наблюдениях выполняли эндоскопический гемостаз с использованием методики аргоновой коагуляции.

Следует отметить, что методика аргоноплазменной коагуляции имеет ряд преимуществ по сравнению с другими методами коагуляции, в т.ч. максимальная глубина коагуляции составляет 3 мм - струя аргоновой плазмы может действовать в различных плоскостях, меньше закисления тканей, что способствует быстрому заживлению острых язв.

Комбинированный метод гемостаза для остановки кровотечений из острых эрозий и язв, у пациентов основной группы применяли у 44,4% больных. При этом в 7 (58,3%) наблюдениях сочетали инъекционный метод с эндоскопическим, в 5 (41,7%) - аргоноплазменная коагуляция с электрокоагуляцией.

Пациентам контрольной группы в 52,2% случаев применены эндоскопические методы гемостаза, в 47,8% - хирургические.

После проведения эндоскопических методов гемостаза в сочетании с консервативными методами (n=39), рецидивы кровотечения у пациентов основной группы (n=27) имело место в 25,9% (n=7), с 8 (29,6%) летальными исходами, а у пациентов контрольной (n=12) – 41,7% (n=5) рецидив кровотечения с 41,7% летальными исходами.

В 22,9% и 47,8% наблюдениях в основной и контрольной группах, прибегали к хирургическим методам лечения ППЖКК. Показанием к хирургическому лечению являлись рецидивы кровотечения (n=3). А также сочетание кровотечения с перфорацией. В послеоперационном периоде летальный исход имел место в 2 (25,0%) основной и 3 (27,3%) - контрольной групп.

Всем пациентам с послеоперационными геморрагическими осложнениями, наряду с хирургическими методами лечения в обязательном порядке в отделении реанимации и интенсивной терапии, совместно с реаниматологами проведены комплексная патогенетически обоснованная терапия, направленное на коррекцию нарушений гемостаза и функции жизненно-важных органов.

**Заключение.** Послеоперационные геморрагические осложнения после оперативных вмешательств на печени и ЖВС, в частности можно корригировать различными эндоскопическими методами с проведением интенсивной антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы.



## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ

МАХМАДОВ Ф.И., ДАВЛАТОВ С.Н., БОЛТУБОВЕВ М.М., МУРОДОВ А.И.,  
САФАРОВ Ф.Ш., АШУРОВ А.С.

*Кафедра хирургических болезней №1, ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Таджикистан*

**Цель исследования.** Изучить особенности этиопатогенеза послеоперационных пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений (ППЖКК) у больных после операций на гепатобилиарной зоне.

**Материал и методы.** Исследование основано на анализе 58 пациентов с ППЖКК, перенесшие операции на гепатобилиарной зоне. Мужчин было 23 (39,6%), женщин – 35 (60,4%). После выполнения оперативных вмешательств на печени ППЖКК возникли у 33 (56,9%) пациентов, в 25 (43,1%) случаях, данное осложнение развились после оперативных вмешательств на желчевыводящей системе (ЖВС).

При анализе преимущественной локализации источника кровотечения в 32 (55,2%) наблюдениях локализовалась в желудке, в 15 (25,9%) – в пищеводе и субкардии, 9 (15,5%) - в двенадцатиперстной кишки и в 2 (3,4%) случаях отмечено кровотечения из желчных протоков - гемобилия, развившейся после оперативных вмешательств на ЖВС у больных с механической желтухой.

**Результаты.** Для понимания серьезности возникновения пищеводных кровотечений, после выполнения обширных резекционных вмешательств на печени и ЖВС и роли транзиторного повышения портального давления, были изучены показатели портального давления до и после операции. После выполнении обширных анатомических резекций печени на 2-3 сутки послеоперационного периода наблюдается тенденция к повышению портального давления до  $188,3 \pm 2,2$  мм рт.ст. и  $276,5 \pm 3,1$  мм рт.ст. и эти показатели после экономных резекций печени и оперативных вмешательств на ЖВС составило -  $134,5 \pm 2,4$  мм рт.ст. и  $215,2 \pm 2,1$  мм рт.ст. и  $110,2 \pm 1,1$  мм рт.ст. и  $190,2 \pm 3,3$  мм рт.ст. значительное уменьшение объема паренхимы печени, функционирующих клеток и снижение адаптации органов к создавшимся после операции условиям. Основным источником ПЖКК при этом являлись разрывы остро развившихся расширения вен пищевода и субкардиального отдела желудка, вследствие пострезекционной транзиторной портальной гипертензии.

Также были изучены состояния магистрального кровотока по сосудам печени у 12 (20,7%) больных методом ультразвуковой доплеровского сканирования. Анализ исследования показало, что после анатомических резекции печени наблюдалось возрастание кровотока в воротной вене ( $1986 \pm 175$  мл/мин), главным образом за счет расширения ( $1,74 \pm 0,09$  см). Линейная скорость кровотока при этом незначительно было снижена или оставалась неизменной ( $0,12 \pm 0,07$  мл/сек). Индекс артериальной перфузии изменился разнонаправленно, что зависело от объемного кровотока по общей печеночной артерии.

Таим образом, на основании проведенного исследования были выявлены факторы риска развития ПППЖКК. Причиной ППЖКК в 36 (62,1%) наблюдениях были острые эрозивно-язвенные поражения. Ранее предполагалось, что основными причинами возникновения острых эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной слизистой, являлось накопление агрессивных внутрижелудочных факторов, таких как соляная кислота, пепсин, желчь и панкреоэнзим.

Однако в настоящее время в патогенезе острых гастродуоденальных кровотечений и ее рецидивов, существенную роль отводят нарушениям внутриорганного кровотока, адгезией тромбоцитов и нарушению микроциркуляции в гастродуоденальной зоне. Для подтверждения этого у пациентов с послеоперационными эрозивно-язвенными поражениями, исследовали показатели процессов ПОЛ в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки у 18 (50,0%) пациентов с различной степенью тяжести кровотечений из острых эрозивно-язвенных поражений. При этом содержание уровня ДК в биоптатах слизистой гастродуоденальной зоны составило  $2,2 \pm 0,10$  ед.опт. пл/мл, а МДА -  $6,1 \pm 0,23$  нмоль/мг. В биоптатах слизистой оболочки имело место отек и клеточная инфильтрация со значительной примесью плазматических клеток.

Изучение характера спланхического кровообращения в чревной артерии при ультразвуковой доплерографии показала выраженное нарушение кровообращения в чревной артерии и воротной вены.

В 21 (36,2%) наблюдениях при “ULC” на фоне множественных эрозий и язв желудка во время инструментальной пальпации определялась повышенная ранимость слизистой оболочки, образование подслизистых кровоизлияний и петехии в месте контакта с аппаратом.

В 9 (15,5%) наблюдениях при ЭГДС диагностировали рецидивирующие ЖКК из острых эрозий и язв желудка в виде струйного артериального кровотечения. В 4 наблюдениях диагностировали диффузную кровоточивость по всей площади поражения без единого локализованного участка.

**Заклучение.** Послеоперационные пищеводно-желудочные кровотечения возникают вследствие транзитной портальной гипертензии, нарушения органного кровотока в желудке. Основными причинами их возникновения, эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной слизистой, наряду с накоплением агрессивных внутрижелудочных факторов, являются также нарушение внутриорганного кровотока, адгезия тромбоцитов и нарушение микроциркуляции в гастродуоденальной зоне.

Лечение больных с пищеводно-желудочными кровотечениями представляют сложную проблему в своих исследованиях применили эндоскопические и хирургические методы лечения.

В своих наблюдениях для достижения стабильного гемостаза в 50 (11,9%) наблюдениях выполняли различные варианты эндоскопического гемостаза, в 8 наблюдениях хирургические методы гемостаза.

Необходимо отметить, что во всех случаях эндоскопические и паллиативные хирургические методы гемостаза дополнялась проведением патогенетически обоснованной антисекреторной терапии с применением ингибиторов протонной помпы, антиоксидантов и назначением компонентов крови. В 14 наблюдениях для достижения эндоскопического гемостаза использовали инъекционный метод с применением этанола.

Суть инъекционного метода заключалась источника кровотечения препаратами способствующие остановке кровотечения за счет механического сдавления источника кровотечения, сосудисто-суживающего эффекта и усиления местного гемостаза.

Для остановки кровотечения в 12 наблюдениях была использована методика электрокоагуляции кровоточащего сосуда. В 10 наблюдениях выполняли эндоскопический гемостаз с использованием методики аргонной коагуляции.

Методика аргонноплазменной коагуляции имеет ряд преимуществ по сравнению с другими методами коагуляции: максимальная глубина коагуляции составляет 3 мм, - струя аргонной плазмы может действовать в различных плоскостях, меньше закисления тканей, что способствует быстрому заживлению острых язв. Комбинированный метод гемостаза для остановки кровотечений из острых эрозий и язв применяли у 14 (3,3%) больных. При этом в 8 наблюдениях сочетали инъекционный метод с эндоклипированием, в 6 аргонноплазменная коагуляция с термокоагуляцией.

После проведения эндоскопических методов гемостаза в сочетании с консервативными методами, рецидивы кровотечения имело место у 27 (54,0%) пациентов из 50 с 19 (70,3%) летальными исходами.

В 8 (29,6%) наблюдениях прибегали к хирургическим методам лечения острых пищеводно-желудочных кровотечений. Показанием к хирургическому лечению являлись рецидивы кровотечения (n=3). А также сочетные кровотечения с перфорацией. В послеоперационном периоде летальный исход имел место в 5 (62,5%) наблюдениях.

Всем пациентам с послеоперационными геморрагическими осложнениями наряду с хирургическими методами лечения в обязательном порядке в отделении реанимации и интенсивной терапии совместно с реаниматологами провели комплексную, патогенетически обоснованную терапию, направленную на коррекцию нарушений гемостаза и функции жизненно-важных органов.

**Заклучение.** Послеоперационные геморрагические осложнения после оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях, являются абсолютным показанием к выполнению релапароскопии и ее коррекции при стабильных показателях гемодинамики и подозрении на ее развития. Основным методом его лечения является эндоскопический метод гемостаза с проведением интенсивной антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы.

## ОБОСНОВАННЫЙ ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ В ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

МАХМАДОВ Ф.И., ДЖУРАЕВ М.Ф., САДУЛЛОЕВ Д.Н., МИРОВ Л.М., САФАРОВ Ф.Ш., АШУРОВ А.С., МУРОДОВ А.И.

*Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан*

**Цель исследования.** Изучить и определить обоснованную тактику выбора лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов (ПВА), в гепатобилиарной хирургии.

**Материал и методы.** Исследование основано на анализе 104 пациентов с ПВА, оперированные по поводу патологий гепатобилиарной зоны, на базе клиники хирургических болезней №1 за период 2008 по 2022 годы. В сравниваемых группах 60 (57,7%) пациентов (основная) были оперированы применением миниинвазивной технологии, 44 (42,3%) (ретроспективное) – традиционной релапаротомией. Большинство пациентов (60,6%) составили лица женского пола (n=63). При этом лица трудоспособного возраста (до 55 лет) составляло больше половины, т.е. 62,5% больных. Первично, на органах гепатобилиарной зоны, в плановом порядке оперированы 15 (14,4%), в экстренном – 89 (85,6%) больных. В том числе операции на печени в 41 (39,4%), на желчевыводящих путях – 63 (60,6%) наблюдениях.

