ISSN 2413-3302

Əziz Əliyev adına elmi-praktik jurnal
“Tibb və Elm” №1 (31) (2023)

(Ümummilli lider Heydər Əliyevin 100 illik yubileyinə həsr olunur)

Scientific-practical journal named after A.Aliyev
“The Medicine and Science”

(Dedicated to the 100th anniversary of the national leader Heydar Aliyev)

Bakı - 2023

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ
Ə.ƏLİYEV adına AZƏRBAYCAN DÖVLƏT HƏKİMLƏRİ TƏKMİLLƏŞDİRMƏ İNSTİTUTU

Əziz Əliyev adına elmi-praktik jurnal
"Tibb və Elm"

2015-ci ildən nəşr edilir.
Təsisçi: Ə.ƏLİYEV ad. AZƏRBAYCAN DÖVLƏT HƏKİMLƏRİ TƏKMİLLƏŞDİRMƏ İNSTİTUTU
Azərbaycan Respublikası Ədliyyə Nazirliyində
22.06.2015-ci ildə qeydə alınmışdır, № 3990
ISSN: 2413-3302
İldə 4 dəfə çap olunur. Tiraj: 200

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının dissertasiyaların əsas nəticələrinin dərc olunması tövsiyə edilən dövri elmi nəşrlərin siyahısına daxil edilmişdir.

Baş Redaktor:
Nazim Qasımov
Baş red.müavini:
Kamil Hacımuradov
Redaksiya Heyəti:
Teymur Musayev
Rauf Ağayev
Elsevər Ağayev
Cəmil Əliyev
Əhliman Əmiraslanov
Elmar Qasımov
Məmmədəli Meybəliyev
Rahim Əliyev
Məsul katib:
Təyyar Eyvazov

Ünvan: Azərbaycan, Bakı şəhəri, AZ1012,
Tbilisi prospekti, 3165-ci məhəllə.
Tel: +994125650420
+994503466883
e-mail: adhti@mail.ru
medandscience@mail.ru
vebsəhifə: www.adhti.edu.az

Bakı - 2023

REDAKSİYA ŞURASI

ÖNDƏR YAMAN (Türkiyə)

OQTAY ERGENE (Türkiyə)

ADİL MƏMMƏDOV (Rusiya)

MEHMAN MƏMMƏDOV (Rusiya)

TEYMUR QAFAROV (Azərbaycan)

ALEKSANDR ÇERNOUSOV (Rusiya)

İRİNA ZAXAROVA (Rusiya)

ALEKSANDR AMETOV (Rusiya)

İRİNA LORANSKAYA (Rusiya)

VLADİMİR KUÇERENKO (Rusiya)

LARİSA MOŞETOVA (Rusiya)

METİN ÖNERÇİ (Türkiyə)

VALENTİNA OLESOVA (Rusiya)

RAYS TULEBAEV (Qazaxıstan)

DMİTRİY ZABALOTNIY (Ukrayna)

SUSAN C.BRUNSELL (ABŞ)

WILLIAM J.LAWTON (ABŞ)

CIVAN IŞLAK (Türkiyə)

MEHMET BILGIN SAYDAM (Türkiyə)

ALEKSANDR SİNOPALNİKOV (Rusiya)

ROMAN KOZLOV (Rusiya)

ANDREAS C.PETROPOULOS (Yunanıstan)

FAZİL AĞAYEV (Azərbaycan)

ELCAN MƏMMƏDBƏYOV (Azərbaycan)

NƏSİB QULİYEV (Azərbaycan)

RƏNA ŞİRƏLİYEVA (Azərbaycan)

ŞAKİR MUSAYEV (Azərbaycan)

SƏİDƏ SƏİDXOCAYEVA (Özbəkistan)

AZERBAIJAN REPUBLIC MINISTRY of HEALTH

AZERBAIJAN STATE ADVANCED TRAINING INSTITUTE FOR DOCTORS named by A.ALIYEV

Scientific-practical journal named after A.Aliyev
"The Medicine and Science"

Publeshed from 2015.

Founder: AZERBAIJAN STATE ADVANCED TRAINING INSTITUTE FOR DOCTORS named by A.ALIYEV

Registred in Ministry of Justice of Azerbaijan Republic in 22.06.2015, № 3990

ISSN: 2413-3302

Published quartarly. Circulation 200

The journal is included to the list of recommended journals by Higher Attestation Commission under the President of Azerbaijan Republic, where main scientific results of dissertations should be published.

Editor in chief:

Nazim Gasimov

Deputy editor in chief:

Kamil Hajimuradov

Editorial board:

Teymur Musayev

Rauf Agayev

Elsever Agayev

Djamil Aliyev

Ahliman Amiraslanov

Elmar Gasimov

Mammadali Meybaliyev

Rahim Aliyev

Executive secretary:

Tayyar Eyvazov

Address: Azerbaijan, Baku, AZ1012,
Tbilisi ave. block 3165.
Phone: +994125650420
+994503466883
e-mail: adhti@mail.ru
medandscience@mail.ru
website: www.adhti.edu.az

Baku - 2023

ADVISORY BOARD

ONDER YAMAN (Turkey)

OGTAY ERGENE (Turkey)

ADIL MAMMADOV (Russia)

MEHMAN MAMMADOV (Russia)

TEYMUR GAFAROV (Azerbaijan)

ALEKSANDR CHERNOUSOV (Russia)

IRINA ZAXAROVA (Russia)

ALEKSANDR AMETOV (Russia)

IRINA LORANSKAYA (Russia)

VLADIMIR KUCHERENKO (Russia)

LARISA MOSHETOVA (Russia)

METIN ONERCHI (Turkey)

VALENTINA OLESOVA (Russia)

RAYS TULEBAEV (Kazakhistan)

DMITRIY ZABALOTNIY (Ukraine)

SUSAN C.BRUNSELL (USA)

WILLIAM J.LAWTON (USA)

CIVAN ISHLAK (Turkey)

MEHMET BILGIN SAYDAM (Turkey)

ALEKSANDR SINOPALNIKOV (Russia)

ROMAN KOZLOV (Russia)

ANDREAS C.PETROPOULOS (Greece)

FAZIL AGAYEV (Azerbaijan)

ELCAN MAMMADBAYOV (Azerbaijan)

NASIB GULIYEV (Azerbaijan)

RANA SHIRALIYEVA (Azerbaijan)

SHAKIR MUSAYEV (Azerbaijan)

SAIDA SAIDKHOJAYEVA (Uzbekistan)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВОХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ имени А.АЛИЕВА

Научно-практический журнал имени А.Алиева
“Медицина и Наука”

Печатается с 2015 года.

Учредитель: АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ имени А.АЛИЕВА

Зарегестрировано в Министерстве Юстиции Азербайджанской Республики в 22.06.2015, № 3990

ISSN: 2413-3302

Выпускается ежеквартально. 200 экземпляров

Журнал включен в список периодических изданий рекомендуемых Высшей Аттестационной Комиссией при Президенте Азербайджанской Республики, в которых могут быть опубликованы основные научные результаты диссертаций.

Адрес: Азербайджан, Баку, AZ1117,
Тбилисский проспект, блок 3165.
Тел: +994125650420
+994503466883
e-mail: adhti@mail.ru
medandscience@mail.ru
веб-страница: www.adhti.edu.az

Главный Редактор:

Назим Гасымов

Зам главного редактора:

Камиль Гаджимурадов

Редакционная коллегия:

Теймур Мусаев

Рауф Агаев

Эльсевер Агаев

Джамиль Алиев

Ахлиман Амирасланов

Эльмар Гасымов

Маммедали Мейбалиев

Рагим Алиев

Ответственный секретарь:

Таййар Эйвазов

Баку - 2023

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ОНДЕР ЯМАН (Турция)

ОКТАЙ ЭРГЕНЕ (Турция)

АДИЛ МАМЕДОВ (Россия)

МЕХМАН МАМЕДОВ (Россия)

ТЕЙМУР ГАФАРОВ (Азербайджан)

АЛЕКСАНДР ЧЕРНОУСОВ (Россия)

ИРИНА ЗАХАРОВА (Россия)

АЛЕКСАНДР АМЕТОВ (Россия)

ИРИНА ЛОРАНСКАЯ (Россия)

ВЛАДИМИР КУЧЕРЕНКО (Россия)

ЛАРИСА МОШЕТОВА (Россия)

МЕТИН ОНЕРЧИ (Турция)

ВАЛЕНТИНА ОЛЕСОВА (Россия)

РАЙС ТУЛЕБАЕВ (Казахыстан)

ДМИТРИЙ ЗАБАЛОТНЫЙ (Украина)

СЮЗАН ДЖ.БРУНСЕЛЛ (США)

УИЛЬЯМ Ж.ЛОУТОН (США)

ДЖИВАН ИШЛАК (Турция)

МЕХМЕТ БЫЛГЫН САЙДАМ (Турция)

АЛЕКСАНДР СИНОПАЛЬНИКОВ (Россия)

РОМАН КОЗЛОВ (Россия)

АНДРЕАС ДЖ.ПЕТРОПОУЛОС (Греция)

ФАЗИЛЬ АГАЕВ (Азербайджан)

ЭЛЬДЖАН МАМЕДБЕКОВ (Азербайджан)

НАСИБ ГУЛИЕВ (Азербайджан)

РЕНА ШИРАЛИЕВА (Азербайджан)

ШАКИР МУСАЕВ (Азербайджан)

САИДА САИДХОДЖАЕВА (Узбекистан)

ƏDƏBİYYAT İCMALI | **ЛИТЕРАТУРНЫЕ ОБЗОРЫ** | **LITERATURE REVIEWS**

OLİQOMETASTATİK SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİ

[1,2]Əliyev C.Ə., [1,2]Mansurov E.B.*, [1]Rəhimzadə S.E., [1,3]Məlikova L.Ə., [1]Mansurova T.E., [4]Yusifova G.A.

[1]Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan;

[2]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, onkologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan;

[3]Biofizika İnstitutu, Bakı, Azərbaycan;

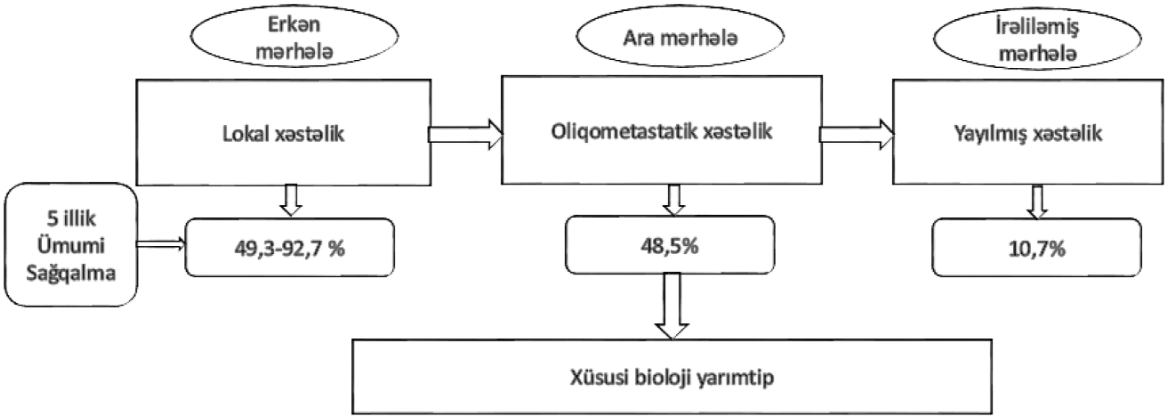
[4]"Bakı Baş Səhiyyə Mərkəzi" PHŞ, Bakı, Azərbaycan

1994-cü ildə ilk dəfə, Samuel Hellman tərəfindən solid xərçənglərin metastazlarında "spektr" nəzəriyyəsi irəli sürüldü. Bu nəzəriyyəyə əsasən, solid xərçənglərin ilk əlamətləri aşkar olunanda, xəstəliyin mərhələsi, indolent gedişdən geniş yayılmış xəstəliyə qədər olan bir spektrə düşür, bunun da səbəbi, solid xərçənglərin metastaz vermə qabiliyyətini təyin edən müxtəlif klonal evalyusiyadır. Sonrakı bir il ərzində spektr nəzəriyyəsi təkmilləşdirilərək, hər hansı bir solid xərçəngin məhdud metastazı təsvir edildi və "oliqometastaz" termini təklif olundu. Belə ki, 1995-ci ildə Samuel Hellman və Ralph R. Weıchselbaum, oliqometastazı, yəni, bir sıra xəstələrdə məhdud sayda aşkar olunan metastazları, yerli və geniş yayılmış xərçəng xəstəlikləri arasında keçid vəziyyəti kimi qiymətləndirdilər və bu şişlərdə ənənəvi sistem müalicəsi ilə bərabər lokoregional müalicənin aparılmasının əhəmiyyətini göstərdilər. 1995-ci ildən bu günə kimi oliqometastaz haqqında 1000-dən çox icmallar, məqalələr, tezislər və s. nəşr olunub və S. Hellman və R. Weıchselbaumun oliqometastaz haqqında olan fikirləri öz orjinallığını və əhəmiyyətini hələ də itirməyib. Bu dahi alimlərin nəzəriyyələrinə asaslanan oliqometastaz haqqında olan ədəbiyyat məlumatlarının bir qismini və şəxsi təcrübəmizdə olan oliqometastatik süd vəzi xərçəngli xəstənin müayinə və müalicəsi haqqında məlumatları təqdim edirik.

Açar sözlər: oliqometastaz, xüsusiyyətləri, süd vəzi xərçəngi, müalicəsi, nəticələri.

Giriş. 1894-cü ildə W. Holsted, təklif etdiyi süd vəzi xərçənginin (SVX) "mərkəzdən qaçan spiralvari" yolla yayılması nəzəriyyəsinə əsaslanaraq, radikal mastektomiya cərrahi əməliyyatını icra etdi [14]. W. Holstedə görə SVX lokoregional xəstəlik olmaqla, öncə limfa damarları ilə regional limfa düyünlərinə, sonra uzaq üzvlərə yayılır və müvəffəqiyyətli müalicə üçün şişlə bərabər zədələnməsi güman olunan daha çox şişətrafı toxumalar çıxarılmalıdır [15]. Lakin sonralar, Holstedin təklif etdiyi radikal mastektomiyanın nəticələri kafi olmadığı üçün 50-ci illərin əvvəllərində yenə də "SVX lokoregional xəstəlikdir" nəzəriyyəsinə əsasən daha geniş həcmli cərrahi əməliyyatlar – "genişlənmiş və daha genişlənmiş radikal mastektomiya" əməliyyatları J. Urban [38], S. A. Xoldin və L. Y. Dimarski [1] tərəfindən icra olundu və geniş yayıldı. Lakin XX əsrin 70-ci illərində toplanmış böyük klinik nəticələr göstərdi ki, SVX-də toxumaların geniş çıxarılması daha yaxşı nəticələrə zəmanət vermir. Belə ki, ölüm, yerli residivdən deyil, əksəriyyət hallarda uzaq metastazlardan baş verirdi [4]. Bu səbəbdən ilk dəfə SVX-nin yayılması biologiyasını izah edən digər nəzəriyyə B. Fisher tərəfindən irəli sürüldü [9]. Bu nəzəriyyəyə əsasən özünü klinik biruzə verən SVX artıq sistem xəstəliyidir və regional limfa düyünlərinə metastaz uzaq metastazların göstəricisi deyil, onların mənbəyidir və bu halda xəstəliyin geniş həcmdə aparılan yerli və regional cərrahi müalicəsi xəstələrin yaşama müddətinə müsbət təsir etmir, fəsadları çox olur və kosmetik cəhətdən qeyri-qənaətbəxş nəticələr verir. Nəticədə SVX-nin cərrahi müalicəsinə daha mühafizəkar yanaşma (orqanqoruyucu) və sistem təsirli müalicə aparılması təklif olundu [7, 8]. Lakin yenə də bir sıra hallarda W. Holstedin "yerli" və B. Fisherin "sistem" nəzəriyyələri SVX-nin gedişini və yayılmasından asılı olaraq aparılan yerli və ya sistem müalicələrinin nəticələrini izah edə bilmirdi. Buna rəğmən 1994-cü ildə S. Hellman tərəfindən ilk dəfə SVX-nin metastazlarında "spektr" nəzəriyyəsi irəli sürüldü. Bu nəzəriyyəyə əsasən SVX-nin ilk əlamətləri aşkar olunanda xəstəliyin mərhələsi indolent gedişdən geniş yayılmış xəstəliyə qədər olan bir spektrə düşür, bunun da səbəbi xərçəngin metastaz vermə qabiliyyətini təyin edən müxtəlif klonal evalyusiyadır [16]. Sonrakı bir il ərzində spektr nəzəriyyəsi təkmilləşdirildi və SVX-də daxil olmaqla hər hansı bir solid xərçəngin məhdud metastazı təsvir edildi və "oliqometastaz" (OM) termini təklif olundu [17]. Belə ki, 1995-ci ildə S. Hellman və Ralph R. Weıchselbaum OM-ı, yəni məhdud sayda aşkar olunan metastazları, yerli və geniş yayılmış xərçəng xəstəlikləri arasında keçid vəziyyəti kimi qiymətləndirdilər (Şək. 1).

*e-mail: onkologiya_adhti@mail.ru



Şək. 1. Oliqometastatik xəstəliyin mərhələndirmədə yeri (1. BYRD, David R., et al. AJCC cancer staging manual. New York: Springer, 2010; 2. JAIN, Supriya K., et al. Incidence and implications of oligometastatic breast cancer, 2012).

İşin məqsədi. 1995-ci ildən 12.2022 tarixinə kimi PubMed.gov - tibbi elmi ədəbiyyat və tədqiqatlar üçün dünyanın aparıcı biblioqrafik mənbəyinə əsasən, bir çox dünya ölkələrində OM haqqında 1148 məqalə nəşr olunmasına baxmayaraq [20], apardığımız araşdırmalar və sorğular göstərir ki, Azərbaycan Respublikasında nəşr olunan tibb ədəbiyyatlarında OM haqqında geniş məlumat yoxdur. Tərəfimizdən təqdim edilən oliqometastatik SVX haqqında 8-ci Türk Tibbi Onkoloji Konqresində və Naxçıvanda keçirilən 1-ci Beynəlxalq Tibbi Forumda abstrakt və poster qəbul olunmuş və təqdimatla çıxışımız baş tutmuşdur. Odur ki, məqsədimiz, bu boşluğu doldurmaq üçün S. Hellman və R. Weıchselbaumun bu dahi nəzəriyyəsini və SVX-nin OM-ları haqqında yayımlanan bir sıra məqalələri həkimlərimizin diqqətinə təqdim etməkdir. Qeyd edək ki, öz təcrübəmizdə son 3 ildə 10 oliqometastatik SVX olan xəstə var. Müşahidə müddəti qısa olduğu üçün həmin xəstələr haqqında digər metastatik SVX olan xəstələrlə müqayisəli məlumat vermək məqsədəuyğun deyil. Odur ki, müşahidə müddəti 36 ay olan oliqometastatik SVX kimi müalicə alan birinci xəstəmiz haqqında məlumatları təqdim edirik.

Material və metod. 1995-2022-ci illər ərzində OM haqqında dünyada çap olunmuş və bizə əlçatan olan nəşrlər təhlil edildi və nəzəri və praktik cəhətdən daha böyük əhəmiyyət kəsb edən nəşrlər icmala daxil edildi. Deyilənlərin təsdiqi kimi Milli Onkologiya Mərkəzində müayinə və müalicə olan bir oliqometastatik SVX olan xəstə haqqında məlumatlar təqdim edildi.

Nəticələr və onların müzakirəsi. S. Hellman və R. Weıchselbaumun OM haqqında olan fikirləri öz orjinallığını və əhəmiyyətini hələ də itirməyib. Bu dahi alimlərin nəzəriyyələrinə asasən [17] OM-ı aşağıdakı göstəricilər xarakterizə edir:

1. Xərçəngin patogenezi haqqında "yerli" və "sistem" nəzəriyyələri çox məhduddur və xərçəngin klinik gedişini tam əhatə etmir. Nəticədə xərçəngin müalicəsi bir sıra hallarda dəqiqləşməmiş patogenetik paradiqmaya əsasən aparılır.

2. Xərçəng xəstəliyinin bioloji spektrinə ilk aşkar olunduqda yerli və geniş yayılmış formaları ilə bərabər aralıq vəziyyətində olan xəstəlik forması da daxildir.

3. Xərçəngin inkişafı çox mərhələlidir və xərçəngin klinik aşkar olunana qədər olan dövrünün uzun müddətli olmasına baxmayaraq, metastaz vermə əsasən klinik aşkar olunan şişlərdə müşahidə olunur. Metastazlar həm şişin ölçüsünün və həm də inkişafının bir göstəricisidir.

4. Şişin biologiyası (bədlilik dərəcəsi) və üzvlərin anatomiya və fiziologiyasından (xərçəng hüceyrələrini qəbul etmə dərəcəsindən) asılı olaraq bəzi şişlərdə metastazlar bir və ya bir neçə üzvlərdə məhdud sayda ola bilər. Bu, "toxum – torpaq" prinsipinə uyğundur.

5. Oliqometastatik vəziyyətdə olan bəzi xəstələr kurativ terapevtik strategiyaya məruz qalmalıdırlar. Bir və ya az sayda ağciyər, qaraciyər və hətta beyin metastazlarının cərrahi çıxarılması və ya şüa ablyasiyasının müvəffəqiyyəti, məhdud formalı oliqometastatik vəziyyətin olmasına bir daha dəlalət edir.

6. Metastazların sayı artıqca uzunmüddətli yaşa-

ma müddəti azalır.

7. OM-ların müalicəsinin az effektli olması, ilk növbədə bütün metastazların aşkar oluna bilinməməsinin və zahirən məhdud görünən zədələnmələrin çox vaxt aşkar edilməmiş yayılmış xərçəngin bir təzahürü olmasının nəticəsidir. Beləliklə, OM-ların effektli müalicəsi bütün zədələnmələrin aşkar olunmasını tələb edir.

8. OM-ları bədxassəli şiş spektrində dəqiqləşdirmək üçün bütün mümkün müasir müayinə metodlarından və yeni molekulyar markerlərdən istifadə olunmalıdır.

9. De novo və ya sistem müalicəsindən sonra OM-lı xəstələr bu zədələnmələrin ablasiyası yolu ilə müalicə olunmalıdırlar. Daha progressivləşmiş xəstəliklərdə daha aqressiv və effektli sistem müalicəsi lazımdır.

10. OM-larda yeni cərrahi və şüa müalicə metodları hazırlanmalıdır və bunlar tək və ya sistem müalicə metodları ilə birgə aparılmalıdır. Yerli təsir, sistem təsiri gücləndirə bilər. Bu müalicələr metastazları dəqiq zədələməlidirlər. Toxuma və üzvlərin normal quruluşu və funksiyaları qorunmalıdır.

11. OM-larda yeni aktiv klinik tədqiqatlar aparılmalıdır.

2011-ci ildə S. Hellman və R. Weıchselbaum, "Oliqometastazlara təkrar baxış" məqalələrində [41], 1995-ci ildə OM haqqında söylədikləri nəzəriyyələrini bir daha təsdiq etdilər. Bunu çox qısa olaraq 2 bənd ilə səciyyələndirmək olar:

1. Uzaq metastaz vermiş xərçəng xəstələrinin bir qrupu (OM-lı) yerli müalicə ilə sağala bilir.

2. OM-ların müalicəsində əsas məsələ, bütün müayinə metodlarından istifadə etməklə bunu polimetastazlardan fərqli bir qrup kimi ayırmaqdır.

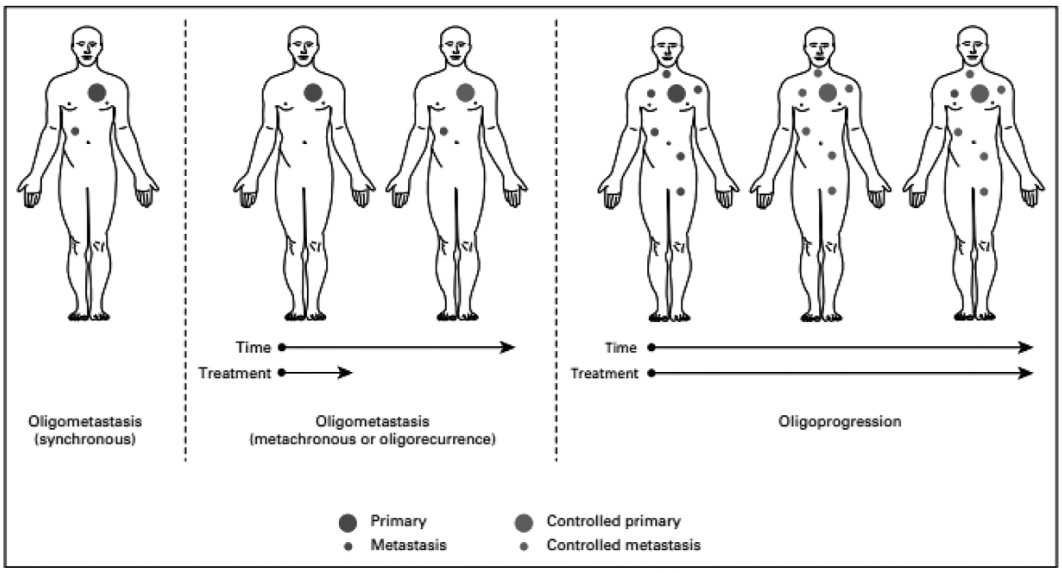
Oliqometastaz nədir? "Müdrikliyin başlanğıcı, terminlərin tərifidir" – «Socrat» [18]. "Oligos" – yunan dilindən tərcümədə "az" ya da "bir neçə" mənasını verir. Metastaz isə yunanca, meta – "sonrakı", stasis – "yer dəyişmə" mənasını verən xərçəng hüceyrələrinin yarandıqları toxumadan bilavasitə və ya qan-limfa damarları ilə başqa toxumalara yayılmasına verilən addır. Metastaz vermə prosesi mərhələlərlə gedir: *hüceyrə adheziyasının itirilməsi, hərəkətliyin artması, birincili şişin invaziv olması, qan və limfa dövranına daxil olma və yaşama, yeni üzvlərə keçmə və üzvlərdə kolonizasiya.* Bu mərhələləri idarə edən "inisiasiya", " proqressiya" və "virulentlik" genləri mövcuddur ki, bu genlərin qarşılıqlı nisbətindən asılı olaraq şişlər aqressiv, aralıq və indolent sürətli gedişə malik olurlar. Sonunculardan OM-lar formalaşır [13].

OM hesab olunan metastatik şişlər 3 göstərici əsasında seçilir:

1. Metastazların sayı – 1-5 [23], [3], [26], [28];
2. Metastaz olan orqan sayı – 1-3 [23], [3], [39];
3. Metazların maksimal ölçüsü – ≤5 sm [23], [3], [28].

OM-ların formalaşmasının 3 yolu ayırd edilir: [29, 32] (Şək. 2).

1. De novo sinxron OM;
2. Radikal lokoregional müalicədən sonra metaxron OM;
3. Polimetastazların sistem müalicəsindən sonra yaranan OM.



Şək. 2. Oliqometastazların formalaşma yolları.

OM-ı polimetastazdan ayırmağı və həmçinin lokal müalicənin faydasını aparılan tədqiqatlar da təsdiq edir. Belə ki, *Hortobagi, G. N. və həmkarları* metastazın sayından asılı olaraq xəstələrin yaşam müddətini öyrənmişlər. 75 həftəlik yaşam faizi, 5-dən az, 6-12, 13- 20 və 20-dən çox metastazları olan xəstələrdə müvafiq olaraq 86%, 65%, 45% və 26% olmuşdur [19].

Dorn P. L və həmkarlarının araşdırmasına görə, OM olaraq dəyərləndirilən xəstələrdə aparılan lokal müalicənin nəticəsində ümumi sağ qalma müddəti 107,7 ay, polimetastatik xəstələrdə isə 22 ay olmuşdur [5].

Pons-Tostivint E. və həmkarları, de novo metastatik SVX-də birincili şişin müalicəsində radioterapiyanın ümumi sağqalma müddətinə təsirini araşdırmışlar. Araşdırmaya daxil edilən 1965 xəstədən 891-nə lokoregional müalicə tətbiq olunmuşdur: 41,1%-də radioterapiya, 45,2%-də cərrahiyə və onu izləyən radioterapiya, 13,7%-də isə cərrahi müalicə aparılıb. Ümumi sağqalma müddəti və progressiyasız sağqalma müddəti lokoregional müalicə aparılan qrupda lokoregional müalicə aparılmayan qrupa görə daha uzun olmuşdur [30].

Li Xiaolin və həmkarları, birincili beyin metastazı olmayan, yalnız 1 uzaq metastazı olan metastatik SVX xəstələrində lokoregional cərrahi müalicənin prognostik önəmini araşdırıblar. SVX-də spesifik sağqalma və ümumi sağqalma müddəti lokoregional cərrahi müalicə aparılan qrupda, cərrahiyə aparılmayan qrupa nəzərən 2 dəfə çox idi. Həmçinin, molekulyar subtiplər və şişin ölçüsündən asılı olmayaraq, radioterapiya və ya kimyaterapiya ilə kombinasiyaolunmuş cərrahi müalicə sağqalımı anlamlı dərəcədə yaxşılaşdırırdı [24].

Pons-Tostivint E. və həmkarlarının de novo metastatik SVX-də birincili şişin lokoregional müalicəsi ilə bağlı geniş kohort araşdırmasına 4276 qadın daxil edildi. Xəstələrin 40%-ə lokoregional müalicə (radioterapiya, cərrahi və hər ikisi) aparıldı. Lokoregional müalicə aparılmayan qrupla müqayisədə ümumi sağqalmada yaxşılaşma təyin olundu. Həmçinin HR pozitiv/HER2 negativ (61.6 və. 45,9 ay) və HER2 pozitiv (77.2 və 52.6 ay) SVX-də aparılan lokoregional terapiya daha yaxşı ümumi sağqalma ilə xarakterizə olunmuşdur. TN SVX-də isə (19,0 və 18.6 ay) ciddi fərq əldə olunmamışdır. Lakin visseral metastatik SVX-də də ölüm riski aşağı düşmüşdür [31].

Seema A. Khan və həmkarlarının, 1990-1993-cü illəri əhatə edən Beynəlxalq Xərçəng məlumat bazasını araşdıran və IV mərhələ SVX olan 16023 xəstənin öyrənildiyi böyük araşdırmaya görə 57,2% xəstə hissəvi və radikal mastektomiya cərrahi əməliyyatına məruz qalıb, 42,8% xəstədə isə cərrahi əməliyyat aparılmayıb. Cərrahi sərhədlər intakt olanlarda 3 illik yaşam ümumi 24,9%, cərrahi əməliyyat olmayan qrupda isə 17,3% olmuşdur [22].

Gnerlich J. və həmkarları 1988-2003-cü illəri əhatə edən SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) programına əsasən metastatik SVX xəstələrində birincili şişin çıxarılmasının ümumi sağqalma müddətinə təsiri araşdırmışlar. Araşdırmaya daxil edilən 9734 xəstənin 47%-i cərrahi əməliyyata məruz qalıb və 53% -i əməliyyat olunmayıb. Orta yaşam, əməliyyat olan və olmayan qruplarda araşdırma müddətinin sonunda müvafiq olaraq 36.0 və 21.0 ay olmuşdur. Araşdırma müddətində cərrahi əməliyyat edilən xəstələr üçün ölüm ehtimalı əməliyyat edilməyənlərə nisbətən daha az idi [12].

Soran A. və həmkarlarının, IV mərhələli SVX olan 274 xəstəni əhatə edən araşdırmalarında 138 xəstə lokoregional müalicə, 136 xəstə sistem müalicə almışdır. Ölüm halları lokoregional müalicə alan qrupda, sistem müalicə alan xəstələrə nisbətən 34% daha aşağı idi. Lokal cərrahi müalicə alan xəstələrdə 3 illik sağ qalma müddəti 60%, sistem müalicə alanlarda 51% olmuşdur. Bununla yanaşı, daha uzun izləmə müddətində (5 illik) orta sağqalma müddətində statistik olaraq anlamlı bir yaxşılaşma təyin olunmuşdur, belə ki, lokal cərrahi müalicə alan xəstələrdə 41,6%, sistem müalicə alanlarda 24,6% müəyyən edilmişdir (p=0,001). Orta yaşama müddəti lokal cərrahi müalicə alan xəstələrdə 46 ay, sistem müalicə alan xəstələrdə 37 ay olmuşdur (p=0,001). De novo IV mərhələ şişlərdə lokal müalicədə xəstənin yaşı, ümumi vəziyyəti, şişin tipi, metastatik xəstəlik yükü də nəzərə alınmalıdır. Solitar sümük metastazlı, ER/PR(+), HER2(-), yaşı ≤55 olan lokal müalicə alan xəstələrdə ölüm riski sistem müalicə alan xəstələrə nisbətən daha aşağı olmuşdur [35].

Badve R. və həmkarlarının 2005-2013-cü illərdə de novo metastatik SVX diaqnozu qoyulan 350 xəstənin daxil edildiyi araşdırmalarına görə 173 xəstə lokoregional müalicə almış və 177 xəstə isə lokore-

gional müalicə almamışdır. 23 ay izləmə müddətində lokoregional müalicə qrupunda 118 xəstədə və lokoregional müalicə olmayan qrupda 117 xəstədə ölüm baş vermişdir. Orta yaşama müddəti lokal cərrahi müalicə alan xəstələrdə 19,2 ay, sistem müalicə alan xəstələrdə 20,5 ay olmuşdur. 2 illik sağ qalma müddəti lokoregional müalicə alan qrupda 41,9%, sistem müalicə alan xəstələrdə isə 43,0% olmuşdur. Kimyaterapiyaya cavab verən metastatik SVX xəstələrində birincili şişin lokal olaraq müalicə edilməsinin ümumi sağqalma müddətinə təsir etdiyini göstərən məlumat yoxdur. Lakin diqqəti çəkən məqam, istifadə olunan sistem müalicə rejimlərinin ABŞ-ın standart müalicə programından fərqli olaraq taksanlardan düzgün şəkildə istifadə olunmaması və HER2-pozitiv SVX olan xəstələrin çoxunun (92%) trastuzumab müalicəsi almamış olmasıdır [2].

Fitzal F. və həmkarlarının sinxron metastazı olan SVX xəstələrində birinci şişin cərrahi müalicəsinə dair Avstraliyada 93 xəstə üzərindən aparılmış III faza randomizə çalışmasına görə, orta yaşam müddəti, statistik əhəmiyyəti olmadan, cərrahi əməliyyat olan qrupda 34,6 ay və cərrahi əməliyyat olmayan qrupda 54,8 ay olmuşdur (p=0.267). Distant proqressiyaya qədər keçən müddət, cərrahi əməliyyat olan qrupda 13,9 ay və əməliyyat olmayan qrupda 29 ay olmuşdur [10].

Trovo M. və həmkarlarının oliqometastatik SVX-də radikal radiasiya müalicəsinin roluna dair araşdırmaya 5-dən az metastatik zədələnməsi olan, beyin metastazı olmayan və birincili şişin lokal kontrolu təmin olunmuş və FDG-PET/CT ilə mərhələndirmə kriteriyalarına uyğun olan 54 xəstə daxil edildi. Cəmi metastaz sayı 92-dir. 44 xəstə SBRT və 10 xəstə İMRT ilə müalicə edildi. Xəstələrin 89%-i əvvəllər radio və sistem müalicə almışlar. Metastaz sahələri: 60 sümük zədələnməsi, 23 limfa düyünü, 4 ağciyər və 5 qaraciyər zədələnmələridir. 30 aylıq izləmə müddətində, 1 illik proqressiyasız sağ qalma (PSQ) 75%, 2 illik PSQ – 53%-dir. 2 illik lokal kontrol 97% və 2 illik ümumi sağqalma 95%-dir. Bütün metastatik sahələrə tətbiq edilən radikal radioterapiya ilə oliqometastatik SVX olan xəstələrdə, müalicəyə bağlı toksiklik olmadan uzun müddətli PSQ əldə edilə bilər [37].

Scorsetti M. və həmkarlarının oliqometastatik SVX-də stereotaktik bədən radioterapiyasına (SBRT) dair araşdırmalarına 1-3 sayda, yalnız ağciyər və ya qaraciyər metastazı olan, maksimum diametrləri 5sm-dən az olan 33 xəstə daxil edildi. Cəmi metastatik zədələnmə sayı 43-dür. Orta izləmə müddəti 24 aydır. 1 illik lokal kontrol - 98%, 2 illik lokal kontrol 90%-dir. Tam cavab-25 (53,2%), hissəvi cavab-16 (34%) və progressivləşmə 6 (12,8%) xəstədə olmuşdur. 1 illik ümumi sağqalma-93% və 2 illik ümumi sağqalma 66%-dir. Orta PSQ 11aydır. 1 illik PSQ 48% və 2 illik PSQ 27%-dir. SBRT – SVX-in qaraciyər və ağciyər OM-larının güvənilən alternativ müalicə seçimidir və yaxşılaşmış sağqalma faizinə sahibdir [34].

Tan H. və həmkarları, "Metastatik SVX olan 120 xəstəyə tətbiq edilən ekstra-kranial SBRT-nin nəticələrini araşdırmışlar. Buna əsasən, OM-larla müalicə olunan xəstələrdə ümumi sağ qalma və PFS-in daha yaxşı nəticələri əldə edilmişdir. SBRT, metastatik SVX olan xəstələrdə, xüsusən də OM-lı xəstələrdə kimyəvi terapiyanın başlanmasını/dəyişməsini gecikdirə bilər. SBRT, metastatik SVX xəstələrində əla yerli nəzarəti təmin etdi [36].

Franzese C. və həmkarlarının, oliqometastatik SVX-nin müalicəsində qaraciyər metastazlarına istiqamətlənmiş və 72 xəstənin daxil edildiyi araşdırmada 1 və 2 illik qaraciyərdə proqressiyasız sağqalma müvafiq olaraq 52.4% və 38.8% idi. PFS nəticələri 1 və 2 ildə müvafiq olaraq 38.7% və 22%, ümumi sağ qalma isə 95,55% və 76,9% idi. Nəticə olaraq, oliqometastatik SVX-də sistemik müalicənin, cərrahi, SBRT və ya termal ablasiya kimi müalicələrlə kombinasiyası, xəstələrin böyük bir qismində davamlı xəstəlik kontrolunu təmin edir [11].

Jiang K. və həmkarlarının apardığı, SVX xəstələrində qaraciyər OM-ları üçün lokal müalicədə proqnostik faktorların müəyyənləşdirilməsi və uyğun müalicə strategiyasının araşdırılması istiqamətində 91 xəstənin daxil edildiyi araşdırmada, seçilmiş xəstələrdə qaraciyər OM-larının lokal müalicəsinin təhlükəsiz olduğu ilə bağlı nəticə əldə edilmişdir. Gecikmiş mərhələ və aqresiv subtipləri olan xəstələr istisna olmaqla, lokal müalicə, nisbətən uzun ümümi sağqalmanı təmin edir [21].

Esen, C. S. B. və həmkarlarının, oliqometastatik SVX-də radioterapiyanın rolu istiqamətində apardıqları ədəbiyyat araşdırmasında belə nəticəyə gəlinmişdir ki, birincili tumorun lokal müalicəsi və metastaza istiqamətlənmiş müalicələr seçilmiş xəstələrdə sağqalmanı artıra bilər və xüsusilə məhdud

sayda metastazı olan gənc xəstələrdə tövsiyyə edilməlidir [6].

Metastazların sayından asılı olmayaraq IV mərhələ SVX-də sistem müalicəsi ilə bərabər aparılan lokal müalicənin faydasını göstərən bir çox çalışmalar da aparılmışdır. *Milano M. T. və həmkarları*, SBRT ilə mülicə edilən 51 oliqometastatik SVX xəstələrinin nəticələrini dəyərləndirmək üçün prospektiv çalışma həyata keçirdilər. Metastatik zədələnmələrin sayı ≤5 olan 40 xəstəyə müalicə məqsədilə SBRT və metastatik zədələnmələrin sayı >5 olan 11 xəstəyə palliativ məqsədli SBRT aparıldı. Müalicə məqsədli SBRT ilə 4 illlik ümumi sağqalma 59%, PFS 38% və zədələnmələrin lokal kontrolu 89%-dir. Bir faktorlu analizdə 1 metastatik zədələnmədə (2-5), şişin həcminin kiçik olması, sadəcə sümük metastazı olması və SBRT öncəsi stabil və ya reqressiya edən zədələnmələr daha yaxşı nəticələr vermişdir. Palliativ məqsədlə SBRT ilə müalicə edilən xəstələrdə yaxşılaşma əldə edilmişdir [27].

Lakin metastatik SVX-də lokoregional müalicənin sağqalmaya müsbət təsiri olması haqqında mübahisəli araşdırmalar da var. *Sawaki M. və Iwata H.*-nın oliqometastatik SVX-də müalicə strategiyaları mövzusuna dair fikirlərinə görə, oliqometastatik SVX olan xəstələrdə proqnoz yaxşı ola bilər, lakin lokal müalicənin daha geniş araşdırılmasına ehtiyac vardır. Minimal invaziv cərrahiyə və yüksək konformal radioterapiya bir çox metastatik zədələnmələrin ablasiyasına imkan verir [33].

Veltri A. və həmkarlarının SVX-nin qaraciyər metastazlarının readiofrekans termal ablasiyasının (RFA) rolunu dəyərləndirən araşdırmaya 87 metastazla 45 xəstə daxil edildi. Şişin ölçüsünün 30 mm-ə qədər olması yüksək lokal effektivlik göstərmişdir, lakin sağqalmaya təsiri ilə əlaqəli deyildi [40].

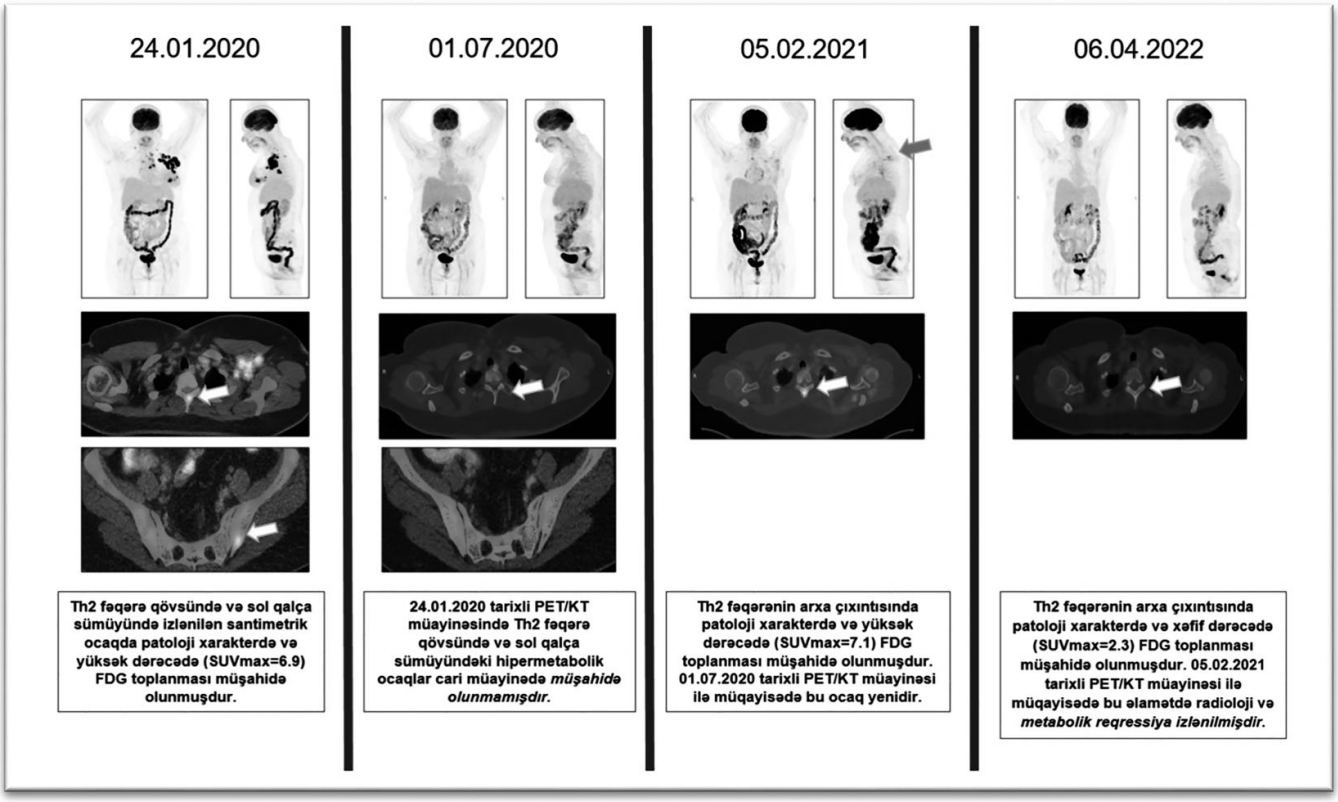
Lucidi V. və həmkarları, SVX diaqnozunun təsdiqlənməsi ilə qaraciyər metastazlarının rezeksiyası arasındakı müddətin sağqalmaya təsirini araşdırıblar. Uzun müddətli preoperativ nəzarət müddəti rezektabel qaraciyər metastazlı xəstələrdə yaşam müddətini uzatmır, yəni erkən müalicənin aparılması tövsiyyə oluna bilər [25].

Qeyd etdiyimiz kimi, əksəriyyət araşdırmalara əsasən, oliqometastatik SVX-də aparılan müalicə tədbirlərində müsbət nəticələr əldə edilmişdir. Yazımızın həcm məhdudluğu səbəbindən, bu nəticələrə həsr olunmuş çox saylı tədqiqatlar haqqında ədəbiyyat məlumatlarının az bir qismini təqdim etdik.

Sonda oliqometastatik SVX-nin lokal müalicəsinin effektivliyinə dair təqdim etdiyimiz məlumatlardan yararlanaraq, 36 ay öncə müalicəsinə başladığımız oliqometastatik SVX olan bir xəstənin nəticələrinə dair məlumatları təqdim edirik:

Xəstə, V.Ü.Q. 1965-ci ildə anadan olub. 21.01.2020 tarixində Milli Onkologiya Mərkəzinə müraciət edib. Amb. kart № L0074540. Şikayəti sol süd vəzində olan şişlə əlaqədar idi. Şişi 1 aydır təyin edib. Baxış zamanı sol süd vəzi dərisində "ödem və limon qabığı simptomu" təyin olunur. *Ultrasəs müayinədə* "Sol süd vəzində 29x24, 17x15, 35x22 mm ölçüdə patoloji xarakterdə törəmələr və sol boyun-körpücük üstü, körpücükaltı, qoltuqaltı limfa düyünlərinin patoloji xarakterdə böyüməsi təyin olunur". *Histoloji:* İnvaziv duktal karsinoma, Grade 2. *İmmunohistokimyəvi:* ER-95%, PR-35%, HER2 S-0, Kİ 67-40%. *^{18}F-FDG PET/KT müayinədə:* (24.01.2020) Sol süd vəzi alt-bayır kvadrantda satelit ocaqlara sahib təqribən 2,5 sm ölçülü malign xarakterli yüksək hipermetabolik (SUV max=17,1) multifokal ocaqlar. Sol qoltuqaltı nahiyyədə səviyyə I, II, III-də təqribən 3 sm ölçülən konqlomerat limfa düyünlərində malign xarakterli yüksək hipermetabolik (SUVmax=36,8) və hər iki körpücüküstü nahiyyələrdə santimetrlik limfa düyünlərində patoloji xarakterdə və yüksək dərəcədə (SUVmax=7,0) FDG toplanması. Divararalığı görüntülərində sol yüksək mediastenal (1L), sağ üst paratraxeal (2r), prevaskulyar (3A) və paraaortik (6) lokalizasiyalı konqlomerat limfa düyünlərində patoloji xarakterdə və yüksək dərəcədə (SUVmax=17,4) FDG toplanması. Th2 fəqərə qövsündə patoloji xarakterdə və sol qalça sümüyündə izlənilən santimetrlik ocaqlarda patoloji xarakterdə və yüksək dərəcədə (SUVmax=6,9) FDG toplanması müşahidə olunub. Müayinələr nəticəsində xəstədə *"Sol süd vəzi xərçəngi. cT4N3M1(oss, lim.)"* IV mərhələ diaqnozu təyin olub. Xəstənin müalicə taktikası multidissiplinar qaydada müzakirə olundu. Xəstədə "Oliqometastatik SVX" təyin olundu və xəstəyə sistem və lokoregional müalicələrin aparılması məsləhət bilindi. 27.01.2020-08.06.2020 tarixlərində xəstəyə hər 21 gündən bir 4 kurs 5 Ftorurasil 900 mq + Doksorubisin 90mq + Siklofosfan 900 mq + Zolendron turşusu 4 mq və 4 kurs Paklitaksel 315mq + Zolendron turşusu 4 mq sxemləri ilə kimyaterapiya kurs-

ları aparıldı. 01.07.2020 tarixində nəzarət *^{18}F-FDG PET/KT müayinədə*, 24.01.2020 tarixli müayinə ilə müqayisədə cari müayinədə ilkin xəstəliyin əhəmiyyətli dərəcədə radioloji və metabolik reqresiyası müşahidə olunmuşdur. Sistem xarakterli müalicədən alınan effekti nəzərə alaraq xəstəliyin mərhələsinə uyğun lokal müalicə-sol tərəfli radikal mastektomiya cərrahi əməliyyatı (01.07.2020) aparıldı. Cərrahi əməliyyatdan sonra cərrahi çapıq, zədələnmiş limfa düyünləri və sümüklərə şüa müalicəsi aparıldı. Sonra xəstəyə Tamoksifen 20mg olmaqla hormonterapiya + Zolendron turşusu 4 mg təyin olundu. 05.02.2021 tarixində təkrar *^{18}F-FDG PET/KT müayinəsində* xəstəliyin proqressivləşməsi – Th2 fəqərənin arxa çıxıntısında maliqn xarakterli yüksək metabolik ocaq (SUV max= 7,1) təyin olundu. Xəstəyə metronom qaydada hormonkimyaterapiya – Letrozol 2,5mg gündə 1 dəfə, Capestabin 850mg/m2 gündə 1 dəfə, Zolendron turşusu 4mg ayda 1 dəfə sxemi ilə müalicə aparıldı. 11.04.2022 tarixində aparılan *^{18}F-FDG PET/KT müayinəsində*, 05.02.2021 tarixli müayinə ilə müqayisədə cari müayinədə ilkin xəstəliyin radioloji və metabolik reqressiyası müşahidə olunmuşdur. Th2 fəqərəsinin arxa çıxıntısında xəfif dərəcəli hipermetabolik ocaq (SUV max=2,3) müəyyən edilmişdir (Şək. 3).



Şək. 3. Oliqometastatik süd vəzi xərçənində aparılan sistem və lokal müalicənin effektivliyinin 18F-FDG PET/KT müayinəsi ilə müşahidəsi.

30.12.2022 tarixində xəstədə klinik, laborator və radioloji müayinələrdə remissiya təyin olunur.

Yekun. OM hesab olunan metastatik şişlər 3 göstərici əsasında seçilir:

1. Metastazların sayı: 1-5;
2. Metastaz olan orqan sayı: 1-3;
3. Metastazların maksimal ölçüsü: ≤5 sm.

Bu göstəricilər daxilində xəstələrin ümumi vəziyyəti imkan verirsə oliqometastatik SVX-nin və digər oliqometastatik solitar şişlərin müalicəsində sistem terapiya ilə bərabər kombinəolunmuş və ya kompleks müalicələr rejimində yerli cərrahi, şüa və invaziv müalicə metodlarından istifadə edilməlidir.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Холдин С.А., Дымарский Л.У., Расширенные радикальные операции при раке молочной железы.- Л.: Медицина, 1975, 312.(232с)

2. Badwe R, et al. Locoregional treatment versus no treatment of the primary tumour in metastatic breast cancer: an open-label randomised controlled trial // The lancet oncology, 2015,

16.13: 1380-1388.
3. Bojko P, Welt A, Schleucher R, Borquez D, et al. High-dose chemotherapy with autologous stem cell transplantation in patients with oligometastatic breast cancer // Bone marrow transplantation. 2004; 34:637–643
4. Calle R., et al. Conservative management of operable breast cancer. Ten years experience at the Foundation Curie // Cancer, 1978, 42.4: 2045-2053.
5. Dorn P.L., et al. Patterns of distant failure and progression in breast cancer: implications for the treatment of oligometastatic disease // International Journal of Radiation Oncology• Biology• Physics, 2011, 81.2: S643.
6. Esen C.S.B., Gultekin M., Yildiz F. Role of radiotherapy in oligometastatic breast cancer: review of the literature // World Journal of Clinical Oncology, 2022, 13(1), 39.
7. Fisher B, et al. Lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-17 // Journal of clinical oncology, 1998, 16.2: 441-452.
8. Fisher B. Laboratory and clinical research in breast cancer—a personal adventure: the David A. Karnofsky memorial lecture // Cancer research, 1980, 40.11: 3863-3874.
9. Fisher B, Fisher ER. Transmigration of lymph nodes by tumor cells // Science, 1966, 152.3727: 1397-1398.
10. Fitzal F, et al. Primary operation in synchroneous metastasized invasive breast cancer patients: First oncologic outcomes of the prospective randomized phase III ABCSG 28 POSYTIVE trial. 2017.
11. Franzese C. Lokale Metastasentherapie beim hepatisch oligometas-tasierten Mammakarzinom // Cancer, 2020, 20, 480-486.
12. Gnerlich J, et al. Surgical removal of the primary tumor increases overall survival in patients with metastatic breast cancer: analysis of the 1988–2003 SEER data //Annals of surgical oncology, 2007, 14.8: 2187-2194.
13. Gupta GP.; Massague J. Cancer metastasis: building a framework // Cell, 2006, 127.4: 679-695.
14. Halsted WS. " The Results of Operations for the Cure of Cancer of the Breast Performed at the Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894" // Johns Hopkins Hosp. Bull. 1895 – Vol.4.- P297.
15. Halsted WS. I. The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast // Annals of surgery, 1907,V 46.N1:P 1-20.
16. Hellman S, LECTURE, Karnofsky Memorial. Natural history of small breast cancers // Journal of clinical oncology, 1994, 12.10: 2229-2234.
17. Hellman S, Weichselbaum RR. Oligometastases // Journal of Clinical Oncology, 1995, 13.1: 8-1
18. Hollingsworth, A. “The Beginning of Wisdom is the Definition of Terms” – Socrates // The Breast Journal, 2015.21(2), 119–120. doi:10.1111/tbj.12370
19. Hortobagyi G.N., et al. Multivariate analysis of prognostic factors in metastatic breast cancer // Journal of Clinical Oncology, 1983, 1.12: 776-786.
20. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=oligometastases
21. Jiang, K., Xia, W., Hong, R., Xu, F., et al. Local treatment for liver oligometastases in breast cancer patients: identification of prognostic factors and exploration of appropriate treatment strategy. Translational Cancer Research, 2020, 9(2), 1225.4
22. Khan SA.; Stewart AK.; Morrow M. Does aggressive local therapy improve survival in metastatic breast cancer? // Surgery, 2002, 132.4: 620-627.
23. Kobayashi T, Ichiba T, Sakuyama T, Arakawa Y, et al. Possible clinical cure of metastatic breast cancer: lessons from our 30-year experience with oligometastatic breast cancer patients and literature review // Breast cancer. 2012; 19:218–237.
24. Li X, et al. Locoregional surgical treatment improves the prognosis in primary metastatic breast cancer patients with a single distant metastasis except for brain metastasis // The Breast, 2019, 45: 104-112.
25. Lucidi V, et al. Extended time interval between diagnosis and surgery does not improve the outcome in patients operated for resection or ablation of breast cancer liver metastases //European Journal of Surgical Oncology, 2020, 46.2: 229-234.
26. Milano MT, Zhang H, Metcalfe SK, Muhs AG, Okunieff P. Oligometastatic breast cancer treated with curative-intent stereotactic body radiation therapy // Breast cancer research and treatment. 2009; 115:601–608.
27. Milano MT., et al. Oligometastatic breast cancer treated with curative-intent stereotactic body radiation therapy //Breast cancer research and treatment, 2009, 115.3: 601-608.
28. Mimoto R, Kobayashi T, Imawari Y, Kamio M, Kato K, Nogi H, Toriumi Y, Hirooka S, Uchida K, Takeyama H. Clinical relevance and low tumor-initiating properties of oligometastatic breast cancer in pulmonary metastasectomy // Breast cancer research and treatment. 2014; 147:317–324.
29. Niibe Y, Hayakawa K. Oligometastases and oligo-recurrence: the new era of cancer therapy //Japanese journal of clinical oncology, 2010, 40.2: 107-111.
30. Pons-Tostivint E, et al. Radiation therapy to the primary tumor for de novo metastatic breast cancer and overall survival in a retrospective multicenter cohort analysis //Radiotherapy and Oncology, 2020, 145: 109-116.
31. Pons-Tostivint E, et al. Survival impact of locoregional treatment of the primary tumor in de novo metastatic breast cancers in a large multicentric cohort study: a propensity score-matched analysis // Annals of surgical oncology, 2019, 26.2: 356-365.
32. Reyes DK., Pienta KJ. The biology and treatment of oligometastatic cancer // Oncotarget, 2015, 6.11: 8491.
33. Sawaki M., Iwata H. Treatment Strategy in Patients with Oligometastatic Breast Cancer. Gan to kagaku ryoho // Cancer & chemotherapy, 2017, 44.10: 831-834. (58)
34. Scorsetti M, et al. Stereotactic body radiation therapy: a promising chance for oligometastatic breast cancer // The Breast, 2016, 26: 11-17.
35. Soran A, et al. Randomized Trial Comparing Locoregional Resection of Primary Tumor with No Surgery in Stage IV Breast Cancer at the Presentation (Protocol MF07-01): A Study of Turkish Federation of the National Societies for Breast Diseases // The breast journal, 2009, 15.4: 399-403.
36. Tan H., Cheung P., Louie A. V., Myrehaug, S., et al. Outcomes of extra-cranial stereotactic body radiotherapy for metastatic breast cancer: treatment indication matters // Radiotherapy and Oncology, 2021, 161, 159-165.
37. Trovo M et al. Radical radiation therapy for oligometasta-

tic breast cancer: results of a prospective phase II trial // Radiotherapy and Oncology, 2018, 126.1: 177-180.
38. Urban JA. Radical excision of the chest wall for mammary cancer // Cancer, 1951, V4.N6. P 1263-1285.
39. VanderWalde A, Ye W, Frankel P, Asuncion D, et al. Long-term survival after high-dose chemotherapy followed by peripheral stem cell rescue for high-risk, locally advanced/inflammatory, and metastatic breast cancer. Biology of blood and marrow transplantation: journal of the American Society for Blood and Marrow Transplantation. 2012; 18:1273–1280.
40. Veltri A et al. Radiofrequency thermal ablation (RFA) of hepatic metastases (METS) from breast cancer (BC): an adjunctive tool in the multimodal treatment of advanced disease //La radiologia medica, 2014, 119.5: 327-333.
41. Weichselbaum RR., Hellman S. Oligometastases revisited. Nature reviews // Clinical oncology, 2011, 8.6: 378.

РЕЗЮМЕ

ОЛИГОМЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

[1,2]Алиев Дж.А., [1,2]Мансуров Э.Б., [1]Рагимзаде С.Э., [1,3]Меликова Л.А., [1]Мансурова Т.Э., [4]Юсифова Г.А.
[1]Национальный Центр Онкологии, Баку, Азербайджан;
[2]Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствование Врачей им. А. Алиева, кафедра онкологии, Баку, Азербайджан;
[3]Институт Биофизики, Баку, Азербайджан;
[4]«Бакинский Центр Общественного Здоровья», Баку, Азербайджан

В 1994 году Сэмюэл Хеллман впервые предложил “спектральную” теорию метастазов солидного рака. Согласно этой теории, при обнаружении первых симптомов солидного образования, стадия заболевания находится в диапазоне от вялотекущего прогрессирования до широко распространенного из-за различной клональной оценки, которая определяет способность солидных раков к метастазированию. В течение последних лет теория спектра была усовершенствована для описания ограниченного метастазирования любого солидного рака, и был предложен термин олигометастаз (ОМ). Так, в 1995 г. Samuel Hellman и Ralph R. Weichselbaum оценили ограниченное количество метастазов, выявленных у ряда больных, как переходное состояние между локальными и распространенными раковыми заболеваниями. Они показали важность проведения локорегионарного лечения наряду с традиционным системным лечением при этих заболеваниях. Хотя, начиная с 1995 г., более 720 обзоров, статей, тезисов и т.п. по теории ОМ Хеллмана и Вейхсельбаума об олигометастазах до сих пор не утратили своей оригинальности и важности. На основе теорий этих блестящих ученых приведены некоторые литературные данные об ОМ и сведения об обследовании и лечении больного олигометастатическим раком молочной железы (РМЖ) на нашем личном опыте.
Ключевые слова: олигометастазы, особенности, рак молочной железы, лечение, результаты.

SUMMARY

OLIGOMETASTATIC BREAST CANCER

[1,2]Aliyev J.A., [1,2]Mansurov E.B., [1]Ragimzade S.E., [1,3]Melikova L.A., [1]Mansurova T.E., [4]Yusifova G.A.
[1]National Centar of Oncology, Baku, Azernaijan;
[2]Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Department of Oncology, Baku, Azerbaijan;
[3]Institute of Biophysics, Baku, Azerbaijan;
[4]"Baku General Health Center", Baku, Azerbaijan

In 1994, Samuel Hellman first proposed the "spectrum" theory of solid cancer metastases. According to this theory, when the first symptoms of solid cancers are detected, the stage of the disease falls on a spectrum from indolent progress to widespread disease, due to the different clonal evaluation that determines the ability of solid cancers to metastasize. Over the next year, spectrum theory was refined to describe limited metastasis of any solid cancer and the term "oligometastasis" (OM) was proposed. Thus, in 1995, Samuel Hellman and Ralph R. Weichselbaum OM

evaluated the limited number of metastases detected in a number of patients as a transition state between local and widespread cancer diseases and showed the importance of performing locoregional treatment along with traditional systemic treatment in these tumors. Although, since 1995, more than 720 reviews, articles, theses, etc. about OM theory of Hellman and Weichselbaum's ideas about OM have not lost their originality and importance yet. Based on the theories of these brilliant scientists, some of the literature information about OM and information about the examination and treatment of a patient with oligometastatic BC in our personal experience are given.
Keywords: oligometastasis, features, breast cancer, treatment, results.

Redaksiyaya daxil olub: 20.12.2022
Çapa tövsiyə olunub: 10.01.2023
Rəyçi: Professor Ə.X.Kərimov

Tibb və Elm Jurnalı, №1 (31) 2023, 18-21

ЗНАЧЕНИЕ ОСТРЫХ И ЗАТЯЖНЫХ ПСИХОГЕНИЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ (ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Кафаров Т.А.*, Хагверди Э.Р.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра психиатрии и наркологии, Баку, Азербайджан

Изучение влияния острых и затяжных психогенных расстройств на развитие шизофрении имеет этиопатогенетическое значение. **Цель исследования** – проанализировать литературные данные о роли психогенных факторов при шизофрении. Материал был собран и проанализирован с помощью следующих баз данных и поисковых систем: Cochrane Library, HINAR, Medline, Medscape. PubMed, TheLancet, баз и индексов научного цитирования: Scopus, WebofScience, Googlescholar, Российский индекс научного цитирования; наукометрических показателей: Индекс Хирша, Импакт-фактор, CiteScore, SNIP, SJR; библиографических идентификаторов и иследователей: ORCID, ResearcherID, Scopus, AuthorID, SPIN, РИНЦ. Были применены диахронический и голографический методы исследования научной литературы. Влияние стрессовых факторов способствует развитию психогенного "диатеза", что, в свою очередь, создает условия для увеличения частоты стрессовых жизненных событий и естественным образом приводит к инициации или обострению шизофренического процесса. Психогенные факторы влияют на все стадии процесса шизофрении, и их влияние заметно на протяжении всей жизни индивида.

Ключевые слова: психогении, шизофрения, этиология, патогенез.

Проблема этиологии шизофрении с тех пор, как она выделена в самостоятельную нозологическую форму, остается не решенной. Наиболее распространены и научно обоснованы биологические теории: нейротрансмиттерная, дизонтогенетическая, генетического предрасположения. Модели рассматривающие психогенные влияния в развитии шизофрении как исключительно решающие (Т.Лидз, Г.Бейтсон, С.Ариети, Г.Салливан, Р.Лэнг), на сегодняшний день себя не оправдали. Тем не менее подозрения о том, что психологический фактор может быть одной из причин манифестации шизофрении никогда не оставляли исследователей.

Цель работы – проанализировать данные литературы относительно роли психогенных факторов при шизофрении.

Материал и методы исследования. Материал был собран и проанализирован с помощью следующих баз данных и поисковых систем: Cochrane Library, HINAR, Medline, Medscape. PubMed, TheLancet, баз и индексов научного цитирования: Scopus, WebofScience, Googlescholar, Российский индекс научного цитирования; наукометрических показателей: Индекс Хирша, Импакт-фактор, CiteScore, SNIP, SJR; библиографических идентификаторов и сследователей: ORCID, ResearcherID, Scopus, AuthorID, SPIN, РИНЦ. Были применены диахронический и голографический методы исследования научной литературы.

Результаты и обсуждение. В 1917 г польский психиатр Maurycy Bornsztajn вводит в психиатрию понятие «реактивной шизотимии», а в 1918 г, изучая случаи военных психозов, отмечает, что, когда дело доходит до рассмотрения конкретного случая, порой невозможно не подумать о том, что военная служба как таковая могла вызвать психоз [10].

В 1920 г Eugen Bleuler дал психогениям характеристику как этиологического механизма в развитии шизофренического процесса. Он приводил в пример заключенных, у которых шизофрения могла дебютировать в результате психической травмы. В 1929 г Йозеф Берце впервые вводит термин "реактивная шизофрения", понимая под ним психотические формы шизофрении, которые развиваются в условиях тяжелой психотравматической ситуации. (W.Kinston, R.Rosser, 1974; Г.В.Морозов, 1975, 1978; B.Dohrenwend, 1975) [1].

Результаты современных исследований показывают, что пациенты с шизофренией проявляли низкий уровень активизация нервных ресурсов, необходимых для возможности быстро и правильно справиться со стрессовой ситуацией. Это сужает диапазон реагирования на травматические события пациентов с шизофренией, что увеличивает уязвимость к стрессу и приводит к большему риску развития психопатологии (модель диатез-стресс) [16].

*e-mail: kafarov.t@gmail.com

Доминирующей парадигмой в психиатрии ныне является биопсихосоциальная модель, в которой наряду с генетической предрасположенностью и осложнениям при беременности и родах, уделяется большое значение экзогениям вообще и, в частности, психогениям, а также социальному окружению пациента [15]. К ней относится стресс-диатез модель шизофрении, известная также как модель «шизотипический диатез». “шизофренический диатез”. Собственно, сам диатез не являясь болезнью, выступает в роли фактора, способствующего нарушениям психологической адаптации. Стресс-диатез подразумевает с одной стороны- генетическую предрасположенность к шизофрении, с другой – уязвимость (vulnerability) к определенным психотравматическим триггерам [2]. Согласно данным некоторых исследователей, количество лиц с “шизофреническим диатезом”, вместе с числом носителей генетической отягощенности расстройствами шизофренического спектра, составляет около 40% от общего числа населения [3].

Более частое развитие шизофрении при диатезе имеет место только при неблагоприятном стечении очень многих факторов. Снежневский А.В. приравнивает данное состояние к понятию «шизотипии» Э.Блейлера, к которой близки его же представления о латентной шизофрении и шизоидного расстройства личности.

В научной литературе имеются данные, иллюстрирующие также сопряженность детских психологических травм с шизотипией. Кроме того, выраженность детских травм часто связывают с большей тяжестью когнитивно-перцептивных симптомов и расстройствами межличностных отношений при шизотипии [5, 7]. Большинство исследований указывает на то, что неблагоприятные условия в раннем детском периоде, семейные неурядицы, бедность, военная травма и прочие отрицательные воздействия однозначно являются факторами риска в развитии психозов [8, 11, 12]. В анамнезе пациенты с шизофренией намного чаще испытывали на себе травлю, запугивание, семейные конфликты, становились жертвами физического и сексуального насилия [18]. В детском возрасте пациенты с шизофренией в 15,5 раз чаще подвергались насилию [21]. Существуют исследования, демонстрирующие тот факт, что стрессовые события, воздействующие на организм даже в пренатальном периоде, могут способствовать в дальнейшем развитию шизофрении [14].

Психотравмирующие ситуации во взрослой жизни также оказывают влияние на психотические состояния, являясь их предикторами [6, 19]. К ним можно отнести проживание в городских условиях, психосоциальный стресс [19].

Современные исследователи придерживаются мнения, согласно которому шизофреническая симптоматика является своего рода приспособлением к социальному контексту [4]. Модель предполагает, что генетическая задействность детерминирует уязвимость, проявляющуюся в повышенной чувствительности к определенным видам стресса [4, 13].

Возможная генетическая почва шизофрении, согласно мнению Cook J. R., Platek S. M., Espinoza Jr C. N. (2020) не связанна с дефектностью или дезадаптивностью определенных генов. Напротив, эти гены являются адаптивными, давая эволюционное преимущество их носителям в определенных условиях. Это объясняет также относительно постоянный процент больных шизофренией во всем мире, несмотря на то что они имеют более низкие шансы на репродукцию [5, 9].

Имеются доказательства обратного воздействия шизофренической «почвы» на количество психических травм. Так, лица с шизотипическим диатезом имеют некоторые особенности, проявляющиеся в своеобразной негибкости и сензитивности, что может проявляться в «паттернах предрасполагающих к стрессу» [20]. Патогенетическая основа воздействия стресса на провокацию шизофренического процесса связанна с тем, что психотравмы, наряду с другими экзогенными факторами изменяют активность гипокампа, приводя к дофаминовой дисфункции, что в свою очередь может провоцировать шизофренический процесс [14]. Согласно некоторым исследованиям, существует определенная схожесть в изменениях в головном мозге у лиц, перенесших травматические события и пациентов с шизофренией, заключающиеся в возбудимости гипотоламо-гипофизарно-надпочечниковой системы, катехоламиновые наруше-

ния, структурные изменения в области гиппокампа, расширение желудочков мозга, атрофические изменения в мозге [13, 14].

На данный момент исследователям выявлен ряд биологических маркеров, которые, играют роль в устойчивости к стрессу, и с другой стороны влияют на психическую уязвимость: CRHR1, 5HTLLPR, BDNF, NPY и DHEA [17]. Также, при анализе мРНКома, было обнаружено подавление регуляции микроРНК как в клетках у подвергшихся детской травме, так и у лиц с повышенной уязвимостью к развитию шизофрении. Определение этого биомаркера микроРНК поможет в раннем выявлении лиц, подверженных высокому риску шизофрении [13]. Методикой полногеномного поиска ассоциаций (genome-wide association studies, GWA study, GWAS) были обнаружены также доказательства полигенного перекрывания шизофрении с посттравматическим стрессовым расстройством. Иными словами, исследования указывают на генетическую корреляцию между посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР) и шизофренией [17, 20]. Психотические и ангедонические расстройства при ПТСР могут быть, так же, как и таковые при шизофрении связаны с нарушением обработки аберрантного вознаграждения в полосатом теле. На материале беженцев было доказано, что по сравнению с контрольной группой здоровых лиц, у пациентов с ПТСР наблюдалось снижение нейронной активности при применении денежного вознаграждения. Был сделан вывод о том, что психотические и ангедонические расстройства, имеющие место при ПТСР связанны с патологией вознаграждения, в соответствии с механизмом, посредством которого дисфункциональная нейрональная активность в стриатуме способствует развитию психотических расстройств при шизофрении [20].

Заключение. Таким образом, обобщая вышеприведенные исследования, можно увидеть своеобразный «порочный круг» во взаимовлиянии психогений и шизофрении. Воздействие стрессовых факторов способствует развитию психогенного «диатеза», который в свою очередь создает условия для повышения частоты стрессовых жизненных событий, а те, закономерно приводят к провокации или экзацербации шизофренического процесса. Психогенные факторы влияют на все стадии шизофренического процесса и влияние их заметно на протяжении всей жизни индивида.

ЛИТЕРАТУРА – ƏDƏBİYYAT – REFERENCES

1. Алексеев А.В. Влияние истерических симптомов на сопутствующие психические расстройства // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, 2015, 115, 8: 23-27.
2. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмонина О.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы. Часть 1. Уязвимость-диатез-стресс // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016;(2):3-7
3. Лагун И.Я. Глава 14. Неврозоподобные расстройства и малопрогредиентная шизофрения. Причинность шизофрении: конспект-анализ проблемы. - Липецк: ОАО «ПК «Ориус», 2008. - ISBN 9785915200035.
4. Леончук С.Л. Шизофрения как болезнь адаптации // Академический журнал Западной Сибири, 2019;Т. 15, №. 6:С. 8-10.
5. Berenbaum H., Valera E.M., Kerns J.G. Psychological trauma and schizotypal symptoms // Schizophrenia Bulletin. – 2003; T. 29, №. 1: C. 143-152
6. Beards S. et al. Life events and psychosis: a review and meta-analysis // Schizophrenia bulletin, 2013; T. 39, №. 4:C. 740-747
7. Berry K. et al. Attachment styles, earlier interpersonal relationships and schizotypy in a non-clinical sample // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 2007;T. 80, №. 4: C. 563-576.
8. Bebbington P. et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England // The British Journal of Psychiatry, 2011; T. 199, №. 1: C. 29-37
9. Block J. High risk genotypes for schizophrenia may have been adaptive in the context of smallpox // Medical Hypotheses., 2020; C. 109556
10. Bornstein M. Uber einen eigenartigen Typus der psychischen Spaltung (Schizothymia reactiva) // Zeitschrift Für Die Gesamte Neurologie Und Psychiatrie, 1917, 36(1), 86–145
11. Brown A.S. The environment and susceptibility to schizophrenia // Progress in neurobiology, 2011;T. 93, №. 1: C. 23-58.
12. Cancel A. et al. Understanding the link between childhood trauma and schizophrenia: a systematic review of neuroimaging studies // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2019.
13. Cattane N. et al. Identification of a miRNAs signature associated with exposure to stress early in life and enhanced vulnerability for schizophrenia: New insights for the key role of miR-125b-1-3p in neurodevelopmental processes // Schizophrenia research, 2019; T. 205, C. 63-75
14. Howes O.D., McCutcheon R. Inflammation and the neural diathesis-stress hypothesis of schizophrenia: a reconceptualization // Translational psychiatry, 2017; T. 7, №. 2: C. e1024-e1024
15. Ichinose Megan Models of Schizophrenia. A Selective Review of Genetic, Neuropharmacological, Cognitive, and Social Approaches (Chapter 2) In book: A Clinical Introduction to Psychosis by Badcock Johanna, Paulik-White Georgie (pp.37-62)

16. Judith M. C. van Leeuwen (a1) (a2), Christiaan H. Vinkers (a1) (a3) (a4), Matthijs Vink Disrupted upregulation of salience network connectivity during acute stress in siblings of schizophrenia patients Published online by Cambridge University Press: 16 January 2020
17. Misganaw B. et al. Polygenic risk associated with post-traumatic stress disorder onset and severity // Translational psychiatry, 2019; T. 9, №. 1:C. 1-8.
18. Stilo S.A., Murray R.M. Non-Genetic Factors in Schizophrenia // Current psychiatry reports, 2019; T. 21, №. 10: C. 100
19. Turner S. et al. Childhood adversity and clinical and psychosocial outcomes in psychosis // Epidemiology and Psychiatric Sciences. – 2020. – T. 29
20. Uldall S.W. et al. Associations of neural processing of reward with posttraumatic stress disorder and secondary psychotic symptoms in trauma-affected refugees // European Journal of Psychotraumatology, 2020; T. 11, №. 1: C. 1730091
21. Wells R. et al. The Impact of Childhood Adversity on Cognitive Development in Schizophrenia // Schizophrenia bulletin. – 2019.

XÜLASƏ

KƏSKİN VƏ UZUN SÜRƏN PSİXOGENİYALARIN ŞİZOFRENİYANIN İNKİŞAFI ÜÇÜN ƏHƏMİYYƏTİ (ETİOPATOGENETİK ASPEKTLƏR)

Qafarov T.A., Haqverdi E.R.
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, psixiatriya və narkologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Kəskin və uzun sürən psixogen pozuntların şizofreniyanın inkişafına təsirinin öyrənilməsi etiopatogenetik əhəmiyyətə malikdir. Tədqiqatın məqsəd – şizofreniyada psixogen amillərin roluna dair ədəbiyyat məlumatlarını təhlil etmək. Materialı müasir elmi bazalar və axtarış sistemləri – Cochrane Library, Medline, Medscape, PubMed, The Lancet; elmi sitatlama və indekslər; Scopus, Web of Science və s.; elmi olçü göstəricilər: Hirş indeksi, təsir faktoru; tədqiqatçıların biblioqrafik identifikatorları: ORCID, Scopus, RSCI və s. təşkil etmişdir. Elmi ədəbiyyatın tədqiqinin diaxronik və holoqrafik üsulları tətbiq edilmişdir. Stress faktorlarının təsiri psixogen "diatezin" inkişafına kömək edir, bu da öz növbəsində stressli həyat hadisələrinin tezliyinin artmasına şərait yaradır və təbii olaraq şizofreniya prosesinin başlanqıcına təkan və ya kəskinləşməsinə səbəb olur. Psixogen amillər şizofreniya prosesinin bütün mərhələlərinə təsir edir və onların təsiri fərdin həyatı boyu nəzərə çarpır.
Açar sözlər: psixogeniya, şizofreniya, etiologiya, patogenez.

SUMMARY

THE SIGNIFICANCE OF ACUTE AND PROTRACTED PSYCHOGENIES FOR THE DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA (ETIOPATHOGENETIC ASPECTS)

Gafarov T.A., Hagverdi E.R.
Advanced Training Institute for Doctors named by A. Aliyev, department of psychiatry and narcology, Baku, Azerbaijan

The study of the effect of acute and protracted psychogenic disorders on the development of schizophrenia is of etiopathogenetic importance. The aim of the study – to analyze literature data on the role of psychogenic factors in schizophrenia. The material was organized by: modern scientific bases and search systems: Cochrane Library, Medline, Medscape, PubMed, The Lancet; scientific citations and indexes: Scopus, Web of Science, etc.; scientific indicators: Hirsh index, impact factor; bibliographic identifiers of researchers: ORCID, Scopus, RSCI, etc. Diachronic and holographic methods of scientific literature research were applied. The influence of stress factors contributes to the development of psychogenic "diathesis", which in turn creates conditions for the increase in the frequency of stressful life events and naturally leads to the initiation or exacerbation of the schizophrenic process. Psychogenic factors affect all stages of the schizophrenia process, and their influence is noticeable throughout the life of the individual.
Keywords: psychogenies, schizophrenia, etiology, pathogenesis.