Как показал анализ первично выполненных операций на органах гепатобилиарной зоны, внутрибрюшные абсцессы часто (24,0%) возникли после открытых эхинококкэктомии из печени (23,3% и 25,0% случаев соответственно) и традиционных холецистэктомии и дренированием холедоха, что было отмечено в 36 (34,6%) случаев (в 33,3% и 36,4% случаев основной и контрольной группы).

**Результаты.** У 60 (57,7%) пациентов основной группы в 4 (6,7%) случаях выполняли релапароскопию, в 49 (81,7%) – вмешательства под УЗ-контролем и в 7 (11,7%) случаях производили вскрытие и дренирование ПВА минилапаротомными методами. Особую группу составили 5 (8,3%) пациентов, которым ликвидация ПВА проведено разработанной нами методикой – сочетанного применения релапароскопии с минилапаротомией.

В 44 (73,3%) наблюдениях у пациентов основной группы проведены миниинвазивное вскрытие и дренирование абсцесса. Показанием к пункции и вскрытия внутрибрюшных абсцессов под УЗ-контролем ставили при: небольших (до 3 см) размеров абсцесса, малую глубину локализации от передней брюшной стенки и отсутствие затеков. А у 6 больных с ПВА (размером от 10 см и более) был применен разработанная нами методика миниинвазивного вскрытия и дренирования, с последующей санацией 0,1% антисептическим раствором фурагина и мониторингом за состоянием остаточной полости и положением дренажных труб с помощью видеоэндоскопа.

Минилапаротомные доступы в хирургии ПВА, считали целесообразным в 7 (11,7%) основной группы больных, когда релапароскопические вскрытые и дренирование невозможно, а глубокое расположение гнойников от передней брюшной стенке с наличием жидкостного образования не позволяют выполнить УЗ-контролируемые вмешательства, выполнение релапаротомии сопряжена с повышенным риском развития летальных исходов. При этом вскрытые и дренирование труднодоступных гнойников из минилапаротомного доступа позволило рассматривать его, как метод позволяющий осуществить одноэтапные радикальные хирургическое вмешательство с минимальной операционной травмой.

В послеоперационном периоде осложнения разного характера были у 6 (10,0%) пациентов основной группы с 2 (3,3%) летальными исходами.

Причиной летальных исходов являлась острый инфаркт миокарда (n=2). В контрольной группе после выполнения традиционных повторных, осложнения возникли у 14 (31,8%) с 10 (22,7%) летальными исходами.

**Заключение.** Обоснованный выбор тактики хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов в пользу лапароскопии и вмешательствам под УЗ-контролем, может способствовать зательному снижению показателей послеоперационных осложнений и летальности.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

МАХМАДОВ Ф.И., МИРОВ Л.М., САДУЛЛОЕВ Д.Н.

*Кафедра хирургических болезней №1, ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Таджикистан*

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости (РПСКН), путем применения лапароскопических технологий.

**Материал и методы.** В проспективное рандомизированное исследование были включены 116 пациента со РПСКН, распределение пациентов в основную и контрольную группы было случайным. В основную группу отобраны 60 (51,7%) больных, оперированных лапароскопическим доступом. Контрольную группу составили 56 (48,3%) пациентов, которым выполнялась лапаротомия. Пациенты были в возрасте от 23 до 70 лет, средний возраст – (46,1±13,7) года. Причинами развития РПСКН наиболее часто были перенесённые операции на гепатобилиарной зоне (n=46), аппендэктомия (n=36), гинекологические вмешательства (n=34).

Всем пациентам проводилась попытка консервативного лечения по стандартной схеме, включавшей зондирование желудка, внутривенную инфузию растворов электролитов, постановку клизм. От момента поступления до оперативного вмешательства в основной и контрольной группах прошло, соответственно, 16,01±9,64 и 17,01±9,21 часов. Для оценки степени выраженности спаечного процесса в брюшной полости использовали стандартизованную классификацию Peritoneal adhesion index (PAI), предложенную F. Coccolini.

**Результаты.** При анализе продолжительности оперативного вмешательства отмечено, что в группе больных, которым осуществляли лапароскопический доступ, время операции существенно меньше. В основной группе средняя продолжительность операции составила 26,84±8,83 мин, в контрольной группе – 43,21±12,04 мин. При разделении спаек в брюшной полости лапароскопическим доступом ятрогенное повреждение кишки, из-за дессеризации её стенок произошла у 1 (1,7%) больного при адгезиолизисе плотных серопа-

риетальных спаек. Конверсии на лапаротомный доступ не потребовалось, область перфорации была ушит непрерывным швом. В контрольной группе также в 1,8% (n=1) случае имело место ятрогенное повреждение тонкой кишки. Уровень послеоперационной боли у пациентов, перенесших лапароскопический адгезиолизис, ожидаемо оказался существенно ниже, чем в группе сравнения. В основной группе уровень послеоперационной боли по шкале ВАШ через 6 ч после операции составил  $2,25 \pm 1,89$ , в контрольной группе –  $4,94 \pm 2,02$ , через 24 ч в основной группе –  $1,89 \pm 1,55$ , в контрольной –  $2,89 \pm 1,7$ .

Назначение наркотических анальгетиков в основной группе потребовалось лишь 3,3% пациентам, в контрольной – 100% (n=56). Необходимая доза наркотического анальгетика в 1-е сутки после оперативного вмешательства, выраженная в мг в пересчете на морфин, в среднем на одного пациента составила в основной группе 0,29 мг, в контрольной – 7,86 мг.

Восстановление перистальтики кишечника оценивали по времени первой дефекации после операции. В основной группе она происходила через  $16,3 \pm 9,4$  часов послеоперационного периода, у пациентов контрольной группы – через  $21,7 \pm 13,0$  часов. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента основной группы, отмечено явление застойной пневмонии, что составило 1,7%. Местных воспалительно-гнойных осложнений не зарегистрировано. В контрольной группе больных имело место 4 (7,1%) случая воспалительно-гнойных осложнений лапаротомной раны и 1 (1,8%) случай инфаркт миокарда.

**Заключение.** Лапароскопические методы коррекции ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости, считается методом выбора, так как значительно снижает продолжительность оперативного вмешательства, уменьшает уровень послеоперационного болевого синдрома, способствует быстрому восстановлению перистальтики кишечника и ранней реабилитации этой тяжелой категории больных.

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

МУРАДОВ М.И.<sup>1</sup>, МУХАМЕДКЕРИМ К.Б.<sup>1</sup>, КАЗАНТАЕВ К.Е.<sup>2</sup>,  
АБДУКАРИМОВА А.Т.<sup>1</sup>, КОШКАРБАЕВ Д.Ж.<sup>1</sup>

АО «Национальный Научный Центр Хирургии им. А.Н. Сызганова» Алматы, Казахстан<sup>1</sup>  
АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» Алматы, Казахстан<sup>2</sup>

**Актуальность проблемы:** Большой удельный вес диагностических ошибок (21%), плохие функциональные исходы лечения связаны не только с тяжестью повреждений и заболеваний, тонкостью физиологической функции кисти, сложностью анатомического строения, но и с проблемой выявления патологии мягкотканых структур кисти.

**Цель:** Целью работы является демонстрация информативности методики обследования больных при изолированном повреждении сухожилий сгибателей пальцев кисти, путем применения оборудования ультразвуковой диагностики (Патент №65165, МПКА61В17/00,15,09,2010).

**Материалы и методы:** На базе АО ННЦХ им А.Н. Сызганова в отделении реконструктивно-пластической микрохирургии в период с 2022 по 2023г. была проанализирована семиотика результатов УЗИ данных 93 пациентов с изолированным повреждением сухожилий сгибателей кисти.

Для объективной оценки травм сухожилий и определения локализации его концов на кисти мы использовали разработанный нами способ ультразвуковой диагностики полного разрыва сухожилий сгибателей пальцев.

Способ включает определение расположения поверхностного и глубокого сгибателей пальцев кисти в сухожильном влагалище. При этом, с помощью программного инструмента УЗ-сканера, измеряется значение толщины сухожилий в сухожильном влагалище в месте предполагаемого повреждения, а также - значение толщины сухожилий в симметричном участке здоровой кисти. Следует учесть, что при соотношении значений толщины сухожилий 1:2, диагностируется изолированный разрыв сухожилия глубокого сгибателя.

**Результаты и обсуждения:** Результаты ультразвуковой диагностики изолированного разрыва сухожилия глубокого сгибателя пальцев кисти во всех случаях были подтверждены интраоперационными данными.

**Выводы:** Таким образом, мы получаем возможность постановки диагноза изолированного разрыва сухожилия глубокого сгибателя в тех случаях, когда невозможна УЗ-визуализация свободных концов сухожилия. Это позволяет исключить диагностические ошибки и, как следствие, определяет операционный подход и лечебную тактику. Снижается инвазивность хирургического вмешательства за счет уменьшения количества и ширины разрезов. Соответственно, сокращается время выполнения оперативного вмешательства и период реабилитации пациента.



**ПРИМЕНЕНИЕ АУТОСУХОЖИЛИЯ КИСТИ В КОРРЕКЦИИ ПТОЗА ВЕРХНИХ ВЕК**

**МУРАДОВ М.И.<sup>1</sup>, МУХАМЕДЖЕРИМ К.Б.<sup>1</sup>, КАЗАНТАЕВ К.Е.<sup>2</sup>,  
АБДУКАРИМОВА А.Т.<sup>1</sup>, КОШКАРБАЕВ Д.Ж.<sup>1</sup>.**

*АО «Национальный Научный Центр Хирургии им. А.Н. Сызганова» Алматы, Казахстан<sup>1</sup>  
АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» Алматы, Казахстан<sup>2</sup>*

**Актуальность проблемы:** Птоз верхнего века составляет до 13% от всей патологии органов зрения, и занимает первое место в структуре заболеваемости век. Актуальность проблемы обусловлена не только распространенностью заболевания, но и неблагоприятными исходами вследствие недостаточно рационального и несвоевременного лечения.

**Цель:** усовершенствование способа хирургического лечения блефароптоза на основе применения сухожилия ладонного сгибателя кисти.

**Материал и методы исследования:** В ННЦХ им. А.Н. Сызганова с 2022г. прооперировано 59 пациентов в возрасте от 2 до 67 лет, из них дети до 14 лет 34 (58%) пациента, до 35 лет – 8(13%), старше 35 лет – 17(29%). В том числе 23 пациента ранее перенесли от 2 до 7 коррегирующих вмешательств, заключающихся в различных способах резекции леватора верхнего века.

При объективном обследовании было выявлено, что большинство (56) пациентов имели 2-3 степень птоза. У всех пациентов экскурсия века была расценена как плохая (0-5 мм).

Операции проводились под общей анестезией с применением микрохирургической техники.