Redaksiyaya daxil olub: 20.10.2022
Çapa tövsiyə olunub: 10.11.2022
Rəyçi: Professor Z.N.Əliyev

Tibb və Elm Jurnalı, №1 (31) 2023, 22-25

MÜXTƏLİF XARAKTERLİ FÖVQƏLADƏ HALLARA İNSANLARIN PSİXOLOJİ HAZIRLIĞININ FORMALAŞDIRILMASI

[1,2]Məmmədov A.M., [3]Gözəlov S.S., [2]Əliyev A.X.*, [4]Musayeva S.A.

[1]Milli Aviasiya Akademiyası, avasiyada insan amili laboratoriyası, Bakı, Azərbaycan;
[2]Azərbaycan Tibb Universiteti, normal fiziologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan;
[3]Azərbaycan Memarlıq və İnşaat Universiteti, fövqəladə hallar və həyat fəaliyyətinin təhlükəsizliyi kafedrası, Bakı, Azərbaycan;
[4]Azərbaycan Dillər Universiteti, mülki müdafiə və tibbi biliklərin əsasları kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Məqalədə müxtəlif xarakterli fövqəladə halların yaranma şərtləri və şaraitləri hər hansı bir hadisənin və ya prosesin gedişatında normadan kənara çıxma nəticəsində yaranan fövqəladə vəziyyətlər araşdırılmışdır. Eyni zamanda hadisələrin və ya proseslərin inkişaf xarakteri və onun nəticələrinin insan psixikasına təsir faktorları və aradan qaldırılma və üstüngəlmə tədbirləri, psixoloji hazırlığın metod və üsulları izah edilmişdir.

Açar sözlər: fövqəladə hallar, maddi ziyan, psixi və fiziki gərginlik, mənəvi-psixoloji hazırlıq, adaptasiya.

İnsanın ətraf mühitlə qarşılıqlı əlaqədə olması inkişafın təməlidir. XXI əsrdə yüksək texnologiyalı cəmiyyətin yaratdığı problemlər daha çox hiss ediləcəyi insan tələbatlarinin ödənilməsilə əlaqədar olacaqdır. İnsanın texnologiyanin müxtəlif sahələrinə elmi əsaslarla istinad etmədən kəskin müdaxiləsi, bu müdaxilənin miqyasının genişliyi və müxtəlifliyi bəşəriyyət üçün qlobal təhlükələrlə nəticələnməsi məlumdur. Demək olar ki, planetimizin müxtəlif guşələrində hər an fövqəladə hadisələr yaranır və bunlar kütləvi informasiya vasitələri ilə bizə növbəti faciə, təbii fəlakət, qəza, hərbi münaqişə və terror aktı kimi çatdırılır. İnsan həyatının müxtəlif sahələrində müxtəlif xarakterli fövqəladə halların sayı ildən-ilə daim artır. Bu isə o deməkdir ki, fövqəladə hallar nəticəsində qurbanların, yaralananların da sayı, vurulan maddi ziyanın miqyasları da daim artmaqdadır.

Müxtəlif xarakterli fövqəladə halların (MXFH) yaranma şərtləri və şaraitləri hər hansı bir hadisənin və ya prosesin gedişatında normadan kənara çıxma nəticəsində fövqəladə vəziyyətlər baş verir. Hadisənin və ya prosesin inkişaf xarakteri və onun nəticələri müxtəlif mənşəli pozulma faktları ilə müəyyənləşdirilir. Müxtəlif xarakterli fövqəladə halların və ya vəziyyətlərin təsnifatı [1] tam izah edilmişdir. MXFH xüsusəndə təbii, texnogen, hərbi, terror, partlayış xarakterli föqəladə halların meydana çıxması, gedişatı və nəticələrinin peşəsindən asılı olmayaraq insanların psixikasında dəyişiliklərin yaranmasına səbəb olduğu da faktlarla müəyyən edilmişdir [2].

MXFH qəzaların nəticələrini aradan qaldıran və fəaliyyətə hazırlaşan insanların psixi və fiziki gərginlik vəziyyətində olmalarını nəzərə alaraq, onların ixtisas və mənəvi-psixoloji hazırlıq səviyyələrinin yüksəldilməsi çox vacibdir [3]. Mülkü müdafiə və müxtəlif qoşun bölmələri əməkdaşları arasında aparılan sorğular göstərir ki, MXFH-da fəaliyyət zamanı meydana çıxan səhvlərin 20%-i əməkdaşın özünə inam hisslərinin zəifliyindən, 35%-i təhlükəni qiymətləndirmədə səthi düşüncə tərzindən və 40-43%-i isə təhlükənin dərəcəsini başa düşməmələrindən meydana çıxır. Bu problemin hərbi xarakterli fövqəladə halların nəticələrini aradan qaldırılması tapşırıqlarının yerinə yetirilməsi zamanı daha da geniş əhəmiyyət kəsb edəcəyi diqqət mərkəzində olmalıdır. Məsələn, İ.Korotkin qeyd etmişdir ki, ABŞ HDQ baş verən qəzaların 53,7% şəxsi heyyətin səhvi üzündən baş verir və qəzaların meydana çıxmasının əsası bu və ya digər dərəcədə psixoloji faktorlardan asılıdır [4].

MXFH-da fəaliyyət zamanı xilasedicilərin, şəxsi heyətin və mülki əhalinin ixtisas üzrə bilik, bacarıq, vərdiş və peşəkarlıq keyfiyyətinin kifayyət dərəcədə olmaması nəticəsində şəraitə adaptasiya oluna bilməmə və ya digər səbəblərdən meydana çıxan, mənfi psixoloji vəziyyət müəyyən gərginliyin fonunda inkişaf edərək, fövqəladə halları idarə etmə rəhbərlərində, əməkdaşlarında, hərbiçilərdə, xilasedicilərdə və digər insanlarda fəaliyyət zamanı çaşğınlıq, dalğınlıq, fərqsizlik, laqeyidlik və məsuliyyətsizlik yaradır. Bu vəziyyət isə qarşıya qoyulmuş tapşırıqlar üzrə xidməti vəzifəni yerinə yetirmə məhsuldarlığını aşağı salır, qəza situasiyalarının meydana çıxmasına səbəb olur [3].

Tədqiqatın istiqaməti MXFH-da fəaliyyət göstərən xilasedicilərin, şəxsi heyətin və mülki əhalinin ixtisas biliklərini və peşəkarlıq keyfiyyətlərini formalaşdıran və şəraitə adaptasiya olunma texnologiyasının işlənilməsindən ibarətdir.

*e-mail: aqaliyev@gmail.com

MXFH-da xilasedicilərin, şəxsi heyətin və mülki əhalinin yüksək döyüş və mənəvi-psixoloji hazırlığa təlim-tərbiyə və tədris prosesində yiyələndirilməsi onların ixtisas üzrə bilik, bacarıq, vərdişlərin mükəmməlləşdirilməsinə və bu əsasda qazanılmış keyfiyyətlərin möhkəmləndirilməsinə səbəb olur [3].

Bunlarla əlaqədar olaraq formalaşdırılmış peşəkarlıq keyfiyyərinin ekstremal şəraitlərdə fəaliyyət tələblərinə uyğun inkişaf etdirilməsi bütün daxili çətinliyə üstün gəlməyin bazasıdır və psixoloji davamlılığın müəyyən səviyyəsilə xarakterizə olunur [4, 5].

Verilmiş fəaliyyət şəraitində insana həvalə edilmiş vəzifəni (funksiyaları) tələb olunan müddət ərzində səhv etmədən peşəkarlıqla yerinə yetirilməsi insanın psixikasının və orqanizminin müxtəlif sistemlərinin etibarlı işləməsinin nəticəsi kimi meydana çıxır. Bunu isə o halda təmin etmək mümkündür ki, əgər ixtisas və peşəkarlıq keyfiyyətlərinin formalaşdırılması prosesi nəticəsində (peşəkarlıqla özünü müəyyən etmədə və ya seçimdə peşəkarlığa hazırlıq – peşəkarlığa adaptasiya – ustalığın təkmilləşdirilməsi) insanın peşəkar etibarlılıq keyfiyyəti onun şəxsiyyət səviyyəsində inkişaf etməsinin göstəricisidir. Bu zaman insanda etibarlılığın əsas psixoloji mexanizmləri formalaşır: özünə nəzarət (psixi əks olunmanın adekvat şərtləri kimi), özünü qiymətləndirmə (şəxsiyyətin özünə həddən artıq inam, inamsızlıq və s., neqativ keyfiyyətlərin əsas mexanizmlərini məhdudlaşdırmaq), müvazinətləşdirilmə (şəxsiyyətin peşəkarlıq üçün zəruri keyfiyyətlərinini mütəhərrikliyinin real təminatı) və çoxluq (istənilən mürəkkəb sistemin etibarlı işləməsinin universal mexanizminin təminatı).

MXFH xilasedicilərin, şəxsi heyətin və mülki əhalinin psixi vəziyyəti qarşıya qoyulmuş tapşırıqların yerinə yetirilməsi zamanı meydana çıxan hadisələrin psixoloji əks olunmanın ali səviyyəsində informasiya adaptasiya prosesində formalaşır və fəaliyyət prosesinə bilavasitə təsir edərək psixi davamlılığı təmin edir.

MXFH-da fəaliyyətin keyfiyyət və peşə hazırlığı səviyyəsi arasında xətti asılılıq müəyyən edilmişdir. Burada aparıcı rolun etibarlı təminatçısı peşə fəaliyyətində peşəyə maraq və şəxsiyyətin istiqamətliliyi təşkil edir.

Özünün tamlığına, nisbi müstəqilliyinə və davamlılığına görə psixi vəziyyət mürəkkb struktura malikdir, insanın fərdi – şəxsi xüsusiyyətlərindən asılı olaraq, müəyyən fizioloji əsaslarla inkişaf edərək meydana çıxan emosional, iradi və intellektual psixi vəziyyətlərin özünə məxsus "xəlitə"sini, mürəkkəb əlaqələrini özündə əks etdirir. Buna görə də, MXFH-da fəaliyyətə hazırlanan xilasedicilərdə, hərbiçilərdə (dənizçilərdə) və mülki əhalinin daxili hazırlıq vəziyyətini formalaşdırarkən, psixoloji özünü müdafiə, şəxsiyyətin peşəkarlıq keyfiyyətlərilə qırılmaz, qarşılıqlı əlaqədə olaraq meydana çıxmasını nəzərə almaq lazımdır. Insanın əməllərinin və davranış tərzi xüsusiyyətlərinin hormonik inkişaf tərzinə xüsusi diqqətin yetirilməsi və təlim – tərbiyəvi təsirlərlə inkişaf etdirilməsi zəruridir [5, 8].

Bütün deyilənlər müxtəlif qoşun növlərində hərbçilərin, xilasedicilərin, və mülki əhalinin yüksək mənəvi-psixoloji hazırlığının təmin edilməsi ilə bir başa əlaqədardır. MXFH zamanı, onun gedişatı və nəticələrini aradan qaldırarkən, eləcə də, torpaqların işğaldan azad edilməsi tələb edilərkən döyüş əməliyyatlarının ilkin dəqiqələri hərbçilərdən və mülki əhalidən daxili imkanlarının səfərbərlik həddini (hiper səfərbərlik) və onların ən yaxşı halda döyüş texnikası və silahların yüksək məharətlə istifadə etmə və davranış tərzi bacarıqlarını tələb edir. Qeyd edilən qanuna uyğunluğun zəruri vəziyyətinə nail olunması psixoloji uyğunluğun mövcud olmasını göstərir [6]. Ancaq, şəraitdən asılı olaraq hiss ediləcək çətinliklərin mövcud olmasını aradan qaldırmaq və bunlara üstün gəlmək üçün psixoloji etibarlı yollar aşağıdakılardan ibarətdir:

- MXFH haqqında xilasedicilərin, şəxsi heyətin və mülki əhalinin məlumatların təhlillər üzrə oyrənilməsi;
- dinc və atəşkəs dövründə xilasedicilərin, şəxsi heyətin və mülki əhalinin tam daxili hazırlıq vəziyyətinin vaxtdında və mükəmməl olaraq yüksəldilməsi;
- xilasedicilərin, şəxsi heyətin və mülki əhalinin daxili imkanlarının tam səfərbər edilməsinə xüsusi məşğələ və məşqlərin aparılması, şəxsi vəziyyətlərinə nəzarət etmə bacarıqlarının formalaşdırılması, onu qiymətləndirmə və döyüş tapşırıqlarını yerinə yetirmək istiqamətində (istədiyi kimi, sərbəst) idarə etməyi bacarmaq;
- xilasedicilərdə, şəxsi heyətdə və mülki əhalidə daxili hazırlığın bütün dinamik komponentlərinin xüsusi inkişafı (şəxsi imkanların tez səfərbər edilməsi və ekstermal gərginliyə tab gətirmə qabiliyyəti,

daxili yenidən qurmada baş verənlər və yüksək daxili gərginlik şəraitində işləmə, fəaliyyət zamanı yüksək keyfiyyəti saxlamaq bacarığı və s.);
- hazırlıq səviyyəsinin yüksəldilməsi və xüsusən də hazırlıqdan fəaliyyətə, əməliyyatlara və ya gözləmə mövqeyinə keçid müddətində xilasedicilərin, şəxsi heyətin və mülki əhalinin qayğısına qalmaq və düzgün rəhbərlik etmək.

Ancaq, psixi vəziyyətin müstəsna dərəcədə dinamikliyi və müxtəlif təsirlərə tez əynəmliliyi xilasedicilərin, şəxsi heyətin və mülki əhalinin MXFH üzrə hazırlığının həmişə yüksək səviyyədə saxlanmasına xüsusi nəzarət tələb edir. MXFH hazırlığının əsas xüsusiyyətlərindən əsasını fəaliyyətə yenidən, təkrar edərək hazırlaşmaq, hadisələrin, fəlakətlərin və müharibənin ilk anında – fəaliyyətə tam qüvvə ilə başlamaqdır. Başqa vaxtlarda isə hazırlığın yüksək səviyyədə istifadəsi məhduddur. Bu isə fəaliyyətin həmişə himayə edilməsinə, istifadəsinə psixoloji çətinliklər törədir. Bundan başqa kifayət qədər yüksək döyüş hazırlığının müəyyən şəraitdə saxlamaq lazım gəlir, ancaq aparılan tədqiqatlar onu göstərir ki, tam daxili səfərbərliyə, topluluğa heç də həmişə ehtiyac yoxdur. Gözləmə və sayıqlıq vəziyyətini öyrənən alimlər (V.N.Puşkin, X.F.Karpov, M.I.Filatov-Şueva, və s.) qeyd edirlər ki, daxili səbəblərdən törəyən həyəcanlanma – fəaliyyət zamanı işin keyfiyyətində qısa müddətli aşağı düşməsi hallarını meydana çıxır.

Xilasedici bölmələrdə, hərbi hissələrdə və gəmilərdə döyüş hazırlığının daim yüksək səviyyədə saxlanılmasından meydana çıxan müəyyən çətinliklər onunla izah edilə bilər ki, insanları uzun müddət gərginlikdə saxlanılması və saxlanmasına nəzarət, şəraitin təsiri altında olma, bütün buna bəzər və digər hallar şəxsi heyətin hazırlığında müəyyən çətinliklərin meydana çıxmasının səbəbi ola bilər [6, 7].

İnsanın özünün döyüş hazırlığına ruhlandırılması, bütünlüklə aktiv daxili fəaliyyətdir, zahiri olaraq meydana çıxan fəaliyyətsizliyi, passivliyi kənarlaşdırmaq özünə məxsus çətinliyə üstün gəlmək üçün xüsusi hərbi qabiliyyətləri və peşəkarlıq keyfiyyətlərini inkişaf etdirmək üçün özünü tərbiyə və özünü nizamlama metodikasına yiyələnməyin zəruri olduğunu tələb edir.

Deməli, xilasedicilərdə, şəxsi heyətdə və mülki əhalidə ilkin döyüş hazırlığının davamlı konponentləri, hələ yüz faizlik təminat vermir ki, lazımı vaxda MXFH aradan qaldırılmasında aparılan əməliyyatların ilk günləri və ya onun gedişi zamanı insanların tam hazırlığı meydana çıxacaqdır. Ancaq, bu vəziyyət özündə bu və ya digər hallar üçün ehtimalların olmasına ilkin zəmin əks etdirir. MXFH hazırlığının aparılması zamanı hazırlığın psixoloji komponentləri arasında münasibətlərin mürəkkəbliyini, dinamikasını və xarici şəraitin təsirini nəzərə almaq lazımdır [8].

Buradan isə xilasedicilərdə, şəxsi heyətdə və mülki əhalidə yüksək döyüş hazırlığının təminatının xüsusi tapşırıqlarına aşağıdakiları təklif etmək olar:
- qabaqcadan hazırlığın davamlı xarakteristikasının aktivləşməsi və ən yaxşı keyfiyyətlərin meydana çıxmasına nail olmaq və bilavasitə döyüş hazırlığının formalaşdırılması;
- döyüş tapşırıqlarının müvəffəqiyyətli həlli üçün, fasiləsiz olaraq daxili hazırlıq elementlərini uzun müddət saxlanılması;
- döyüş əməliyyatlarının aparılmasına, zəruri olan hazırlıq vəziyyətinə etibarlı keçidin psixoloji təminatı.

Müxtəlif (hərbi, texnogen və təbii) xarakterli fövqəlada halların nəticələrinin aradan qaldırılmasına döyüş və mənəvi-psixoloji hazırlığın daim yüksək səviyyədə saxlanılması üçün hərbi hissələrin, gəmilərin və aviasiya bölmələrinin şəxsi heyətinin yay və qış təlim-tədris dövrlərində döyüş və mənəvi-psixoloji hazırlıq üzrə praktik məşğələlərin təşkil edilib aparılması psixi fəaliyyətin mökəmlənməsinə şərait yaradır [7, 9].

MXFH-da xilasedicilərdə, şəxsi heyətdə və mülki əhalidə fəaliyyətə psixi davamlılığın formalaşması informasiya adaptasiya prosesində dərk etmənin müəyyən səviyyəsində, dəyərli orientasiyaların, elmi dünyagörüşün inkişafı şəxsiyyətin istiqamətliliyi təsiri altında baş verir və psixi davamlılığın möhkəmliliyini təmin edir.

Xilasedicilərdə, şəxsi heyətdə və mülki əhalidə elmi əsaslara istinad edən, təcrübələrdə sınaqdan keçirilmiş metod və üsullarla müxtəlif xarakterli fövqəlada halların nəticələrinin aradan qaldırılmasına zəruri olan bilik, bacarıq, vərdişlər və peşəkarlıq keyfiyyətlərilə silahlandırılması onların istənilən vaxda, mürəkkəb və ekstremal şəraitlərdə Azərbaycan Respublikanın əhalisinin, ərazisinin və ətraf mühitinin təhlükəsizliyi üzrə qarşıya qoyulan tapşırıqların etibarlı yerinə yetirilməsini təmin edəcəkdir.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Ocaqov H.O. Fövqəlada hallarda həyat fəaliyyətinin təhlükəsizliliyi –Mülki müdafiə. Bakı:, "Çaşıoğlu" 2010, -400səh.
2. Gözəlov S.S., Məmmədov A.M. Fövqəladə hallara qarşı psixoloji hazırlığın formalaşdırılması // Milli Aviasiya akademiyasının elmi əsərləri. №2., 2006.,s 174-187
3. Əliyev N.A., Gözəlov S.S. Taktiki hazırlığın mükəmməlləşdirilməsinin pedaqoji – psixoloji aspektləri. AAHDM – in nəşriyyatı., Bakı., 2008. 216 səh.
4. Короткин Е.М. Аварии и котастрофы кораблей / Москва: Судостроение, 1997, с. 200.
5. Gözəlov S.S. Hərbi təlim-tərbiyə prosesinin əsas funksiyaları // Hərbi Bilik Jurnalı, 2007, №2, s. 81-89.
6. Əliyev N.A., Gözəlov S.S. Hərbi qulluqçu şəxsiyyətinin psixologiyası və hərbi intizamın möhkəmləndirilməsi məsələləri. Bakı: BAHDM-nin nəşriyyatı, 2000, 47s.
7. Əliyev N.A. Gözəlov S.S. Hərbi qulluqçuların döyüş fəaliyyətinin və xidmətinin psixoloji təhlili. Bakı: BAHDM-nin nəşriyyatı, 2000. 59s.
8. Gözəlov S.S. Hərbi dənizçi kadrların hazırlanmasının psixoloji aspekləri / Hərbi Dəniz Təhsilinin Problemləri və Müasirlik. – Elmi – praktiki konfransın materialları. AAHDM, 2004. s. 104-113.
9. Gözəlov S.S. Şəxsi heyətin psixoloji hazırlığının formalaşdırılması // Hərbi bilik jurnalı, 2007. №3., s. 75-85.

РЕЗЮМЕ

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ЛЮДЕЙ НА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ РАЗЛИЧНОГО ХАРАКТЕРА

[1,2]Мамедов А.М., [3]Гезалов С.С., [2]Алиев А.Х., [4]Мусаева С.А.

[1]Национальная Авиационная Академия, лаборатория «Человеческий фактор в авиации», Баку, Азербайджан;
[2]Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра нормальной физиологии, Баку, Азербайджан;
[3]Азербайджанский Университет Архитектуры и Строительства, кафедра «Чрезвычайные ситуации и безопасность жизнедеятельности», Баку, Азербайджан;
[4]Азербайджанский Университет Языков, кафедра «Основы гражданской обороны и медицинские знания», Баку, Азербайджан

В статье исследованы условия и обстоятельства возникновения чрезвычайных ситуаций различного характера. При этом разъяснялся характер развития событий или процессов и их влияние на психику человека, а также мероприятия по устранению и преодолению, приёмы и методы психологической подготовки.
Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, материальный ущерб, психические и физические нагрузки, морально-психологическая подготовка, адаптация.

SUMMARY

FORMATION OF PSYCHOLOGICAL PREPARATION OF PEOPLE FOR EMERGENCIES OF DIFFERENT CHARACTER

[1,2]Mammadov A.M., [3]Gozalov S.S., [2]Aliyev A.Kh., [4]Musayeva S.A.

[1]National Aviation Academy, Laboratory of Human factor in aviation, Baku, Azerbaijan;
[2]Azerbaijan Medical University, Department of Normal Physiology, Baku, Azerbaijan;
[3]Azerbaijan Architecture and Construction University, Department of Emergency Situations and Life Safety, Baku, Azerbaijan;
[4]Azerbaijan University of Languages, Department of Fundamentals of Civil Defense and Medical Knowledge, Baku, Azerbaijan

The article examines the conditions and circumstances of the occurrence of emergencies of various nature. At the same time, the nature of the development of events or processes and their influence on the human psyche, as well as measures to eliminate and overcome, techniques and methods of psychological preparation, were explained.
Keywords: emergencies, material damage, mental and physical stress, moral and psychological preparation, adaptation.

Redaksiyaya daxil olub: 06.01.2023
Çapa tövsiyə olunub: 23.01.2023
Rəyçi: Professor Ə.H.Kazımov

ŞƏKƏRLİ DİABETİN REVMATİK TƏZAHÜRLƏRİ

[1]Ağayeva X.T., [2]Sultanova S.S.*

[1]"Yovşan" klinikası, Biləsuvar, Azərbaycan

[2]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, terapiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Şəkərli diabetdə adətən mikro- və makrodamar ağırlaşmalara çox diqqət yetirilir. Lakin uzunmüddətli və/və ya ağır gedişli diabetdə digər orqanlarında, həmçinin sümük-əzələ sistemi və dərinin prosesə cəlb olunması mümkündür. Məqalədə şəkərli diabetin əsas revmatik təzahürləri göstərilib. Terapiya metodları və diaqnostik məsələlər müzakirə olunub.

Açar sözlər: şəkərli diabet, Şarko neyroosteoartropatiyası, osteoporoz, əzələ infarktı, xiroartropatiya, diabetik skleredema.

Son onilliklərdə bütün dünyada şəkərli diabetin (ŞD) yayılmasının artması müşahidə olunur. Xəstəliyin 90%-dən çoxu 45 yaşdan yuxarı inkişaf edən, piylənmə və periferik toxumaların insulinrezistentliyi ilə əlaqəli olan şəkərli diabet tip 2-dir (ŞD2). Şəkərli diabet tip 1 (ŞD1) əsasən uşaq və yeniyetmələrdə rast gəlinir və autoimmun xəstəliklərlə (revmatoid artrit, sistem qırmızı qurdeşənəyi, sistem sklerodermiya və s.) müştərək ola bilər.

ŞD zamanı urək-damar fəsadlarına, neyropatiya, nefropatiya və retinopatiyaya diqqət yetirilir, çünki onlar ənənəvi olaraq ölümün və əlilliyin səbəbi hesab olunur [1]. Lakin uzunmüddətli və və ya ağır gedişli ŞD-də digər orqanların həmçinin sümük-əzələ sisteminin zədələnməsi mümkündür. Bu da pasiyentlərin revmatoloqa müraciət etməsinə səbəb olur.

ŞD-in revmatik təzahürlərinin inkişafında bir neçə patofizioloji mexanizmlər rol oynayır. Bura iltihab, birləşdirici toxumanın strukturlarının mikro- və makrotravmatizasiyası, metabolizmin pozulması, irsi meyillilik aiddir. ŞD revmatik təzahürlərin həm birbaşa səbəbi ola bilər həm də digər amillərlə yaranan zədələnməni ağırlaşdıra bilər [2]. Müasir baxışlara əsasən ŞD zamanı toxumaların zədələnməsi qlikolizləşmənin son məhsullarının izafi əmələ gəlməsi ilə əlaqələndirilir. Normada qlikolizləşmənin son məhsullarının sintezi prosesi ləng və müəyyən sürətlə gedir, ona görə orqanizmdə onların toplanması tədricən baş verir. Lakin hiperqlikemiya şəraitində bu proses sürətlənir [3,4]. Qlikolizləşmənin son məhsulları müxtəlif transmembran reseptorları ilə qarşılıqlı əlaqəyə girir və hüceyrədaxili oksidləşmə proseslərini stimulə edir, proiltihab sitokinlərin sintezini artırır, sümüklərin yaranmasını tormozlayır, osteoblast və osteositlərin funksiyasına mənfi təsir göstərir [5].

ŞD-in revmatik təzahürlərinin inkişafında mikrosirkulyasiyanın pozulmasının rolu danılmazdır. Doppler sonoqrafiyanın köməyi ilə göstərilib ki, ŞD-də birləşdirici toxumanın qidalanması azalır, bu da hipoksiya, sərbəst radikalların hiperproduksiyasına və hüceyrələrin ölümünə səbəb olur [6]. ŞD olan pasiyentlərdə ağrı hissinin olmaması və ya azalması nəticəsində vətər və bağlamaların həddindən artıq yüklənməsi baş verir, bu da mikro- və makrotravmatizasiyaya gətirib çıxarır [2, 7]. ŞD zamanı dayaq-hərəkət sisteminə əlavə biomexanik yük artıq bədən çəkisi və ya piylənmə ilə əlaqədar ola bilər. Bundan əlavə, piy toxuması aktiv endokrin orqan olaraq və makrofaqların "depo"su sayılaraq, xronik iltihabın inkişafında iştirak edən müxtəlif bioloji aktiv maddələr sintez edir: şiş nekrozu amili α, interleykin 6 (İL6), leptin və s. [8].

Şarko neyroosteoartropatiyası – bir və ya bir neçə oynaqların demək olar ki ağrısız destruktiv proqressivləşən artropatiyasıdır. ŞD xəstələrin yalnız 0,1-7,5% Şarko artropatiyası rast gəlinir. Lakin periferik neyropatiya olduğu zaman onun rastgəlmə tezliyi 29% qədər artır. ŞD-in bu fəsadının risk qrupuna aiddir: uzunmüddətli ŞD olan xəstələr (>10 il), qlükokortikoid və immunodepressantlar qəbul edən xəstələr, hemodializdə olanlar və ya pəncədə cərrahi əməliyyat keçirən pasiyentlər. Şarko artropatiyasının kəskin mərhələsində kəskin podaqrik artriti xatırladan oynaq şişkinliyi, hiperemiya, hipertermiya müşahidə olunur. Xronik mərhələ üçün deformasiya, pəncə və/və ya topuq oynaqlarının ankilozları xarakterikdir (Şək. 1). Şarko artropatiyasının kəskin dövrünün diaqnostikasında MRT müayinəsi çox önəmlidir. MRT görüntülərində sümük iliyinin, yumşaq toxumaların odemi, kistalar, sümük eroziyalar müşahidə olunur [1, 9].

*e-mail: sekasultanova@gmail.com

Şək. 1. Şarko neyroosteoartropatiyası

Osteoporoz və sınıqların riski – ŞD1-də hipoinsulinemiyaya görə sümük toxumanın əmələgəlməsi və yenilənməsi ləngiyir, bu da uşaq və yeniyetmələrin boy inkişafını dayandırır, osteoporozun əmələgəlməsinə və proqressivləşməsinə gətirib çıxarır. Digər tərəfdən ŞD2 zamanı sümüyün mineral sıxlığı normal yaxud artıq olur, lakin mikroarxitektonikanın dəyişiklikləri sümük toxumasının keyfiyyətinin və möhkəmliyinin azalmasına səbəb olur. ŞD1 zamanı bud sümüyünün boynunun sınığı riski həm kişilərdə həm də qadınlarda 6,1-6,9 dəfə artır. ŞD2 zamanı bu risk 1,4-1,7 dəfə artır. ŞD xəstələrin xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, yüksək mineral sıxlığının mövcudluğunda sınıqların inkişaf etməsidir. ŞD zamanı sınıqların əlavə risk amillərinə aiddir: qlikohemoqlobinin yüksək səviyyəsi, aktivləşmiş D vitaminin əmələgəlməsinin azalmasına və ikincili hiperparatireoza gətirib çıxaran böyrəklərin zədələnməsi, retinopatiya, neyropatiya, mərkəzi sinir sisteminin işemiyası və ya hipoqlikemiya epizodlarına görə yıxılmalara meyillilik, tioqlitazon qrupundan olan şəkərendirici preparatlar, insulinə tələbat və s. [10, 11].

Diabetik skleredema – klinik və morfoloji praktik olaraq Buşke skleredemadan fərqlənməyən ŞD-in təzahürüdür. 2,5-14% ŞD xəstələrində rast gəlinir. Diabetik skleredema üçün boynun arxa səthində, kürəyin yuxarı hissəsində dərinin ağrısız proqressivləşən indurasiyası xarakterdir. Papulalar qızartılı və ödemlidir, bir biri ilə birləşir və böyük zədələnmə sahəni əmələ gətirir (Şək. 2). Hərdən proses çiyin, sifət, köks, qarına keçə bilər, lakin əllərin dərisi heç vaxt zədələnmir [12]. Əsasən qadınlarda və uşaqlarda infeksiyadan sonra inkişaf edən və müalicəsiz keçən "klassik" Buşke skleredemadan fərqli olaraq diabetik skleredema daha çox orta yaşlı ŞD olan kişilərdə rast gəlir və persistə olunmağa meyillidir. Qeyd etmək lazımdır ki, diabetik skleredema çox vaxt limfoproliferativ xəstəliklərlə müştərək rast gəlinir.

Şək. 2. Diabetik skleredema.

Əzələlərin zədələnməsi (əzələlərin infarktı) – ŞD zamanı əzələ zədələnməsi generalizə olunmuş və ya lokal hipotrofiya (neyropatiyaya görə) ilə xarakterizə olunur. Uzunmüddətli və pis nəzarətli ŞD-in nadir ağırlaşması əzələnin infarktıdır. Bu zaman bud və ya topuqda əsasən yükləmədən sonra qəfləti kəskin lokal ağrı və ödem müşahidə olunur. Hərəkət zamanı ağrı artır. Hətta müalicəsiz tədricən simptomlar bir neçə həftə və ya aylar ərzində reqressiyaya uğrayır, lakin lokal amiotrofiya əmələ gəlir. Müayinə zamanı xəstələrin yarısında nekrozun həcmi ilə korrelyasiya edən kreatinfosfokinazanın miqdarı artır, C-reaktiv zülalın konsentrasiyası yüksəlir, EÇS artır, leykositoz müşahidə olunur. MRT müayinəsindən əvvəl əzələ infarktının diaqnostikasında "qızıl standart" əzələnin biopsiyası hesab olunurdu. Hal hazırda MRT-nin aparılması kifayətdir [13].

Xiroartropatiya və oynaqların hərəkətinin məhdudlaşması sindromu ŞD xəstələrin 8-76% rast gəlinir. Bu patologiya həm ŞD1 olan yeniyetmələrdə həm də ŞD2 olan böyüklərdə təsvir olunub. Xiroartropatiya zamanı əl və bilək oynaqlarının hərəkətinin ağrısız məhdudlaşması müşahidə olunur. Yaşlı pasiyentlərdə xəstəliyin başlanğıcında paresteziyalar və az ağrı ola bilər. Müayinə zamanı dərinin qalınlaşması, bərkiməsi, falanqaarası oynaqların fiksəolunmuş kontrakturaları, əllərin sıxılmasında gücün azalması qeyd olunur. Diaqnozu təsdiqləmək üçün "yalvarma testi" (Şək. 3) və/və ya "masa üstü dəs-

tək testi” aparılmalıdır [2, 14]. Xiroartropatiya zamanı əlləri qatlayarkən barmaqlar tam bitişmir yəni “yalvarma testi” müsbət sayılır, “masa üstü dəstək testi”ni apararkən barmaqları masaya möhkəm basmaq mümkün deyil [15].

Şək. 3. Xiroartropatiya – “yalvarma testi”.

Xiroartropatiya mikrosirkulyasiya zədələnməsinin markeri hesab olunur və çox vaxt nefropatiya, neyropatiya və retinopatiya ilə parallel olaraq inkişaf edir [16, 17]. ŞD zamanı periferik qan dövranının pozulması aterosklerotik stenozlaşma və əl arteriyaların kalsifikasiya hesabına baş verir [18]. ŞD pasiyentlərində dərinin qalınlaşması və barmaqları qatlayarkən kontrakturalar sistem sklerodermiyanın əlamətlərinə bənzəyir. Ona görə differensial diaqnostikada anamnezin məlumatlarını və antinuklear faktorun olmamasını nəzərə almaq lazımdır. Oynaqların məhdudlaşmasında xiroartropatiyanı revmatoid artritdən fərqləndirmək lazımdır. ŞD zamanı revmatoid artritdən fərqli olaraq zədələnmiş oynaqlar palpasiya zamanı praktik olaraq ağrısızdır, sinovitlər olmur hətta USM zamanı, kəskinfazalı göstəricilərin (CRZ, EÇS) artması müşahidə olunmur, spesifik autoanticismlər (RF, AntiCCP) və sümük eroziyalar qeyd edilmir [6].

Müalicə. ŞD-in revmatik təzahürlərinin əsasını hiperqlikemiyanın korreksiyası və ciddi nəzarəti təşkil edir. Ağrıkəsici kimi qeyristeroid iltihabəleyhinə dərman vasitələri, miorelaksantlar, preqabalin, parasetamol və s. istifadə olunur. Nəzərəçarpan ağrılarda hətta narkotik analgetiklər tətbiq oluna bilər [2, 19, 20].

Qan dövranını yaxşılaşdıran fizioterapiya, müalicəvi gimnastika, masaj xiroatropatiyalar, kontrakturalarda xüsusən vacibdir. Lakin əzələ infarktının kəskin mərhələsində bu üsullar vəziyyəti pisləşdirə bilər. Ona görə bu mərhələdə xəstəyə ciddi yataq rejimi, sakitlik, antiaqreqantların istifadəsi tövsiyə olunur [21]. Diabetik skleredemanın müalicəsində fototerapiya, kolxisin, penisilamin, kiçik dozalarda metotreksat, prostaqlandin E yaxşı effekt göstərir [22]. Osteoporozun müalicəsini erkən başlamaq lazımdır. Həyat tərzinin dəyişdirilməsi (siqaret çəkməmək, alkoqol istifadə etməmək, fiziki aktiv olmaq), kalsium və D vitaminin qəbulunu təmin edilməsi məsləhət görülür. ŞD1 və ŞD2 zamanı osteoporozun terapiyasında bisfosfonatlar tətbiq olunur [23]. Bu preparatlar karbohidrat mübadiləsinə təsir etmir, lakin qeyd olunur ki, ŞD olan xəstələrdə bisfosfonatların fonunda budun atipik sınıqları 2 dəfə daha tez rast gəlinir. ŞD zamanı denosumabın istifadəsi haqda kifayət qədər məlumat yoxdur. Son illər məlumat var ki, ŞD zamanı paratiroid hormonun analoqu (teriparatid) yaxşı effekt verə bilər, çünki sümük toxumasının əmələ gəlməsini stimulyasiya edir, sınıq riskini azaldır və xəstələr tərəfindən yaxşı keçirilir [24]. Şarko artropatiyasının kəskin mərhələsində yeganə sübut olunmuş müalicə üsulu xüsusi immobilizəedici gips sarğısıdır hansı ki, diaqnozun təsdiqindən dərhal sonra qoyulmalıdır. Əlavə isə bisfosfonatlar (alendronat, pamidronat) təyin olunmalıdır. Xronik mərhələsində isə ortopedik ayaqqabıların və cərrahi korreksiyanın tətbiqi tövsiyə olunur [25, 26].

ƏDƏBİYYAT – REFERENCES – ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов ИИ, Шестакова МВ, Майоров АЮ, редакторы. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 8-й выпуск // Сахарный диабет. 2017;20(1S):1-121.
2. Abate M, Schiavone C, Salini V, Andia I. Management of limited joint mobility in diabetic patients // Diabetes Metab Syndr Obes. 2013;6:197-207.
3. Burner T, Gohr C, Mitton-Fitzgerald E, Rosenthal AK. Hyperglycemia reduces proteoglycan levels in tendons // Connect Tissue Res. 2012;53:535-41.
4. Abate M, Schiavone C, Pelotti P, Salini V. Limited joint mobility in diabetes and ageing: recent advances in pathogenesis and therapy // Int J Immunopathol Pharmacol. 2010;23(4):997-1003.
5. Kanazawa I. Interaction between bone and glucose metabolism // Endocr J. 2017;64:1043-53.
6. Кондратьева ЛВ, Попкова ТВ. Ревматические проявления сахарного диабета // Научно-практическая ревматоло-

гия. 2018;56(5):603-612.
7. Lebiedz-Odrobina D, Kay J. Rheumatic manifestations of diabetes mellitus // Rheum Dis Clin N Am. 2010;36:681-99.
8. Galic S, Oakhill JS, Steinberg GR. Adipose tissue as an endocrine organ // Mol Cell Endocrinol. 2010;316(2):129-39.
9. Ergen FB, Sanverdi SE, Oznur A. Charcot foot in diabetes and an update on imaging // Diabet Foot Ankle. 2013;4.
10. Sellmeyer DE, Civitelli R, Hofbauer LC, et al. Skeletal Metabolism, Fracture Risk, and Fracture Outcomes in Type 1 and Type 2 Diabetes // Diabetes. 2016;65(7):1757-66.
11. Oei L, Rivadeneira F, Zillikens MC, Oei EH. Diabetes, diabetic complications, and fracture risk // Curr Osteoporos Rep. 2015;13(2):106-15.
12. Murphy-Chutorian B, Han G, Cohen SR. Dermatologic manifestations of diabetes mellitus: a review // Endocrinol Metab Clin North Am. 2013;42(4):869-98.
13. Jawahar A, Balaji R. Magnetic resonance imaging of diabetic muscle infarction: report of two cases // Iowa Orthop J. 2014;34:74-7.
14. Gerrits EG, Landman GW, Nijenhuis-Rosien L, Bilo HJ. Limited joint mobility syndrome in diabetes mellitus: A minireview // World J Diabetes. 2015;6(9):1108-12.
15. Khanna G, Ferguson P. MRI of diabetic cheiroarthropathy // Am J Roentgenol. 2007;188(1):W94-5.
16. Larkin ME, Barnie A, Braffett BH, et al. Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Musculoskeletal complications in type 1 diabetes // Diabetes Care. 2014 Jul;37(7):1863-9.
17. Al-Homood IA. Rheumatic conditions in patients with diabetes mellitus // Clin Rheumatol. 2013;32(5):527-33.
18. Papanas N, Maltezos E. The diabetic hand: a forgotten complication? // J Diabet Complicat. 2010;24(3):154-62.
19. Rongioletti F, Kaiser F, Cinotti E, et al. Scleredema. A multicentre study of characteristics, comorbidities, course and therapy in 44 patients // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(12):2399-404.
20. Dosenovic S, Jelicic Kadic A, Miljanovic M, et al. Interventions for neuropathic pain: an overview of systematic reviews // Anesth Analg. 2017;125(2):643-52.
21. Kapur S, McKendry RJ. Treatment and outcomes of diabetic muscle infarction // J Clin Rheumatol. 2005;11(1):8-12.
22. Kokpol C, Rajatanavin N, Rattanakemakorn P. Successful treatment of scleredema diabeticorum by combining local PUVA and colchicine: a case report // Case Rep Dermatol. 2012;4(3):265-8.
23. Park-Wyllie LY, Mamdani MM, Juurlink DN, et al. Bisphosphonate use and the risk of subtrochanteric or femoral shaft fractures in older women // J Am Med Assoc. 2011;305:783-9.
24. Schwartz AV, Pavo I, Alam J, et al. Teriparatide in patients with osteoporosis and type 2 diabetes // Bone. 2016;91:152-8.
25. Naqvi A, Cuchacovich R, Saketkoo L, Espinoza LR. Acute Charcot arthropathy successfully treated with pamidronate: longterm follow-up // Am J Med Sci. 2008;335(2):145-8.
26. Cinar M, Akpinar S, Derincek A, et al. Comparison of arthroscopic capsular release in diabetic and idiopathic frozen shoulder patients // Arch Orthop Trauma Surg. 2010;130(3):401-6.