Операцию начинали с забора сухожилия поверхностного сгибателя кисти, на всю длину сухожильной части. У 4 пациентов было короткое сухожилий. Для восполнения длины в этих случаях производили сшивание после разделения их по длине. Через разрезы складки верхнего века выделяли собственно пальпебральный хрящ, через который проводили сухожильный аутоотрансплантат. Концы сухожилия под круговой мышцей глаза П-образно выводили к мышце, поднимающей бровь и фиксировали к ней нитью пролен 6/0. Фиксацию концов сухожилия выполняли после подтягивания края верхнего века до уровня верхней границы лимба или до верхней его 1/3. При этом добивались умышленной гиперкоррекции.

**Результаты и обсуждения:** Отдаленные результаты прослежены у 47 пациентов в течение 6 лет. У всех пациентов получен хороший функциональный и косметический результат (зрачок открыт более чем на 2/3, амплитуда движения века более 10 см).

**Выводы:** Таким образом, способ хирургического устранения птоза верхнего века с применением сухожилия поверхностного сгибателя кисти исключает развитие различных осложнений, сопровождающих применение аллотканей. Применение прочной аутосухожильной ткани обеспечивает стойкий функциональный результат, что способствует качественной эстетической и социальной реабилитации пациентов.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ**

**МУСЛИМОВ Г.Ф., МАМЕДОВ Н.И., МУСАЕВ Б.В., ИМАНОВА Н.ДЖ., АЛИЕВА К. А., АББАСОВА Х.Т., АЛИЕВ Ф.В., МАМЕДОВ Е.Х., ДЖАФАРОВ Н.З., КУЛИЕВА А.Э., ГАСАНОВА Г.Г.**

*Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчибашева, Баку, Азербайджан*

**Актуальность.** По данным отечественной и зарубежной литературы анальная трещина является одним из частых и распространенных заболеваний человека, составляющим 20-30 случаев на 1000 человек взрослого населения. Консервативное лечение пациентов с хронической анальной трещиной (ХАТ) не приносит должного результата. Женщины почти в 2 раза чаще страдают анальной трещиной, чем мужчины. В подавляющем большинстве случаев анальная трещина встречается в возрасте от 20 до 45 лет. На сегодняшний день предложено большое число разнообразных методов лечения больных с анальной трещиной. Традиционным методом лечения ХАТ является оперативное лечение, заключающееся в иссечении трещины с боковой подкожной или задней трансанальной дозированной сфинктеротомией. Однако по литературным данным сфинктеротомия может осложняться недостаточностью анального сфинктера у 0,6-35% больных, при закрытой сфинктеротомии – подкожной гематомой у 3%. Сохранение сфинктероспазма в послеоперационном периоде способствует рецидиву заболевания и может привести к формированию подслизистого параректального свища, рубцовым стриктурам анального канала или длительным срокам заживления. После сфинктеротомии снижение тонуса внутреннего сфинктера наблюдается в 14,5-35% случаев. Рецидив заболевания после иссечения трещины со сфинктеротомией происходит в 0,6-10% случаев. По данным многих авторов, лечение послеоперационных ран после иссечения трещины растягивается до 40-60 суток. Глухое ушивание раны после иссечения трещины значительно сокращает сроки лечения и предупреждает рецидив заболевания. Однако анопластика – относительно технически сложная операция и может проводиться при отсутствии сфинктероспазма.



**Материал и методы.** В отделении колопроктологии с 2020 по 2022 год было проведено 8 ИСР при дистальной локализации рака прямой кишки. Всем пациентам было проведено предоперационное стадирование и распространенность опухоли с помощью МРТ высокого разрешения. Согласно клиническим протоколам лечения рака прямой кишки, пациенты получили курсы предоперационной химиолучевой терапии СОД 50 Гр с капецетабином.

**Результаты.** Из всех пациентов (n=8) 6 пациентам операция была выполнена лапароскопическим доступом и 2 пациентам была выполнена открытым способом. При лапароскопическом доступе средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре составил 8,6 койко-день. Учитывая, что операция состоит из двух доступов, то средняя продолжительность операции составила 287 минут. У 2(25,0%) пациентов из 8 развились осложнения в послеоперационном периоде. Синдром низкой передней резекции (СНПР) наблюдался у 4(50,0%) прооперированных пациентов.

**Заключение.** Операция ИСР возможно является альтернативой БПЭ у отдельных пациентов с ниже-ампулярным раком прямой кишки, как это показывают наши результаты. Однако немаловажным моментом до проведения ИСР является информирование пациентов об ожидаемых результатах операции в виде ухудшения качества жизни в результате неудовлетворительных функциональных результатов, в частности развития СНПР. По литературным данным СНПР встречается от 25 до 90% в случаях, среди оперированных по поводу рака прямой кишки.

## ПОРОКИ РАЗВИТИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**НАДЖАФОВА Г.Т., \*МАГОМЕДОВ В.А., \*ХАЛИЛОВ Н.ДЖ.**

*АМУ, Кафедра Детских болезней II, \*Кафедра Детской хирургии, Баку, Азербайджан*

**Введение.** Аноректальные пороки – это пороки развития заднего прохода и прямой кишки возникающие в первые 4-8 недель внутриутробного развития. Частота встречаемости 1 случай на 4000-5000 новорожденных. Чаще встречается у мальчиков. Может сочетаться с другими аномалиями внутриутробного развития: врожденные пороки сердца, атрезия пищевода, аномалии мочевыделительной системы и др. Порок развития редко диагностируется антенатально. При аноректальной аномалии может произойти несколько нарушений: анальный проход может быть узким, над анальным отверстием может присутствовать мембрана, прямая кишка может не соединиться с задним проходом, прямая кишка может соединиться с частью мочевыводящих путей или репродуктивной системы через проход, называемый свищем.

**Цель исследования.** Выявление пороков этой группы новорожденного ребенка должно быть при первичном осмотре педиатра. Диагноз ставится на основании данных осмотра промежности, УЗИ, рентгенографии, КТ, МРТ. Проводится дополнительное обследование с целью выявления сопутствующих пороков развития. Сроки оперативного лечения и время предоперационной подготовки зависят от наличия свища и возможности ребенка опорожнить толстую кишку.

**Материалы и методы.** За 2020-2022 гг было проведено у 12 детей хирургическое вмешательство. В зависимости от вида порока, который был выявлен у новорожденного, определяли и вид оперативного вмешательства, которое необходимо было выполнить новорожденному в 1-2-е сутки жизни. Все виды оперативных вмешательств в этом периоде разделены на две группы: выполнение радикальной коррекции порока и наложение защитной колостомы. В ряде случаев сразу после рождения никаких оперативных вмешательств не проводили. Одномомментную радикальную коррекцию выполняли в тех случаях, если расстояние от атрезированного сегмента кишки до кожи анальной ямки было не более 1 см. Если выявлялось сообщение прямой кишки с уретрой у мальчиков, с влагалищем у девочек.

**Выводы и результаты.** Дети у которых был тип порока развития, который включает анальную мембрану или узкий анальный проход, обычно обретают хороший контроль на стулом после восстановления аноректальной мальформации. Дети с более сложными вариациями аноректальной аномалии нуждаются в программах лечения кишечника, чтобы помочь или предотвратить запор. Основные осложнения в отдаленном послеоперационном периоде после коррекции аноректальных мальформаций хронический запор, недержание кала, стеноз ануса, выпадение слизистой прямой кишки и сексуальные дисфункции, а также приобретенные в результате неудачных операций урологические проблемы: стриктура уретры, недержание мочи, нейрогенный мочевой пузырь, пузырно-мочеточниковый мочевой пузырь, расстройства эрекции. Кишечно-мочевой свищ с мочевым пузырем независимо от пола, при персистирующей клоаке накладывали защитную колостому.

## ОПАСНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО КРИПТОРХИЗМА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

**НАДЖАФОВА Г.Т., \*МАГОМЕДОВ В.А., \*ХАЛИЛОВ Н.ДЖ.**

*АМУ, Кафедра Детских болезней II, \*Кафедра Детской хирургии, Баку, Азербайджан*

**Введение.** Крипторхизм частая врожденная аномалия у детей, которая проявляется отсутствием одного или двух яичек в мошонке. Вызвано это заболевание чаще всего нарушением внутриутробного процесса опущения яичек. Во время внутриутробного развития яички формируются в брюшной полости и к моменту рождения в норме опускаются в мошонку. Отсутствие яичка в мошонке чаще встречается у недоношенных новорожденных мальчиков – 10% случаев, чем у доношенных – 2,4%. В течение шести месяцев после рождения возможно самопроиз-

вольное опущение яичек в мошонку. Если это не произошло необходимо обратиться к специалисту, так как, чем дольше яичко находится в брюшной полости, тем сильнее нарушается репродуктивная функция. Существует несколько видов крипторхизма – абдоминальный, когда яичко задержано в брюшной области и паховое – яичко находится в паховом канале. Это первичный крипторхизм. Вторичный крипторхизм – это яички при рождении ребенка находятся в мошонке, а затем одно или оба яичка поднимаются вверх. Ложный крипторхизм – высокое положение одного или обеих яичек, при низведении яичек в мошонку, в течении некоторого времени располагаются там, а затем вновь поднимаются вверх из-за повышенного тонуса.

**Цель исследования.** В первую очередь специалисты проводят осмотр и пальпацию мошонки. Иногда яичко обнаруживается в паховом канале, оно подвижной легко смещается в мошонку. Если яичко находится в брюшной области, обнаружить его при пальпации невозможно. В этих случаях назначается УЗИ брюшной полости. В тяжелых случаях может потребоваться проведение МРТ и КТ с использованием контраста. Иногда для диагностики крипторхизма проводится лапароскопическая операция.

**Материалы и методы.** В детском хирургическом отделении АМУ у 41 ребенка отмечался первичный крипторхизм. При паховой форме крипторхизма выполняли орхипексию по Петривальскому. Если яичко расположено близко к каналу, то проводили мобилизацию и низведение в мошонку.

**Выводы и результаты.** Опасность крипторхизма – в увеличивающемся с возрастом риске бесплодия и риске развития рака яичка. Кроме того, 60-80% наблюдений при крипторхизме наблюдается паховая грыжа, которая может ущемиться. Высока вероятность перекрута яичка и травматизация его в паховом канале. С возрастом добавляются психологические проблемы с отсутствием в мошонке одного или двух яичек.

## МЕСТО ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ

НАДИРАДЗЕ И.Ш.

*Онкологический научный центр Грузии, Грузино-Израильская хирургическая клиника «Гидмеди», Тбилиси, Грузия*

Проанализированы клиничко-лабораторные данные результатов лечения свыше 2500 больных меланомой.

Наш соответствующий 40-летний опыт позволяет сделать вывод о том, что самым относительно эффективным методом лечения меланомы является хирургический.

### Хирургическое лечение.

1) Операция на первичной опухоли:

а) на ранней стадии **меланомы кожи** локальная эксцизия представляет собой единственный метод радикального лечения. Спорным остается вопрос о том, на каком отдалении от края опухоли должен проходить разрез кожи и подкожной клетчатки, чтобы не нарушался основной принцип радикализма. Определение этого расстояния часто зависит от локализации опухоли, но идеальным вариантом представляется разрез «отступя 4-5 см» от ее края. В последнем случае образовавшийся в результате радикальной операции большой дефект тканей, как правило, требует пересадки кожи. Удаление поверхностной фасции, рекомендуемое некоторыми авторами, по нашему мнению, не представляет необходимости, ибо не повышает радикализма;

в) при **меланоме сетчатки глаза**, как правило, показана энуклеация, хотя в ряде случаев при относительно малых размерах опухоли положительного результата можно достичь локальной хирургической эксцизией или большими дозами лучевой терапии.

2) Операция на лимфоузлах:

Вопрос профилактического иссечения неповрежденных (интактных) региональных лимфоузлов при I-II<sup>a</sup> стадии меланомы кожи мы считаем спорным, ибо оно **не влияет на выживаемость пациентов**.

Пальпируемые же лимфоузлы подлежат своевременному удалению.

### Лучевая терапия.

Ее применение в лечении меланомы кожи (как изолированно, так и в комбинации с другими методами) **неэффективно**.

### Химиотерапия.

1) Адювантная химиотерапия, как дополнение хирургического лечения, **не увеличивает продолжительность жизни пациентов**.

2) Попытка лечения пациентов с отдаленными метастазами возможна цитотоксическими препаратами. Одним из них, как препаратом выбора, является дакарбазин, однако его применение, как и темодала и большинства более современных химиопрепаратов, сопряжено с рядом побочных явлений и, более того, риском серьезных осложнений. Поэтому использование их в лечении метастазирующей меланомы следует **с осторожностью**.

### Иммунотерапия.

Использование БЦЖ, интрона А и других иммунопрепаратов в лечении меланомы **не увеличивает выживаемости пациентов**. В последнее время определенные успехи достигнуты при применении виро-терапии, в частности, «Rigvir»-а. Однако нам представляется, что последний нуждается в дальнейшей разработке и более масштабных клинических исследованиях.



## СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННЫМИ НЕОТЛОЖНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

РАДЖАБОВА Г.К.

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан*

**Цель исследования.** Провести анализ статистики встречаемости и выявления предикторов исхода заболевания у женщин с сочетанными неотложными патологиями органов брюшной полости и малого таза (СНП ОБП и МТ).

**Материал и методы.** Исследованию подвергались 240 женщин с СНП ОБП и МТ, поступивших в клинику за период 2012 по 2020 годы. Следует отметить, что более 87,0% женщин с СНП ОБП и МТ составили пациентки детородного возраста.

Среди нозологий, преобладающей острые гинекологические заболевания, являются острые патологии яичника, что сопутствовали деструкции червеобразного отростка (n=80), ОКХ (n=44) и миома матки (n=48).

Судя по характеру встречаемости СНП ОБП и МТ, ведущее место отводится острому аппендициту, которой сопутствует киста правого яичника, что за последние 11 лет варьировали в пределах 32,3-36,9%. Практически все женщины (n=76) с этим диагнозом первично обратились в приемное отделение хирургического стационара с диагнозом «острый аппендицит». Наличие сочетанных патологий диагностирована в 94,7% (n=72) наблюдений. В 4 (5,3%) случаев сочетание диагностирована на операционном столе. Вторым по характеру сочетаний оказалось острый калькулезный холецистит, сопутствующей миомой матки, что варьировала в пределах 11,5-20,0% случаев. Сложность в постановке своевременного диагноза и доминирование того или иного органа у этой категории женщин, не инвазивными методами, порой очень сложно. Следовательно, основная масса пациенток (80,8%) первично обратились в хирургические стационары с диагнозом «острый живот». Лишь 46 (19,2%) женщин первично обратились в гинекологические отделения родильных домов, и после осмотра врача-гинеколога, для исключения острой хирургической патологии, направлены в хирургические отделения.

**Результаты.** До 24 часов госпитализированы 51 (42,5%) женщин основной и 48 (40,0%) – контрольной. К этой категории относились в основном осложненные формы острой гинекологической патологии, как осложнение патологии яичника (разрыв, перекрут – 13 и 14 женщин соответственно), осложненные формы миомы матки (некроз миоматозного узла, кровотечение – 12 и 13 женщин соответственно), так и острый аппендицит (26 женщин в основной группе, 21 - в контрольной). В 43,8% случаев женщины были доставлены бригадой СМП (46,7% и 40,8%, соответственно, в сравниваемых группах). При этом 18,3% женщин госпитализированы в хирургические отделения, после осмотра врача гинеколога женской консультаций или амбулатории по месту жительства (17,5% и 19,2%, соответственно). Вместе с тем, 31,3% пациенток доставлены попутным транспортом с острым болевым синдромом в животе.

С анамнеза, жалобы в область гипогастрии имелись у 72 (60,0%) женщин основной и 76 (63,3%) – контрольной группы. В остальных 40,0% (n=48) женщин основной группы, и 36,7% (n=44) – контрольной, болевой синдром имел характер печеночной колики, а гинекологическая патология диагностированы при обследовании. В целом, среди исследуемых женщин основной группы в 69 (57,5%) наблюдениях верифицирован первичный или доминирующий диагноз острая патология ОБП, когда в контрольной группе этот составило 59,2%.

До проведения операций и выбора тактики хирургического лечения у 40 (33,3%) женщин с миомой тела матки (n=25) и ее осложненных форм (n=15) тщательно изучали репродуктивный анамнез, что по сути и определяло объем проводимого вмешательства, включая органосохраняющие и орган удаляющие.

Анализ данных репродуктивного анамнеза женщин основной группы, показывает, что в группе женщин с неосложненной миомой матки, число беременностей составляет 57 (в среднем 2,3 беременности на женщину), а в группе с осложненными формами миомы матки - 39 (соответственно, 2,6 беременности на женщину). Наиболее значимым показателем, для женщин с миомой матки следует считать такие показатели, как эктопическая беременность (n=4), искусственное прерывание беременности (n=21), самопроизвольный выкидыш (n=8) и оперативные роды или кесарево сечение (n=7), что в целом в обеих группах составило 54,2% случаев. Показаниями к оперативному лечению у женщин с неосложненными формами миомы матки (n=25) служили выраженные клинические проявления с анамнеза заболевания (с учетом изучения амбулаторной карты наблюдения).

**Заключение.** Неотложные сочетанные патологии органов брюшной полости и малого таза характеризуются в основном сочетанием острого аппендицита и кисты правого яичника в 33,3% случаев, острого калькулезного холецистита и миомы матки в 20,0% и острого калькулезного холецистита, сопутствующей кистой яичника в 18,3%, которые сопровождаются тем или иными осложнениями. Основными предикторами, непосредственно влияющий на исход женщин с неотложной патологией органов брюшной полости и малого таза, считается промежуток времени, от момента возникновения того или иного осложнения острой патологии, до проведения операции.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА НА СОСТОЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЕМКОСТИ КРОВИ У ЖЕНЩИН С НЕОТЛОЖНЫМИ СОЧЕТАНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ПОЛОСТНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

РАДЖАБОВА Г.К.

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан*

**Цель исследования.** Изучение влияния операционного стресса на состояние свободно-радикального окисления и антиоксидантной емкости крови у женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости (НСП ОБП) и малого таза.

**Материал и методы.** Исследование основано на анализе 36 женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и малого таза, которым проведены малоинвазивные способы симультанных вмешательств за период 2016-2022 годы в ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» и 17 здоровых женщин. Возраст женщин варьировала в пределах 29,6±6,9 лет. При этом все исследуемые женщины составили пациентки детородного возраста.

По частоте сочетания НСП ОБП и малого таза, превалировало острый аппендицит и различные осложненные формы кисты правого яичника, что составило 36,1% (n=13) пациенток. Наряду с этим встречались такие сочетания, как острый калькулезный холецистит (ОКХ) + миома матки - 19,4%, ОКХ + киста яичника - 16,7%, осложненные формы миомы матки + грыжи передней брюшной стенки (ПБС) - 16,7%, осложненные формы кисты яичника + грыжи ПБС - 5,5%, осложненные формы кисты яичника + спаечная болезнь - 5,5%.

Исследованы показатели МДА, ДК, спонтанной и индуцированной хемилюминисценции, интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-6), С-реактивного белка и антиоксидантной активности.

**Результаты.** Характер оксидантной активности крови у женщин с НСП ОБП и малого таза, указывает на повышение показателей МДА, ДК, ХЛс и ХЛи при госпитализации (на 40,0%, 35,0%, 36,0% и 44,0% выше по сравнению с нормой соответственно).

Однако, через 24 часа от момента проведения корригирующего вмешательства, указанные показатели реагировали разноречиво, т.е., показатели МДА и ДК значимо снизились (3,4±0,1 и 7,1±0,5 мкмоль/л соответственно), а отмечено резкое и достоверное увеличение ХЛс и ХЛи, что наверняка свидетельствует о возникновении у женщин с НСП ОБП и малого таза окислительного стресса, который усугубляется на фоне проведенного вмешательства.

Немаловажно, что маркеры оксидантной активности порой выраженный у женщин с острыми гинекологическими патологиями, как эндометриоз, поликистоз яичников, тазовые перитонеальные спайки, которые являются следствием перенесенного острого заболевания гениталия и других патологиях. В связи с изложенным нами у 13 женщин с кистами (включая осложненных форм), спаечной болезнью и картиной эндометриоза, проведено исследование жидкости брюшной полости, на исследование маркеров оксидантной активности.

Анализ показателей маркеров оксидантной активности и провоспалительных цитокинов в перитонеальной жидкости, показал аналогичные изменения, происходящие и в периферической крови, однако со значительными отклонениями цифр. Статистически значимо по сравнению с контрольной группой было увеличено содержание МДА и ДК, как у женщин с кистами яичника и эндометриозом (7,7±1,2 мкмоль/л), так и женщин с спаечным процессом малого таза (и 7,2±1,1 мкмоль/л).

Немаловажным индикатором воспаления, считается также про воспалительные цитокины, что, несомненно, были изменены в перитонеальной жидкости женщин обеих групп (ИЛ-1 - 18,6±2,2 и 16,2±2,8 пг/мл, ИЛ-6 - 5,8±2,2 и 16,4±2,6), что лишний раз подтверждали влияние воспалительного стресса, в т.ч. на образование спаечного процесса в малом тазу при ОЗГ. Как показали результаты исследования СРБ также оказалось на 46,0% и 90,0% выше, чем у здоровых женщин.

Исследования показали, что, при госпитализации женщин с НСП ОБП малого таза, отмечается снижение показателей общей антиоксидантной активности на 53,0%, а через 24 часа после операции - на 62,0%, что вероятнее всего связана с коррекцией острой патологии гениталия.

**Закключение.** Таким образом, при неотложных сочетанных патологиях органов брюшной полости и малого таза, состояние про- и антиоксидантной системы периферической крови и перитонеальной жидкости, характеризуется интенсификацией процессов ПОЛ с развитием явлений окислительного стресса, в частности с нарастанием в первые 24 часа после операций.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

РУСТАМОВА А.Б., ЭЙВАЗОВА К.М.