РЕЗЮМЕ

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

[1]Агаева Х.Т, [2]Султанова С.С.
[1]Клиника «Йовшан», Билясувар, Азербайджан;
[2]Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

При сахарном диабете обычно большое внимание уделяется микро- и макрососудистым осложнениям. Однако, при длительном и/или тяжёлом течении диабета возможно вовлечение и других органов, в том числе скелетно-мышечной системы и кожи. В статье рассмотрены основные ревматические проявления сахарного диабета. Обсуждены вопросы диагностики и методы терапии.
Ключевые слова: сахарный диабет, нейроостеоартропатия Шарко, остеопороз, инфаркт мышцы, хироартропатия, диабетическая склередема.

SUMMARY

RHEUMATIC MANIFESTATIONS OF DIABETES MELLITUS

[1]Agayeva H.T., [2]Sultanova S.S.
[1]"Yovshan" Clinic, Bilasuvar, Azerbaijan;
[2]Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Department of Therapy, Baku, Azerbaijan

In diabetes mellitus, much attention is usually paid to micro- and macrovascular complications. However, with prolonged and/or severe diabetes, other organs may be involved, including the musculoskeletal system and skin. The article considers the main rheumatic manifestations of diabetes mellitus. Issues of diagnostics and methods of therapy are discussed.
Keywords: diabetes mellitus, Charcot neuroosteoarthropathy, osteoporosis, muscle infarction, chiroarthropathy, diabetic scleredema.

Redaksiyaya daxil olub: 13.10.2022
Çapa tövsiyə olunub: 08.11.2022
Rəyçi: Dos. S.X.Mehdiyev

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR | ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ | ORIGINAL ARTICLES

DƏRMANLARA REZISTENT AĞCIYƏR VƏRƏMININ STRUKTURU

Bayramov R.İ.*

Azərbaycan Tibb Universiteti, ağciyər xəstəlikləri kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Tədqiqatın məqsədi vərəmin həm epidemioloji baxımdan daha təhlükəli olan, həm də müalicəsi daha çətin, uzun müddətli və bahalı olan MDR, preXDR və XDR formalarının yaşa, cinsə və klinik formaya görə rastgəlmə tezliyinin öyrənilməsidir. Qarşıya qoyulan vəzifələri icra etmək üçün 2012-2021-ci illərdə ən azı kultural üsulla təsdiq edilən, mikobakteriya ifraz edən 412 nəfər MDR, preXDR və XDR ağciyər vərəminin müxtəlif klinik formaları olan xəstələri müşahidə etmişik. Bütün xəstələrin ətraflı klinik-rentgenoloji və laborator müayinələri aparılmışdır. Həm mütləq diaqnostik (ümumklinik, rentgenoloji, bəlğəmin mikroskopiyası, qanın, sidiyin müayinəsi), həm də əlavə və fakultativ müayinə üsulları (KT, bronxoskopiya, bəlğəmin kultural müayinəsi, tənəffüs, ürək qan damar, qaraciyər və böyrəyin funksional müayinələri) istifadə edilmişdir. Tədqiqat apardığımız MDR, preXDR və XDR xəstələr arasında kişilər (58,2%) və 18-29 yaş arasında olan şəxslər (40,5%) üstünlük təşkil etmişdir. Ağciyər vərəminin klinik formalarının rastgəlmə tezliyinə gəldikdə isə, infiltrativ ağciyər vərəmi (52,4%) çoxluq təşkil etmişdir. MDR xəstələr arasında infiltrativ ağciyər vərəmi (109 nəfər-50,5%), XDR xəstələr arasında isə fibroz-kavernoz ağciyər vərəmi (52 nəfər-42,6%) olan xəstələr daha çox olmuşdur.

Açar sözlər: ağciyər vərəmi, dərmanlara rezistentlik.

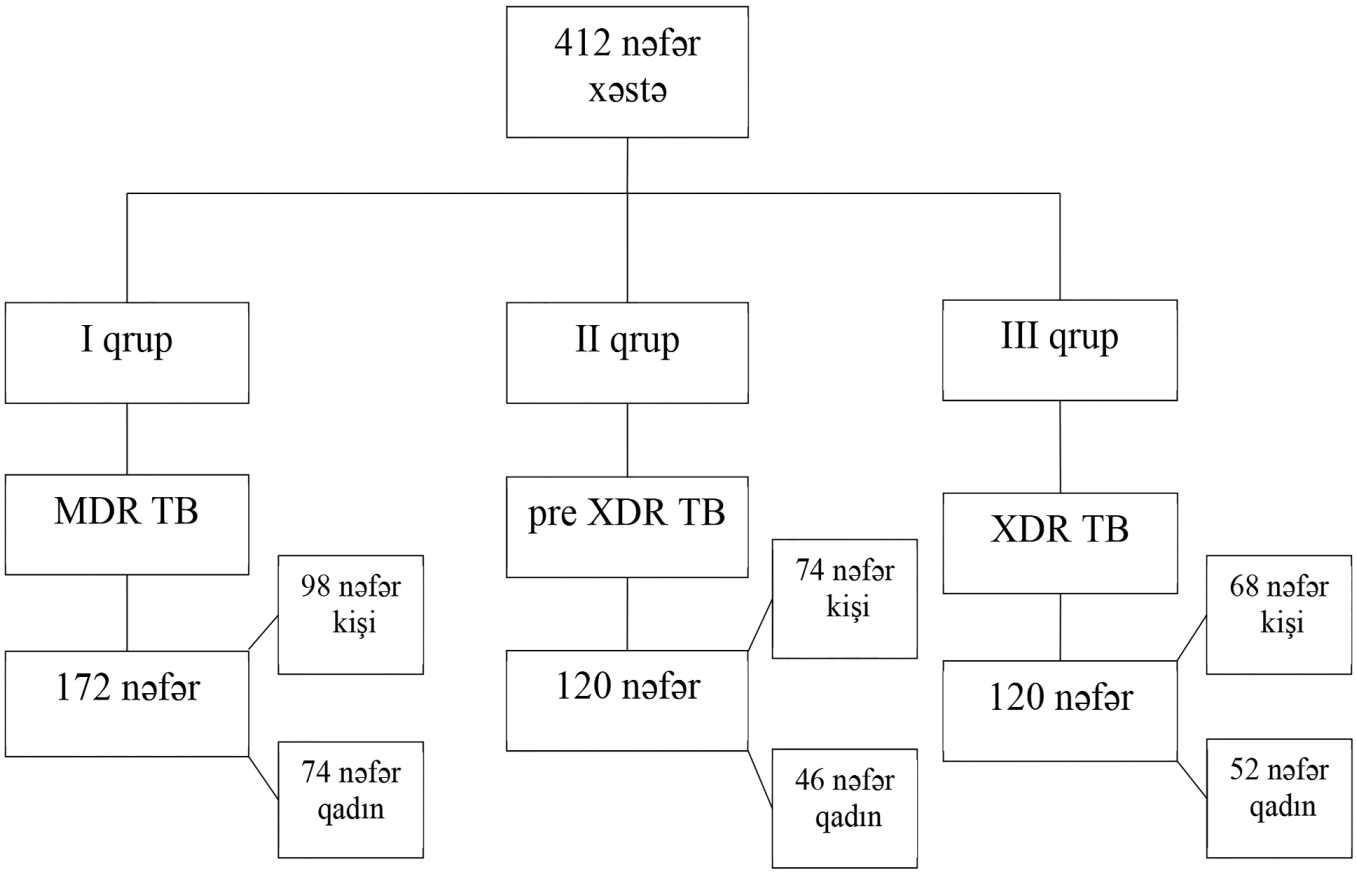
Vərəm dünyada ölümə səbəb olan əsas infeksion xəstəliklərdən biridir. Belə ki, hazırda hər gün dünyada təxminən 28 min nəfər vərəmlə xəstələnir və 4100 nəfər isə bu xəstəlikdən dünyasını dəyişir. Koronavirus pandemiyası vərəmlə mübarizə tədbirlərinə də ciddi mənfi təsir göstərmişdir [1]. Son on ildə ilk dəfə olaraq vərəm xəstəliyindən ölənlərin sayı koronavirus pandemiyası başlayandan sonra artmışdır. Belə ki, əvvəlki illərdə hər il dünyada vərəmdən ölənlərin sayı 1,4 milyonu ötmədiyi halda, 2020-ci ildə bu göstərici 1,5 milyon olmuşdur [2]. Son illər dərmanlara rezistent vərəmə yoluxma və xəstələnmə hallarının ilbəil artması epidemioloji vəziyyətin daha da gərginləşməsinə səbəb olur [3]. Buna görə də bu istiqamətdə mübarizə tədbirlərinin gücləndirilməsi lazımdır.

Tədqiqatın məqsədi vərəmin həm epidemioloji baxımdan daha təhlükəli olan, həm də müalicəsi daha çətin, uzun müddətli və bahalı olan MDR, preXDR və XDR formalarının yaşa, cinsə və klinik formaya görə rastgəlmə tezliyinin öyrənilməsidir.

Material və metodlar. Qarşıya qoyulan vəzifələri icra etmək üçün 2012-2021-ci illərdə ən azı kultural üsulla təsdiq edilən, mikobakteriya ifraz edən 412 nəfər MDR, preXDR və XDR ağciyər vərəminin müxtəlif klinik formaları olan xəstələri müşahidə etmişik. Bütün xəstələrin ətraflı klinik-rentgenoloji və laborator müayinələri aparılmışdır. Həm mütləq diaqnostik (ümumklinik, rentgenoloji, bəlğəmin mikroskopiyası, qanın, sidiyin müayinəsi), həm də əlavə və fakultativ müayinə üsulları (KT, bronxoskopiya, bəlğəmin kultural müayinəsi, tənəffüs, ürək qan damar, qaraciyər və böyrəyin funksional müayinələri) istifadə edilmişdir.

Tədqiqata daxil edilən bir neçə vərəm əleyhinə dərmana rezistent ağciyər vərəmi olan xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür: I qrupda (172 nəfər) izoniazid, rifampisin, streptomisin və ya etambutola qarşı rezistentlik olan MDR ağciyər vərəmi olan xəstələr, II qrupda (120 nəfər) izoniazid və rifampisinlə yanaşı kanamisinə (və ya amikasinə) və yaxud ftorxinolonlara (ofloksasin və ya levofloksasin) rezistentlik olan preXDR ağciyər vərəmi olan xəstələr, III qrupda isə (120 nəfər) izoniozid və rifampisinlə yanaşı həm kanamisinə (və ya amikasinə), həm də ftorxinolonlara (ofloksasin və ya levofloksasin) rezistentlik olan XDR formalı ağciyər vərəmi olan xəstələr daxil edilmişdir (şək.). Qruplar üzrə tədqiqat aparılan xəstələr yaşa və cinsə görə bölünmüşdür. Hər üç qrupda kişi cinsindən olan xəstələr üstünlük təşkil etmişdir: I qrupda xəstələrin 98 nəfəri (40,8%), II qrupda 74 nəfəri (30,9%), III qrupda isə 68 nəfəri (28,3%), p>0,05. Qadınlar isə qruplar üzrə, müvafiq olaraq I qrupda 74 nəfər (43%), II qrupda 46 nəfər (26,7%), III qrupda isə 52 nəfər (30,2%), p>0,05 olmuşdur. Yaşa görə qruplar üzrə xəstələrin çoxu 18-29 yaş arasında olmuşdur: I qrupda 78 nəfər (46,7%), II qrupda 46 nəfər (27,5%), III qrupda isə 43 nəfər (25,8%), p>0,05 18-29 yaş arasında olan xəstələrdir.

*e-mail: department_fiziatriya@amu.edu.az



Şək. Xəstələrin strukturu.

Nisbətən az xəstə sayı 30-39 yaş qrupunda olmuşdur. Belə ki, qeyd edilən yaş üzrə I qrupda 62 nəfər (46,3%), II qrupda 34 nəfər (25,4%), III qrupda isə 38 nəfər (28,3%), p>0,05 dərmanlara rezistent ağciyər vərəmi olan xəstə tədqiqata daxil edilmişdir. 40-49 yaş üzrə I qrupda 22 nəfər (37,3%), II qrupda 19 nəfər (32,2%), III qrupda isə 18 nəfər (30,5%), p>0,05 xəstə olmuşdur. 50-59 yaş qrupunda olan xəstələrin sayı daha az olmuşdur. Belə ki, bu yaş aralığı üzrə I qrupda 8 nəfər (21,1%), II qrupda 14 nəfər (36,8%), III qrupda isə 16 nəfər (42,1%), p>0,05 tədqiqata daxil edilmişdir. 60 yaşdan yuxarı olan xəstələr, I qrupda 2 nəfər (14,3%), II qrupda 7 (50%), III qrupda isə 5 nəfər (35,7%) p>0,05 təşkil etmişdir (cəd. 1). Ağciyər vərəminin klinik formalarının qruplar üzrə rastgəlmə tezliyinə gəldikdə, infiltrativ ağciyər vərəmi üstünlük təşkil etmişdir. Belə ki, ən çox I qrupda (MDR), yəni 109 nəfər (50,5%), 48 nəfər (22,2%) III qrupda (XDR), 59 nəfər (27,3%) isə II qrupda (preXDR) infiltrativ ağciyər vərəmi olan xəstələr təşkil etmişdir.

Fibroz kavernoz ağciyər vərəmi olan xəstələr daha çox III qrupda olmuş, yəni 52 nəfər (42,6%), II qrupda 46 nəfər (37,7%), I qrupda isə 24 nəfər (19,7%) fibroz-kavernoz ağciyər vərəmi xəstələri olmuşdur. Kavernoz vərəm də I qrupda üstünlük təşkil etmişdir. Yəni, bu qrupda 22 nəfər (59,5%), II qrupda 8 nəfər (21,6%), III qrupda isə 7 nəfər (18,9%) kavernoz ağciyər vərəmi olan xəstələr olmuşdur. Səpələnmiş ağciyər vərəmi I qrupda 14 nəfərdə (53,8%), II qrupda 5 nəfərdə (19,2%). III qrupda isə 7 nəfərdə (27%) müəyyən edilmişdir. Kazeoz sətəlcəm 4 nəfər xəstədə müəyyən olunmuşdur ki, onlardan 2 nəfəri (50%) MDR, 2 nəfəri də (50%) XDR forma olmuşdur.

Ocaqlı ağciyər vərəmi olan xəstələrin sayı da 4 nəfər olub, I və II qrupun hər birində 1 nəfər (25%), 3-cü qrupda isə 2 nəfər (50%) təşkil etmişdir. Tədqiqata daxil edilən tuberkuloma olan 3 nəfər xəstənin 1-i (33,3%) II qrupda, 2 nəfəri isə (66,7%) III qrupda olmuşdur (cəd. 2)

Cədvəl 1

Xəstələrin yaş-cins tərkibi

Cins və yaş		Qruplar			P
		I qrup n=172	II qrup n=120	III qrup n=120	
Kişi n=240	Say	98	74	68	$P_{1,2}$=0,855
	%	40,8	30,9	28,3	$P_{2,3}$=0,957
	95%Dİ	46,5-65,28	53,4-69,12	49,3-64,1	$P_{1,3}$=0,949
Qadın n=172	Say	74	46	52	$P_{1,2}$=0,958
	%	43	26,7	30,3	$P_{2,3}$=0,855
	95%Dİ	36,4-50,71	20,95-34,12	23,9-36,7	$P_{1,3}$=0,810
18-29 yaş n=167	Say	78	46	43	$P_{1,2}$=0,828
	%	46,7	27,5	25,8	$P_{2,3}$=0,887
	95%Dİ	39,82-53,21	20,67-33,12	19,62-31,28	$P_{1,3}$=0,963
30-39 yaş n=134	Say	62	34	38	$P_{1,2}$=0,781
	%	46,3	25,4	28,3	$P_{2,3}$=0,714
	95%Dİ	40,16-53,04	19,7-31,82	21,96-34,56	$P_{1,3}$=0,831
40-49 yaş n=59	Say	22	19	18	$P_{1,2}$=0,735
	%	37,3	32,2	30,5	$P_{2,3}$=0,804
	95%Dİ	31,68-43,26	27,41-37,68	24,71-36,26	$P_{1,3}$=0,744
50-59 yaş n=38	Say	8	14	16	$P_{1,2}$=0,756
	%	21,1	36,8	42,1	$P_{2,3}$=0,631
	95%Dİ	16,74-27,31	30,74-43,86	34,97-49,62	$P_{1,3}$=0,900
60 yaşdan yuxarı n=14	Say	2	7	5	$P_{1,2}$=0,778
	%	14,3	50	35,7	$P_{2,3}$=0,711
	95%Dİ	7,94-21,37	41,82-58,67	28,68-42,62	$P_{1,3}$=0,677

Cədvəl 2

Ağciyər vərəminin klinik formalarının rastgəlmə tezliyi

Klinik forma n=412				MDR (41,8%) n=172			preXDR (29,1%) n=120			XDR (29,1%) n=120		
Adı	Say	%	95%Dİ	Say	%	95%Dİ	Say	%	95%Dİ	say	%	95%Dİ
Səpələn-miş vərəm	26	6,3	3,27-10,1	14	53,8	47,6-58,2	5	19,2	17,4-22,3	7	27	24,8-31,2
Ocaqlı vərəm	4	1,0	0,48-1,61	1	25	22,4-27,1	1	–	22,4-27,1	2	50	48,1-52,3
İnfiltrativ vərəm	216	52,4	43,97-59,62	109	50,5	42,8-58,2	59	27,3	23,9-30,1	48	22,2	19,4-30,9
Kazeoz sətəlcəm	4	1,0	0,48-1,61	2	50	48,1-52,3	–	–	–	2	50	48,1-52,3
Tuberku-loma	3	0,7	0,16-1,02	–	–	–	1	33,3	29,4-36,2	2	66,7	64,2-70,1
Kavernoz vərəm	37	9,0	5,62-13,14	22	59,5	54,7-62,1	8	21,6	19,2-23,7	7	18,9	17,1-21,2
Fibroz-kavernoz vərəm	122	29,6	23,7-36,87	24	19,7	15,9-21,4	46	37,7	34,8-40,2	52	42,6	39,1-45,3

Beləliklə, tədqiqat apardığımız MDR, preXDR və XDR xəstələr arasında kişilər (58,2%) və 18-29 yaş arasında olan şəxslər (40,5%) üstünlük təşkil etmişdir. Ağciyər vərəminin klinik formalarının rastgəlmə tezliyinə gəldikdə isə, infiltrativ ağciyər vərəmi (52,4%) çoxluq təşkil etmişdir. Qruplar üzrə isə I qrupda infiltrativ ağciyər vərəmi (109 nəfər – 50,5%), III qrupda isə fibroz-kavernoz ağciyər vərəmi (52 nəfər – 42,6%) olan xəstələr daha çox olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. World Health Organization. https://www.who.int/ru/news/item/21-03-2022-on-world-tb-day-who-calls-for-increased-investments-into-tb-services-and-research

2. World Health Organization. https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-keynote-address-at-the-world-tb-day-online-talk-show-24-march-2022

3. Bayramov R.I., Ismailzada J.M., Hamzayeva R.I., Irzayeva A.E., Naghieva U.B. Drug resistance in patients with unsuccessful treatment pulmonary tuberculosis - 27 National Congress on Respiratory Diseases. St. Petersburg; 2017. P. 145.

РЕЗЮМЕ

СТРУКТУРА ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Байрамов Р.И.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра легочных болезней, Баку, Азербайджан

Цель исследования – изучение заболеваемости более опасных с эпидемиологической точки зрения с множественно лекарственно-устойчивой (МЛУ), широко лекарственно- устойчивой (ШЛУ) и преШЛУ формами туберкулеза, лечение которых является сложным, длительным и дорогостоящим в зависимости от возраста, пола и клинической формы. Для выполнения поставленных задач под нашим наблюдением находилось 412 больных с различными клиническими формами МЛУ, преШЛУ и ШЛУ туберкулеза легких, подтвержденными как минимум культуральным методом. Всем больным проведено детальное клинико-рентгенологическое и лабораторное обследование. Использовались как обязательные диагностические (общеклинические, рентгенологические, микроскопия мокроты, исследования крови и мочи), так и дополнительные и факультативные методы обследования (КТ, бронхоскопия, культуральное исследование мокроты, функциональные исследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, печени и почек). Среди обследованных нами пациентов с МЛУ, преШЛУ и ШЛУ преобладали мужчины (58,2%) и лица в возрасте 18–29 лет (40,5%). По частоте клинических форм туберкулеза легких преобладал инфильтративный туберкулез легких (52,4%). Среди больных МЛУ было больше больных инфильтративным туберкулезом легких (109 человек – 50,5%), а среди ШЛУ больных – фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (52 человека – 42,6%).

Ключевые слова: туберкулез легких, лекарственная устойчивость.

SUMMARY

THE STRUCTURE OF DRUG-RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS

Bayramov R.I.

Azerbaijan Medical University, Department of Lung Diseases, Baku, Azerbaijan

The aim of the study is to study the incidence of MDR, preXDR and XDR forms of tuberculosis, which are more dangerous from an epidemiological point of view, and the treatment of which is more difficult, long-term and expensive, according to age, gender and clinical form. In order to fulfill the set tasks, we observed 412 patients with different clinical forms of MDR, preXDR and XDR pulmonary tuberculosis, confirmed by at least the culture method.. Detailed clinical-radiological and laboratory examinations of all patients were performed. Both obligatory diagnostic (general clinical, X-ray, sputum microscopy, blood and urine examination) and additional and optional examination methods (CT, bronchoscopy, sputum cultural examination, respiratory, cardiovascular, liver and kidney functional examinations) were used. Among the MDR, preXDR and XDR patients we studied, men (58.2%) and people aged 18-29 (40.5%) prevailed. Regarding the incidence of clinical forms of pulmonary tuberculosis, infiltrative pulmonary tuberculosis (52.4%) was the majority. Among MDR patients, there were more patients with infiltrative pulmonary tuberculosis (109 people – 50.5%), and among XDR patients with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis (52 people – 42.6%).

Keywords: pulmonary tuberculosis, drug resistance.

Redaksiyaya daxil olub: 02.11.2022
Çapa tövsiyə olunub: 30.11.2022
Rəyçi: professor Y.Ş.Şıxəliyev

UŞAQLARDA ENDOKRİN XƏSTƏLİKLƏRİ FONUNDA DİŞ ƏTİ İLTİHABININ PROFİLAKTİKASININ YENİ ÜSULLARININ ARAŞDIRILMASI

Əliyeva R.Q.*, Nağıyeva S.A., Cəlilova G.C., Abdullayev R.Ş.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq stomatologiyası kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Tədqiqat zamanı Bakı şəhəri 6 saylı uşaq klinik xəstəxanasının endokrinologiya şöbəsinə yerləşdirilən şəkərli diabet tip 1 xəstəsi olan 68 uşağın ağız boşluğunda müayinələr aparılmışdır. Ozonlaşdırılmış su ilə ağız vannalarından gündə bir dəfə 7 gün istifadə edilmişdir. Ozonlaşdırılmış su ilə ağız vannalarından şəkərli diabetli uşaqlarda diş əti şırımlarında mikroorqanizmlərin koloniyalarının sayı müalicədən əvvəlki qiymətlərlə müqayisədə 50-70% azalmışdır.

Açar sözlər: şəkərli diabet, uşaqlar, diş əti xəstəlikləri.

Mövzunun aktuallığı: Uşaq yaşlarında şəkərli diabet ömürlük autoimmun xəstəlikdir və orqanizmin demək olar ki, bütün orqan və sistemlərinin patoloji prosseslərə cəlb olunmasına səbəb olmaqdadır [5]. Aparılan çoxsaylı tədqiqatlara baxmayaraq uşaqların şəkərli diabetlə xəstələnməsinin proqressiv artımı müşahidə olunmaqdadır, onların arasında bu xəstəliyin daha ağır – insulindən asılı tip 1 forması ilə xəstələnənlər isə, daha çoxluq təşkil etməkdədir [2]. Ölkəmizdə aparılan tədqiqatlar Azərbaycanda da diabetli uşaqlar arasında tip 1 formasının daha geniş yayılmasını təsdiqləməkdədir [6]. Şəkərli diabet zamanı toxumalarda metabolizmin pozulması və trofik dəyişikliklərin baş verməsi ağız orqanlarına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir [7]. Uşaqlarda bu possesler daha erkən yaşlarda başladığı üçün onlar dişlərin vaxtsız itirilməsi təhlükəsi ilə üzləşir və parodont xəstəliklərinin ağırlaşmaları (diş əti qanaması, ağızdan pis qoxunun gəlməsi və s.) onların həyat tərzinə öz mənfi təsirini göstərir. Odur ki, şəkərli diabeti olan uşaqların parodont xəstəliklərinin müalicəsi və profilaktikası öz aktualliği ilə ön planda olaraq qalmaqdadır. Şəkərli diabet və ağız boşluğu orqanları arasındakı qarşılıqlı əlaqənin metabolizmdə və hemodinamikada baş verən, o cümlədən immunoloji və neyrorequlyator pozğunluqlarla bağlı olması şübhəsizdir [1]. Hazırkı zamanda sübut olunmuşdur ki, parodont xəstəliklərinin patogenezinin əsas həlqəsini diş əti şırımlarında olan mikroorqanimlərin səbəb olduğu infeksiya təşkil etməkdədir. Müalicə və profilaktika üsullarının hamısının əsasını məhz bu mikroorqanizmlərin həyat fəaliyyətinin dayandırılması təşkil edir. Lakin təklif edilən üsul və metodların bir çoxları arzuolunmaz yan təsirlərə malikdirlər və bir sıra çatışmayan cəhətləri olmaqdadır. Bu bir faktdır ki, parodont xəstəliklərinin patogenezinin bir çox mərhələləri: məsələn – qan dövranının pozulması, toxumalarda oksidləşmə bərpa reaksiyalarının tormozlanması, mikroorqanizmlərin yüksək kimyəvi rezistentliyi ənənəvi müalicə üsullarının təsirini əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşdırır. Son illərin tədqiqatlarına nəzər saldıqda ağız orqanlarının bir sıra xəstəliklərinin müalicə və profilaktikasında ozonoterapiya üsulunun sadə və səmərəli üsullardan biri kimi göstərildiyini görmək olar [3]. Alimlər belə bir nəzəriyyəni əsas tutmuşlar ki, parodont toxumalarının iltihabı və zədələnmələrinin proqressivləşməsi ağızdakı bakterial kütlələrin stimulyasiyası nəticəsində parodont toxumalarından ifraz olunan sitokinlərin tərəfindən baş verir. Sitokinlərin (məs. inferleykin İL-6 və İL-8) konsentrasiyasının artması parodont toxumalarının dağılmasına səbəb olur. Ozonun təsirindən diş əti toxumalarında kollogen istehsalı artdığı üçün sitokinlərin sekresiyası azalır və bu da parodont toxumalarının iltihablaşmasının qarşısını alır [4]. Ozondan istifadə zamanı bu və ya başqa ağırlaşmalar müşahidə olunmadığı üçün şəkərli diabeti olan uşaqların parodont xəstəliklərinin profilaktikasında ozondan istifadənin səmərəli ola biləcəyi düşünülməkdədir [8].

Tədqiqatın məqsədi. Şəkərli diabeti olan uşaqlarda diş əti xəstəliklərinin profilaktikasında ozonoteapiyanın səmərəliliyinin əsaslandırılmasıdır.

Tədqiqatın materialı və müayinə metodları. Tədqiat işinin gedişi zamanı Bakı şəhəri 6 saylı uşaq kliniki xəstəxanasının endokrinoloji şöbəsində stasionar müalicə alan 68 nəfər tip 1 şəkərli diabeti olan uşaqların ağız boşluğunda müayinələr aparılmışdır. Ozonlaşdırılmış su vasitəsi ilə ağız vannaları gündə bir dəfə olmaqla 7 gün ərzində istifadə olunmuşdur. Təqqiqatın birinci və sonuncu günü pasiyentlərin ağızlarından diş əti mayesi götürülmüş və laborator müayinəyə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri. Tədqiqatlarımızda iştirak

*e-mail: department_cd@amu.edu.az

edən şəkərli diabetli uşaqlarda ozonlaşdırılmış su ilə ağız vannalarından sonra sonra əldə etdiyimiz göstəriciləri araşdıran zaman aşkar nəzərə çarpan dəyişiklərlə rast gəlməkdəyik (Cədvəl).

Belə ki, Staphylococcus aureus koloniyalarının miqdarını əks etdirən göstəricilərin 26,6±7,7 %-dən 10,5±2,2%-dək azaldığını görürük. Staphylococcus haemolyticus koloniyalarının əvvəlki miqdarı tədqiqatımızın birinci günü 74,7±5,3% olmuşdursa, tədqiqatımızın sonuncu günü bu göstəricinin 33,8±7,2%, Streptococcus mutans koloniyalarının miqdarının ilk gündəki göstəriciləri 35,5±6,3% olduğu halda, sonrakı göstəricilərinin 14,8±8,5% olduğunu görürük. Analoji olaraq Streptococcus mitis koloniyalarının miqdarının göstəricilərinin əvvəl 45,6±3,7% olduğunu, sonra isə bu göstəricilərin 18,81±3,3% -ə qədər azaldığının (p<0,001), Streptococcus salivarius koloniyalarının miqdarının əvvəlki göstəricilərinin 40,5±7,5% olduğunun, sonra isə 21,05±7,1%-ə qədər azaldığının şahidi oluruq (p<0,05). Tədqiqatımızın ilk günü Staphylococcus epidermidis koloniyalarına 42,5±11,4%, Streptococcus oralis koloniyalarına 44,65±1,6%, Streptococcus mitior koloniyalarına 27,3±1,6% rast gəlindiyi halda, ozonlaşdırılmış su ilə ağız vannalarından sonra bu mikroorqanizmlərin koloniyalarının rast gəlinmədiyi cədvəldə görünməkdədir.

Cədvəl

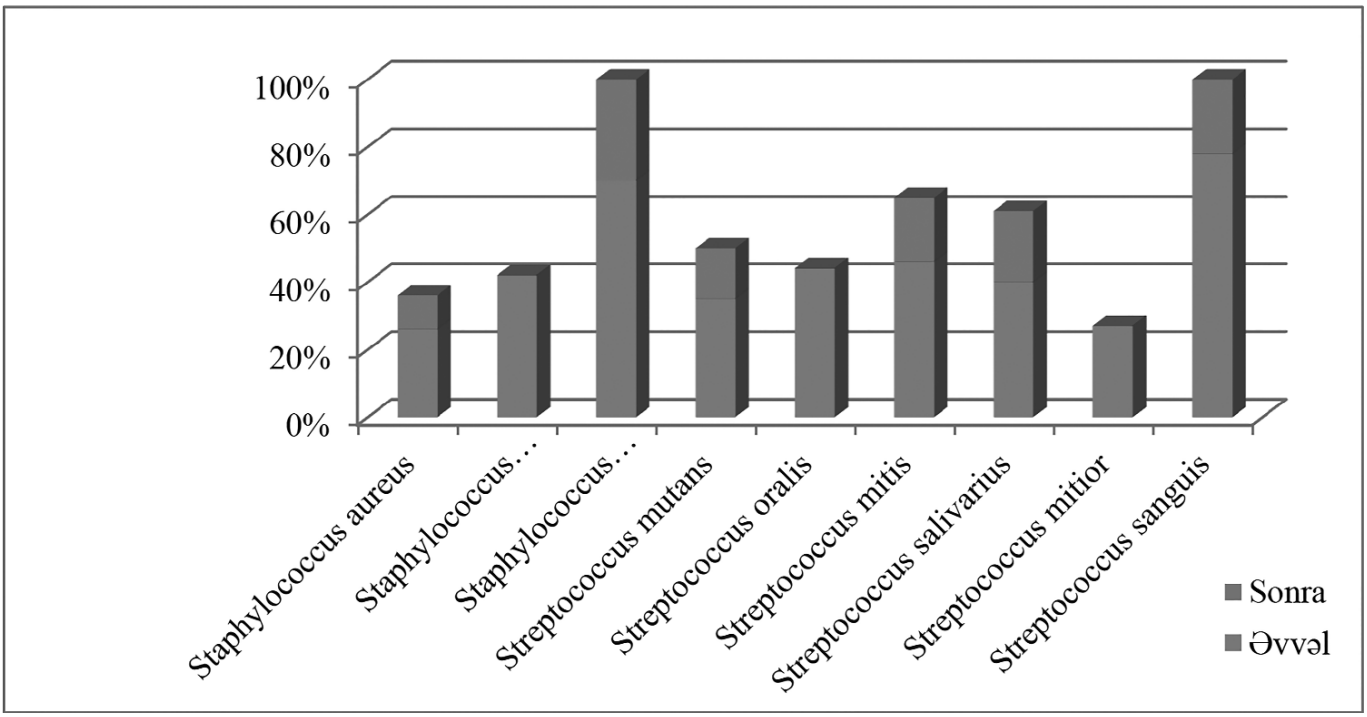
Tip 1 şəkərli diabetli uşaqların diş əti şırımlarında tədqiq olunan aerob bakteriyaların ozonlaşdırılmış su vannalarından əvvəl və sonra növ tərkibi

Bakteriyaların növləri	Rast gəlmə tezlikləri % lə		t	P
	əvvəl	sonra		
Staphylococcus aureus	26,6±7,7	10,5±2,2	2,0	<0,05
Staphylococcus epidermidis	42,5±11,4	---------		
Staphylococcus haemolyticus	74,7±5,3	33,8±7,2	4,6	<0,001
Streptococcus mutans	35,5±6,3	14,8±8,5	1,9	<0,05
Streptococcus oralis	44,6±1,6	----------		
Streptococcus mitis	45,6±3,7	18,8±3,3	5,5	<0,001
Streptococcus salivarius	40,5±7,5	21,1±7,1	1,9	<0,05
Streptococcus mitior	27,3±1,6	---------		
Streptococcus sanguis	82,5±4,8	31,7±11,7	4,0	<0,001

Beləliklə, ozonlaşdırılmış su ilə ağız vannalarından sonra parodont toxumalarında kataral gingiviti olan şəkərli diabetli uşaqların diş əti şırımlarında mikroorqanizmlərin koloniyalarının miqdarı müalicədən əvvəlki göstəricilərə nisbətdə 50-70% azalamış, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus oralis, Streptococcus mitior koloniyalarına isə rast gəlinməmişdir.

Şəkildə biz sadaladıqlarımızın əyani şahidi olaraq ozonlaşdırılmış su vannalarından əvvəl və sonra mikrob koloniyalarının miqdarındakı dəyişiklikləri görə bilirik. Sütunların göy rənglə rənglədiyimiz hissələri ozonlu su prosedurlarındam əvvəl mikrob koloniyalarının rast gəldiyimiz növlərini və onların miqdarının faizlə ifadəsi olmaqla, sütunların açıq mavi hissələri isə ozonlu su prosedurlarından sonra diş əti mayesindəki mikrob koloniyalarının rast gəlinən növlərini və onların miqdarının faizlə ifadəsinin timsalıdır. Sütunların bir qismində açıq mavi rəng qeyd olunmamışdır, bu isə onu göstərir ki, ozonlaşdırılmış su vannalarından sonra həmin sutunlarla ifadə olunan mikrob koloniyalarına (Staphylococcus epidermidis, Streptococcus oralis, Streptococcus mitior) təsadüf olunmamışdır.

Şəkildə də biz sadaladıqlarımızın əyani şahidi olaraq ozonlaşdırılmış su vannalarından əvvəl və sonra mikrob koloniyalarının miqdarındakı dəyişiklikləri görə bilirik. Sütunların göy rənglə rənglədiyimiz hissələri ozonlu su prosedurlarındam əvvəl mikrob koloniyalarının rast gəldiyimiz növlərini və onların miqdarının faizlə ifadəsi olmaqla, sütunların açıq mavi hissələri isə ozonlu su prosedurlarından sonra diş əti mayesindəki mikrob koloniyalarının rast gəlinən növlərini və onların miqdarının faizlə ifadəsinin timsalıdır. Sütunların bir qismində açıq mavi rəng qeyd olunmamışdır, bu isə onu göstərir ki, ozonlaşdırılmış su vannalarından sonra həmin sutunlarla ifadə olunan mikrob koloniyalarına (Staphylococcus epidermidis, Streptococcus oralis, Streptococcus mitior) təsadüf olunmamışdır.



Şək. Şəkərli diabetli uşaqların diş əti şırımlarında tədqiq olunan bakteriyaların ozonlaşdırılmış su vannalarından əvvəl və sonra növ tərkibi.

Tədqiqatların nəticələrinin analizi şəkərli diabetli uşaqlarda ozonlaşdırılmış su ilə ağız vannalarının istifadəsindən sonra diş əti ciblərində mikrob koloniyalarının miqdarının müalicədən sonrakı göstəriciləri, müalicədən əvvəlki göstəricilərə nisbətdə 50-70% azaldığını göstərmişdir.

Yekun. Əvvəlki və sonrakı nəticələri araşdıraraq belə qənaətə gəlmək olar ki, şəkərli diabeti olan uşaqlarda parodont xəstəliklərinin müalicəsi zamanı ozonlaşdırılmış sudan istifadə olunarsa müalicə ilə yanaşı profilaktik effekt də əldə etmək olar. Belə ki, antibiotiklərdən fərqli olaraq ozonun yan təsiri olmadığı üçün, ozondan istifadə zamanı qısa müddətli təyinatlara ehtiyac yoxdur. Belə pasientlər davamlı olaraq ozonaterapiyadan istifadə edə bilər və parodontda baş verə biləcək mikrob mənşəli xəstəlik hallarının əmələ gəlməsinin qarşısını almış olarlar.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Əliyeva R.Q., Nağıyeva S.A. Tip 1 şəkərli diabeti olan uşaqlarda parodont xəstəliklərinin müalicəsində ozonlaşdırılmış zeytun yağının tətbiqi // Qafqazın stomatoloji yenilikləri, №24 Bakı 2017; Səh.89-96

2. Öztürk Ö. Çocukluk Çağında Diyabet // Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics., 2015; T. 1, №.3: C. 31-37.

3. Karakan N. C., Akpınar A., Doğan S. S. A. Ozon tedavisinin periodontolojide kullanımı // Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi., 2015;T. 25. C 73-79

4. Орехова Л.Ю, Лобода Е.С. Клинический опыт применения озонотерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология, №3 (68) 2013. С. 41-42

5. Stanescu D. E., Lord K., Lipman T. H. The epidemiology of type 1 diabetes in children // Endocrinology and Metabolism Clinics., 2012; T. 41, №. 4: C. 679-694.

6. Ahmadov, G. A., Govender, D., Atkinson, M. A., et al. Epidemiology of childhood-onset type 1 diabetes in Azerbaijan: Incidence, clinical features, biochemistry, and HLA-DRB1 status // Diabetes research and clinical practice, 2018; T. 144: C. 252-259.

7. Dina, C. A., Iancau, M., Moţa, M.et.al. The relationship between periodontal disease and diabetes mellitus // Romanian Journal of Diabetes Nutrition and Metabolic Diseases., 2012. – T. 19, №. 2: C. 181-188.

8. Hayakumo, S., Arakawa, S., Mano, Y. et al. Clinical and microbiological effects of ozone nano-bubble water irrigation as an adjunct to mechanical subgingival debridement in periodontitis patients in a randomized controlled trial // Clinical oral investigations, 2013; T. 17, №. 2:C. 379-388.

РЕЗЮМЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛЕНИЯ ДЕСЕН У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Алиева Р.Г., Нагиева С.А., Джалилова Г.Дж., Абдуллаев Р.Ш.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра детской стоматологии, Баку, Азербайджан

В ходе исследования проводились обследовании во рту у 68 детей с сахарным диабетом 1 типа, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Бакинской детской клинической больницы № 6. Оральные ванночки с озонированной водой применяли 1 раз в сутки в течении 7 дней. Количество колоний микроорганизмов в десневых бороздах у детей с сахарным диабетом от ротовых ванночек с озонированной водой уменьшилось на 50-70% по сравнению с показателями до лечения.

Ключевые слова: сахарный диабет, дети, заболевания десен.

SUMMARY

INVESTIGATION OF NEW METHODS OF PROPHYLAXIS OF GUM INFLAMMATION DURING ENDOKRİN DISEASES IN CHILDREN

Aliyeva R.G., Nagıyeva S.A., Calilova G.C., Abdullayev R.Ş.

Azerbayjan Medical University, Department of Pediatric Dentistry, Baku, Azerbaijan

During the course of the research, 68 children with type 1 diabetes mellitus who received inpatient treatment at the endocrinology department of Baku Children's Clinical Hospital No. 6 were examined. Mouthwash with ozonized water were used once a day for 7 days. The number of colonies of microorganisms in the gingival sulcus of children with diabetes after use of mouthwash with ozonized water decreased by 50-70% compared to pre-treatment values.

Keywords: diabetes mellitus, children, gingival diseases.

Redaksiyaya daxil olub: 09.11.2022
Çapa tövsiyə olunub: 06.12.2022
Rəyçi: t.ü.e.d. Z.V.Qasımova

HAMİLƏLİYİN FİZİOLOJİ VƏ PATOLOJİ GEDİŞATINDA STOMATOLOJİ XƏSTƏLİKLƏRİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Əliyev T.Y.*, Mahmudova N.M., Feyzullayeva N.E.
Azərbaycan Tibb Universiteti, uşaq stomatologiyası kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Təqdim edilmiş tədqiqatın məqsədi kariyes və paradont xəstəliklərinin gedişatının xüsusiyyətlərini öyrənmək, həmçinin fizioloji və patoloji hamiləlik zamanı stomatoloji yardımın müasir prinsiplərinin tətbiqi olmuşdur. Tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, karioz prosesin və paradontal xəstəliklərinin inkişafına hamiləlik, təkrar hamiləlik və onun patoloji gedişi, o cümlədən müxtəlif dərəcəli erkən toksikoz, pH-ın azalması, ağız boşluğunun mikrobioloji çirklənməsinin olması təsir göstərir. Stomatoloji müayinə hamiləliyin 12-ci həftəsindən sonra aparılmalıdır. Müalicədən 30-60 dəqiqə əvvəl antispazmolitiklər və sedativlər təyin etmək məsləhətdir. Stomatoloji yardımın müddəti 25-30 dəqiqə təşkil edir. Bu zaman səthi kariyesli bir və ya iki diş və ya dərin kariyesli bir diş müalicə olunur.

Açar sözlər: hamiləlik, dişlərin kariyesi, parodont, ağız suyunun pH-ı.

Giriş. Müasir stomatologiya elminin aktual problemlərindən biri qadınların müxtəlif həyat dövrlərində, o cümlədən hamiləlik müddətində stomatoloji xəstəliklərin gedişatının öyrənilməsidir. Qeyd etmək lazımdır ki, hamilə qadınlarda ağızın xəstəlikləri, o cümlədən parodont xəstəlikləri və kariyesin gedişatı, rast gəlmə tezliyi, fəsadları, böyük elmi və praktiki maraq doğurur. Hamiləlik müddətində stomatoloji patologiyaların artmasına aid çoxsaylı elmi tədqiqatlar aparılıb. Müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin dinamikasında erkən həftələrdən başlayaraq kariyesli dişlərin, diş ətinin iltihabi xəstəliklərinin ümumiyyətlə parodont xəstəliklərinin çoxluğu qeyd olunur [1, 2]. Hamiləlik müddətində qadınların orqanizmində neyrohormonal dəyişiklər nəticəsində kariyes dişlərinin və parodont xəstəliklərinin artması müəyyən olunmuşdur [4, 7]. Bir qrup tədqiqatçıların tədqiqatlarına görə 77,12% 17-19 yaşlı və 100% 35-39 yaşlı hamilələrdə dişlərin müalicəsinə və çəkilməsinə ehtiyac duyulurdu. Hamiləliyin fizioloji gedişatında 90% qadınlarda kariyesin tezliyi, 91,4%-də isə parodont toxumasının xəstəliyi təyin olunmuşdur. Kəskin kariyes prosesi 38% hamilələrdə olmuşdur [5, 6]. Hamiləliyin tez-tez rast gələn fəsadlarından biri də hamiləliyin erkən toksikozudur. Məlumatlara görə erkən toksikozların tezliyi 60-80% təşkil edir [1, 6]. Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə hamiləlik zamanı 94,7% qadınlar stomatoloqun terapevtik müalicəsinə, 56,1%-i ortopedik müalicəsinə, 2,2% təcili yardıma ehtiyacı qeyd edilir [3, 4]. Beləliklə, giriş sahəni yekunlaşdıraraq qeyd etmək lazım bilirik ki, stomatoloji xəstəliklər zamanı aparılan ixtisaslı yardımın hamiləlik müddətində uşaqlığın tonusuna, hamiləliyin gedişatına, düşük ehtimalının yaranmasına və s. aid elmi işlər yoxdur və bu məsələlər bir problem olaraq qalır.

Tədqiqatın məqsədi. Tədqiqatın məqsədi hamiləliyin fizioloji və patoloji gedişatında kariyesin, parodont xəstəliklərinin xüsusiyyətlərinin və stomatoloji yardımın əsas prinsiplərinin öyrənilməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın materialı və müayinə metodları. Məqsədə uyğun olaraq 180 hamiləliyin fizioloji və patoloji gedişatı ilə olan hamilə qadın müayinə edilmişdir. Bunlardan 50 (27,8%) qadında hamiləliyin fizioloji, 130-da (72,2%) isə hamiləliyin patoloji gedişatı qeyd olunmuşdur. Aparılan tədqiqatda müayinə olunan hamilələrin orta yaşı 28,9±0,26 (19-39) yaş olmuşdur. Hamilələrin ağız boşluğuna baxış və müayinə zamanı kariyesin yayılması və ağırlıq dərəcəsi təyin edilmişdir. Eyni zamanda kariyes (K), plomblanmış (P), çəkilmiş (Ç) və çəkilməyə məruz qalan (Ç1) dişlərin və köklərin orta sayı – KPÇÇ1 indeksi təyin edilmişdir. Bununla yanaşı intakt dişlərin sayı də təyin edilmişdir. Aparılan tədqiqatda ağız suyunun PH-nın təyini, fizioloji və patoloji hamiləlikdə ağız boşluğunun mikrobioloji tədqiqatı aparılmışdır. Ağız suyunun mikrobioloji tədqiqatı zəncirvari polimeraz reaksiyası metodu ilə təyin edilmişdir. İndikator kağızını ağız suyunda isladıb PH-ın etalon şkalasının zolaqlarının rəngi ilə müqayisə edilirdi.

Tədqiqatın nəticələri. Aparılan tədqiqata əsaslanaraq müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin fizioloji gedişatı olan qadınlarda intakt dişlərin sayı – 19,17±0,02 (17-29), kariyesli dişlərin sayı – 4,7±0,02 (1-7), plomblanmış – 3,6±0,06 (0-5), çəkilmiş – 2,66±0,04(0-3), çəkilməyə məruz qalmış dişlərin sayı – 1,4±0,05 (0-3), KPÇÇ1 indeksi isə – 12,36±0,03, ağız suyunun PH-ı – 4,9±0,01 (3,5-6) olmuşdur.Qeyd etmək lazımdır ki ilk və təkrar hamiləliyi olan qadınlarda da ağız boşluğunun vəziyyəti müqayisəli öyrənilmişdir. İlk

*e-mail: department_cd@amu.edu.az

doğan hamilələrdə kariyesli, çəkilmiş, çəkilməyə məruz qalmış dişlərin sayı təkrar hamilələrlə müqayisədə statistik dürüst dərəcədə az olmuşdur (P<0,05).

Ağız suyunun PH-nın göstəricilərini təhlil edərkən təyin edilmişdir ki, ilk hamilələrdə təkrar hamilələrlə müqayisədə bu gösərici yüksək olmuşdur (P<0,05).

Beləliklə, fizioloji hamiləliyi olan qadınlarda kariyes prosesinin intensivliyini təyin edərkən məlum olmuşdur ki, kariyesli, çəkilmiş, çəkilməyə məruz qalmış və bununla əlaqdər KPÇÇ1-in indeksi ilk hamiləliyi olan qadınlarda təkrar olan hamilələrlə müqayisədə nəzərə çarpacaq dərəcədə az, PH-ın göstəriciləri isə yüksək olmuşdur.

Erkən toksikozu olan hamilələrdə kariyesin intensivliyinin xüsusiyyətləri ilk və təkrar hamiləlikdə öyrənilmişdir. Erkən toksikozu və təkrar hamiləliyi olan qadınlarda kariyesli dişlərin, çəkilmiş, çəkilməyə məruz qalmış və KPÇÇ1 indeksinin göstəriciləri ilk hamiləliyi olan qadınlarla müqayisədə nəzərə çarpacaq dərəcədə çox olmuşdur (P<0,05). İntakt dişlərin sayı isə dürüst dərəcədə azalmışdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, təkrar hamiləliyi olan qadınlarda ağız suyunun PH-nın göstəriciləri ilk hamiləliyi olan qadınların anoloji göstəricilərindən az olmuşdur (P<0,05).

Beləliklə, erkən toksikozu olan təkrar hamiləlikdə kariyesin intensivliyinin nəzərə çarpacaq dərəcədə artması müəyyən edilir.

Fizioloji keçən hamiləlikdə 85,7% halda mina və dentinin hiperesteziya əlamətləri olmur. Kataral gingivit aşkar olunan 26,3% qadınlarda dişin sərt toxumasının hiperesteziyasının olmaması qeyd edilir. Hipertrofik gingiviti olan hamilələrin hamısında mina və dentinin hiperesteziyasının müxtəlif formaları təyin edilir, o cümlədən kombina (servikal+tac)-50%-də və servikal formalı – 25%-də rast gəlinir. Parodontomada mina və dentinin servikal və diş kökü hiperesteziyası müştərək rast gəlinir.

Hamiləliyin erkən toksikozunda mina və dentinin hiperesteziyasının əlamətlərinin nəticələrini öyrənərkən müəyyən edilmişdir ki,parodontun kafi vəziyyəti fonunda 71,4% dişlərin hiperesteziyası qeyd olunmur. Kataral və hipertrofik gingiviti olan hamilələrdə dişin sərt toxumalarının hiperesteziyasının kombinə formaları üstünlük təşkil edir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Hamiləliyin fizioloji gedişatında kariyesli dişlərin sayı – 4,7±0,02, plomblanmış – 3,6±0,06, çəkilmiş – 2,66±0,04, çəkilməyə məruz qalmış dişlər – 1,4±0,05, ümumiyyətlə kariyes, plombanmış, çəkilmiş, çəkilməyə məruz qalmış (KPÇÇ1) indeksi yüksək – 12,36±0,03, ağız suyunun PH-ı – 4,9±0,01 təyin edilmişdir.

Erkən tokikozu olan hamilələrdə kariyesli dişlərin artması (6,21±0,01), çəkilmiş (3,05±0,05), çəkilməyə məruz qalmış dişlərin (2,45±0,03) və KPÇÇ1 indeksinin (14,23±0,04) artması və ağız suyunun PH-nın (4,65±0,01) azalması qeyd olunmuşdur. Hamiləlikdə erkən toksikozun ağırlıq dərəcəsi artdıqca kariyesli dişlərin sayının artmasıda (5,8±0,02-dən 6,7±0,04 qədər) müşahidə edilmişir.

Hamiləliyin fizioloji gedişatında 38% kataral, 16% hipertrofik gingivit, 4% parodontoma təyin edilmişdir. Hamiləliyin erkən toksikozu olan qadınların 17,5%-də parodont xəstəliyi olmamış, lakin 52,5%-də kataral, 25%-də hipertrofik gingivit, 5%-də isə parodontoma müşahidə edilmişdir.

Hamiləliyin fizioloji gedişatında qadınların 85,7%-də dişlərin minasının və dentinin hipersteziyası müşahidə olunmamışdır. Kataral (42,1%) və hipertrofik gingiviti (62,5%) olan hamilələrdə kombinə formalı (servikal və tac, servikal və kök) minanın və dentinin hiperesteziyası təyin edilir. Hamiləliyin patoloji gedişatında 75,4% qadınlarda dişlərin hiperesteziyası qeyd edilməmişdir. Kataral gingivitdə kombinə formalı hiperesteziya – 59,5%-də, hipertrofik gingivitdə 85%-də təyin edilmişdir. Parodontoması olan hamilələrin 100%-də kombinə formalı hiperesteziya müşahidə edilmişdir.

Planlaşdırılmış hamiləliyə qədər mütləq olaraq ağız boşluğunun sanasiyası aparılmalıdır. Bundan asılı olmayaraq hamiləliklə əlaqədar hormonal dəyişikliklərin kariyes prosesinə və parodont toxuması xəstəliklərinə təsirini nəzərə alaraq, hestasiyanın erkən həftələrindən ağız boşluğunun vəziyyəti stomatoloq tərəfindən qiymətləndirilməlidir və müvafiq profilaktika, müalicə tədbirləri görülməlidir.

Hamiləliyin bütün müddətində, xüsusən erkən toksikozlarda patogenetik müalicə ilə yanaşı ağız boşluğunun antiseptik bitki mənşəli məhlullarla qarqara edilməsi, dişlərin mütləq olaraq gigiyenasına riayət etmək vacibdir.

Kariyesin müalicəsi hamiləliyin 12 həftəsindən sonra ananın, dölün vəziyyətini nəzərə alaraq aparılmalıdır. Müalicədən əvvəl dölün vəziyyətini və uşaqlığın yığılma aktivliyini təyin etmək üçün ultrasəs, kardiotokoqrafiya müayinə metodlardan stomatoloji yardımdan əvvəl və sonra aparılması məqsədəuyğundur.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Əliyev T.Y., Muradov H.K. Hamiləliyin fizioloji gedişatında paro-dontitlərin kliniki-morfoloji xüsusiy-yətləri // Az.təbabətinin müasir nailiyyətləri jurnalı. 2013, №1, s.205-208
2. Hüseynova T.H., Əliyev T.Y., Muradov H.K. Hamiləliyin patoloji gedişatında diş əti xəstəliklərinin kliniki-morfoloji xüsusiyyətləri // Sağlamlıq jurnalı 2013, №3, s.147-152.
3. Стоматология беременных. Успенская, О.А., Шевченко Е.А. Нижний Новгород: Изд-во НижГМА. - 2018. - 44с.
4. Алиев Т.Я., Зейналов Г.А. Особенности оказания стоматологической помощи беременным при кариесе зубов // Современная стоматология.-2019.-№2.-С.49-51.
5. Aljulayfi I., Alrusayni A., Alqahtani S., Hamam M.K. Awareness of dental interns in managing cases of pregnant women in Saudi Arabia // The Saudi Journal for Dental Research. - 2015. - Vol. 6 (1). - P. 26-29.
6. Boutiqny H., Moegen M.L., Egea L., Badran Z. et al. Oral Infections and Pregnancy: Knowledge of Gynecologists/Obstetricians, Midwives and Dentists // Oral Health Prev.Dent. - 2015 Jun 23. doi: 10.3290/j.ohpd.a34376. [Epub ahead of print].
7. Chacko V., Shenoy R., Prasy H.E., Agarwal S. Self-reported awareness of oral health and infant oral health among pregnant women in Mangalore, India - a prenatal survey // Int J Health Rehabil Sci. - 2013. -Vol. 2(2). - P. 109-115.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Алиев Т.Я., Махмудова Н.М., Фейзуллаева Н.Э.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра детской стоматологии, Баку, Азербайджан

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения кариеса и заболеваний пародонта, а также внедрение современных принципов стоматологической помощи при физиологической и патологической беременности. В результате проведённого исследования было установлено, что на развитие кариозного процесса и заболеваний пародонта влияет беременность, повторная беременность и её патологическое течение, включая ранние токсикозы различной выраженности, снижение pH, наличие микробиологической обсеменённости полости рта. Стоматологическую помощь следует проводить после 12 нед. беременности. Предварительно за 30-60 минут до лечения является целесообразным назначение спазмолитиков и успокаивающих препаратов. Длительность стоматологической помощи составляет 25-30 минут. При этом проводится лечение одного-двух зубов с поверхностным кариесом или одного зуба с глубоким кариесом.

Ключевые слова: беременность, кариес зубов, пародонт, pH ротовой жидкости.

SUMMARY

PECULIARITIES OF DENTAL DISEASES AT PHYSIOLOGICAL AND PATHOLOGICAL COURSE OF PREGNANCY

Aliyev T.Y.,Mahmudova N.M., Feyzullayeva N.E.

Azerbaijan Medical University, Department of Pediatric Dentistry, Baku, Azerbaijan

The goal of investigation: to study the features of course of main dental diseases like tooth decay and periodontitis is an introduction of modern principles of dental care during physiological and pathological pregnancy. Was confirmed that pregnancy, subsequent pregnancy, its pathologic duration includes morning sickness, decreasing of pH and presence of microbes in the oral cavity, influence on the intensity of tooth decay and periodontitis. Dental care should be performed after 12 weeks of pregnancy; it is appropriate prescription of antispasmodics and sedatives 30-60 minutes before treatment. When the treatment of one-two teeth with superficial or one tooth with deep decay is conducted.

Keywords: pregnancy, dental decay, periodontium, pH of the oral fluid.

Redaksiyaya daxil olub: 05.01.2023
Çapa tövsiyə olunub: 25.01.2023
Rəyçi: t.ü.e.d. Z.V.Qasımova

İLKİN SƏHİYYƏ XİDMƏTİNDƏ APARILAN VƏRƏM ƏLEYHİNƏ TƏDBİRLƏRİN GÜCLƏNDİRİLMƏSİNİN ƏSAS EPİDEMİOLOJİ GÖSTƏRİCİLƏRƏ TƏSİRİ

[1]Şıxəliyev Y.Ş.*, [1]Məmmədbəyov E.N., [1]Kazımova L.H., [2]Qasımov İ.Ə., [3]İsmayılova A.S., [3]Hüseynəliyeva V.N.

[1]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Ftiziatriya kafedrası, Bakı, Azərbaycan;
[2]Elmi Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutu, Bakı, Azərbaycan;
[3]1 nömrəli Vərəm Əleyhinə Dispanser, Bakı, Azərbaycan

Dünyada vərəmin epidemioloji vəziyyəti gərginləşir. Bunun əsas səbəbi dərmana davamlı formaların sayının artmasıdır. Bunun qarşısın almaq üçün vərəm xəstəliyi ilkin səhiyyə müəssisəsində aşkarlanmalıdır. Bu baxımdan yüksək risk qrupuna aid olan əhalinin mikrobioloji, imunoloji və şüa diaqnostikası müayinələri ciddi nəzarət altında aparılmalıdır. Bakı şəhərinin Nəsimi Yasamal rayonlarının əhalisi arasında təqaüdçülər, evdar qadınlar, yeniyetmə və gənclər, məcburi köçkünlər, məhbusluqdan azad edilənlər, ölkədaxili miqrasiya edənlər yüksək risk qrupu kimi müəyənləşdirilmişdir. Risk qrupları 2017-2019 illərdə registr yaradılaraq ciddi nəzarət altında müayinəyə cəlb olundular. Nəticədə 100 min əhaliyə xəstələnmə gənclər arasında tədqiqatın ikinci ilində kəskin artmış, üçüncü ilində optimal səviyyə enmişdir. Həmçinin aşkar olunmuş xəstələr arasında ocaqlı vərəmin səviyyəsi 3,3 dəfə artmış, dağılma mərhələsində olan xəstələrin sayı isə 1,5 dəfə azalmışdır. Mono-poli, çoxsaylı dərmanlara davamlı formaların səviyyəsi uyğun olaraq 3 və 12,8 dəfə azalmışdır. Belə nəticələrin əldə olunması üçün tibb işçiləri ilə sanitar marifləndirmə işləri aparılmalı, risk qrupları seçilməli, registr yaradılmalı və onlar ciddi nəzarət altında müayinəyə cəlb olunmalıdırlar.

Açar sözlər: İlkin səhiyyə xidməti, epidemioloji göstəricilər, vərəm əleyhinə tədbirlər, vərəmin kliniki formaları, ocaqlı vərəm, mono-poli davamlılıq

Mövzunun aktuallığı. Dünyada vərəm problemi aktual olaraq qalmaqdadır. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) dəstəyi ilə 26 sentyabr 2018-ci ildə London şəhərində Birləşmiş Millətlər təşkilatında keçirilən vərəmə aid toplantıda epidemioloji stiusiyasını yaxşılaşdırmaq üçün xüsusi qətnamə qəbul olunmuşdur. Bu sənəddə son 5 ildə (2018-2022) vərəm əleyhinə tədbirlərdən aşağıdakıların yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulmuşdur:

1. 2018-2022-ci illərdə vərəm xəstəliyinə tutulmuş 40 milyon xəstənin müalicəsi;
2. 2018-2022-ci illərdə latent vərəm infeksiyasının (LVİ) profilaktik müalicəsinə 30 milyondan az olmayaraq insanın cəlb edilməsi;
3. 2022-ci ilə qədər hər il vərəmin aşkarı, müalicəsi və xəstələrə qulluq üçün 13 milyard ABŞ dollarının ayrılması;
4. Vərəmə aid elmi araşdırmalara hər il 2 milyard ABŞ dolları ayrılması.

Dünyada hər il yüz milyon insan vərəmlə xəstələnir və epidemioloji vəziyyəti gərginləşdirir. Bu mənada 2015-ci illə müqayisədə son 5 ildə ilkin xəstələnənlərin 80% azaldılması, 2030-cu ilə qədər vərəmdən ölüm göstəricisi 90% azaldılması, 2020-ci ilə qədər heç bir vərəm xəstəsinin müalicə üçün vəsait sərf etməməsi məsələləri müzakirə edilmişdir [3-5].

Dünyada vərəmin epidemioloji vəziyyətini gərginləşdirən əsas amil spesifik dərmanlara çox (ÇDD) və geniş (GDD) davamlığın formalarının sürətlə artmasıdır. Dünyada 2018-ci ildə qeydiyyata alınan yüz milyon yeni xəstənin yarım milyona yaxın hissəsini rifampisinə davamlı xəstələr təşkil etmişdir. Onlar arasında GDD forma 78% səviyyəsində olmuşdur. Dərmana davamlı xəstələrin sayının azaldılması üçün ilk növbədə xəstələrin erkən aşkarı lazımdır [5, 12-15].

Azərbaycanda vərəmin ilkin səhiyyə xidmətində erkən aşkar edilməsində baş verən əsas çatmamazlıqlar aşağıdakılardır:

1. İlkin səhiyyə xidmətində tibb işçiləri arasında sanitar maarifləndirməsinin aşağı səviyyədə olması.
2. İlkin səhiyyə xidmətinin ərazisində olan insanlar arasında vərəmə aid sanitar maarifləndirmə tədbirlərinin zəif aparılması.
3. İlkin səhiyyə xidmətində vərəmin erkən aşkarı üçün diaqnostik imkanların zəif olması
4. İlkin aşkar edilmiş xəstələrin müalicəsi üçün yol xəritəsinin olmaması
5. İlkin səhiyyə xidmətində çalışan tibb işçilərinin vərəmin aşkar etmək üçün motivasiyanın olmaması.

ÜST vərəmin erkən aşkarlanması üçün əhali arasında risk faktorlarının təyini və onları ilk növbədə mikrobioloji, immunoloji və şüa diaqnostikasına cəlb edilməsini əsas sayır [2, 8-10]. Ümumi qəbul olunmuş risk əlamətləri (alkoqolizm, narkomaniya, genetik meyillik, ölkə xarici miqrasiya, normal qidalanmamaq və s.) ilə yanaşı hər bir region və ölkə

*e-mail: vd1@tabib.gov.az

üçün xarakterik risk əlamətləri mövcuddur. Bu əlamətlərin araşdırmaq məqsədi ilə Azərbaycanda A.Valdin ardıcıl riyazi statistik proqnozlaşdırma metodu geniş tətbiq olunur. Bu araşdırmada elmi sürətdə izah edilmişdir ki, əhali arasında vərəmlə xəstələnməyə görə 80-dan çox risk amilləri mövcuddur. Lakin, bu əlamətlərdən informasiyaya malik 42 əlamət mövcuddur. Bu metodla təhlildə vərəmlə xəstələnmə riskinin yuxarı (+19,7) və aşağı (-6,3) həddləri təyin edilmişdir. Əlamətlərin hər biri üçün diaqnostik əmsal (DƏ) və onlar informasiya səviyyəsi təyin edilmişdir. İnformasiyanın təyini zamanı risk əlamətlərinin sayı 2 dəfə azalmışdır. Region üçün xarakterik risk əlamətlərinin yüksək diaqnostik əmsala malik olanları arasında peşəyə görə risk əlamətləri (DƏ 7,27), yaş qrupuna görə (DƏ 11,3), ailə vəziyyətinə görə risk əlamətləri (DƏ 2,94), yaşayış həyat tərzinə görə risk əlamətləri (DƏ 5,39) və s. aydınlaşdırılmışdır. Bu baxımdan evdar qadınlar, təqaüdçülər, uşaq-yeniyetmə və gənclər, ölkə daxili miqrasiya edənlər, məhbusluqdan azad edilənlər daha çox müşahidə olunan vərəmlə xəstələnmə riski yüksək olan qrup insanlar kimi qəbul olunmuşlar [6, 7]. Dünyada tüğyan edən HİV və Covid-19 viruslarının yaratdığı immunodefisit nəticəsində yüksək xəstələnmənin baş verməsi danılmazdır.

Ona görə də ilkin səhiyyə xidmətində vərəmin erkən aşkarlanması üçün yüksək xəstələnmə riskinə malik olan insanların xüsusi qeydiyyatının aparılması və onların ilk növbədə vərəmə görə müayinəyə cəlbi epidemioloji nöqteyi nəzarətdən çox önəmlidir [1, 11].

Elmi işin məqsədi. İlkin səhiyyə xidmətində əhali arasında yüksək riskə malik olan insanların seçilərək vərəmə görə ciddi nəzarət altında müayinəsinin əsas epidemioloji göstəricilərə təsirinin öyrənilməsidir.

Bu məqsədə nail olmaq üçün aşağıdakı vəzifələr qarşıya qoyulmuşdur:

- ilkin səhiyyə müəssisələrində yüksək riskə malik olan evdar qadınlar, təqaüdçülər, uşaq, yeniyetmə və gənclərin, ölkə daxili miqrasiya edənlərin, məhbusluqdan azad olunanların qeydiyyatı əsasında registrın təşkili;
- risk qruplarının ciddi nəzarət altında vərəmə görə mikrobioloji, immunodiaqnostik və rentgenoloji müayinələrin təşkili;
- əldə olunan nəticələrin vərəmin epidemioloji göstəricilərinin təsirinin müəyyənləşdirilməsi.

Elmi işin metodikası. Bakı şəhərinin beş yüz minə yaxın əhalisi olan Yasamal və Nəsimi rayonlarından ilkin səhiyyə xidmətinin müəssisələrində qeydiyyatda olan yüksək riskə malik insanlar seçilərək onlara xüsusi registrasiya aparılmışdır. Kontingent üç il müddətində (2017-2019-cu illər) ciddi nəzarət altında mikrobioloji (Genexpert MBT/Rif, mikroskopik, kultural metod), immunodiaqnostika (Mantu 2TV PPD-L) və rentgenoloji müayinəyə cəlb edilmişdir. Xəstələrin retrospektiv təhlili zamanı Azərbaycan dövlət statistika komitəsi tərəfindən təsdiq olmuş "vərəm haqqında" 8 saylı formadan istifadə olunmuşdur. İlk öncə 2016-cı ildə hər iki rayon üzrə vərəmin əsas epidemioloji göstəriciləri nəzarət qrupu kimi qəbul olunmuşdur. Təhlildə müzakirə olunan risk əlamətlərdən sayılan – yaş, cins, peşə, xəstələnmənin yerli və ümumi əhali arasında intensiv (100 min əhaliyə) səviyyəsi, ilkin xəstələnənlər arasında kliniki formalardan sayılan ocaqlı vərəmin xüsusi çəkisi, dağılma mərhələsində aşkarlanma, turşuya davamlı vərəm mikobakteriyalarının (TDM) aşkarlanma səviyyəsi, ilkin monopoli və GDD vərəmin xüsusi çəkisi və s əsas götürülmüşdür. Eyni zamanda vərəmin aşkarlanması üçün ümumi qəbul olunmuş kanallarda müqayisəli təhlil edilmişdir. Belə ki, profilaktik yolla aşkarlanmanın optimal həddi 40-45%, ilkin səhiyyə xidmətinə müraciətlə aşkarlanma 40-45%, somatik xəstəxanalarda müalicə zamanı aşkarlanma 15-16%, meyit təşrihi zamanı aşkarlanma 1% səviyyəsində nəzərdə tutulmuşdur. Bu kanallar arasında bir başa vərəm müəssisələrinə müraciətlə aşkarlanma qəbul olunmaz sayılmışdır. Uşaq, yeniyetmə və gənclər arasında infeksion allergiyanın "ötən ilə nisbətən nəticələrin artması, viraj və hiperergiya" formalarının xüsusi çəkisi aparılan tuberkulin diaqnostikanın sayına və tuberkulin müsbət olanların səviyyəsinə görə müqayisəli təhlil edilmişdir. Əhali arasında vərəmin ciddi nəzarət altında müayinəsi 2017-2019-cu illərdə aparılmışdır. Alınan nəticələr arasında dürüstlük əmsalı Styudentin variasion statistikası əsasında yerinə yetirilmişdir.

İşin əsas məzmunu. Azərbaycanda 2016-cı ildə 152 ilkin xəstə (yerli xəstə 97, miqrasiya edən 55) qeydiyyata alınmış xəstələnmənin intensiv səviyyəsi Bakı şəhərində kəskin azalmışdır. Belə ki, Yasa-

mal və Nəsimi rayonlarında yerli əhali arasında xəstələnmə 21,0, ümumi əhali arasında isə 30,4 olmuşdur. Aydın olmuşdur ki, ərazidə əhalinin üçdə bir hissəsini ölkə daxili miqrasiya edənlər təşkil edir. Yerli əhali arasında ilkin xəstələrdə ocaqlı vərəmin xüsusi çəkisi 11,9%, ölkə daxili miqrasiya edənlər arasında isə 7,1%, infiltrativ vərəm uyğun olaraq 88,1% və 92,9% təşkil etmişdir. İlkin miqrasiya edən vərəm xəstələri arasında dağılma mərhələsində aşkar olunanlar 76,2% olaraq yerli əhalinin müvafiq göstəricisindən 1,6 dəfə çoxdur. Digər tərəfdən miqrasiya edən əhali arasında vərəmin meninqoensofalomielit kimi ağır formaları qeydə alınmışdır. Bütün bunlar miqrasiya edən əhalinin vərəmə görə yüksək risk qrupu olduğunu göstərir. Xəstələrin aşkar edilmə kanallarında vəziyyət çox da ürək açan deyil. Belə ki, ilkin xəstələrin 38,3% hissəsi ilkin səhiyyə xidmətinə müraciət zamanı, 0,9% hissəsi profilaktik müayinələr zamanı, 31,1% hissəsi somatik xəstəxanalarda müalicə zamanı və 29,7% hissəsi yol verilməz sayılan birbaşa vərəm əleyhinə müəssisələrə müraciətlə aşkarlanmışlar. Aşkar edilmiş xəstələrin cins və yaş xüsusiyyətləri göstərir ki, ilkin yerli xəstələr arasında kişilər 62,1% səviyyəsində olub qadınlardan 1,6 dəfə yüksəkdir. Ölkə daxili miqrasiya edənlər arasında kişilər 59,2% olub qadınlardan 5 dəfə yüksəkdir. Yaşa görə təhlil göstərir ki, xəstələnlər arasında 18-29 yaşda olan kişilər üstünlük təşkil edir. İlkin xəstələnənlər arasında təqaüdçülər 16,4%, evdar qadınlar 23,7%, işsizlər 28,3%, fəhlələr 14,5%, zehni əməklə məşğul olanlar 11,8%, uşaq və yeniyetmələr 3,3%, həbsxanadan vərəmə görə müalicə olunmayıb əhv olunanlar 2%, ümumi xəstələr arasında ölkə daxili miqrasiya edənlər 36,2% səviyyəsində olmuşdur. Bu xəstələr arasında TDM ifraz edənlər uyğun olaraq 68%, 58,3%, 41,9%, 45,5%, 16,7% olduğu halda uşaq və yeniyetmələr arasında müşahidə olunmamış, həbsxanadan gələnlər arasında isə 66,7% müşahidə olunmuşdur. Ölkə daxili miqrasiya edənlər arasında TDM ifrazı 43,6% səviyyəsində olmuşdur. Göstərilən qruplara xəstələr arasında ümumilikdə ilkin mono-poli və GDD formalar uyğun olaraq 26,7% və 14,1% olmuşdur. Ən yüksək göstərici təqaüdçülər arasında uyğun olaraq 52,9% və 11,8%, evdar qadınlar arasında 28,6% və 19%, işsizlər arasında 11,1% və 11,1%, fəhlələr arasında 20% və 10%, həbsxanadan gələnlər arasında isə 1 xəstədə (50%) GDD olmuşdur.

İlkin xəstələr arasında vərəmlə yanaşı digər xəstəliklər (ürək damar sistemi 16,7%, şəkər xəstəliyi 31,8%, mədə-bağırsaq sistemi xəstəliyi 4,5%, allergik xəstəliklər 3%, alkoqolizm 7,6%, narkomaniya 13,6%, psixiki pozğunluq 4,5%, siflis 1,5%, talasemiya 3%, HİV 6,1%, hepatit C 7,6%) halda qeyd olunur. Bu xəstələrin müalicə kursunun sonuna müalicənin effektliyi uğurlu müalicə 83,8% (sağalma 79,5%), uğursuz müalicə 9,8%, ölüm 2,4%, mütəmadi həkim nəzarətindən kənarda qalanlar 5% olmuşdur. Uşaq, yeniyetmə və gənclər arasında risk qrupları seçilərək tuberkulin diaqnostikaya cəlb edilməsi və əhatə səviyyəsi 66,5% olmuşdur. Nəticədə infeksion allergiyanın (İA) müayinə olunanların sayına görə "ötən ilə nisbətən nəticələrin artması, viraj və hiperergiya" səviyyəsi uyğun olaraq 19,9%, 2,9% və 4,6%, tuberkulinin müsbət nəticələrinə görə isə müvafiq göstərici uyğun olaraq 46,3%, 6,9% və 10,8% olmuşdur.

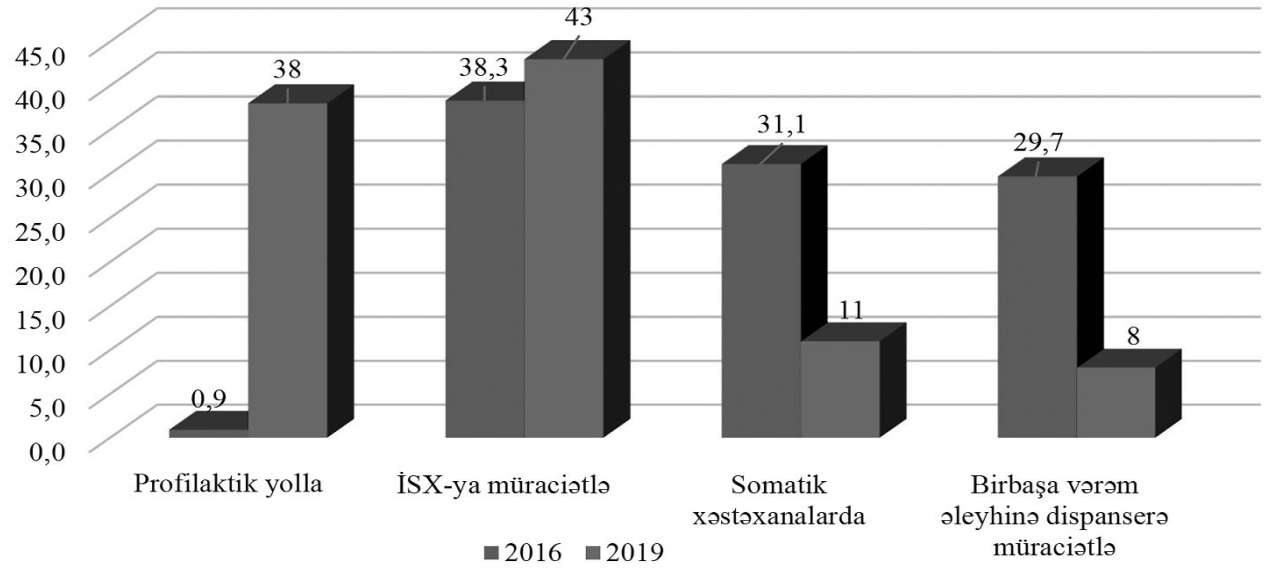
Beləliklə, aparılan təhlil göstərir ki, 2016-cı ildə aşkarlanan ilkin xəstələr arasında 18-29 yaş, kişi cinsi, evdar qadınlar, təqaüdçülər, həbsxanada vərəmə görə müalicə olunmayıb əhv olunanlar, ölkə daxili miqrasiya edənlər üstünlük təşkil edir və onlar xüsusi risk qrupu sayılırlar. Ona görə də ilk növbədə bu insanların kliniki, rentgenoloji, immunoloji müayinəsi təşkil edilmişdir. İlkin səhiyyə xidmətində qeydiyyatda olan risk əlamətlərinə aid olanlar üçün ciddi registrasiya aparılmışdır və onların 2017-2019-cu illərdə bakterioloji müayinəsi üçün laborantlar və həkimlərə 1 saylı vərəm əleyhinə dispanserə cəlb edilərək hazırlanmışdır.