*АМУ, Кафедра хирургических болезней III, Баку, Азербайджан*

**Введение:** Проблема лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями несмотря на внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических и медикаментозных методов лечения, остается актуальной проблемой urgentной абдоминальной хирургии. В настоящее время в алгоритме лечебных мероприятий ведущая роль принадлежит эндоскопическому гемостазу. При проведении экстренной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) источник кровотечения удается выявить в 93-99% случаев.

**Материал и методы исследования:** Работа основана на результатах лечения. Из них мужчин 83 (67%) и женщин 74 (33%). Преобладали пациенты старше 45-48 лет. Для характеристики кровотечения используем классификацию J.A.Fogrest. эндоскопического гемостаза мы применяли инъекции склерозантов, аргоноплазменную и радиоволновую коагуляцию. Абсолютно необходимым условием для проведения лечебного воздействия является четкая визуализация источника кровотечения. Сроки проведения контрольных эндоскопических осмотров зависели от характера источника кровотечения при первичном осмотре.

**Результаты исследования:** При первичной экстренной ЭГДС произведенной всем больным в течении первого часа с момента поступления, активное кровотечение выявлено у 32 больных (23,6%). Признаки прекратившегося к моменту исследования кровотечения обнаружены у 127 больных (75%) пациентов, а у 8(1,4%) источник четко определить не удалось в связи с активным кровотечением и наличием свежих сгустков крови в просвете верхних отделов пищеварительного тракта. Эндоскопический гемостаз был осуществлен у 92 пациентов, причем у 72 для остановки кровотечения. Инъекционный метод применяли у 28 больных, при активном кровотечении (Fogrest I). Аргоноплазменную коагуляцию проводили 45-и больным с целью остановки кровотечения. Радиоволновое воздействие осуществляли у 25 пациентов. При активном кровотечении радиоволновая коагуляция была проведена у 8 (32,1%) больных, а при состоявшимся 17 (67,85%). Методика сравнительной эффективности лечения больных была стандартизирована и включала в себя оценку тяжести состояния по шкале SAPS II, сравнение сроков заживления язв при консервативном лечении по данным динамической ЭГДС, количество рецидивов гастродуоденальных кровотечений, показателей оперативной активности и общей летальности, а также оценку осложнений при проведении того или другого метода эндоскопического гемостаза. При активном артериальном кровотечении в 5 случаях гемостаза оказался неэффективным. Эти больные были оперированы в неотложном порядке в течении часа. При применении инъекционного метода не удалось остановить кровотечение в 3 случаях, когда невозможно было ввести иглу на определенную глубину, одна попытка гемостаза была неудачной при локализации язвы размерами 6 мм на задне-нижней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки с активно пульсирующим поступлением крови. Недостаточной оказалось и 2 попытки гемостаза радиоволновым методом. В этом случае диаметр сосуда в дне хронической язвы антрального отдела желудка превышал 1,5 мм.

**Выводы:** При обработке полученных результатов не выявлено значимого различия в количестве неудачных попыток эндоскопического гемостаза. Таким образом, из изучаемых нами способов эндоскопической остановки кровотечений эффективность гемостаза. Аргоноплазменной коагуляции составил 97,3%, радиоволновая коагуляция – 95%, а инъекционным методом не превышает 79,7%.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ SACCHAROMYCES BOULARDII В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА

САЛИМОВ Т. Г., ИБРАГИМОВ М. Р., ХАЛИЛОВ В. М., ГИДАЯТОВА В. А., САДЫХОВ Б. И.  
*НЦХ им. М. Точибашова, Баку, Азербайджан*

**Цель исследования:** изучение эффективности комбинированной терапии синдрома избыточного бактериального роста (SIBO), включающей препарат на основе микроорганизмов *Saccharomyces boulardii*.

**Материалы и методы.** Обследовано 60 пациентов с бактериологически подтвержденным диагнозом SIBO, получавших рифаксимин в суточной дозе 800 мг курсом 14 дней, при этом половине обследованных дополнительно назначался препарат “Мефлор” – комплекс сахаромикетов, бифидо- и лактобактерий..

**Результаты исследования.** У пациентов, получавших препарат “Мефлор”, имелось более выраженное снижение степени контаминации тонкого кишечника (средние значения суммарной концентрации микроорганизмов  $3,83 \times 10^4$  КОЕ/г и  $2,47 \times 10^3$  КОЕ/г в группах, получавших моно- и комбинированную терапию соответственно).

**Выводы:**

1. Использование комбинации рифоксимины и препарата на основе микроорганизмов *Saccharomyces boulardii* повышает эффективность терапии синдрома избыточного бактериального роста тонкой кишки.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКОВ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

САЛИМОВ Т.Г., САДЫГОВ Б.И., АСЛАНОВА Л.С., САЛИМОВА-КЕРИМОВА Р.Т., ГУСЕЙНОВА Х. Г.  
*НЦХ им. М. Точибашова, Баку, Азербайджан*

**Цель:** изучение клинической эффективности пробиотиков в комплексной терапии заболеваний кишечника осложненного дисбиозом.

**Материалы и методы:** под наблюдением находились 56 больных с различными вариантами синдрома раздраженной кишки – у 32 пациентов в клинической картине наблюдалась диарея, боли по ходу толстого кишечника, вздутие. ( 1 группа); 24 больных – с запорами ( 2 группа). Контрольную группу составили 16 больных 1 группы и 12 больных -2 группы, которым пробиотики не назначали.

**Результаты:** У всех обследованных выявлено различной степени выраженности явления дисбиоза кишечника. Половине обследованных -18 больных 1 группы 12 больных 2 группы к основному лечению были добавлены пробиотики по 2 капсулы 2 раза в день на протяжении 20 дней. Повторное обследование проведено через 1 месяц – у больных уменьшился метеоризм, боли по ходу толстого кишечника, нормализация стула у 15 больных из 18. Во 2 группе исчезновение запора имело место у 8 больных из 12 и лишь у 5 больных контрольной группы. Следует отметить как 1, так и во 2 группе пациентов принимавших пробиотики выявлено достоверное повышение бифидо- и лактобактерий, а также снижение энтерококков. В контрольной группе больных изменений показателей дисбиоза не отмечается.

**Выводы:** Включение в комплексное лечение больных с заболеваниями кишечника пробиотиков позволяет значительно повысить эффективность всего лечения, а также улучшает картину кишечной флоры.



## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ СТРЕТТА

ЭЙВАЗОВА К.А., АБДЫЕВА Г.Х., ЛЯТИФОВА Л.В., МАММЕДОВА Э.Т.

*Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра хирургических болезней III, Баку, Азербайджан*

**Введение.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – морфологические изменения и симптомокомплекс, развивающиеся вследствие заброса содержимого желудка и 12-перстной кишки в пищевод.

**Цель исследования.** Оценивать эффективность метода Стретта при эндоскопическом лечении ГЭРБ.

**Материал и методы.** Исследование было проведено на кафедре хирургических болезней III АМУ. В исследовании пациентам предлагался метод Стретта или лапароскопическая фундопликация по Ниссену. 55 больным была проведена лапароскопическая фундопликация по Ниссену, а 10 больным - эндоскопическое лечение ГЭРБ по методу Стретта. Через 6 месяцев показатели качества жизни улучшились у обеих групп. В отношении приема ингибиторов протонной помпы (ИПП) 62% больных после Стретта отказались, а 30% значительно снизили дозу, а 8% больных принимали 2Х1 ИПП. После фундопликации 92% не принимали ИПП, 8% больных принимали 2Х1 ИПП.

Метод Стретта заключается в воздействии радиочастотной энергии низкой мощности с контролируемой температурой через внутрисветный катетер на мышечный слой пищеводно-желудочного перехода, с применением постоянного мониторинга тканевой температуры и автоматической модуляции РЧ энергии для контроля нагревания ткани. Термодатчик помещается в активный электрод для обеспечения контроля температуры. Необходимая температура (85С) установлена заранее, и мощность модулируется автоматически для достижения, но не превышения указанной температуры. Воздействие РЧ энергии выражается в образовании циркулярного термического повреждения. Сокращение коллагеновых волокон начинается при 65 С, приводя к уменьшению объема ткани. Со временем повреждение заживает, фибробласты накапливают коллаген, что приводит к повышению тонуса сфинктера.

**Результаты и обсуждение.** Решение о выборе антирефлюксной операции или метода Стретта должен основываться на соотношении рисков и преимуществ каждой из методик. Несмотря на то, что антирефлюксная хирургия обеспечивает лучший контроль кислотной экспозиции, чем метод Стретта. Результаты для симптоматики ГЭРБ, качество жизни и снижение приема ИПП сравнимы. При методе Стретта низок риск серьезных последствий, не описано случаев продолжительной дисфагии, избегается общий наркоз и стационарное лечение.

**Выводы.** Метод Стретта предлагает минимально инвазивную, безопасную и эффективную альтернативу антирефлюксной хирургии.

## COVID-19 PANDEMİYASI VƏ PANDEMİYADAN SONRAKI DÖVRDƏ BAĞIRSAQ DİSBAKTERİOZU PROBLEMİNİN AKTUALLIĞI.

XƏLİLOV A. C., AGAYEV R. M., ŞİRİNOV Z. T., XƏLİLOV N.C.\*

*\*Akademik M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi,*

*\*\*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan*

Disbakterioz (dysbiosis) bütün mikroorqanizmlər arasında nisbətən pozulması olduqda, nazik və/və ya yoğun bağırsaqlarda yalnız bakterial floranın balansın pozulması nəticəsində yaranan bir problemdir. Eyni zamanda, disbakterioz müstəqil bir patoloji deyil, digər xəstəliklərin və ya vəziyyətlərin nəticəsidir. Bununla mikrofloranın həm kəmiyyət, həm də keyfiyyət tərkibi dəyişir: faydalı bifidum və laktobasillərin sayı azalır və patogen bakteriyaların sayı artır. Tez-tez bu dəyişikliklər bağırsaqların işinə mənfi təsir göstərir və köp, gurultu, qarın ağrısı, nəcis pozğunluğu və dispepsiya kimi digər simptomları ilə özünü göstərir. Bədəndəki mikrobiotanın funksiyasını nəzərə alaraq, bu, bir anda bir neçə bağırsaqlar funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır: fermentativ, sorulma prosesinə, vitamin əmələ gətirən və immun. Mikrobiotanın tərkibi birbaşa iltihablı sitokinlərin və qan markerlərinin yüksək konsentrasiyası ilə əlaqələndirilir. Bu problem ən çox geniş spektrli antibiotiklərin nəzarətsiz istifadəsi ilə əlaqəli olan COVID-19 pandemiyası zamanı xüsusi aktuallıq qazandı. Sağalmış xəstələrdə bağırsaqlar mikrobiotasının tərkibi, COVID-19-ə olma-yanlarla müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə dəyişmişdir. 2020-2021-ci illərdə Çində aparılan araşdırma göstərdi ki, bağırsaqlar mikrobiotasında olan pozğunluqlar həqiqətən də immun sisteminə daha ağır xəstəliyə gətirib çıxaran yollarla təsir edə bilər. Bağırsaqların yeni koronavirus üçün hədəf orqanlardan biri olması ilə yanaşı, xəstənin uzun müddət balanssızdırılmamış pəhriz saxlaması (təzə və ya fermentləşdirilmiş meyvələrin və tərəvəzlərin az qəbulu olması ilə, mürəkkəb karbohidratlar, həddindən artıq şirniyyatlar, nişastalı, yağlı, qızardılmış qidalar və yeməklər); müxtəlif kimyəvi qida əlavələri olan məhsulların istifadəsi vəziyyəti daha da pisləşdirə bilər. Bağırsaqlar mikrobiotası üçün mənfi nəticələrin qarşısını almaq və COVID-dən sonrakı dövrdə disbakteriozu müalicə etmək üçün təbii bağırsaqlar mikro-florasını bərpa etməyə yönəlmiş pre- və ya probiotik preparatlardan istifadə etmək lazımdır.



## MÜNDƏRİCAT-CONTENTS-SОДЕРЖАНИЕ

Ümummilli lider Heydər Əliyevin 100 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları.....	5
Baş redaktordan ön söz.....	6
<b>Abbasov F.E., Abdullayev F.Z., Heybətov İ.C., Bağırov İ.M., Əliyev E.H., Mirzəyi Ə.İ., Həsənov A.F. Əliyev E.Ş., Qayıbov M.</b> Urəyin birincili şişlərinin diaqnostikası və cərrahi müalicəsi.....	7
<b>Abbasov F.E., Abdullayev F.Z., Hüşənov Ş.L., Əliyev E.H., Bağırov İ.M., Mirzəyi Ə.İ., Əliyev E.Ş., Həsənov A.F., Qayıbov M., Kərimova G.X.</b> “Açıq qəlb” əməliyyatları zamanı kardioplegiya seansları arasındakı intervalın miokardın anoksik işemiyadan qorunmasının adekvatlığına təsiri.....	7
<b>Abbasov F.E., Əliyev E.Ş., Hüşənov Ş.L., Bağırov İ.M., Mirzəyi Ə.İ., Əliyev E.H., Həsənov A.F., Şıxıyeva L.S., Kərimova G.X., Qayıbov M.</b> Koronar arteriyaların diffuz-multilokal zədələnmələri zamanı anteqrad kardioplegiyanın aparılması texnikası.....	8
<b>Abdullayev İ.Ə., Novruzov S.A., İsmayılov C.Ə., Tarverdiyev M.N.</b> Anaerob infeksiya zamanı müalicə taktikası.....	8
<b>Abdullayev N., Zamanova D., Sadixova Rəcəbli M., Əfəndiyeva S.L.</b> Xroniki ürək çatışmazlığı və anemiya.....	10
<b>Abdullayev V.A.</b> Ağciyərlərin xroniki obstruktiv xəstəliyinin müalicəsində beta-blokatorların rolu.....	10
<b>Abuşov N.S., Kosayev C.V., Zeynalova Q.M., Əhmədov M.B., Tağızadə G.T., Əhmədov S.R., Quliyev R.A., Namazov İ.L., Əliyev E.N., Abuşova G.N.</b> Aşağı ətrafların kritik işemiyası və ürəyin işemik xəstəliyi olan xəstələrdə cərrahi müalicənin yaxın nəticələri.....	12
<b>Ağayev E.K., Həsənov A.B., Yusubov M.O., İsrafilova S.B.,</b> Destruktiv xolesistitlər münasibəti ilə icra etdiyimiz laparoskopik xolesistektomiyalar zamanı rastlaşdığımız intraoperasion qanaxmalar.....	12
<b>Ağayev E.K., Həsənov A.B., Yusubov M.O., Məmmədov A.İ., İsmayılova Z.E., İsrafilova S.B., Qasimov E.M.</b> Yayılmış peritonitlər və kəskin bağırsağ keçməzliyi fonunda qoyulmuş müxtəlif bağırsağ anastomozu növlərinin müqayisəli təhlili.....	13
<b>Ağayev R.M., Cəfərli R.E.</b> Qaraciyərdən exinokokketktomiya zamanı qalıq boşluğunun müxtəlif üsullarla drenləşdirilməsi nəticələri.....	14
<b>Ağayev R.M., Əliyev F.X., Məmmədbəyova Q.C., Müzəffərzadə A.Ə.</b> Yüngün bağırsağ poliplərinin və polipozunun kanserogenezdə rolu.....	15
<b>Ağayev R.M., Sadıxov F.Q., Əliyev F.X.</b> Autoimmun tireoiditlərin müalicəsindən sonrakı uzaq dövrlərdə qalxanabənzər vəzin hormonal statusun tədqiqi.....	15
<b>Ağayeva A.R., Zamanov R.M., Yusifov S.Y.</b> Tireoidektomiya əməliyyatından sonrakı qanaxmaların risk faktorları.....	16
<b>Ağayeva N.A.</b> Qalxanvarı vəzin diüynlü xəstəlikləri zamanı hormonal supressiv müalicənin qanın lipid tərkibinə təsiri.....	17
<b>Aslanov H.M.</b> P53 genin arg72pro tək nukleotid polimorfizminin kolorektal poliplərdə müqayisəli təhlili.....	17
<b>Bababəyli E.Y., İsayev H.B., Əliyeva E.A., Bababəyli N.E.</b> Qarın boşluğu abseslərinin az-invaziv metodlarla ləğv edilməsində təcrübəmiz.....	18
<b>Bababəyli E.Y., İsayev H.B., Əliyeva G.B., Bababəyli N.E., Əliyeva E.A.</b> Laparoskopik universal tibbi qurğunun ocaqlı törəmələr ləğvində effektivliyi Naxçıvan Dövlət Universitetinin tibb fakültəsi..	19
<b>Bababəyli N.E., Əliyeva E.A., Bababəyli E.Y., İsayev H.B., Əliyeva G.B.</b> Amöb abseslərinin müasir üsullarla müalicəsində təcrübəmiz.....	19
<b>Bababəyli N.E., Əliyeva E.A., Bababəyli E.Y., İsayev H.B., Əliyeva G.B.</b> Qaraciyər exinokokkozunun müasir müalicə usulları.....	20

<b>Babayev F.H., Babayev C.F.</b> <i>Azərbaycanda hemodializ xidmətinin təkmilləşdirilməsi və yenidən təşkil olunması haqqında (2003-2023-cü illər).....</i>	20
<b>Bağirova H.F., Cavanşir P.A., Əlişova N.F., Bağirova S.K.</b> <i>Təcili kesar kəsiyi əməliyyatlarından sonrakı infeksiyaləşmə və ağırlaşmalar.....</i>	21
<b>Bağirova P.N.</b> <i>Uşaqlıq yolu mikroflorasının və klinik-immun vəziyyətinin xarakteristikası.....</i>	22
<b>Balakişiyeva F.K., Nuriyeva L.R.</b> <i>Transserebral fizoterapiyanın (mikrodalğalı terapiya və elektroyuxu) dissirkulyator ensefalopatiyalı xəstələrin müalicəsində tətbiqi.....</i>	23
<b>Balakişiyeva F.K.</b> <i>Baş beynin işemik xəstəlikləri olan xəstələrin bərpa müalicəsində fiziki amillərin tətbiqi.....</i>	24
<b>Bayramov N.Y., Zeynalov S.M., Zeynalov B.M., Mahmudov M.G., Rüstəm Ə.M.,</b> <i>Kəskin xolesistitin laparoskopik cərrahlığında konversiya hadisələri və onların səbəbləri.....</i>	24
<b>Bayramova T.E.<sup>1</sup>, Rəhimova G.O.<sup>1</sup>, Qaçaylı L.N.<sup>1</sup>, Kazimi M.M.<sup>2</sup>, Şindiyeva S.E.<sup>2</sup></b> <i>Qaraciyər transplantasiyası planlaşdırılan respipient qadınlarda uşaqlıq boynu dəyişikliklərinin araşdırılması.....</i>	25
<b>Bəylərov M.İ.</b> <i>Xroniki ürək çatışmazlığının reabilitasiyasında tənəffüs əzələləri üçün fiziki məşqlərin tətbiqi.....</i>	25
<b>Calalov M.</b> <i>Şəkərli diabeti olan hamilələrdə prenatal dövrün aparılmasında Tele-təbabətin tətbiqinin effektivliyi.....</i>	26
<b>Calalov M.</b> <i>COVID-19 infeksiyası keçirmiş xəstələrdə qalıcı əlamətlərin reabilitasiyasında Tele-təbabətin istifadəsinin effektivliyi.....</i>	27
<b>Cavanşir P.A.</b> <i>Qeysəriyyə kəsiyindən sonar keyfiyyətli çapığın formalaşmasının klinik mahiyyəti.....</i>	27
<b>Cəfərli R.E., Ağayev R.M.</b> <i>Orqan transplantasiyasının alternativində kök hüceyrə transplantasiyasının perspektivləri.....</i>	28
<b>Cəfərli R.E.</b> <i>Qaraciyər sirrozu və portal hipertenziyanın müalicəsində kök hüceyrələ transplantasiyasından sonra immunoloji toleranqlıq.....</i>	29
<b>Cəfərova K.Ə., Atakişizadə S.A. Tağıyeva F.Ş.,</b> <i>Fövqəladə hallarda infeksiya xəstəliklərə epidemioloji nəzarətin aparılması xüsusiyyətləri.....</i>	29
<b>Əbiyeva E.M., Behbudova D.A., Əhmədova T.A.</b> <i>Bakı şəhərin rayon poliklinikalarında kardioloji xəstələrin dispanserizasiyasının vəziyyətinin öyrənilməsi.....</i>	31
<b>Əfəndiyeva G.M.</b> <i>Xroniki böyrək xəstəlikləri zamanı sidik ifrazat sisteminin fizioloji funksiyalarının pozulmasında dəmir metabolizmi zülallarının rolu.....</i>	32
<b>Əhmədov M.B., Abışov N.S., Kosayev C.V., Babayev N.I.</b> <i>Diabetik fəsadların inkişafında dislipidemiya faktorları.....</i>	32
<b>Əhmədov M.B., Hüseynov X.M., Babayev N.İ.</b> <i>Hemodializ xəstələrindəki "Diabetik ayaq sindromu" zamanı efferent terapiya metodlarının tətbiqi haqqında.....</i>	33
<b>Ələkbərova Ş.İ.</b> <i>Diffuz toksiki zobun diaqnostikasının və müalicəsinin müasir aspektləri.....</i>	33
<b>Əliyev E.A., Musayeva Ş.V.</b> <i>Transsfinkterik anal fistullarda cərrahi müalicə nəticələrinin qiymətləndirilməsi.....</i>	34
<b>Əliyev E.Ş., Abbasov F.E., Əliyeva A.M.</b> <i>Diffuz koronar arteriya xəstəliyi olan xəstələrdə yama (PATCH) plastika texnikasının erkən dönmə nəticələri.....</i>	35