Göstərilən kontingentin 2017-ci ildən başlayaraq ciddi nəzarət olunmaqla registr əsasında müayinəsi aparılmışdır. Son 3 ildə göstərilən risk qruplarının ciddi nəzarət altında spesifik müayinələrə cəlbi yüksək səviyyə təşkil etmişdir. Belə ki, 2017-2019-cu illərdə təqaüdçülərin və evdar qadınların müayinə ilə əhatə olunması uyğun olaraq 94,9% və 95%, ölkə daxili miqrasiya edənlər 95%, həbsxanada müalicə almayıb əhv olunanıar 100% təşkil etmişdir. Bu illərdə alınan nəticələrin fərqinin dürstlük əmsalı $p \leq 0,05$ səviyyəsindədir. Uşaq, yeniyetmə və gənclər arasında risk qruplarının immunodiaqnostika ilə əhatə olunma səviyyəsi 2016-cı ildə 66,5%, 2017-ci ildə 85,12±0,24%, 2018-ci ildə 9,21±0,17%, 2019-cu ildə 93,36±0,16% olmuşdur ($p \leq 0,05$).

Aparılan tuberkulinin miqdarına görə infeksion allergiyanın "ötən ilə nisbətən nəticələrin artması, viraj və hiperergiya" 2016-cı ildə uyğun olaraq 19,9%, 2,9% və 4,6% olduğu halda 2017-2019-cu illərdə bu göstərici kəskin azalmış və 2019-cu ilə uyğun olaraq 4,8%, 0,4% və 0,9% olmuşdur.

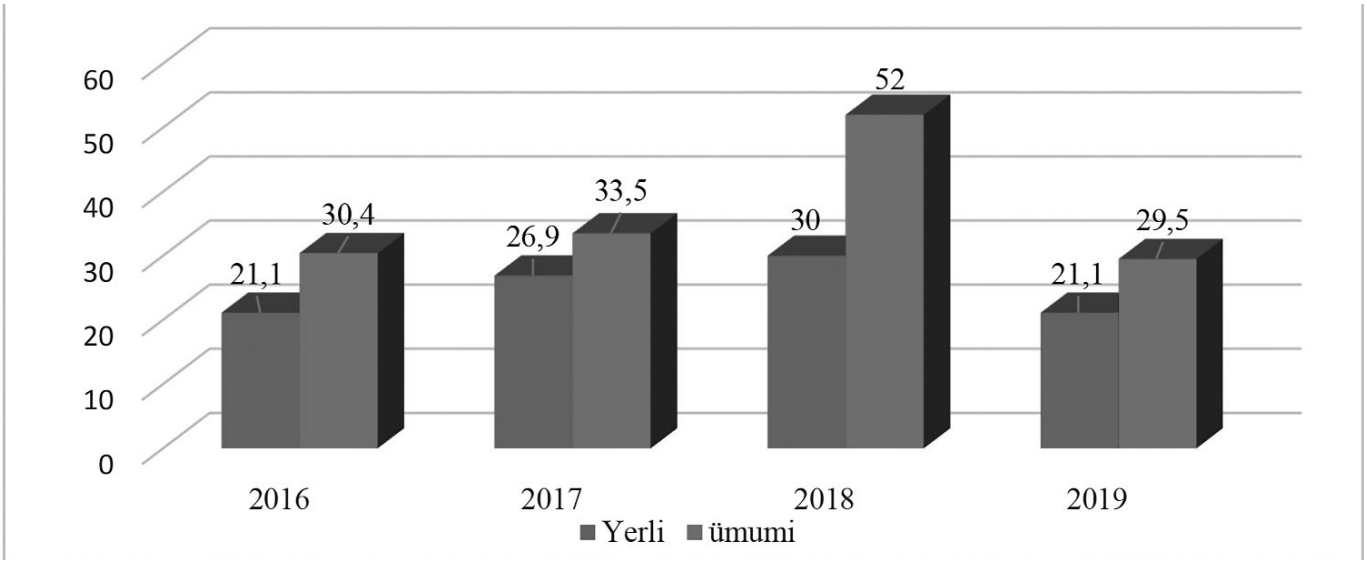
Başqa sözlə, uyğun olaraq 75,9%, 86,2% və 80,1% azalmışdır ($p \leq 0,05$). Anoloji yaxşılaşma tuberkulinin nəticəsi müsbət olanlara görə də baş vermişdir. Belə ki, "ötən ilə nisbətən nəticələrin artması, viraj və hiperergiya" uyğun olaraq 2016-cı illə müqayisədə 4,1, 6,9 və 2,1 dəfə azalmışdır ($p \leq 0,05$). Xəstəliyin qarşısının alınması məqsədi ilə latent vərəm infeksiyası olanlar arasında aparılan kimyəvi profilaktikanın səviyyəsində ciddi artım qeyd olunmuşdur. Bu profilaktika 2016-cı ildə 76,9%, 2017-ci ildə 89,8%, 2018-ci ildə 95,8%, 2019-cu ildə isə 100% yerinə yetirilmişdir.

Nəticədə xəstəliyin aşkarlanma kanallarında müsbət mənada dəyişikliklər baş vermiş və Şək. 1-də əyani olaraq göstərilmişdir.



Şək. 1. İlkin xəstələrin aşkarlanma kanallarında 2016-2019-cu illərdə baş vermiş dəyişiklik.

Şək. 1-dən görünür ki, 2016-cı illə müqayisədə 2019-cu ildə vərəmin profilaktik yolla aşkarı 38% olaraq optimal səviyyəyə çatmışdır. Nəticədə İTYM-ə müraciətlə aşkarlanma 2019-cu ildə 43% olaraq optimal həddədir. Somatik xəstəxanalarda müalicə zamanı aşkarlanma 3 dəfəyə yaxın azalmış, vərəm müəssisələrinə müraciətlə aşkarlanma isə 8% olaraq 2016-cı illə müqayisədə 3,7 dəfə azalmışdır. Bütün bu müsbət nəticələr xəstələrin intensiv səviyyəsində özünü biruzə vermişdir və nəticələr Şək. 2-də göstərilmişdir.



Şək. 2. Son illər (2016-2019) yerli və ümumi əhali arasında xəstələnmənin intensiv səviyyəsi.

Şək. 2-dən görünür ki, 100 min əhaliyə görə xəstələnmə 2016-cı ildə yerli əhali arasında 21,0, ümumi əhali arasında isə 30,4 olduğu halda müqayisədə 2017-ci ildə yerli əhali arasında 21,9% artaraq 26,9, ümumi əhali arasında isə 3,3% artaraq 33,5; 2018-ci ildə yerli əhali arasında 30% artaraq 30, ümumi əhali arasında isə 41,5% artaraq 52,0, 2019-cu ildə yerli əhali arasında 0,5% azalaraq 21,1, ümumi əhali arasında isə 3% azalaraq 29,5 olmuşdur. Bununla yanaşı ilkin qeydiyyata alınan xəstələrin kliniki sturukturasında müsbət dəyişiklik baş vermişdir. Belə ki, ocaqlı vərəmin xüsusi çəkisi 2016-cı ildə 10,1% olduğu halda bu göstərici 2017-ci ildə 15,7%, 2018-ci ildə 32,3%, 2019-cu ildə 33% olmuşdur. İlkin xəstələr arasında dağılma mərhələsində aşkar olunanlar 2016-cı illə müqayisədə 2019-cu ildə 1,5 dəfə azalaraq 39,5% səviyyəsinə enmişdir. İlkin xəstələnənlər arasında mono-poli və GDD formalar kəskin azalmışdır. Belə ki, 2016-cı illə müqayisədə 2019-cu ildə uyğun olaraq 3 dəfə və 12,8 dəfə azalmışdır.

Beləliklə, hər bir regionun özünə məxsus vərəmə görə risk qrupları mövcuddur. Belə risk qruplarının Yasamal və Nəsimi rayonlarında təqaüdçülər, evdar qadınlar, 18-29 yaşda olan gənclər, ölkə daxili miqrasiya edənlər, həbsxanada vərəmə görə müalicə almadan əhv olunanlar aid edilmişdir.

Ciddi nəzarət altında registr əsasında göstərilən risk qruplarına aparılan məqsədli müayinələr xəstələnmənin intensiv səviyyəsinin müayinəsinin ikinci ilində kəskin yüksəlmiş, üçüncü ilində isə azalaraq optimal səviyyəyə düşməsinə imkan verir. Sözsüz, bu müsbət dəyişiklik vərəmin aşkarlanma kanallarında baş vermiş çatmamazlıqların aradan qaldırılmasına səbəb olur. Xəstələr əsasən profilaktik yolla və ilkin səhiyyə xidmətinə müraciətlə aşkarlanırlar. Vərəm əleyhinə müəssisələrdə birbaşa müraciətlə aşkarlanmanın və somatik xəstəxanalardan aşkarlanma səviyyəsində kəskin azalma qeyd olunur. Başqa sözlə, əhali arasında risk qruplarının seçilməsi və onlara ciddi nəzarət altında müayinəsi, vərəmə görə epidemioloji vəziyyətinin yaxşılaşmasına imkan yaradır. Epidemioloji gərginliyin yaxşılaşması aşkar olunma ilkin xəstələr arasında ocaqlı vərəmin xüsusi çəkisinin artmasında, dağılma boşluğunun bağlanma səviyyəsinin azalmasında, ilkin monopoli və çox dərmana davamlı formaların aşkar edilmə səviyyəsinin azalmasında özünü göstərir.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Şıxlinskaya M.A "Mikobakteriya ifraz edən, spesifik dərmanlara davamlı vərəm xəstələrinin aşkarı və müalicəsinin təşkilinin təkmilləşdirilməsi" Tibb üzrə fəlsəfə doktoru alimlik dərəcəsi almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın avtoreferatı. Bakı 2012
2. Аксенова В.А., Стерликов С.А., Белиловский Е.М., Казыкина Т.Н., Русакова Л.И. Эпидемиология туберкулеза у детей // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, 2019; № 1 [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.healthproblem.ru/files/pdf/218-pdf. pdf (Дата обращения: 15.08.19).
3. Васильева И.А, Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Стерликов С.А. "Глобальные Отчеты Всемирной Организации Здравоохранения По Туберкулезу: Формирование И Интерпретация". Туберкулёз и болезни лёгких, Том 95, № 5, 2017
4. Васильева И.А., Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Стерликов С.А. "Заболеваемость, Смертность И Распространенность Как Показатели Бремени Туберкулеза В Регионах Воз, Странах Мира И В Российской Федерации" Часть 1. Заболеваемость и распространенность туберкулеза. Туберкулёз и болезни лёгких, Том 95, № 5, 2017.
5. Васильева И.А., Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Стерликов С.А. "Глобальные отчеты всемирной организации здравоохранения по туберкулезу: формирование и интерпретация" Туберкулёз и болезни лёгких, 2017; №5: с.7-16.
6. Гусейналиева В.Н., Влияние лечения и наблюдения под строгим контролем лиц с высоким риском заболевания на туберкулез в первичном медицинском звене на эпидемиологические показатели. /Сборник трудов XXXI Национального Конгресса по болезням органов дыхания, ноябрь 2021г ст.77-78.
7. Гусейналиева В.Н., Совершенствование противотуберкулезных мероприятий в первичном медицинском звене города и села и его влияние на клинико-эпидемиологические показатели. //Georgian Medical News / 2021, №10 ст.81-86.
8. Зеликман М.И. Цифровые рентгенодиагностические системы // Радиология – практика, 2008; № 4: С. 38-49.
9. Казыкина Т. Н. Система иммунодиагностики и химиопрофилактики туберкулеза с точки зрения прикладного системного анализа // Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей и подростков». -[Электронный ресурс]. http://www.humanhealth.ru/images/conference/28_03_2018 Kalinigrad/ Tezisy/16.pdf (Дата обращения: 08.08.19).
10. Казыкина Т.Н., Стерликов С.А., Борисова Е.С., Грипекина Н.В., Долженко Е.Н., Еленкина Ж.В., Козлова Л.В., Малиев Б.М., Фадеев П.А., Хоротэтто В.А. "Проблема отказов от иммунодиагностики туберкулеза: результаты многоцентрового социологического исследования" Туберкулёз и болезни лёгких, Том 98, № 4, 2020
11. Шихалиев Я.Ш. "Совершенствование методов выявления и лечения рецидивов туберкулеза" автореферат дис-

сертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва 2001
12. Dewan P.K., Grinsdale J., Liska S., Wong E., Fallstad R., Kawamura L.M. Feasibility, acceptability, and cost of tuberculosis testing by whole-blood interferon-gamma assay. // BMC Infect Dis., 2006; № 6.
13. Health systems strengthening glossary. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2016
14. Levesque J.F., Dongier P., Drassard P., Allard R. Acceptance of screening and completion of treatment for latent tuberculosis infection among refugee claimants in Canada // Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2004;Vol. 8, № 6: P. 711-717.
15. Zhao Y., Fox T., Manning K. et al. Improved treatment outcomes with Bedaquiline when substituted for second-line injectable agents in multidrug-resistant tuberculosis: a retrospective cohort study // Clin. Infect. Dis., 2019;Vol. 68, № 9:P. 1522-1529

РЕЗЮМЕ

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УСИЛЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕР В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ

[1]Шихалиев Я.Ш., [1]Маммедбеков Э.Н., [1]Казимова Л.Г., [2]Гасымов И.А., [3]Исмайлова А.С., [3]Гусеиналиева В.Н.

[1]Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, кафедра фтизиатрии, Баку, Азербайджан;
[2]Научно-Исследовательский Институт легочных заболеваний, Баку, Азербайджан;
[3]Противотуберкулезный Диспансер № 1, Баку, Азербайджан

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу ухудшается во всем мире. Причина-рост числа больных с лекарственно устойчивыми формами. Чтобы противодействовать этому необходимо выявлять туберкулёз в учреждениях первичного медицинского звена. В связи с этим, приоритетным является проведение микробиологической, иммунологической и лучевой диагностики людей, находящихся в группе высокого риска. В Насиминском и Ясамальском районах г. Баку пенсионеры, домохозяйки, подростки и молодёжь, вынужденные переселенцы и бывшие заключенные, внутренние мигранты были идентифицированы, как люди с высоким уровнем риска. Для этих людей в 2017-2019 годах был создан реестр и они привлекались к обследованию под строгим контролем. В результате, на втором году исследований показатель заболеваемости на 100 тыс. населения среди молодых лиц увеличился, на третьем году снизился до оптимального уровня. При этом в структуре выявления больных количество очаговой формы туберкулёза увеличилось в 3,3 раза, а количество больных с фазой распада уменьшилось в 1,5 раза. Соответственно количество больных с моно-поли- и множественно-лекарственно устойчивыми формами уменьшилось в 3 и 12,8 раз, соответственно. Для достижения таких результатов необходимо провести санитарно- просветительскую работу среди медицинских работников, выделить группу риска, создать регистр и привлечь их к обследованию под строгим контролем
Ключевые слова: Первичное медицинское звено, эпидемиологические показатели, противотуберкулезные меры, клинические формы туберкулёза, моно-поли устойчивость.

SUMMARY

THE IMPACT OF STRENGTHENING ANTI-TUBERCULOSIS ACTIVITIES IN PRIMARY HEALTH CARE FACILITIES ON EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS

[1]Shikhaliyev Y.Sh., [1]Memmedbeyov E.N., [1]Kazimova L.H., [2]Gasimov I.A., [3]Ismailova A.S., [3]Huseynaliyeva V.N.

[1]Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Department of Phthisiatry, Baku, Azerbaijan;
[2]Scientific Research Institute of Lung Diseases, Baku, Azerbaijan;
[3]Tuberculosis dispensary №1, Baku, Azerbaijan;

The epidemiological situation with tuberculosis is deteriorating throughout the world. The reason is the increase in the number of patients with drug-resistant forms. To counteract this, there is a need to detect tuberculosis in primary health care facilities. In this regard, it is a priority to conduct microbiological, immune and radiation diagnostic under strict control among people at high risk. In the Nasimi and Yasamal districts of the city of Baku, pensioners, housewives, youth, internally displaced people and prisoners who were undergoing treatment were identified as people with a high level of risk. For these people, a register was created in 2017-2019 and they were involved in the survey under strict control. As a result, the incidence rate per hundred thousand population among the local population increased sharply in the second year of surveys, in the third year it decreased to the optimal level. Meanwhile, in the structure of detected patients, the number of focal tuberculosis increased by 3.3 times, and the number of patients at the destruction stage decreased by 1.5 times. Accordingly, the number of mono-poly and many dosage forms decreased by 3 and 12.8 times. In order to achieve such results, it is necessary to carry out sanitary and educational work among medical staff, select a risk group, create a register and involve them in the examination under strict control.

Keywords: primary health care, epidemiological indicators, anti-tuberculosis measures, clinical forms of tuberculosis, mono-polu resistance.

Redaksiyaya daxil olub: 09.01.2023
Çapa tövsiyə olunub: 28.01.2023
Rəyçi: t.ü.e.d. G.S.Hacıyev

Tibb və Elm Jurnalı, №1 (31) 2023, 50-53

QEYRİ-KIMYƏVİ ASILILIQLARIN (ADDİKSİYALARIN) MÜALİCƏ TAKTİKASI

[1]Əliyev N.A., [1]Qafarov T.A.*, [2]Əliyev Z.N., [1]Haqverdi E.R.

[1]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, psixiatriya və narkologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan;

[2]Azərbaycan Tibb Universiteti, psixiatriya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsinin məlumatına görə, ölkədə 4 iri mobil operator var. 108 nəfər üçün 100 mobil abunəçi var. Beləliklə, Azərbaycan dünyanın ən aktiv mobil telefon istifadəçilərindən birinə çevrilib. Eyni zamanda, digər kimyəvi olmayan asılılıqların sayı da artır (alış-veriş, İnternet asılılığı, video oyunlardan asılılıq və s.) dünyada baş verən tendensiyalara uyğundur. **Materiallar və metodlar.** Ümumilikdə 50-18 yaş arası 35 xəstə müayinə edildi. Bütün xəstələr qadın idi. Xəstələrə ICD-11 6C5 - kimyəvi olmayan asılılıq diaqnozu qoyuldu. Xəstələr 2021-ci ilin yanvarından 2022-ci ilin iyuluna qədər Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Psixi sağlamlıq mərkəzində müayinə olunublar. Xəstələr gündə 47,5-75 mq Anafranil (klomipramin) və 300-600 mq/gün karbamazepin 6 ay ərzində ağızdan qəbul edildi. **Alınan nəticələr.** Müşahidələr (6 ay) göstərdi ki, Anafranil və karbamazepin qəbul edən xəstələrin 38-dən (76%) 50-si tam remissiyaya nail oldu, qalan hissəsi üçün müddəti 1 aydan 3 aya qədər idi. Respondentlərin təhlili alternativ statistik metoddan istifadə etməklə aparılmışdır. **Yekun.** Klinik dəlillər Anafranil və karbamazepinin nomofobiya və digər kimyəvi olmayan asılılıqların müalicəsində yüksək effektivliyini göstərir.

Açar sözlər: nomofobiya, qeyri-kimyəvi asılılıqlar, müalicə, anafranil, karbamazepin.

Giriş. Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsinin məlumatına görə, ölkədə 4 iri mobil operator fəaliyyət göstərir. Hər 100 nəfərə 108 mobil abunəçi düşür. Bununlada, Azərbaycan dünyanın ən aktiv mobil telefon istifadəçilərindən birinə çevrilib. Getdikcə insanların əksərriyəti həyatını cib telefonu olmadan təsəvvür edə bilmir. Bir çoxları demək olar ki, gün ərzində telefondan əl çəkmirlər. Mobil asılılıq, kimyəvi olmayan, nisbətən yeni və sürətlə artan bir asılılıqdır. Hazirda, insanların diqər qeyri-kimyəvi asılılıqlarada məruz qalması gün-gündən artır, bu da dünyada baş verən tendensiyalardan biridir.

Kimyəvi olmayan, xüsusən də qumar, cinsi və sevgi asılılığı, smartfonlardan asılılıq, işgüzar asılılıq, pul xərcləmək asılılığı, mobil asılılıq (nomofobiya) hazırda gündəmdə olan problemlərdir. Addiktiv pozuntular davamlı epizodik və təkrarlanan ola bilər. Şopinq, nomofobiya, internet və video oyunlardan asılılıqlar bir sıra nəticələrə getirir: əhəmiyyətli psixi sıxıntı, əhval pozuntusu, şəxsi həyatın ifadəli dərəcədə zəifləməsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər fəaliyyət sahələrin pozulması. Mediada çoxsaylı nəşrlərə və problemin açıq-aydın aktuallığına baxmayaraq bu mövzuda kifayət qədər elmi tədqiqat olmadığı aydındır.

Bu problemin bir neçə illər əvvəl yaranması müşaidə olunurdı, amma indi inkişaf etmiş ölkələrdə qeyri-kimyavi asılılıqlar artıq epidemiyaya çevrilir. Bununla əlaqədar, fərdi xususiyyətləri nəzərə alınmaqla, psixo-terapevtik, psixofarmakoloji və sosiobərpa tədbirlərin işlənməsi əhəmiyyətli məsələlərdəndir.

İşin məqsədi. Bu işin əsas məqsədi qeyri-kimyavi, o cümlədə şopinq, mobil telefon, internet və diqər asılılığının müalicəsi üçün bir farmakoloji yanaşma və taktikasının işlənməsi idi.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın materialını Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Psixi Sağlamlıq Mərkəzinə 2021-ci ilin yanvar ayından 2022-ci ilin iyul ayına qədər müraciyət edən qadınlar təşkil ediblər. Ümumilikdə 18 yaşdan 35 yaşa qədər 50 xəstə müayinə olunub. Xəstələrə XBT-11 baxışına uygun olaraq 6C5 – qeyri-kimyəvi asılılıq diaqnozu qoyulub. Diaqnozun qoyulması üçün üç şərt yerinə yetirilməlidir. Birincisi, asılılı şəxs nə vaxt və nə qədər addiktiv davranışa nəzarət etmir. İkincisi, şopinq, nomofobiya, internet, video oyunlara və digər asılılıqlara görə, o, başqa fəaliyyətləri və hobbilərini qurban verir. Üçüncüsü, asılı şəxs nəticələrinin görmək qabliyətində olsa belə, dayana bilmir.

XBT-11 görə 6C5 – qeyri-kimyəvi asılılıq:

Qeyri-kimyəvi addiksiyalar davamlı və ya təkrarlanan ola biləcək onlayn (yəni, internet üzərindən) və ya oflayn olmaqla, aşağıdakı xususiyyətlərlə təzahür olunur:

1. Addiktiv davranışın üzərində nəzarətin pozulması (məsələn, başlanğıc, tezlik, intensivlik, müddət, xitam, kontekst).
2. Artan addiktiv davranışa üstünlük verildiyi dərəcədə digər həyat maraqlarından və gündəlik fəaliyyətlərdən ayrılma.
3. Mənfi nəticələrin baş verməsinə.baxmayaraq

*e-mail: kafarov.t@gmail.com

addiktiv pountuların davam etməsi və ya artması.

Qeyri-kimyəvi addiktiv pozuntuların xüsusiyyətləri adətən ən azı 12 ay müddət ərzində aydın müşahidə olunmalıdır. Diaqnoz təyin edilməsi üçün ayların tələb olmasına baxmayaraq ayrı-ayrı diaqnostik hallarda tələb olunan müddət qısaldıla bilər, o zaman ki diqər tələblər yerinə yetirilir və simptomlar ağırdır.

Tədqiqat iştirakçılarına tədqiqatın məqsədləri, metodları, tədqiqatın gözlənilən faydaları və tədqiqatla əlaqəli risk və mümkün arahatlıqlar barədə məlumat verilmişdir. Aparılan tədqiqat ümumi qəbul olunmuş əxlaq və hüquqi normalar, etik tələblər, habelə pasientlərin şəxsi mənafelərini və ləyaqətini təmin etmək şərtlərinə uyğun olub.

Pasientlər 6 ay ərzində gündə 47,5-75 mq anafranil (klomipramin) və 300-600 mq/gün karbamazepin qəbul ediblər. Nəticələr: Müşahidə məlumatları (6 ay) göstərdi ki, anafranil və karbamazepin ilə müalicə olunan 50 xəstənin 38-i (76%) tam remissiyaya nail olmuş, qalanlarında onun müddəti 1 aydan 3 aya qədər olmuşdur. Respondentlərin təhlili alternativ statistik metoddan istifadə etməklə aparılmışdır.

Beləliklə, alinan nəticələr anafranil və karbamazepinin nomofobiya və digər qeyri-kimyəvi asılılıqların müalicəsində yüksək effektivliyini göstərir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirə. Nomofobiyanın və diqər qeyri-kimyavi asılılığlar təbiətinə görə psixoaktiv farmakoloji maddələrdən asılılıqlara oxşardır. Onların hər biri kimi bəzi şəxsiyyət problemləri, kompleksləri, ödənilməmiş ehtiyacları, yanlışlaqları və s. kompensasiya edir. Məsələn: telefon asılılığında, onsuz həyatın bir saatını təsəvvür edə bilməyən insan, çox vaxt bununla şəxsi problemləri kompensasiya edir, bu başqa insanlarla əlaqə qura bilməmək, ya təklikdən qorxmaq və s. ola bilər. Asılılıqlı şəxs birdən telefonunu tapa bilməmək vəziyətilə rastlaşanda nomofobiyanın əlamətləri kəskin şəkildə arta bilir. O zaman xəstədə qəzəb, tələş və ya təşviş vəziyyəti yaranır. Başgicəllənmə, sürətli nəbz, artan tərləmə, əllərdə və ayaqlarda titrəmə olur.

Təsdiqlənmiş NMP sorğu tədqiqatından istifadə edərək Qərbi Benqalda 303 tibb tələbəsi və 305 mühəndislik tələbəsi üzərində aparılan bir araşdırma göstərdi ki, mühəndislik tələbələri tibb tələbələrinə (42,6%) nisbətən daha yüksək nisbətdə nomofoblar (44,6%) göstərdilər [2]. Bir müddətdən sonra nomofob öz hərəkətlərinə nəzarət etməyi dayandırır. O əsəbi halda evdə telefonunu axtararaq ətrafda hər şeyi çevirə bilər. Problem burasındadır ki, asılılığa düçar olanlar özlərini xəstə hesab etmirlər, və nomofobiyanın ümumiyyətlə xəstəlik olmasından xəbərdar deyillər. İnsan praktiki olaraq başqaları ilə ünsiyyətini dayandıraraq bütün boş vaxtlarını telefonla məşğul olur: ancaq melodiya dinləmək, telefonun parametrlərini dəyişmək, onun üçün müxtəlif şəkillər və proqramlar, yeni oyunlar və s. yükləməklə məşqul olur.

Ancaq nomofobiyanın mövcudluğuna inanmayan həkimlər də var. Onlar bildirir ki, smartfondan asılılıq ümumiyyətlə xəstəlik deyil, daha çox sosial haldır. Axı telefon digər insanlarla daimi əlaqə hissi verir. Və oxşar "narahat vəziyyət" hər kəs tərəfindən yaşanır, o zaman ki birdən-birə baglı oldugu insanlardan təmas və əlaqəsi olmayan yerə düşür.

Eyni zamanda “One Poll və Secur Envoy” sorğunun təşkilatçılarına görə, nomofobiyadan əziyyət çəkənlərin sayı çoxdur və daim böyüyür, hər üç nəfərdən ikisi telefonlarını itirməkdən çox qorxduğlarını etiraf ediblər. Dörd il əvvəl respondentlərin yalnız yarısı bu qorxunu yaşayıb. Telefon itkisini xüsusilə əsəbi şəkildə qəbul edənlər 18 yaşdan 24 yaşa qədər olanlardır [1] .

Hal-hazırda nomofobiyanın müalicəsi haqqında tibbi ədəbiyyatda məlumat çox azdır. Bu məqalə problemi qismən həll etmək üçün ilk cəhddir. Nomofobiya və diqər qeyri-kimyavi asılılığları müalicə üçün burada bir farmakoterapevtik taktika istifadə edilib. Dərmanların (anafranil və karbamazepinin) psixofarmakoloji xüsusiyyətləri ədəbiyyatda yaxşı məlumdur [3, 4]. Stahl Stephen bildirir ki, [5] onlar: obsesiv-kompulsiv pozuntu, depressiya, nevropatik ağrı/xroniki ağrı zamanı və diqər hallarda geniş istifadə olunur.

Yekun. Qeyri-kimyəvi asılılıqların (addiksiyalar) farmakoloji müalicəsi çox problemlidir. Nomofobiyanın və diqər qeyri-kimyavi asılılığların müalicəsində anafranil (klomipramin) və karbamazepin istifadəsi ilə bağlı bu ilk araşdırmadır. Aparılmış tədqiqatın nəticələri göstərir ki, anafranil və karbamazepinin birləşmiş istifadənin addiktiv davranışlar, o cümlədən nomofobiya müalicəsində yüksək terapevtik təsirə malikdir. Birincisi, nomofobiya və

digər qeyri-kimyavi asılılığı olan xəstələrdə anafranili karbamazepinlə birləşməsinin tədbiqi xeyli müsbət nəticəni təmin edib. Bu araşdırmanı daha böyük bir populyasiyada təkrarlanması daha dəqiq qiymətləndirməsi üçün zəruridir. İkincisi, bu taktikanı kişilərə tədbiq imkanlarının öyrənilməsi vacibdir. Beləliklə, bu məhdudiyyətlərə baxmayaraq, addiktiv davranış, o cümlədən nomofobiya olan xəstələrdə anafranil və karbamazepin birlikdə təyini effektivdir və onların nomofobiya və diqər qeyri-kimyavi asılılığı olan xəstələrdə farmakoloji müalicəsində istifidəsi tövsiyə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Bhattacharya S., Bashar M., Srivastava A., Singh A. NOMOPHOBIA: No мobile phone phobia. J. Family Med. Prim. Care. 2019; 8(4): 1297-1300.
2. Dasgupta P., Bhattacherjee S., Dasgupta S., Roy J., Mukherjee A., Biswas R. Nomophobic behaviors among smartphone using medical and engineering students in two colleges of West Bengal. Indian J Public Health 2017;61:199-204.
3. Kaplan H.I., Sadock B.J. Comprehensive textbook of psychiatry. Volume I/II tenth edition editors. Netherlands: Wolters Kluwer. 2017; pp. 12754.
4. Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. Textbook of Psychopharmacology. Fifth edition. USA: American Psychiatric Association Publishing. 2017; pp. 2879.
5. Stahl S.M. Essential Psychopharmacology: Prescriber's Guide. Seventh Edition. United Kingdom, Padstow Cornwalls: TJ Books Ltd. 2020; pp. 2697.

РЕЗЮМЕ

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ (АДДИКЦИЙ)

[1]Алиев Н.А., [1]Кафаров Т.А., [2]Алиев З.Н., [1]Хагверди Э.Р.

[1]Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра психиатрии и наркологии, Баку, Азербайджан;

[2]Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра психиатрии, Баку, Азербайджан

По данным Государственного комитета статистики Азербайджанской Республики, в стране насчитывается 4 крупных оператора мобильной связи. Есть 108 абонентов мобильной связи на 100 человек. Таким образом, Азербайджан стал одним из самых активных пользователей мобильных телефонов в мире. В то же время растет количество и других нехимических зависимостей (шопинг, интернет-зависимость, зависимость от видео игр и др.), что соответствует тенденциям, происходящим в мире. **Материалы и методы.** Всего было обследовано 50 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет. Все пациенты были женского пола. Пациентам был поставлен диагноз в соответствии с МКБ-11 6С5 - нехимическая зависимость. Пациенты обследовались с января 2021 по июль 2022 года в Центре психического здоровья Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики. Пациенты получали анафранил (кломипрамин) 47,5-75 мг/сут и карбамазепин 300-600 мг/сут перорально в течение 6 месяцев. **Результаты.** Как показали данные наблюдения (6 месяцев), 38 (76%) из 50 пациентов, получавших анафранил и карбамазепин достигли полной ремиссии, у остальных её продолжительность составила от 1 до 3-х месяцев. Анализ респондентов был проведен с использованием альтернативного статистического метода. **Заключение.** Клинические данные свидетельствуют о высокой эффективности анафранила и карбамазепина при лечении номофобии и других нехимических зависимостей.

Ключевые слова: номофобия, нехимические аддикции, лечение, анафранил, карбамазепин.

SUMMARY

TREATMENT TACTICS FOR NON-CHEMICAL ADDICTIONS

[1]Aliev N.A., [1]Qafarov T.A., [2]Aliev Z.N., [1]Hagverdi E.R.

[1]Advanced Training Institute for Doctors named by A.Aliyev, Department of Psychiatry and Narcology, Baku, Azerbaijan;

[2]Azerbaijan Medical University, Department of Psychiatry, Baku, Azerbaijan

According to the State Statistics Committee of the Republic of Azerbaijan, there are 4 major mobile operators in the country. There are 108 mobile subscribers per 100 people. Thus, Azerbaijan has become one of the most active mobile phone users in the world. At the same time, the number of other non-chemical addictions (shopping, Internet addiction, video game addiction, etc.) is also growing, which is in line with the trends taking place in the world. **Materials and methods.** 50 patients aged 18 to 35 years were examined. All patients were female. Patients were diagnosed in accordance with ICD-11 6C5 – non-chemical dependence. Patients were examined from January 2021 to July 2022 at the Mental Health Center of the Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan. Patients received anafranil (clomipramine) 47.5–75 mg/day and carbamazepine 300-600 mg/day orally for 6 months. **Results.** As the follow-up data (6 months) showed, 38 (76%) of 50 patients treated with anafranil and carbamazepine achieved complete remission, in the rest, its duration was from one to 3 months. The analysis of respondents was carried out using an alternative statistical method. **Conclusion.** Clinical data indicate the high efficacy of anafranil and carbamazepine in the treatment of nomophobia and other non-chemical addictions.

Keywords: nomophobia, non-chemical addictions, treatment, anafranil, carbamazepine.

Redaksiyaya daxil olub: 20.08.2022
Çapa tövsiyə olunub: 10.09.2022
Rəyçi: Professor F.N.İsmayılov

Tibb və Elm Jurnalı, №1 (31) 2023, 54-59

MİNİ PERKUTAN NEFROLİTOTRİPSİYADA 300 ƏMƏLİYYATLIQ TƏCRÜBƏMİZ

[1]Cavadzadə S.M., [2]Fiqarov V.İ.*, [1]Quliyev F.C.

[1]Əziz Əliyev adına Azerbaycan Dovlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, urologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan;
[2]Akademik M.C.Cavadzadə adına Respublika KLinik Urologı Xəstəxana, endourologiya şöbəsi, Bakı, Azərbaycan

Məqalədə dərc olunan böyrək daşların müalicəsində "qızıl standart" kimi qəbul olunan perkutan nefrolitotripsiyanın müasir modifikasiyası və yaxud yenilənmiş davamı sayıla bilən mini-perkutan nefrolitotripsiyanın bizim təcrübəmizdə olan məlumatları təqdim eləmişik. 2020-ci ilin fevral ayınnan başlayaraq böyrək daşları ilə bağlı 2 il ərzində icra etdiyimiz 300 mini-perkutan nefrolitotripsiya əməliyatlatın əməliyat öncəki və əməliyat sonraki göstəricilərdə, bu əməliyat növün standart perkutan nefrolitotripsiya ilə müqaisədə daha az qanama riski, daha kontrollu daş parçalanması, xəstələrdə əməliyatzamanı çox az qan itkisi və rezidual daşların ehtimalın xeyli azalmasını qeyd etdik. Təqdim olunan məqalədə daşların ölçüsü və sayı ilə bağlı olan məlumatlara əsasən mini-perkutan nefrolitotripsiyanın 25 mm gədər daşlarda, böyrəyin çoxsaylı xırda daşlarında, böyrəyin fərqli kasalarında yerləşən daşları zamanı daha yüksək effektivlik göstərir. Həmçinin miniperkutan üsulu ilə əməliyyat olunmuş xəstələrdə daha az qanaxma riski (arterio-venoz fistulanın yaranması halları xeyli azalma 0,33%), əməliyat öncəki və sonraki qan təhlillərində qan itkisinin əhəmiyyətli dərəcədə enməsi (əməliyyat öncəki və sonraki qan anlizlərin müqaisəsində hemoqlobin enməsini ortalama 1 q/dl təşkil edti), xəstələrdə agrı simptomun çox az olmas və sadalanların nəticəsində əmək fəaliyyətin daha tez bərpa olunması (stasionrada qalma müddəti 1 qün) qeyd olundu.

Açar sözlər: sidik daşı xəstəliyi, böyrək daşları, mini-perkutan nefrolitotripsiya, perkutan nefrolitotripsiya.

Uroloji xəstəliklər arasında böyrək daşı xəstəliyi (BDX) rastgəlmə tezliyinə görə yalnız iltihabi-infeksion xəstəliklərdən geri qalır. Fərqli müəlliflərə əsasən BDX 1-3%-dən 20%-dək hallarda rast gəlir və 15% hallarda əmək fəaliyətin nisbi itirilməsinə gətirib çıxarır [1, 2]. İnkşaf etmiş ölkələrdə 10 mln. əhalidən 400.000-ni bu xəstəlikdən əziyyət çəkir [7]. Mütəxəssislərin proqnozlarına əsasən qlobal istiləşmə fonunda yaranan sosial, maişət və ekoloji dəyişikliklər sidik daşı xəstəliyin risk zonalarada artmasına daha bir təkan verəcək [3, 7].

BDX istənilən yaşda üzə çıxa bilər, lakin bu xəstəliyin 30-35 yaş arası olan insanlarda daha çox təsadüf edilməsi müşahidə edilir [3]. BDX geniş yayılmış xəstəlikdir və hazırda dünyanın bir çox ölkələrində xəstələnmə artımı tendensiyası qeydə alınıb. Kişilər bu xəstəliyə qadınlardan 3 dəfə çox düçar olurlar. Azərbaycanın müəyyən bölgələrində (Lənkəran, Gəncə, Şəki,) bu xəstəliyə xüsusilə tez-tez rast gəlinir və o, endemik xarakter daşıyır [1-3].

Xəstəliyin bu cur artması ilə bağlı, müalicəsində istifadə olunan tibbi texnika və avadanlıqlar əlbətdəki daim inkşafa məruz qalır. Tibbi texnologiya və avadanlıqların inkişafı urolitiyazı daha az travmatik cərrahi üsullarla müalicə etmək imkanların genişləndirdi. Son 30 ildə BDX-nin müalicəsində getdikçə özünə əsas yer tutan və BDX-nin müalicəsində "qızıl standart" kimi gəbul olunan perkutan nefrolitotripsiya üsulu bu inkşafın göstəricisidir [4, 5].

Lakin bir metodikada olduğu kimi perkutan nefrolitotripsiyanında özünə məxsus mənfi cəhədləri, ağırlaşmaları və fəsadları vardır [9, 10]. Bunlardan əsasları: qanaxma riskin yüksək olması, böyrək parenximasının zədələnməsi nəticəsində yaranan geridonməz dəyişikliklər, əməliyyat zamanı ciddi qan itkisi, xəstələrin stasionarda 3 qün və daha çox qalması ilə yanaşı sosial və peşə fəaliyətinə 7-10 qünnən sonra qayıtması.

Son 3-4 il ərzində yuxarıda qeyd olunan mənfi cəhədləri və ağırlaşmaları daha az olan, daha yeni bir metodika sayılan mini-perkutan (mini-PNL) nefrolitotripsiya BDX-nın müalicəsində öz yerini tapmışdır.

Tarixə nəzər salsaq miniperkutan nefrolitotripsiya tətbiqi uşaq uroloqiyasından başlanmışdır. Beləliklə 1997-ci ildə Helal M. və s. ilk dəfə uşaqlarda 11 Fr nefroskopla, 2 sm gədər daşları, 85% daşsızlıq əmsalı (stone free rate) əldə edərək, icra etmişdilər. Həmin ildə Jackman Sv. və s. 92% daşsızlıq əmsalı əldə edərək, böyüklərdə 13 Fr giriş traktınnan miniperkutan nefrolitotripsiya nəticələrin nəşr etmişdirlər [6].

Lakin bu uğurlardan sonra mini-perk bir müddət inkşaf etməmişdir. Bunun səbəbləri isə mövcüd olan avadanlıqların yetərsizliyi idi: alətlərin iş kanalı 5 Fr qədər olmasına görə böyük daşların çıxarılması mümkün olmurdu; həmçinin litotripsiya üçün işlədilən pnevmatik, ultrasəs və elektrokinetik cıhazlar, iş kanalın incə olmasını nəzərə alaraq həçmli və yüksək sıxlıqları olan daşlarda effektivliyi azaldırdılar; İşlədilən litotriptorlar lito-lapaksiya

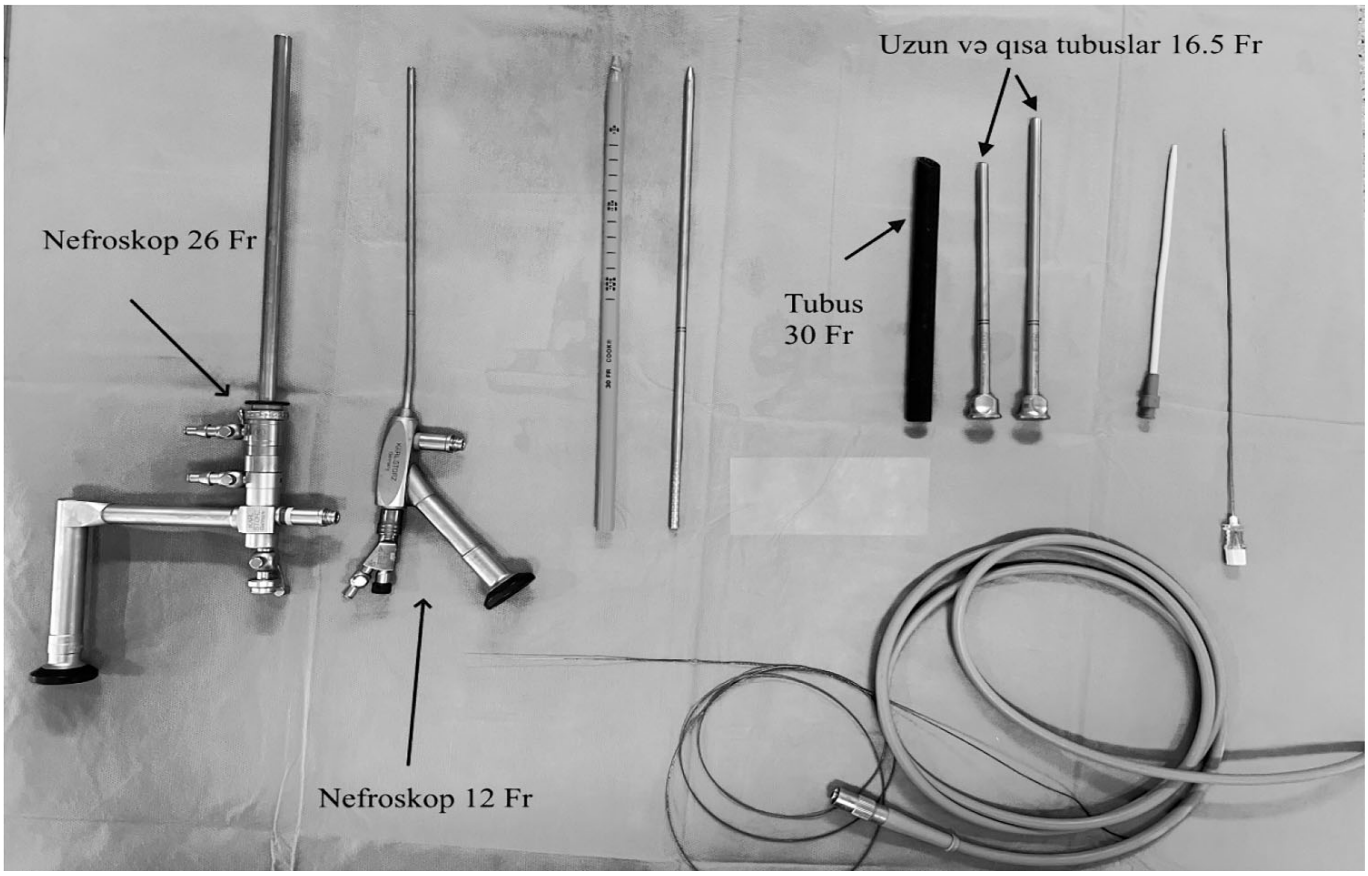
*e-mail: f_vugar@mail.ru

effektini vermədiyinə görə, xırda fraqmentlər KLS-də səpələnmiş halda qalıb, təkrar reviziya aparılmasına, əməliyatın müddətin uzanmasına və rezidual daşların yaranmasına səbəb olurdular.

Son 10-15 ildə litotripsiya üçün işlənməyə başlayan holmium lazerlər öncədən sadaladığımız problemləri həll etməyə imkan yaratmışdılar [8, 9].

Tədqiqatın məqsədi. Bu məqalədə böyrək daşı xəstəliyinin müalicəsində istifadə olunan, daha yeni sayılan, mini perkutan nefrolitotripsiya (mini-PNL) üsulunan ilk təcrübələrimizi, bu üsulun müsbət və mənfi cəhədlərin təqdim etdik.

Tədqiqatın material və metodları. Təqdim etdiyimiz araşdırmada «Karl-Storz» şirkətinin MİP-M alətləri ilə 2020-ci ilin fevral ayından başladığımız və 300-dən cox xəstə üzərində apardığımız əməliyyat təcrübəmizlə sizinlə bölüşmək istəyirik (Şək. 1).



Şək. 1. Standart perkutan və mini-perkutan (MİP-M) alətlər.

Apardımız araşdırmada xəstələrin əməliyyat öncəki və əməliyyat sonraki kompyuter tomoqrafiya (KT) və laborator təhlilləri ilə daşların ölçüləri, sıxlığı, sayı, qan analizlərində olan dəyişikliklər nəzərə alınaraq mini-perkutan üsulun effektivliyi ölçülmüşdür.

Əməliyyat öncəki və sonraki dövrdə xəstələrə antibiotik, spazmolitik və litolitiklərlə konservativ müalicələr aparılmışdır.

Nəticələr və müzakirə. 2020 ilin fevralı ayınnan 2022 ilin fevral ayına kimi BDX diaqnozu qoyulan 300 xəstəyə (153 qadın, 147 kişi) mini-perkutan üsulu ilə əməliyyat etdik (Cəd. 1).

Xəstələrin cinsiyyəti (Cəd. 1), orta yaş həddi (Cəd. 2), daşın lokalizasiyası (sağ-sol böyrək) (Cəd. 3), daşın ölçüsü (Cəd. 4), sayı qeyd edildi.

Cədvəl 1

Xəstələrin cinsi

Cins	Xəstə (n)	Xəstə (%)
Kişi	147	49
Qadın	153	51
Cəm	300	100

Cədvəl 2

Xəstələrin orta yaş xəddi

Yaş	<18	18-35	>35
Xəstə (n)	17	78	205
Xəstə (%)	5,7%	26%	68,3%

Cədvəl 3

Daşın lokalizasiyası

Sağ böyrək	Sol böyrək
135	165
45%	55%

Cədvəl 4

Daşların ölçüsü

Ölçü	<15 mm	15-25 mm	>25 mm
Say	34	165	101
%	11,3	55	33,7

Xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl qanın ümumi analizi, qanın biokimyəvi analizləri, koaquloqramma, və sidiyin bakterioloji müayinələri aparıldı. Bütün xəstələrdə sidiyin ümumi analizi steril olaraq əməliyyata alındı. Xəstələri radioloji dəyərləndirilməsi abdominal tomoqrafiya ilə edildi.

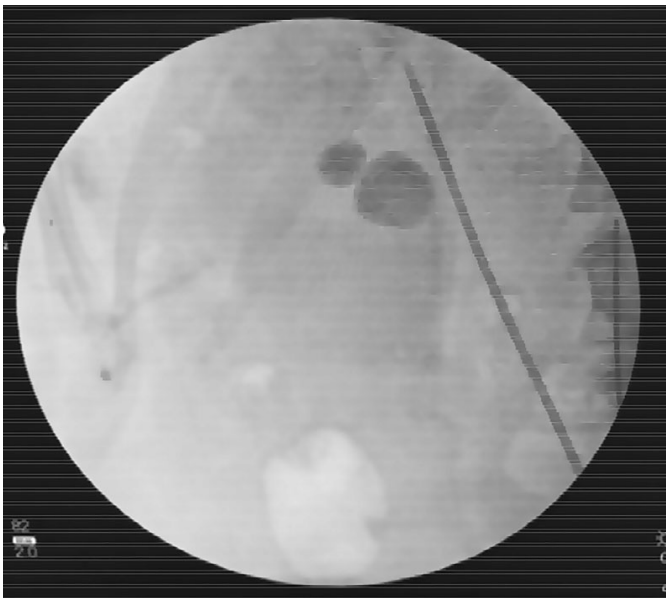
Yuxarıda göstərilən məlumatlarda qadin və kisi xəstələrin sayı demək olar ki eyni idi. Əksər xəstələr 68.3% (205 xəstə) 35 yaş və daha yaşlı olublar.

165 xəstədə yani 55% hallarda daşlar sol böyrəkdə yerləşirdilər.

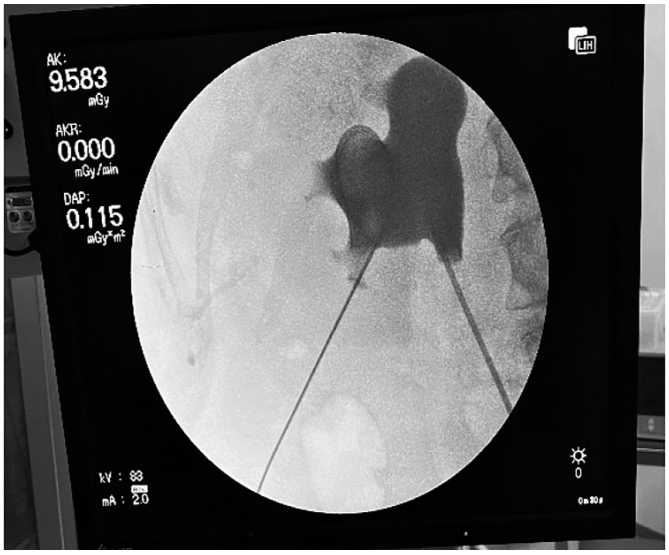
Mini-perkutan daha çox xırda daşlar üçün işlədilən bir üsül sayılsada, biz öz təcrübəmizdə ilk 50 xəstədən sonra 25 mm və daha böyük daşlar olan xəstələri də bü üsul ilə əməliyyat etdik. Qeyd etmək lazımdır ki, 41% halda (123 xəstədə) daşlar çoxsaylı idi.

Mini-PCNL texnikası (MİP-M). Ümumi anesteziya altında litotomiya pozisiyasında 5F ureteral katater rentgenskopiya nəzarətində yerləşdirildi (Şək. 2), sidik kisəsinə qoyulan 16F foley kateterə təsbit edildi. Xəstəyə prone pozisiyası verildikdən sonra kasa ləyən sistemi kontrastlandı (Şək. 3). Rentgenskopiya nəzarətində hədəflənən kaliksə perkutan giriş iynəsi (Şək. 4) ilə akses edildikdən sonra 0.035 inch hidrofilik guidewire (ötürücü tel) taxıldı və üzərində metal dilatator (15 Fr) ilə giriş trakti dilatasiya edildi. Sonradan üzərinə 16.5 Fr metal amplatz yerləşdirildi (Şək. 5). Metal dilatator çıxarılaraq, 12 Fr MİP-M nefroskop böyrəyə salınır (Şək. 6) və 365 mikron lazer prob ilə daşlar kontrollu fraqmentasiya edilir.

Sonradan yalnız miniperkutan üsuluna xas olan "aşağı təzyiq zonası" (Bernuli effekti) vasitəsi ilə daş fraqmentləri yuyularaq çıxarılır (Şək. 7). Bəzi hallarda hüsusi forseps işlənilə bilər. Lakin bizim təcrübəmizdə miniperkutan üçün mövcud olan



Şək. 2. Litotomiya pozisiyasında 5F ureteral kataterin rentgenskopiya nəzarətində yerləşdirilməsi.

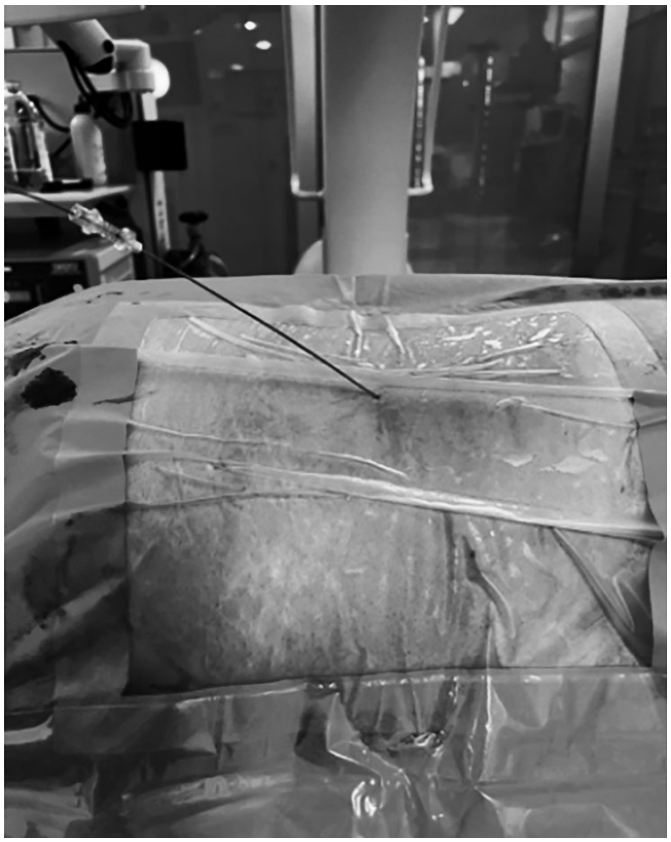


Şək. 3. Prone pozisiyasında kasa ləyən sisteminin kontrastlandırılması.

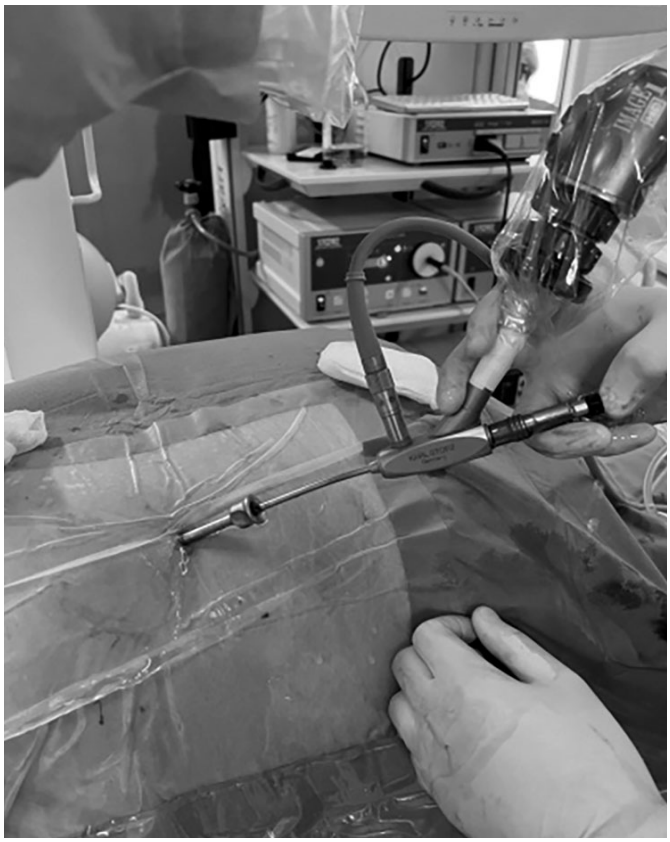
forsepslər iş kanalına salındıqdan sonra mayenin axımı xeyli azalır və daşalrın vizualizasiyası pozulur. Həmçinin forseps işlədilən zamanı vizualizasiyanın zəifləmsi böyrək ləyənin əlavə travmatizasiyasına səbəb olur.

Daşların fraqmnetləri xaric olunduqdan sonra biz KLS-də 12 Fr nefrostoma saxlayaraq əməliyyatı sona çatdırırıq (Şək. 8).

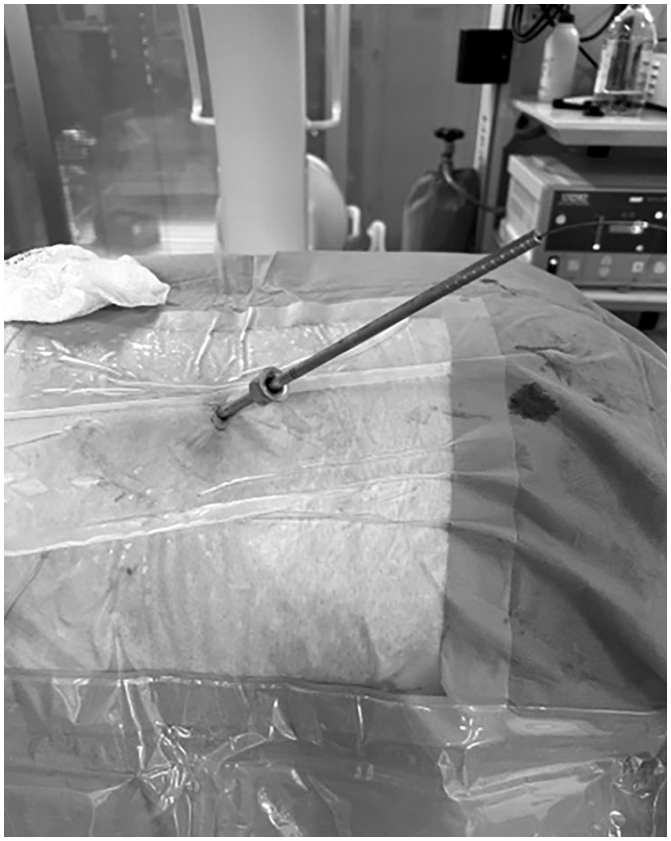
Əməliyyat müddəti 40-210 dəqiqə arasında dəyişirdi. Ortalama əməliyyat vaxtı 83±15 dəqiqə. Əlbetdeki təcrübə artıqca əməliyyat zamanı dahada qısalırdı.



Şək. 4. Rentgenskopiya nəzarətində hədəflənən kaliksə perkutan giriş iynəsi ilə akses.



Şək. 6. Nefroskopun böyrəyə salınması.



Şək. 5. 16.5 Fr metal amplatz yerləşdirilməsi.

Şək. 7. Daş fraqmentlərinin yuyularaq çıxarılması.

Şək. 8. Nefrostoma saxlayaraq əməliyyatın sona çatdırılması.

Qan itkisi əməliyyat öncəki və sonraki hemoqlobin (Hb) səviyyəsi ilə ölçüldü. Xəstələrin əməliyyat giriş Hb səviyyəsi minimal 9,9 g/dl, maksimal isə 16,9 g/dl olmuşdur. Bizim araşdırmada miniperkutan üsulu ilə əməliyyat olunan 300 xəstədə ortalama qan itkisi 1,0 g/dl səviyyəsində olub. Bildirmək lazımdır ki, bəzi əməliyyatlarda 1 gün sonra götürülən qan analizlərdə Hb dəyişikliyi qeyd olunmurdu. Yəni qan itkisi çox az olduğuna görə Hb səviyyəsi 1 günə bərpa olunması düşünülür.

Xəstələrin stasionarda qalma müddəti 24-48 saat arası. Ortalama hospitalizasiya vaxtı 30 saat təşkil edib.

Yekun. Standart PCNL-dən ehtiyat edilməsinə səbəb olan uzun yatış müddəti və əməliyyat ağırlaşmalarıdır. Ağırlaşmalardan ən risqli olan qanamadır və bu qanama, xəstələrdə transfuziya ehtiyacı, angioembolizasiya və nefrektomiya ilə nəticələnə bilər. Bizim apardığımız araşdırmada mini-PCNL üsulu ilə əmliyat olunan 300 xəstənin xeç birində bu ağırlaşmalar qeyd olunmadı. Həmçinin hemoqlobin azalması mini-PCNL üsulu ilə əməliyyat olunan xəstələrdə nəzərəcarpan dərəcədə az olur. Nəticədə qeyt etmək lazımdır ki mini-PCNL bir çox cəhəttən daha təhlükəsiz və effektiv olmaqla yanaşı, mərcanvari və böyük ölçülü daşlarda standart PCNL "qızıl standart" olaraq işlınilməlidir.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Джавад-Заде М.Д., Исмайлов К.А. Почечнокаменная болезнь. Баку.1972. с.126.
2. Джавад-Заде М.Д., Гусейнов Ф.Г. К вопросу географической патологии уролитиаза в Азербайджане // Республиканская конференция по медицинской географии: Баку. 1975. тез. док. с.76-78.
3. Джавад-Заде С.М. Мочекаменная болезнь в эндемическом регионе: этиопатогенез, клиника, лечение. Дис. д-ра мед. наук. Баку.1996. с.258.
4. Трусов П.В., Коган М.И., Хван В.К. Эффективность и безопасность мини-перкутанной нефролитотрипсии в лечении крупных и коралловидных камней почек // Вестник урологии. 2017;5(1):32-36.
5. Kirac M, Bozkurt ÖF, Tunc L, Guneri C, Unsal A, Biri H. Comparison of retrograde intrarenal surgery and mini-percutaneous nephrolithotomy in management of lower-pole renal stones with a diameter of smaller than 15 mm // Urolithiasis, 2013;41:241–6.
6. Jackman SV, Docimo SG, Cadeddu JA, Bishoff JT, Kavoussi LR, Jarrett TW. The "mini-perc" technique: A less invasive alternative to percutaneous nephrolithotomy // World J Urol., 1998;16:371–4.
7. Tom H Brikowski , Yair Lotan, Pearle MS. Climate-related increase in the prevalence of urolithiasis in the United States // Proc Natl Acad Sci 2008 Jul 15;105(28):9841-6.
8. Yang Z, Song L, Xie D, Hu M, Peng Z, Liu T, et al. Comparative study of outcome in treating upper ureteral impacted stones using minimally invasive percutaneous nephrolithotomy with aid of patented system or transurethral ureteroscopy // Urology., 2012;80:1192–7.
9. Zeng G, Zhao Z, Wan S, et al. Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for simple and complex renal caliceal stones: a comparative analysis of more than 10,000 cases // J Endourol 2013;27:1203-8.

РЕЗЮМЕ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ НА ОСНОВЕ 300 ОПЕРАЦИЙ

[1]Джавадзаде С.М., [2]Фигаров В.И., [1]Гулиев Ф.Д.

[1]Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра урологии, Баку, Азербайджан;

[2]Республиканская Клиническая Урологическая Больница им. Акад. М.Д.Джавадзаде, отделение урологии, Баку, Азербайджан

В статье представлены данные нашего опыта проведения мини-миперкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ), которую можно рассматривать как современную модификацию или обновленное продолжение стандартной перкутанной нефролитотрипсии, считающейся «золотым стандартом» в лечении камней почек. Начиная с февраля 2020 года и в течении 2 лет нами выполнено 300 операций мини-ПНЛТ, по дооперационным и послеоперационным показателям. По сравнению со стандартной ПНЛТ, данный вид операции имеет меньший риск кровотечения, более контролируемую фрагментацию камней, значительное снижение интраоперационной кровопотери и значительное снижение частоты резидуальных камней. Согласно информации о размерах и количестве камней представленной в статье, мини-ПНЛТ показывает более высокую эффективность при камнях до 25 мм, множественных мелких камнях почки, а также камнях, расположенных в разных чашечках почки. Также у больных, оперированных методом мини-ПНЛТ, отмечается меньший риск кровотечений (по нашим данным снижение частоты образования артериовенозных фистул на 0,33%, 1 пациент из 300), а также значительное снижение кровопотери на основе пред- и послеоперационных показателей гемоглобина (при сравнении до- и послеоперационных анализов крови снижение гемоглобина в среднем составило 1 г/дл). Отмечено, что болевые симптомы у больных были значительно меньше. В результате вышеперечисленного больные быстрее возвращаются к повседневной активности (средняя длительность госпитализации составила 1 сутки).

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, камни в почках, чрескожная мини-нефролитотрипсия, перкутанная нефролитотрипсия.

SUMMARY

EXPERIENCE IN MINIPERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY: 300 CASES

[1]Javadzadeh S.M., [2]Figarov V.I., [1]Quliyev F.C.

[1]Azerbaijan State Advanced Training İnstitute for Doctors named after A.Aliyev, Department of Urology, Baku, Azerbaijan;

[2]Republican Clinical Urological Hospital named after Academician M.J.Javad-zadeh, Department of Endourology, Baku, Azerbaijan

In the article, we have presented the data of our experience of mini-PCNL nephrolithotripsy, which can be considered as a modern modification or an updated continuation of percutaneous nephrolithotripsy, which is considered as the “gold standard” in the treatment of kidney stones. Starting from February 2020, we performed 300 mini-PCNL operations for kidney stones in 2 years, in terms of pre-operative and post-operative indicators, compared to standard percutaneous nephrolithotripsy, this type of operation has a lower risk of bleeding, more controlled stone fragmentation, less blood loss and a significant reduction in the frequency of residual stones. According to the information about the size and number of stones in the presented article, mini-PCNL shows higher efficiency in stones up to 25 mm, multiple small stones of the kidney, stones located in different calyx of the kidney. Also, in patients operated by mini-PCNL method, there is a lower risk of bleeding (a significant decrease in the incidence of arterio-venous fistula formation by 0.33%), a significant decrease in blood loss in pre- and post-operative blood tests (comparing the pre- and post-operative blood tests, the hemoglobin decrease was on average 1g/dl), it was noted that the pain symptoms in the patients were much less and as a result of the above, pacient activity was restored more quickly (duration of hospitalisation was 1 day).

Keywords: urinary stone disease, kidney stones, mini-percutaneous nephrolithotripsy, percutaneous nephrolithotripsy.

Redaksiyaya daxil olub: 22.09.2022
Çapa tövsiyə olunub: 11.10.2022
Rəyçi: Professor İ.H.Fiqarov

Tibb və Elm Jurnalı, №1 (31) 2023, 60-63

CAVAN ŞƏXSLƏRDƏ İNSULTUN KLİNİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ

[1]Məmmədova N.O.*, [2]Şirəliyeva R.K., [2]Həsənov R.L., [2]Sadıxova Z.M.

[1]Akademik Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanası, Sinir xəstəlikləri şöbəsi, Bakı, Azərbaycan;
[2]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, nevrologiya və klinik neyrofiziologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Cavan şəxslərdə baş beynin qan dövranı pozulmaları xüsusi diqqət tələb edən hallardan biridir. Tədqiqatda cavanlarda (18-44 yaş) insult hallarının risk faktorları, etiologiyası və klinik gedişinin bəzi xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Müayinənin əsas qrupunu insult keçirmiş cavan qadınlar, müqayisə qrupunu isə cavan kişilər təşkil etmişlər. Müayinə zamanı cavan qadınlarda və kişilərdə insultun xüsusiyyətləri və nəticələrində fərq aşkar edilməmişdir.

Açar sözlər: cavan qadınlar, cavan kişilər, insult.

İnsult – sürətlə başlayan, 24 saatdan çox davam edən və ya ölümlə nəticələnən, yalnız damar mənşəli olan baş beyin qan dövranının ocaqlı (və ya qlobal) pozulmasının klinik əlamətlərinin təzahürüdür [1]. İnsultun patogenezinin öyrənilməsində, diaqnostikasında və müalicəsində əldə edilən nailiyyətlərə baxmayaraq, insultdan ölüm faizi çox yüksəkdir. Belə ki, hər il dünyada 12,2 milyon insan insultla xəstələnir, bunlardan 5,9 milyon insan tələf olur, 5 milyon isə ömürlük əlil qalır [2, 3]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə, insult hal-hazırda yüksək ölüm faizinə görə ürəyin işemik xəstəliyindən sonra ikinci yerdə durur [4]. İnsult və ya baş beyin qan dövranı pozulması, ənənəvi olaraq yaşlı nəslin xəstəliyi kimi qəbul edilməsinə baxmayaraq insultdan ölüm halları əmək qabiliyyəti olan cavan insanlar arasında geniş yayılmaqdadır [5]. Cavan yaşlarda baş vermiş insult yaşlılardan fərqli olaraq, etioloji heterogenliyi ilə səciyyələnir [6]. Etioloji faktorlara: iri və kiçik damar xəstəlikləri, kardiogen emboliya, hematoloji pozulmalar, dərman preparatlarından, xüsusilə oral kontraseptivlərdən sui-istifadə, miqren kimi faktorlar aid edilir [7]. Lakin, hərtərəfli müayinələrə baxmayaraq, cavan şəxslərdə baş vermiş insultların 20%-də insultun etiologiyası naməlum olaraq qalır [8].

Azərbaycanda insultun epidemiologiyası, klinikası, müalicəsinə həsr olunmuş bir sıra tədqiqatlar yerinə yetirilmişdir. Hərçənd, qeyd olunan tədqiqatlar demək olar ki, bütün hallarda insultun daha çox rast gəlindiyi yaşlı insanları əhatə etmişdir. Cavan yaşlarda baş vermiş insult halları əksərən tədqiqatçıların diqqətindən kənarda qalmışdır. Buna görə, Azərbaycanda cavan yaşlı insanlarda baş verən insultların etioloji və klinik xüsusiyyətləri, müalicənin effektivliyi haqqında məlumatlar kifayət qədər deyildir.

Bizim **tədqiqatın məqsədi** cavan şəxslərdə insultların əsas risk faktorlarının öyrənilməsi, insultun klinik xüsusiyyətlərinin araşdırılması və klinik gedişindən asılı olaraq xəstəliyin nəticələrinin müəyyən olunmasıdır.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata 18-44 yaş hüdudlarında olan və tranzitor işemik həmlə (TİH), işemik insult, venoz ciblərin trombozu, parenximatoz qanaxma, subaraxnoidal qanaxma baş vermiş cavan xəstələr daxil edilmişlər. TİH diaqnozu kəskin infarkta səbəb olmayan baş beyin və ya gözün torlu qişasının keçici disfunksiyası hallarında qoyulmuşdur. İşemik insult, hemorragik insult, venoz sinusların trombozu diaqnozları da, həmçinin qəbul olunmuş meyarlar əsasında dəqiqləşdirilmişdir. Əsas və müqayisə qruplarını standartlaşdırmaq məqsədilə maksimal yaş həddi 44 yaş qəbul edilmişdir.

Tədqiqatda Bakı şəhəri akademik M.Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanasının sinir xəstəlikləri və reanimasiya şöbələrində 2022-2024-cü illərdə müalicə almış, 18-44 yaşlarda 221 nəfər cavan pasiyentin müayinəsi aparılmışdır. Müayinə olunan xəstələr əsas və müqayisə qruplarına bölünmüşdür. Əsas qrupa insult keçirmiş 110 nəfər cavan qadınlar, müqayisə qrupuna isə 111 nəfər cavan yaşlı insult keçirmiş kişilər daxil edilmişdir. Əsas qrup iki yarımqrupdan formalaşmışdır. Birinci yarımqrupa hamiləliklə əlaqəli insultlar, ikinci yarımqrupa isə hamiləliklə əlaqəli olmayan insultlu pasiyentlər daxil edilmişdir.

Tədqiqatda baş beyni insultu KT və MRT ilə verifikasiya olunmuş, həm ilkin olaraq, həmçinin də təkrarən insult kecirmiş pasientlər müşahidə edilmişdir. Bütün pasientlərdə xəstəliyin klinik şəkli analiz edilmiş, standart olaraq fizikal baxış keçirilmiş, nevroloji status qiymətləndirilmiş, həmçinin

*e-mail: doktornara84@mail.ru

qanın ümumi və biokimyəvi analizi, EKQ, transtorakal exokardioqrafiya, baş beyin damarlarının müayinəsi (MR-angioqrafiya, bəzən KT-angioqrafiya, dupleks skanlaşma), fosfolipidlərə və kardiolipinlərə qarşı antitellərin müayinəsi, qanda homosisteinin təyini, koaquloqramma yerinə yetirilmişdir. Göstəriş olduğu hallarda isə pasientlərə, həmçinin Varicella zoster, revmatoid faktorların təyini və DNT-yə qarşı antitellərin təyinləri aparılmışdır. Bütün pasiyentlər xəstəxanaya daxil olduğu ilk gündən müayinəyə cəlb edilmiş, ətraflı anamnestik məlumatlar, xüsusilə hamiləlik anamnezi toplanmışdır. Bədən kütləsi indeksi, xroniki hipertenziya (hamiləliyə qədərki diaqnostika), hiperlipidemiya, şəkərli diabet, ürək xəstəlikəri, keçirilmiş insult və miokard infarktı, dərin venaların trombozu hallarına xüsusi diqqət yetirilmişdir. Risk faktorlarının qiymətləndirilməsi zamanı anemiyalar, orqan transplantasiyası, miqren, oral kontraseptivlərin istifadəsi, aktiv siqaret çəkmə, kokain və ifrat alkoqol istifadəsi, revmatoloji xəstəliklər, açıq oval pəncərə, ailəvi hiperkoaqulopatiya, insult zamanı infeksiya faktoru, insultun lokalizasiyası, TOAST əsasında etiologiya, istifadə olunmuş müalicə taktikasına fikir verilmişdir. TOAST-da digər etiologiyalı insultlar bölümündə geri dönən serebralvazokonstriksiya sindromu (RCVS), beyin arteriyalaının laylanması kimi nadir hallara xüsusi diqqət verilmişdir. RCVS diaqnozu kliniki əlamət (baş ağrısı və keçici və ya daimi nevroloji defisit) və vazokonstriksiyanın neyrovizualizasion/sonoqrafik təsdiqi zamanı istifadə edilmişdir. Baş beyin arteriyalarının laylanması diaqnozu yalnız neyrovizualizasion təsdiqilə qoyulmuşdur. Hamiləliklə bağlı insultlu qadınlarda hamiləliyin gedişi, hamiləlik zamanı somatik xəstəliklər, insultun hamiləliyin dövrləri ilə əlaqəsi (birinci, ikinci, üçüncü trimestr, doğuş, doğuşdan sonra), hamiləliyin fəsadlaşması, köməkçi reproduktiv texnologiyalar, çoxsaylı hamiləlik və abortlar və s. diqqətdə olmuşdur.

Nəticələrin statistik işlənməsi Statistica for Windows 10 proqram paketindən istifadə edilərək həyata keçirilmişdir. Əldə edilən rəqəmsal material orta hesablama (M), ortalama səhv (m) şəklində olmuşdur. Pirson korrelyasiya koofisient analizi yoxlanılmışdır (r). Qruplar arasındakı U testi (Wilcoxon-Mann-Whitney) əsasında fərqlilik ehtimalı (P) hesablanmışdır. Fərqlər $p \leq 0,05$-də əhəmiyyətli hesab edilmişdir.

Nəticələr. Ümumən insult olmuş 221 cavan xəstədən 151 nəfərində insult ilk dəfə, 70 nəfərdə isə təkrari baş vermişdir. Nəticələrin analizi göstərmişdir ki, hər iki qrupda xəstələrin orta yaşı bir-birinə yaxın olmuşdur, belə ki, kişi xəstələrin orta yaşı 36±4,4, qadın xəstələr üçün isə 34±5,1 olmuşdur. 129 xəstədə damar prosesi işemiya (58,37%), 63 xəstədə isə parenximatoz qanaxma (28,05%) xarakterli olmuşdur. Hər iki müayinə qrupunda işemiya/parenximatoz hemorragiya nisbəti oxşar olmuşdur (cəd. 1).

Cədvəl 1

Cavan qadın və kişi pasiyentlərin yaşı və insultun xarakteri

	Qadın pasiyentlər n=110	Kişi pasiyentlər n=111
Orta yaş (il)	34±5,1	36±4,4
Beyin infarktı	62 (56,3%)	67 (60,3%)
Parenximatoz qanaxma	30 (27,2%)	33 (27,9%)
Venoz sinus trombozu	13 (11,8%)*	0 (%)
Subaraxnoidal qansızma	5 (4,5%)*	11 (9,9%)

Qeyd: *- statistik etibarlı fərq (P<0,05)

13 xəstədə kəllə venoz sinuslarının trombozu (qadın – 13 nəfər, kişi – 0 nəfər), 16 nəfərdə isə subaraxnoidal qansızma (qadın – 5, kişi – 11) aşkar edilmişdir. Sinus trombozların hamiləliyə bağlı olaraq, yalnız qadın qrupunda zahılıq dövründə rast gəlindiyi müşahidə edilmişdir.

Xəstələrin Respublika Klinik Xəstəxanasına daxil olduqları ilk gündən dinamik müşahidəyə götürülməsi aşkar etmişdir ki, 112 xəstənin (50,6%) huşu aydın, 83 xəstənin (37,5%) huşu sopor, 26 xəstənin isə (11,7%) huşu koma vəziyyətində olmuşdur (cədvəl 2). Huşun səviyyəsinə görə qadın və kişi qrupları arasında statistik etibarlı fərq olmamışdır.

Cədvəl 2

Cavan qadın və kişi pasiyentlərdə insultun klinik xüsusiyyətləri

		Qadın pasiyentlər n=110	Kişi pasiyentlər n=111
Huşun vəziyyəti	Aydın	49 (44,5%)	63 (56,7%)
	Sopor	42 (38,3%)	41 (36,9%)
	Koma	19 (17,2%)	7 (6,3%)
Xəstəliyin dinamikası (Rankin şkalası)	Yaxşılaşma (0-2 ball)	59 (53,6%)	74 (66,7%)
	Dəyişməz (3 ball)	31 (28,2%)	20 (18%)
	Ağırlaşma (4-6 ball)	20 (18,2%)	17 (15,3%)

132 nəfərdə xəstəlik yaxşılaşma (59,7%), 49 nəfərdə vəziyyət dəyişməz (22,1%), 40 nəfərdə isə (17,19%) ağırlaşma – ölüm baş vermişdir.

Baş beyin infarktı baş vermiş pasientlərdə xəstəliyin etiologiyası TOAST bölümü vasitəsi ilə qiymətləndirilməsi aşkar etmişdir ki, kişilərdə aterotromboemboliya etiologiyası statistik etibarlı yüksək tezlikdə rast gəlinmişdir (30,4%). Qadın qrupunda 33% hallarda işemik insultun etiologiyasını aşkarlamaq mümkün olmamışdır. Bu qrupda hamiləliyə bağlı yarımqrupda məlum digər etioloji səbəblərə idiopatik trombositopenik purpura, hiperhomosisteinemiya, eklampsiya, preeklampsiya aid edildiyi halda, hamiləliyə bağlı olmayan yarımqrupda əksərən serebral vaskulit, antifosfolipid sindrom, autoimmun tireoidit kimi məlum faktorlara rast gəlinmişdir. Digər etioloji səbəblər (drepanotalassemiya, hepatit, onkoxəstəlik, karotid hemodektomiya və s.) qruplar arasında təxminən bərabər səviyyədə olmuşlar.