<b>Əliyev E.Ş., Abbasov F.E., Əliyeva A.M.</b> <i>İki və daha çox koronar arteriya tutulumu olan xəstələrdə distal darlıq üzərinə anastomoz texnikasının erkən dönmə nəticələri.....</i>	35
<b>Əliyev E.Ş., Abbasov F.E., Əliyeva A.M.</b> <i>Multifokal darlıqlı koronar arteriya xəstələrində endarterektomiyanın erkən dönmə nəticələri.....</i>	35
<b>Əliyev E.Ş., Abbasov F.E., Əliyeva A.M.</b> <i>Çox darlıqlı koronar arteriya xəstələrində bir damara edilən iki anastomoz texnikasının erkən dönmə nəticələri.....</i>	36
<b>Əliyev F.X., Müzəffərzadə A.Ə., Məmmədbəyova Q.C.,</b> <i>Biliar sirroz zamanı reperfüzion sindromun qaraciyər parenximasında törətdiyi morfoloji dəyişikliklər.....</i>	36
<b>Əliyev F.X., Aslanov H.M., Məmmədov A.Y., Əliyeva A.M.</b> <i>Qastrointestinal (QİST) tumorların kliniki-morfoloji diaqnostikasında immunhistokimyəvi müayinənin rolu.....</i>	37
<b>Əliyev F.X., Aslanov H.M., Məmmədov A.Y., Əliyeva A.M.</b> <i>Qastrointestinal stromal tumorların (GİST) diaqnostikasında immunmorfoloji müayinənin əhəmiyyəti.....</i>	38
<b>Əliyev F.X., Sadıxov F.Q., Məmmədbəyova Q.C., Müzəffərzadə A.Ə.</b> <i>Xroniki autoimmün tireoidit zamanı qalxanvari vəzin prekanserogen patologiyalarının proqnostik dəyərləndirilməsində immunomorfoloji transformasiyanın rolu.....</i>	39
<b>Əliyev M.İ., Həsənov F.C.</b> <i>Ortotopik qaraciyər transplantasiyası zamanı portal hipertenzianın post-reperfüzion sindromun inkişafında rolu.....</i>	39
<b>Əliyev M.Y., Tanrıverdi M.H., Zeynallı G.F., Babayeva R.R.</b> <i>Düz bağırsağın ön-aşağı rezeksiyası zamanı əsas taktiki tələblər.....</i>	40
<b>Əliyev Y.Q., Nəsimov E.Y., Əliyev E.T.</b> <i>Abdominoplastika təcrübəmizdən.....</i>	41
<b>Əsgərova S.E.</b> <i>Erkən dövrdə təsdiq edilmiş süd vəzisi xərçənginin müalicəsində şüa komponentinin rolu.....</i>	41
<b>Əsgərova S.E.</b> <i>Süd vəzisi xərçənginin erkən diaqnostikasında rəqəmsal mammoqrafiyanın rolu.....</i>	42
<b>Əsgərova Ş.M., Murquzova N.M.</b> <i>Covid-19 infeksiyalı vərəmli xəstələrdə ikincili infeksiyaların öyrənilməsi.....</i>	42
<b>Həsənov F.C., Əliyev M.İ.</b> <i>Covid-19 nəticəsində baş vermiş krds-un müalicəsində ekmo-ya qoşulma vaxtının kliniki nəticəyə təsiri.....</i>	43
<b>Həsənov F.C., Muradov N.F., Namazova K.N., Abbasova M.T., Əsgərova G.A., Musayeva N.Z., Kərimov Q.Ə., Məmmədova G.C.</b> <i>Kəskin mədə-bağısaq qanaxmasının kardiomarkerlərin səviyyəsinə təsiri.....</i>	44
<b>Həsənov F.C., Muradov N.F., Namazova K.N., Əliyev M.İ., Abbasova M.T., Əsgərova G.A., Məmmədova G.C.</b> <i>Antikoagulyant və antiaqreqant müalicəsinin mədə-bağırsaq qanaxması fəsadları.....</i>	44
<b>Həsənov F.C., Qasımova S.Ə., Muradov N.F., Namazova K.N., Quliyev R.İ.</b> <i>Ümumi anesteziyanın adekvatlıq kriteriyalarının elmi-klinik və praktiki-klinik baxımdan dəyərləndirilməsi.....</i>	45
<b>Həsənov F.C., Quliyev K.Ə., Abbasova M.T., Əsgərova G.A., Quliyev R.İ.</b> <i>Etiopatogenetik faktorun kəskin respirator disstress sindromun klinik gedişinə təsiri.....</i>	46
<b>Hidayətova V.Ə., Səlimov T.M., Sadiqov B.İ., Şamxalov Z.M., Hüseynova X.Q., Xəlilov V.M., Kərimova T.M., İbrahimov M.R.</b> <i>Azərbaycan Respublikasında yüngül bağırsağın iltihabi xəstəliklərinin son illərdəki dinamikası.....</i>	47
<b>İbrahimov R.N., Kərimov R.B., Kərimova K.M., Eyvazova G.R.</b> <i>Sümük oynaq vərəminin uzaq nəticələri.....</i>	47

<b>İbrahimxəlilova A.Ə.</b> <i>Parazitlərin lokalizasiyasından asılı olaraq seroloji reaksiyaların effektivliyi.....</i>	48
<b>İsayev H.B., Əliyeva E.A., Bababəyli E.Y. Əliyeva G.B., Bababəyli N. E.</b> <i>Qarın boşluğunun abseslərinin az-invaziv müalicəsinin müqayisəli xüsusiyyətləri.....</i>	49
<b>İsayev H.B., Əliyeva E.A., Bababəyli E.Y. Əliyeva G.B., Bababəyli N. E.</b> <i>Boşluq daxili abseslərinin fasiləli və fasiləsiz üsullarının müqayisəli təhlili.....</i>	50
<b>İskəndərov E.A.</b> <i>Biliar sirrozun ekperimental modeli zamanı qaraciyərin qan dövrənin öyrənilməsi.....</i>	50
<b>Kamilova N., Mirzəyeva X., Abbasova R., Vəliyeva S.</b> <i>Genital prolapsı olan qadınlarda urogenital pozğunluqların kompleks diaqnostikası.....</i>	51
<b>Kazımov İ.L., Əliyev F.X., Əfəndiyev M.S.</b> <i>Ahil və qoca yaşlı xəstələrdə piloroduodenal xoraların kliniki və morfoloji xüsusiyyətləri.....</i>	51
<b>Kazımov İ.L., Mustafayeva M.F.</b> <i>Qanaxma ilə fəsadlaşmış duodenal xorası olan xəstələrdə yaş faktorunun müalicənin nəticələrinə təsiri.....</i>	52
<b>Kazımzadə N., Zahidli A., Musayev K.</b> <i>Minimal invaziv asd ləğvi zamanı periferik kanulyasiya modifikasiyası.....</i>	53
<b>Kərimov R.B., Bayramov B.İ., İbrahimov R.N., Məmmədov F.F., Nəsirli M.V.</b> <i>Pnevmotoraksla ağırlaşmış bulyoz dəyişikliklərdə bullaların bağlanması müalicə metodu kimi.....</i>	53
<b>Kərimova S.S., Cəfərova X.İ., Həsənova G.H., Babayeva S.N., Sadıxova G.S., Əsədova G.H.</b> <i>Podagrık artritinin kombinə olunmuş müalicəsində şıx hidrogen sulfidli vannaların əhəmiyyəti.....</i>	53
<b>Mahmudova D.</b> <i>İİV İnfeksiyasının müxtəlif xəstəliklər fonunda erkən diaqnostikası.....</i>	54
<b>Manafov S.S., Axundova A.Y.</b> <i>Çiyin ağrısına səbəb-subakromial impingement sindromu zamanı ilk təyin olunan rentgen müayinəsinin effektivliyi.....</i>	55
<b>Mayılova A.Ə., Cəfərli R.E., Səfərova L.Ş.</b> <i>Tireoidektomiya zamanı əməliyyat daxili neyromonitorinqin aparılması.....</i>	56
<b>Məmmədova N.A., Cəfərli R.E., Əliyeva K.A.</b> <i>Sacrocoyceal pilonidal sinusun cərrahi müalicə üsulları.....</i>	57
<b>Məmmədov A.İ., Ağayev E.K., Neymətov İ.F., Cavadov Ə.C., İsmayılov V.F.</b> <i>Onikibarmaq bağırsağ xoralı xəstələrdə qanaxma ilə ağırlaşmanın proqnozlaşdırılmasında immun sistemin bəzi dəyişikliklərinin rolu haqqında.....</i>	57
<b>Məmmədov Ə.Ə., Məlikova S.A., Cəfərli R.E.</b> <i>Kəskin biliar pankreatitin müalicəsində endoskopik üsulların tətbiqi aspektləri.....</i>	58
<b>Məmmədov Ə.Ə., Cəfərli R.E., Məmmədov V.M.</b> <i>Düz bağırsağın ön rezeksiyalarında preventiv ileostomanın əhəmiyyəti.....</i>	59
<b>Məmmədov Ə.Ə., İskəndərov E.A., İdrisov F.S.</b> <i>Neytrofil – limfosit nisbətinin kəskin pankreatlər zamanı proqnostik dəyəri.....</i>	59
<b>Məmmədov E.X.</b> <i>Anal fistulanın lazer ablasiyası.....</i>	60
<b>Məmmədov E.X.</b> <i>Pilonidal sinusun müalicəsində diod lazerin tətbiqi.....</i>	60
<b>Muradov N.F., Həsənov F.C., Rüstəmov E.A., Zeynalov N.C., Namazova K.N.</b> <i>Həzm sisteminin yuxarı şöbəsinin qeyri-varikoz mənşəli kəskin qanaxmalarının müalicəsi zamanı risk dəyərləndirməsinin əhəmiyyəti.....</i>	61



<b>Musayev B.V.</b> <i>Qocalarda qəbizliyin klinik xüsusiyyətləri və müalicə xüsusiyyətləri.....</i>	62
<b>Musayev K.K., Kazımzadə N.C.</b> <i>Çoxsaylı stent içi restenozun stentektomiya üsulu ilə cərrahi müalicəsi.....</i>	63
<b>Musayev X.N., Əliyeva S.A., Şirinova F.M.</b> <i>Xroniki qəbizliyə görə subtotal kolektomiya olunmuş xəstələrdə hemostaz.....</i>	63
<b>Müslimov Q.F., Behbudov V.V., Zeynalov N.C., Əliyeva G.R., Azadova Z.N.</b> <i>Yeni nəsil artikulyasiyon alətlərlə icra edilmiş laparoskopik nissen fundoplikasiyası: təcrübədən nümunə.....</i>	63
<b>Mustafayev A.N., Xasayeva N.R.</b> <i>Ekstrahepatik öd yollarının zədələnməsinin aşkar olunmasında şüa diaqnostik metodların imkanlarının qiymətləndirilməsi.....</i>	64
<b>Mustafayev A.N., Xasayeva N.R.</b> <i>Nazik bağırsağın müxtəlif mənşəli keçməzliyin differensial diaqnostikasında şüa-diaqnostikasi metodlarının imkanlarının qiymətləndirilməsi.....</i>	65
<b>Namazov İ.L., Namazova K.N., Həsənov F.C., Kosayev C.V., Muradov N.F., Əliyeva A.M., Aslanov A.A., Əhmədova Ü.S., İbrahimova G.R.</b> <i>Aorta-qalça-bud segmentinin rekonstruktiv-bərpa əməliyyatlarının cərrahi və anestezioloji aspektləri.....</i>	65
<b>Nəsibov E.Y., Əliyev Y.Q., Əliyev E.T.</b> <i>Makromastiyalı xəstələrdə müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması.....</i>	66
<b>Nəcəfquliyeva P.H.</b> <i>Qeyri-spesifik xorali kolitin farmakoterapiyasının yeni imkanlarının müqayisəli təhlili və onun fəaliyyətinin qiymətləndirilməsinin təkmilləşdirilməsi yolları.....</i>	67
<b>Qasımova S.Ə.</b> <i>Adekvat anesteziyanın intra- və postoperasion dövrlər üçün proqnostik əhəmiyyəti.....</i>	68
<b>Rəhimova G.O., Bayramova T.E., Qaçaylı L.N., Kazimi M.M., Şindiyeva S.E.</b> <i>Transplantasiya əməliyyatı planlaşdırılan klimakterik dövrdə olan qadınlarda uşaqlıq boynu dəyişikliklərinin araşdırılması.....</i>	68
<b>Rəhmanov Z.K., Hacıyev A.B., Quliyeva L.T., Rəhimova E.S.</b> <i>İnfarktdan sonrakı kardioskleroz nəticəsində atim fraksiyası azalmış xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə ağciyər hipertenziyasının miokardın elektrofizioloji proseslərinə təsiri.....</i>	69
<b>Rüstəmov E.A., Zeynalov N.C., Həsənov A.R.</b> <i>Mədə-bağırsaq sisteminin yuxarı şöbəsinin qeyri-varikoz mənşəli qanaxmalarının müalicəsinin nəticələri.....</i>	70
<b>Rüstəmov A.B., Əliyev A.H.</b> <i>Diabetik ayaq sindromu olan xəstələrdə amputasiyanın nəticələrinin qiymətləndirilməsi.....</i>	70
<b>Sadiqov B.İ., Qasımova İ.N., Hidayətova V.Ə., Hüseynova X.Q., Mahalova N.S.</b> <i>Bağırsağın iltihabi xəstəliklərində meflor (Probiobtik) tətbiqi.....</i>	71
<b>Şahmalıyeva Ü.R.</b> <i>Uşaqlıq mioması olan xəstələrin bəzi tibbi-sosial xüsusiyyətləri.....</i>	71
<b>Sarıyeva E.Q.</b> <i>Hamiləlik zamanı qaraciyərdaxili xolestazın perinatal nəticələrə təsiri.....</i>	73
<b>Şirinov Z.T., Azadova Z.N.</b> <i>Göbək yırtığının yeni ekstrapertonial plastikası.....</i>	74
<b>Şirinov Z.T., Əhmədov C.S.</b> <i>Xoledoxoduodenostomiya.....</i>	75
<b>Şirinov Z.T., Əliyev F., Azadova Z.N.</b> <i>Qarın boşluğunun 23 ilik yad cismi (Kliniki praktikadan nümunə).....</i>	75

<b>Şirinov Z.T., Mirzəyev O.V., Azadova Z.N.</b> <i>Ağırlaşmış formalı qeyri-spesifik xoralı kolitlə olan xəstələrdə rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlar.....</i>	76
<b>Şirinov Z.T., Nadirov R.S.</b> <i>qaraciyər sistlərinin arxitektonikası və icra olunan kəsiklər.....</i>	77
<b>Xəlilov V.M., Səlimov T.H., İbrahimov M.R., Xəlilova V.V.</b> <i>Bağırsaq dispepsiyalarını kompleks müalicəsinə dair.....</i>	78
<b>Zeynalov S.M., Zeynalov B.M., Rüstəm Ə.M., Əliyev T.Q.</b> <i>Kəskin xolesistitin müalicəsində erkən laparoskopik xolesistektomiyanın üstünlükləri.....</i>	78
<b>Agayev R.M., Mammadov A.A., Iskandarov E.A., Idrisov F.S.</b> <i>Changes in system inflammatory response parameters in the early stages of complications of acute pancreatitis.....</i>	79
<b>Agayev R.M., Sadikhov F.G.</b> <i>Long-term treatment results of patients with autoimmune thyroiditis.....</i>	79
<b>Gotsadze M., Kandashvil T., Gordreladze D., Narsia N., Momtselidze N., Mantskava M.</b> <i>Rheological properties during the chronic form of atrial fibrillation.....</i>	80
<b>Imanov E., Lazoryshynets V., Plyska O.</b> <i>Endovascular treatment of critical coarctation of the aorta (coa) in newborns and infants.....</i>	81
<b>Imanov E., Lazoryshynets V., Plyska O.</b> <i>Combined percutaneous transcatheter interventions in the same session for patients with multiple congenital cardiovascular defects.....</i>	81
<b>Imanov E., Lazoryshynets V., Plyska O.</b> <i>Endovascular methods for the treatment of pulmonary stenosis.....</i>	82
<b>Kandashvili T., Noniashvili M., Zurabashvili T.</b> <i>Liver injury in Covid-19 patients.....</i>	82
<b>Kintraia N., Machavariani P., Gogokhia N., Grigalashvili K., Metskharishvili N., Rizhvadze M., Japaridze B., Khotivari N., Pkhaladze N., Shvelashvili E., Barbakadze L., Chichua K., Mikaberidze K., Merkviladze M.</b> <i>Sars-Cov-2 spike protein antibody titers in cord blood after vaccination against Covid-19 during pregnancy.....</i>	83
<b>Muslumov G.F., Aliyeva G.R., Zeynalov N.J., Behbudov V.V.</b> <i>Laparoscopic versus open pancreaticoduodenectomy for the treatment of periampullary tumors and chronic pancreatitis.....</i>	84
<b>Nabieva L.B., Kerimova S.S., Gasanova G.G.</b> <i>The use of electrophoresis of the darydag arsenic salt and microwaves in the combined therapy of patients with osteoarthritis.....</i>	85
<b>Rajabova G.K., Odinaeva G.SH.</b> <i>Improvement of the results of treatment of uterine polyps associated with synechias in women of fertilizing age.....</i>	85
<b>Rajabova G.K.</b> <i>Minimally invasive technology and the application of the «Fast track» principle in the treatment of uterine myoma.....</i>	86
<b>Saidova F.Kh., Aslanova J.B., Shahsuvarov O.M., Muradov N.F.</b> <i>Anemia syndrome in autoimmune thyroid diseases.....</i>	87
<b>Agaev P.M., Aliyeva G.P., Muslimov G.F., Bayramov B.I., Zeynalov N.D., Behbudov V.V.</b> <i>Ген алкогольдегидрогеназы (ААНЗ) и хронический панкреатит в Азербайджанской популяции.....</i>	88
<b>Акюзь Д.А., Алиев А.Х., Амиров Т.Дж.</b> <i>Особенности течения, диагностики и хирургического лечения нелактационного мастита.....</i>	88

<b>Акюзь Д.А., Шафиев И.А., Касимов А.Ш.</b> Особенности иммунного статуса женщин в постменопаузальном периоде.....	89
<b>Ахвердиева Т.Г., Абдуллаева Г.Г., Керимова Г.А.</b> Диагностические критерии выявления ишемизирующих заболеваний артерий нижних конечностей на стадии «Предболезни».....	89
<b>Бабабейли Э.Ю., Алиева Э.А.</b> Оценка малоинвазивных методов лечения абдоминальных абсцессов.....	90
<b>Бабаев Ф.Х., Исмаилов Х.И., Гусейнов Х.М., Гасанова З.В.</b> Характеристика основных направлений (вопросов) обеспечения пациентов с хронической болезнью почек заместительной почечной терапией в Азербайджане.....	91
<b>Гасымов З., Джавадова Т., Дадашова-Сабзалиева Г. М., Джамалова С., Гараммамдали С., Азимова М., Гамзаева Л., Талыбова Ш., Абдуллаева Ш., Ширинова Т., Рагимова Э., Багиров М.</b> Приверженность пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями медикаментозной терапии на примере трех медицинских учреждений Азербайджана.....	91
<b>Гидаятова В.А., Салимов Т.Г., Садыгов Б.И., Шамхалов З.М., Гусейнова Х.Г., Ибрагимов М.Р.</b> Частота встречаемости дивертикулярной болезни толстой кишки среди амбулаторных больных отделения гастроэнтерологического профиля.....	92
<b>Исаев Г.Б.</b> Диагностика и хирургическое лечение при постбульбарных язвах дуоденума.....	92
<b>Исаев Г.Б.</b> Можно ли рассматривать хламидоза как один из этиологических факторов идиопатического запора?.....	93
<b>Исмаилзаде Ф.А., Гусейнова С.Г., Рзаева С.С., Мустафаева Э.Э.</b> Дифференцированные подходы к лечению нейропатии лицевого нерва на разных сроках заболевания.....	94
<b>Исмайылова М.И.</b> Клиническая эффективность современных классификация миомы матки.....	94
<b>Косаев Дж.В., Абышов Н.С., Таги-заде Г.Т., Гулиев Р.А.</b> Влияние стимуляции регионарного кровотока операцией непрямой реваскуляризации на ближайшие и отдаленные результаты у больных с критической ишемией нижних конечностей.....	95
<b>Косаев Дж.В., Абышов Н.С., Ахмедов М.Б., Зейналова Г.М., Хасаева Н.Р.</b> Влияние операции поясничной симпатэктоми и реваскуляризирующей остеотрпанации на стимуляцию регионарного кровотока и результаты лечения у больных с критической ишемией нижних конечностей.....	96
<b>Малахова М.В., Куличкин А.С., Бриль К.Р., Брешенков Д.Г., Ховрин В.В.</b> Принципы и условия снижения риска при кт-аортографии.....	97
<b>Мамедов Р.А., Султанова Т.С.</b> Ультроструктурные изменения и альвеолоцитов после длительной физической нагрузки.....	98
<b>Султанова Т.С.</b> Ультроструктурные изменения респираторных альвеолоцитов после длительной физической нагрузки.....	98
<b>Мамедова Г.А.</b> Влияние комбинированных операций на качество жизни.....	99
<b>Махмадов Ф.И., Давлатов С.Н., Болтубоев М.М., Муродов А.И., Сафаров Ф.Ш., Ашууров А.С.</b> Кровотечений у больных после операций на гепатобилиарной зоне.....	100
<b>Махмадов Ф.И., Давлатов С.Н., Болтубоев М.М., Муродов А.И., Сафаров Ф.Ш., Ашууров А.С.</b> Некоторые аспекты патогенеза послеоперационных пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений у больных после операций на гепатобилиарной зоне.....	101