Yekun. Beləliklə, tədqiqatın nəticəsi aşkar etmişdir ki, cavan kişi və qadın qruplarında beyin infarktı və beyindaxili qanaxma eyni qədər rast gəlmişdir. Hərçənd kəllə venoz ciblərinin trombozu yalnız hamiləliyə bağlı yarımqrupda müşahidə edilmişdir. İnsult zamanı huşun pozulma səviyyələri hər iki qrupda eyni olmuşdur. Hər iki qrupda insultun nəticələri fərqlənməmişdir.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Warlow C. P. Epidemiology of stroke // J The Lancet. 1998; 352 (3): 1–4
2. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Neurol. 2021 Oct;20(10):795-820. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
3. Béjot Y, Daubail B, Giroud M. Epidemiology of stroke and transient ischemic attacks: Current knowledge and perspectives. Rev Neurol (Paris). 2016 Jan;172(1):59-68. doi: 10.1016/j.neurol.2015.07.013.
4. World Health Organization. The top 10 causes of death. 9 december 2020.
5. Merel S. E., Esther M. B., Stephanie D. Epidemiology, etiology, and management of ischemic stroke in young adults // Lancet Neurology. 2018; 17 (9): 790-801
6. Emily N. and Michael H. Young Women's Stroke Etiology Differs from that in Young Men: an Analysis of 511 Patients // J Neurology International. 2013; 5 (3)
7. Vanja B., Iris Z., Etiology and diagnostic work-up in young stroke patients // Journal of Periodicum Biologorum. 2012; 114 (3), 355–359
8. Michel Van Zandijcke // J Acta neurologica Belgica. 2010; 110 (2): 135-47

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

[1]Мамедова Н.О., [2]Ширалиева Р.К., [2]Гасанов Р.Л., [2]Садыхова З.М.

[1]Республиканская Клиническая Больница имени академика М.Миркасимова, отделение нервных заболеваний, Баку, Азербайджан;

[2]Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедра неврологии и клинической нейрофизиологии, Баку, Азербайджан

Цереброваскулярные нарушения у лиц молодого возраста являются одним из случаев, требующих особого внимания. В исследовании изучены некоторые вопросы факторов риска, этиологии и клинического течения инсультов у лиц молодого возраста (18-44 лет). Основную группу обследования составили молодые женщи-

ны, а группу сравнения -молодые мужчины, перенесшие инсульт. Установлено, что факторы риска, этиологические факторы и клинические особенности инсультов у молодых отличаются от инсультов, возникших у лиц пожилого возраста.
Ключевые слова: молодые женщины, молодые мужчины, инсульт.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF STROKE IN YOUNG PEOPLE

[1]Mammadova N.O., [2]Shiraliyeva R.K., [2]Hasanov R.L., [2]Sadikhova Z.M.
[1]Republican Clinic Hospital named after Academician M. Mirgasimov,
Department of Neurological Diseases, Baku, Azerbaijan;
[2]Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev,
Department of Neurology and Clinical Neurophysiology, Baku, Azerbaijan

Cerebrovascular disorders in young people are one of the cases requiring special attention. The study examined some issues of risk factors, etiology and clinical course of strokes in young people (18-44 years old). The main survey group consisted of young women, and the comparison group consisted of young men who had a stroke. It has been established that risk factors, etiological factors and clinical features of strokes in young people differ from those in the elderly.
Keywords: young women, young men, stroke.

Redaksiyaya daxil olub: 20.08.2022
Çapa tövsiyə olunub: 10.09.2022
Rəyçi: Professor A.K.Məmmədbəyli

Tibb və Elm Jurnalı, №1 (31) 2023, 64-67

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ГОБУСТАНСКОМ И АБШЕРОНСКОМ МЕЗООЧАГАХ РАВНИННО-ПРИРОДНОГО ОЧАГА ЧУМЫ

Расулзаде З.И., Исмаилова Р.И.*, Халилов Н.Х., Амирова К.Р., Рустамова М.Р., Садыхова С.Х., Нагиева Б.А.

Центр по контролю за особо-опасными инфекциями, Баку, Азербайджан

В статье представлены результаты изучения материала, полученного в ходе весеннего эпизоотологического обследования и наблюдения в Гобустанском и Апшеронском мезоочагах равнинных природных очагов чумы в 2022 году. Всего собрано и доставлено 97 флаконов с эктопаразитами (блохами и клещами) из 12 секторов (Гобустан) и 6 секторов (Абшерон) лаборатории Центра по Контролю за Особо-Опасными Инфекциями. В результате идентификации проб изучен видовой состав и численность эктопаразитов. Среди клещей в обоих мезоочагах преобладали виды Xenopsylla conformis и Mesopsylla apsheronica (индекс доминирования составил более 70%). Проведенные исследования позволили уточнить информацию об особенностях распространения эктопаразитов в Гобустанской и Абшеронской мезоочагах, а также на основании результатов лабораторных исследований исключить эпизоотии чумы среди грызунов.

Ключевые слова: Гобустанский мезоочаг, Абшеронский мезоочаг, чума, эктопаразиты, видовой состав, индекс доминирования.

Введение. Профилактика природно-очаговых инфекций, к которым относится чума, является одним из основных направлений работ по обеспечению эпидемиологического благополучия населения [4, 6]. С учетом географического расположения очага, высокой численности постоянного и временного населения, биоценотической структуры и особенностей эпизоотических проявлений основная задача эпиднадзора по чуме заключается в эффективной профилактике заболевания на участке очаговости. При этом важное значение имеет регулярное эпизоотологическое обследование энзоотичной по чуме территории с целью своевременного обнаружения эпизоотии среди полевых грызунов [5].

Целью исследования явилась изучение показателей динамики численности и видовой состав эктопаразитов грызунов (блох и клещей) на предмет выявления инфицированностью возбудителям чумы.

Материал и методы. Настоящие исследования выполнены на базе Центра по Контролю за Особо-Опасными Инфекциями. Для анализа были использованы материалы, полученные специалистами отдела эпидемиологических исследований особо опасных возбудителей в результате весеннего эпизоотологического мониторинга. Полевой материал был отобран и доставлен в лабораторию в период с 18.04.2022 по 13.05.2022 из 11 секторов (Джейылдаг) в Гобустанском природном мезоочаге чумы, Закавказской равнины – предгорья Каракура, Гаргабазар, Заярдаг, Ахтарма, Календартапе, Торагай, Кахниздаг, Дурандаг, Сангачал, Шарбатдаг, Губалы Балоглан и в период с 18.05.2022 по 04.06.2022 – из 6 секторов Абшеронского мезоочага чумы (Туркан, Зиря, Говсан, Северная ГРЭС, Бина, Порт Гая) (Рис. 1).

Всего было собрано и доставлено в лабораторию 97 пробирок с эктопаразитами, упакованных в соответствии с правилами биобезопасности [2]. После идентификации материал был сгруппирован по таксономическим признакам и помещен в морозильную камеру (-20°C). Материал был исследован бактериологическим и молекулярно-биологическим методом (ПЦР) на наличие *Yersinia pestis* [3].

Идентификацию эктопаразитов проводили в сравнении с определителями [7-9]. В работе использовались эпидемиологические, эпизоотологические, зоологические и статистические методы исследований. Индекс обилия блох и клещей был рассчитан по формуле $L=N/\sum i$, где N – число эктопаразитов одного вида, Σi – число гнезд. Индекс доминирования – процент особей паразитов одного вида от суммы особей всех видов паразитов данной систематической группы, собранных с мезоочагов, где встречаются изучаемые эктопаразиты [10].

Результаты и их обсуждение. Гобустанский и Абшеронский мезоочаги равнинного природного очага чумы в ландшафтно-климатическом отношении относятся к

*e-mail: ritaismayil@gmail.com

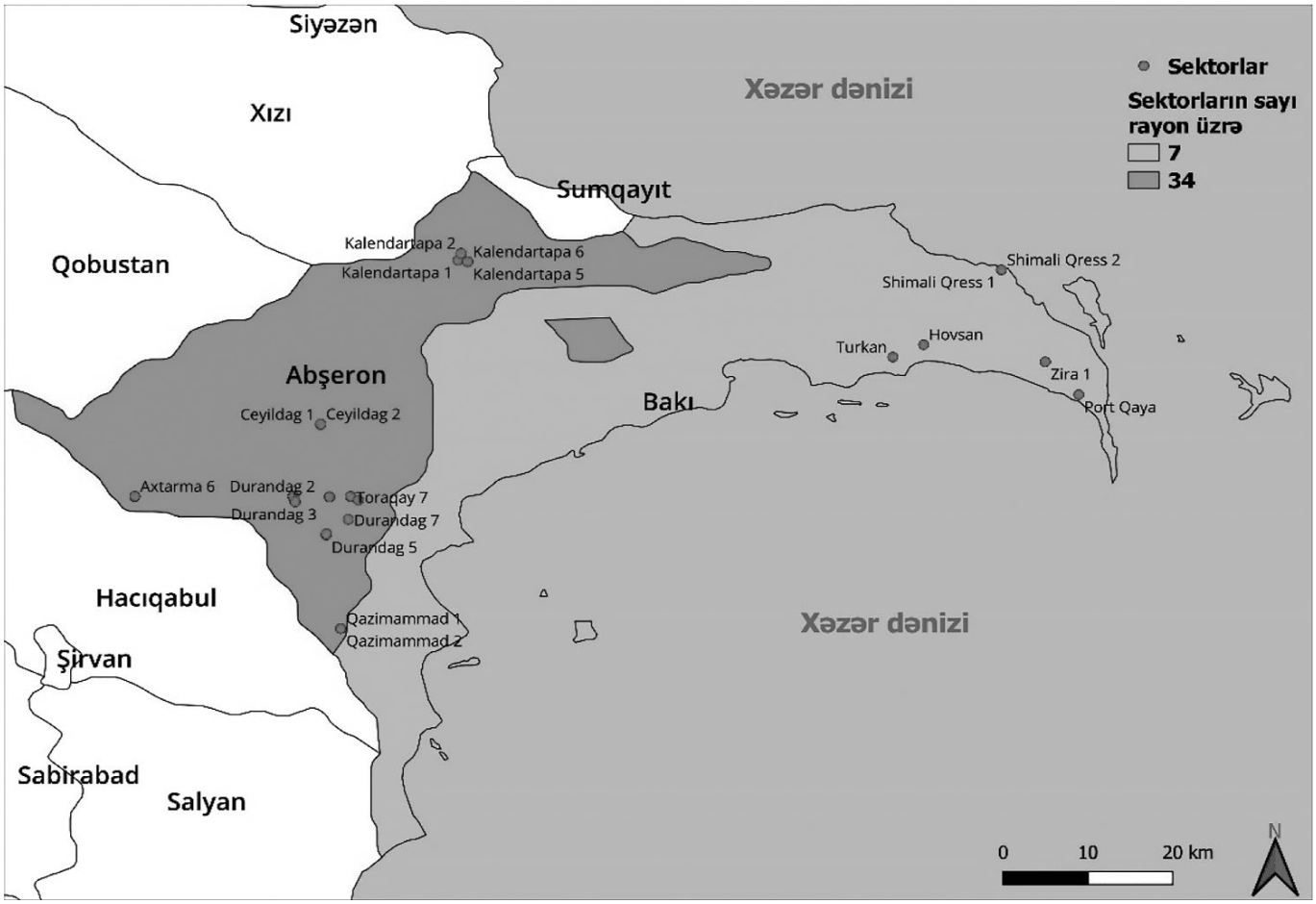


Рис. 1. Карта секторов Абшеронского и Гобустанского мезоочагов равнинного природного очага чумы.

зонам сухих субтропиков с резко-засушливым и жарким климатом летом и умеренным похолоданием зимой. Растительность на данных территориях полиморфна и представлена флорой, наиболее характерной для степных зон с изолированными фрагментами пустынной растительности.

По литературным данным [1], на изучаемых участках обитают несколько видов полевых грызунов, из которых наиболее многочисленна популяция краснохвостых песчанок, где доминирующим по численности является *Meriones erytrourus s.libycus.*

При весеннем эпизоотологическом обследовании и наблюдении на Гобустанском мезоочаге было отмечено 2364 гнездовых следа краснохвостых песчанок в 72 местах отлова. Идентифицировано 247 блох 6 видов из 4 родов *(Mesopsylla, Xenopsylla, Ceratophyllus, Ophtalmopsylla)* и 194 клеща 2 видов из двух родов *(Hyalomma, Ornithodoros)*. На Абшеронском мезоочаге было обнаружено 788 гнезд краснохвостых песчанок в 24 местах отлова. Идентифицированы 51 блоха 5 видов из 5 родов *(Xenopsylla, Ctenocephalides, Ceratophyllus, Pulex, Echidnophaga)* и 241 клещ 3 видов из двух родов *(Rhipicephalus, Ornitodoros)* (Таб. 1).

Общий индекс обилия блох составил 3,8 и 1,8 и клещей – 2,8 и 8.6 (для Гобустанского и Абшеронского мезоочагов, соответственно). Индекс доминирования для блох на Гобустанском мезоочаге был высоким для *Mesopsylla apsheronica* (71,1%), на Абшеронском мезоочаге – для *Xenopsylla conformis* (82,3%). Индекс доминирования для клещей составил: на Гобустанском мезоочаге – для *Hyalomma asiaticum* – 71,1%, на Абшеронском мезоочаге – *Rhipicephalus sangineus* – 73% (Таб. 1).

Результаты микробиологического исследования всех отобранных эктопаразитов с обоих участков на наличие возбудителей чумы *(Yersinia pestis)* были отрицательными.

Таблица 1

Видовой состав и численность эктопаразитов из Гобустанского и Абшеронского мезоочагов равнинно-природного очага чумы 2022 г. (по результатам весеннего мониторинга)

Гобустанский мезоочаг			Абшеронский мезоочаг		
Наименование блох	**Абс. число**	**Индекс доминирования (%)**	**Наименование блох**	**Абс. число**	**Индекс доминирования (%)**
M.apscheronica	134	54,3	*X.conformis*	42	82,3
X.conformis	86	34,8	*Ct.canis*	4	7,8
Cr.mokrzevckyi	14	5,7	*Cr.mokrzeckyi*	3	5,9
Op.volgensis	8	3,2	*P.irritans*	1	2
Cr.leaviceps	4	1,6	*Ech.callinacea*	1	2
Cr.consimilis	1	0,4			
ВСЕГО	**247**		**ВСЕГО**	**51**	
Наименование клещей	**Абс. число**		**Наименование клещей**	**Число**	**Индекс доминирования (%)**
H.asiaticum	138	71,1	*R.sangineus*	176	73
0.allactagalis	56	28,9	*R.turanicus*	59	24,5
			0.allactagalis	6	2,5
ВСЕГО	**194**		**ВСЕГО**	**241**	

Таким образом, на основании проведенных исследований можно подтвердить, что Гобустанский и Абшеронский мезоочаги по-прежнему остаются двухвекторными ввиду преобладания двух видов блох-переносчиков чумных бактерий – *Xenopsylla conformis* и *Mesopsylla apsheronica*. Хотя, согласно более ранним публикациям [1], на этих мезоочагах преобладающими видами блох были Xenopsylla conformis и Ceratophyllus leaviceps. Увеличение индекса преобладания *Mesopsylla apsheronica* на Гобустанском мезоочаге указывает на рост в данных территориях числа тушканчиков и общественных полевок, постоянным эктопаразитом которых является M.apsheronica.

Выводы. По результатам весеннего эпизоотологического обследования Гобустанского и Абшеронского мезоочагов равнинно - природного очага чумы высокий индекс доминирования для блох был обнаружен для *Mesopsylla apsheronica* на Гобустанском мезоочаге и Xenopsylla conformis на Абшеронском мезоочаге. Высокий индекс доминирования для клещей был обнаружен для *Hyalomma asiaticum* на Гобустанском мезоочаге и *Rhipicephalus sangineus* на Абшеронском мезоочаге.

Отрицательные результаты лабораторных исследований на наличие в собранном материале *Yersinia pestis* позволяют исключить эпизоотии чумы среди грызунов в настоящее время.

ЛИТЕРАТУРА – ƏDƏBİYYAT – REFERENCES

1. Abdullayev R.M., İsmayılova R.İ., Məmmədov M.Q. Taunun epidemiologiyası və profilaktikasının əsasları / “Səda” nəşriyyatı, Bakı, 2014, 224s.
2. “Laboratoriyalarda bioloji təhlükəsizlik qaydaları” Azərbaycan Respublikası, Səhiyyə Nazirliyi, Bakı, 2010
3. Laboratoriyanın biotəhlükəsizlik təlimatları, 3-cü nəşr, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST), Cenevrə, 2004
4. Акимкин В.Г. Перспективные направления научных исследований в области неспецифической профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи // Здоровье населения и среда обитания, 2014, №6, с.23-27.
5. Зайцева Н.В., Устинова О.Ю., Землянова М.А. Совершенствование стратегических подходов к профилактике заболеваний, ассоциируемых с воздействием факторов среды обитания // Здоровье населения и среда обитания. 2013, № 11, с.14-19.
6. Сунцов В.В., Сунцова Н.И. Чума: происхождение и эволюция эпизоотической системы (экологические, географические и социальные аспекты) / М.: Товарищество научных изданий КМК, 2006, 247 с.
7. Тифлов В.Е., Скалон О.И., Ростигаев Б.А. Определитель блох Кавказа / Ставропольское книжное издательство, 1977, 276 с.
8. Фауна СССР т.4, вып.2. 1950 / под ред. Павловского

E.H., 223 c.
9. Blagburn, B. L., Dryden M.W. Biology, treatment, and control of flea and tick infestations // Vet. Clin. Small Animal 2009. 39: p.1173-1200.
10. Moradi E., Moradi R., Telmadarraiy Z., Rafizadeh S., Rassi Y. Diversity of hard tick populations and their geographic variations in northwestern Iran // Authorea. 2020. DOI: 10.22541/au.159986457.79759677

XÜLASƏ

TAUNUN DÜZƏNLİK TƏBİİ OCAĞININ QOBUSTAN VƏ ABŞERON MEZOOCAQLARINDA APARILMIŞ EPİZOOTOLOJİ TƏDQİQATIN NƏTİCƏLƏRİ

Rəsulzadə Z.İ., İsmayılova R.İ., Xəlilov N.X., Əmirova K.R., Rüstəmova M.R., Sadıxova S.H., Nağıyeva B.A.
Xüsusi Təhlükəli İnfeksiyalara Nəzarət Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Bu məqalədə, düzənlik təbii taun ocağının Qobustan və Abşeron mezoocaqlarında 2022-ci ilin yaz mövsümündə aparılmış epizootoloji tədqiqat və müşahidələr zamanı əldə edilmiş nəticələrin təhlili təqdim olunmuşdur. Ümumilikdə Qobustan mezoocağının 12 sektorundan, eləcə də, Abşeron mezoocağının 6 sektorundan 97 sınaq şüşəsi ektoparazit (birə və gənə) toplanaraq XTINM-in laboratoriyasına nəql edilmişdir. Nümunələrin identifikasiyası nəticəsində ektoparazitlərin növ tərkibi və çoxluq əmsalı öyrənilmişdir. Hər iki mezoocaqda birələr arasında *Xenopsylla conformis* və *Mesopsylla apsheronica* üstünlük təşkil etmişdir (dominantlıq əmsalı 70%-dən çox). Qobustan və Abşeron mezoocaqlarında aparılmış tədqiqatlar ektoparazitlərin yayılma xüsusiyyətləri haqqında məlumatları dəqiqləşdirməyə, o cümlədən laboratoriya tədqiqatlarının nəticələrinə əsasən gəmiricilər arasında taun epizootiyasını istisna etməyə imkan vermişdir.
Açar sözlər: Qobustan mezoocağı, Abşeron mezoocağı, taun, ektoparazitlər, növ tərkibi, dominantlıq əmsalı.

SUMMARY

RESULTS OF THE EPIZOOTOLOGICAL SURVEY AT THE GOBUSTAN AND ABSHERON MESOFOCIES OF THE PLAIN NATURAL PLAGUE FOCI

Rasulzade Z.I., Ismailova R.I., Khalilov N.Kh., Amirova K.R., Rustamova M.R., Sadikhova S.H., Nagiyeva B.A.
Special Dangerous İnfections Control Center, Baku, Azerbaijan

This paper presents the results of studying the material obtained during the spring epizootological survey and observation in the Gobustan and Absheron mezofocies of the plain natural plague focies in 2022. In total, 97 vials with ectoparasites (fleas and ticks) were collected and delivered from 12 sectors (Gobustan) and 6 sectors (Absheron) to laboratory of CDICC. As a result of the identification of samples, the species composition and abundance of ectoparasites were studied. *Xenopsylla conformis* and *Mesopsylla apsheronica* were the predominant species among ticks in both mezofocies (the index of dominance was over 70%). The conducted studies made it possible to clarify the information about the features of the distribution of ectoparasites in the Gobustan and Absheron mesofocies, as well as, based on the results of laboratory studies, exclude plague epizootics among rodents.
Keywords: Gobustan mezofoci, Absheron mezofoci, plague, ectoparasites, species composition, dominance index.

Redaksiyaya daxil olub: 04.12.2022
Çapa tövsiyə olunub: 27.12.2022
Rəyçi: dosent T.H.Eyvazov

Tibb və Elm Jurnalı, №1 (31) 2023, 68-74

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

[1]Тагизаде Р.К., [2]Гасымова С.Г., [1]Ахундова Ф.М., [1]Алиева М.К.*, [1]Ахмедова Л.М., [1]Алифаттахзаде С.А.

[1]Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра клинической лабораторной диагностики, Баку, Азербайджан;

[2]Клиника "Mediclub", Баку, Азербайджан

Целью исследования было определение уровня маркеров воспаления (ИЛ-6, СРБ, ферритина, прокальцитонина и D-димера) у пациентов с COVID-19 различной степени тяжести. Обследован 101 пациент с COVID-19. Больные были разделены на 3 группы: легкую (n=47), среднетяжелую (n=34) и тяжелую (n=20) форму тяжести. У пациентов с COVID-19 фиксируется повышение уровня IL-6 и воспалительных белков в крови. Особенностью IL-6 и воспалительного спектра белков было их значительное увеличение при тяжелом по сравнению с легким течением COVID-19. Данные корреляционного анализа выявили положительную связь между концентрацией IL-6 и неспецифическими маркерами воспаления у пациентов с COVID-19 различной степени тяжести.

Ключевые слова: COVID-19, тяжесть тяжести, IL-6, белки воспаления.

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 привлекла внимание к проблемам иммунопатологии человека, к развитию гипериммунной реакции, получивших название – синдром «цитокинового шторма». «Цитокиновый шторм» входит в число наиболее тяжелых осложнений при COVID-19 [7, 22, 25]. В спектре цитокинов, принимающих в нем участие важное значение, придается ИЛ-6 [2, 8]. ИЛ-6 - противовоспалительный цитокин, уровень которого повышается при воспалениях, в том числе при пневмонии на фоне COVID-19. Сильное повышение ИЛ-6 вызывает «цитокиновый шторм» – осложнение, степень опасности которого гораздо выше, чем у самого коронавируса. ИЛ-6 плейотропный цитокин с молекулярной массой 21-28 кДа с широким диапазоном биологической активности и продуцируется как лимфоидными, так и нелимфоидными клетками. ИЛ-6 регулирует иммунный ответ, острофазный ответ, воспаление, онкогенез и гемопоэз [2, 8].

В настоящее время выявлено, что COVID-19 способен приводить к гипериммунному ответу и способствовать тяжести заболевания и смертности у больных COVID-19. Предположение о важной роли ИЛ-6 в иммунопатогенезе COVID-19 подкрепляется данными многочисленных исследований, свидетельствующих об увеличении концентрации этого цитокина в сыворотке крови [23, 26, 32]. По данным мета-анализа у пациентов (n=1302) при тяжелом течении COVID-19 уровень ИЛ-6 был в 3 раза выше, чем при легком течении заболевания [12]. По данным мета-анализа (n=1426) средняя базальная концентрация ИЛ-6 при тяжелом течении COVID-19 была достоверно выше, чем при легком и сочетается с увеличением летальности [10]. При тяжелой COVID-19 пневмонии в сыворотке крови выявляется РНК SARS – COV – 2 в сочетании с выраженным увеличением концентрации ИЛ-6 [15]. Это соответствует концепции о «вирусном сепсисе» как ведущей причине развития синдрома «цитокинового шторма» при COVID-19 [28].

Известно, что множество лабораторных параметров, характеризующих воспалительную активность, являются неспецифическими. К общим иммунопатологическим проявлениям тяжелого течения COVID-19 относятся выраженная лимфопения, снижение числа СД4+ Т клеток, СД8+ Т клеток, В-клеток, ЕК-клеток, моноцитов, эозинофилов и базофилов в периферической крови [6, 24, 29, 33]. В различных источниках указывается, что факторами риска тяжелого течения COVID-19 могут быть мужской пол, ожирение, вредные привычки (курение), а также сопутствующие заболевания [19, 31, 33]. Лабораторными предикторами тяжести заболевания могут служить маркеры гипервоспаления – белки острой фазы во взаимосвязи с ИЛ-6.

Цель исследования – определение уровней некоторых маркеров острого воспаления (ИЛ-6, CRP, ферритин, прокальцитонин, Д-димер) у пациентов с COVID-19 различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Ретроспективное исследование было выполнено

*e-mail: mexriban-85@mail.ru

на базе клиники MediClub. Обследован 101 больной с диагнозом коронавирусная инфекция – COVID-19. Больные поступали в стационар в период с 01.06.2020-го по 31.12.2020. Диагноз выставлялся выявлением РНК SARS – COV- 2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени CFX-96 (BIO-Rad, США, проверялись участки генов E, N, Rd, Rp).

У пациентов исследовали уровни маркеров воспаления. Концентрацию ИЛ-6 определяли с помощью роботизированного электрохемилюминесцентного иммунохимического анализатора – Cobas e411 (Швейцария). Референсные значения ИЛ-6: 0-10 pg/ml. Концентрацию CRP, ферритина (ФР), Д-димера в сыворотке крови определяли на автоматизированном биохимическом анализаторе Cobas c311 (Швейцария). Референсные значения CRP: 0-5мг/л, ферритина: 15-150 нг/мл у женщин и 30-400нг/мл у мужчин, Д-димера: <0,5 pg/ml. Концентрацию прокальцитонина определяли на флуоресцентном анализаторе I-CH ROMA II, Boditech, Med, Ync. (Южная Корея). Референсные значения: <0,5pg/ml.

Исследуемые больные в зависимости от тяжести заболевания COVID-19 были разделены на 3 группы: легкая степень (n=47), средняя степень (n=34) и тяжелая степень (n=20). Средний возраст всех больных (n=101) составил 55,1±1,4 (медиана 56,5 лет), мужчин – 70 (69,3%), женщин 32 (31,7%). Легкая степень COVID-19 определялась у 47 пациентов, возраст 52,1±1,7 лет, мужчин 26 (55,3%), женщин 21 (44,7%), средняя степень тяжести - у 34 пациентов, возраст 57,2±2,8 лет, мужчин 31 (91,2%), женщин 3 (8,8%) и тяжелая степень выявлялась у 20 пациентов, средней возраст составил 58,4±2,5 лет, мужчин 13 (65%), женщин 7 (35%).

Статистическую обработку исследований проводили на основе базы данных в программе Excel. При статистической обработке данных использовали методы описательной статистики и статистического анализа. Были исследованы структурные характеристики вариационного ряда (средняя – M, ошибка средней – m, медиана – me), а для оценки различий между группами применяли непараметрический критерий Вилкоксона-Манна-Уитни. Для оценки корреляционных связей между парами количественных признаков применяли коэффициент корреляции Пирсона, а сила связи определялась по шкале Чеддока. Статистически значимыми считали различия при значениях p<0,05.

Результаты и обсуждения. Результаты исследований ИЛ-6 и воспалительных белков представлены в таблице.

Таблица

Уровни воспалительных белков у больных Covid-19 с различной степени тяжести (M±m)

Параметры и норма	Все больные (n=101)	Легкая степень (n=47)	Средняя степень (n=34)	Тяжелая степень (n=20)
ИЛ-6, (0-10) pg/ml	185,4±68,8	10,2±1,1^*	78,8±8,7**	785,2±322,8
CRP, (0-5) mg/l	73,0±12,5	43,6±12,9^*	101,4±27,6	94,6±30,4
Ferritin, ng/ml ж -15-150 м -30-400	1077,4±155,8	875,8±27,2^	1173,6±287,6	1339,7±175,1
Prokalsitonin, <0,5 ng/ml	1,13±0,4	0,27±0,05^*	2,25±1,1	1,21±0,4
D – dimer <0,5 pg/ml	1,7±0,3	0,7±0,2^*	1,99±0,6	3,5±0,8

Примечание: ^ – статистическая достоверность между параметрами легкой и средней степени тяжести; * – статистическая достоверность между параметрами легкой и тяжелой степени тяжести; ** – статистическая достоверность между параметрами средней и тяжелой степени тяжести.

Уровень ИЛ-6 был повышен (N>10 pg/ml) у 74 (73,3%) обследуемых больных с колебаниями показателя от 0,4 до 5000 pg/ml. При этом в группе с легкой степенью тяжести повышение концентрации ИЛ-6 наблюдалось у 20 (42,6%) больных с размахом показателя от 11,1 до 26,1 pg/ml. В группе со средней степенью тяжести повышение концентрации данного цитокина наблюда-

лось у всех больных (n=34) с размахом от 30,9 до 197,8 pg/ml и в группе с тяжелой степенью также у всех обследуемых больных (n=20) с колебаниями от 222 до 500 pg/ml (рисунок). Полученные нами результаты частично совпадают с данными других исследований, где превышение концентрации ИЛ-6 было зарегистрировано у 97% больных с тяжелым течением COVID-19 и как прогностически неблагоприятный расценивали уровень ИЛ-6 свыше 32,1 pg/ml [18]. Данные другого исследования показывают, что порог ИЛ-6 был определен свыше 80 pg/ml [24].

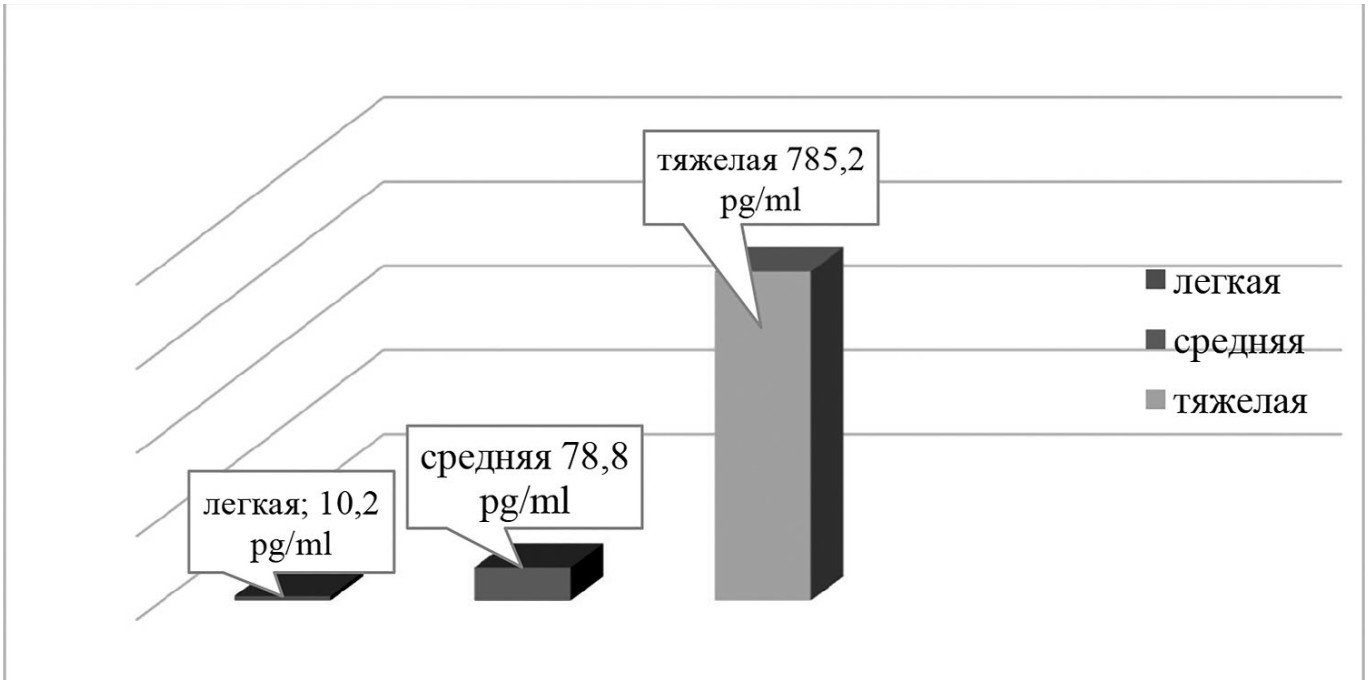


Рис. Уровень ИЛ-6 у больных COVID-19 различной степенью тяжести.

Превышения уровня ИЛ-6 более 32,1 pg/ml при легкой степени не наблюдалось. При средней степени тяжести повышение >32,1 pg/ml отмечено у 33 из 34 (97,1%) и из них >80 pg/ml у 10 (30,3%). При тяжелой степени уровень ИЛ-6 >80 pg/ml отмечался у всех больных.

Таким образом, наши данные совпадают с данными других исследований и позволяют констатировать, что повышение уровня ИЛ-6>32,1 pg/ml отмечается при средней и тяжелой степени тяжести COVID-19.

Определение уровня С-реактивного белка (CRP) – острофазового показателя воспаления широко используется в диагностике инфекций дыхательных путей [1, 9, 11]. Нормальное содержание CRP в сыворотке крови составляет менее 5 mg/l и его уровень быстро увеличивается при остром воспалительном ответе, достигая пика от 20 mg/l до 500 mg/l через 48 часов от начала инфекции. Исследование уровня CRP в период пандемии COVID-19 приобрело дополнительную значимость. Мониторинг маркеров воспаления, в том числе CRP при подтвержденном COVID-19 включен в национальные рекомендации многих стран [1, 3, 13, 29, 30]. Концентрация CRP, у больных с тяжелым течением COVID-19 превышает 100 mg/l. Анализ литературных данных показывает, что концентрация CRP выше 70-75 mg/l служит важным маркером бактериемии. Кроме того, концентрация CRP увеличивается у большинства пациентов одновременно с увеличением содержания ИЛ-6 и СОЭ [14, 17].

Анализ маркера воспаления показал, что наиболее высокий его уровень отмечается при средней степени тяжести и тяжелой степени COVID-19. CRP- наиболее известный и доступный маркер острого воспаления. Среднее значение CRP при средней степени тяжести составило 101,4±27,6 mg/l (минимальное – 1,3, максимальное – 370mg/l, Me-73,2 mg/l). В наших исследованиях отмечалось нарастание CRP от легкой к средней степени тяжести COVID-19, а максимальный уровень CRP отмечался при тяжелой степени – 384,5 mg/l. Вместе с тем концентрация CRP у большинства больных возрастала одно-

временно с увеличением ИЛ-6. Отмечается прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем ИЛ-6 в крови и CRP при легкой, средней и тяжелой степени (r=0,26; r=0,31 и r=0,36, соответственно).

Таким образом, CRP – белок острой фазы воспаления, вырабатываемый в печени, является лабораторным маркером воспалительной активности процесса в легких при COVID-19 и его повышение является основанием для начала противовоспалительной терапии.

Важными лабораторными маркерами гипервоспаления являются и другие белки острой фазы. Ферритин – неспецифический маркер острого воспаления, обладающий антирадикальной функцией. Возрастание значения ФР являются компенсаторной реакцией организма, подавляющей повреждение клеточных элементов путем инактивации высокоактивного Fe2+, использующегося в клетках для окислительно-восстановительной реакции Фентона с образованием свободных радикалов и последующим повреждением белков, липидов и нуклеиновых кислот клетки, до интактного Fe3+. ФР изолирует свободное железо, предотвращая его участие в окислительно-восстановительных реакциях, в результате которых образуются свободные радикалы-источники клеточного окислительного стресса. В настоящее время определено, что 1 молекула ФР может депонировать около 4500 молекул железа [26]. Наряду с этим, синтез ФР регулируется некоторыми цитокинами, а ИЛ-1β и фактор некроза опухоли (ФНО) способных индуцировать экспрессию Н-субъединиц ферритина. В свою очередь имеются данные о том, что ФР может индуцировать образование провоспалительных цитокинов [6, 16].

Сравнение уровней ФР во всех трех группах больных показало, что наиболее высокий его уровень отмечается в группе с тяжелой степенью COVID-19 и в среднем его уровень составил 1339,7±175,1 ng/ml (минимальное значение 376 ng/ml, максимальное – 2729 ng/ml, Me-1213 и это значение было в 1,5 раза (p<0,05) выше данных при легкой степени и в 1,1 раз выше, чем при средней степени. Показатель ФР>500 ng/ml при легкой степени COVID-19 выявлен у 14 из 47 (29,8%) пациентов, при средней степени у11 (32,4%) из 34 пациентов и при тяжелой степени у 16 (80%) из 20 больных. Полученные данные имеют значение поскольку, согласно рекомендациям, уровень ФР >250 ng/ml при наличии признаков пневмонии (стадия КТ 1-4) и еще одного клинического критерия является одним из показателей к назначению ингибитора рецепторов ИЛ-6 или ИЛ-1β [1, 8]. Уровень ФР>250 ng/ml определён у 46,8% больных при лёгкой степени, у 47,1% больных при средней степени и у 85% больных при тяжёлой степени. Следовательно, больные COVID-19, с тяжёлой степенью чаще нуждаются в назначении иммунобиологических препаратов.

По современным данным, прокальцитонин (ПКТ) – белок, состоящий из 116 аминокислот и имеющий молекулярную массу 14,5 кДа. Концентрация ПКТ в плазме крови в норме ничтожна. У здорового человека ПКТ обнаруживается преимущественно в С-клетках щитовидной железы. В физиологических условиях под влиянием кальций – зависимых факторов в С-клетках щитовидной железы происходит синтез ПКТ. В норме синтез ПКТ начинается после транскрипции и активации специального гена в С-клетках щитовидной железы. При тяжёлой системной инфекции в ответ на воздействие эндотоксинов и определенных бактериальных провоспалительных цитокинов, ПКТ продуцируется и другими тканями, вне щитовидной железы [2, 4, 18].

В диагностике и прогнозе течения COVID-19 и её осложнений имеет значение уровень ПКТ. Считается, что при концентрации ПКТ <0,5 ng/ml – низкий риск бактериальной коинфекции, а при уровне ПКТ>0,5 ng/ml – высокий риск бактериальной инфекции.

Ввиду этого определение уровня ПКТ – одного из современных биомаркеров системного воспаления бактериальной природы, является наиболее исследуемым в лабораторной практике. Раннее распознавание природы воспаления крайне важно для оценки степени тяжести заболевания и адекватного лечения.

Результаты исследования ПКТ показали, что концентрация ПКТ при средней степени тяжести была в 8,3 раза (p<0,001), при тяжёлой в 4,5 раза (p<0,001) выше чем при лёгкой степени

COVID-19. Прирост уровня ПКТ между лёгкой и средней степенью тяжести в среднем составил 1, 98 ng/ml. У пациентов с лёгким течением COVID-19 уровень ПКТ в среднем составил 0,27±0,05 ng/ml (минимальное значение – 0,1 ng/ml, максимальное – 1,62 ng/ml). Нормальная концентрация ПКТ при лёгкой степени тяжести отмечена у 31 (65, 9%) больных, при средней степени у 21 (61,7%), а при тяжёлой лишь у 8 (40%) больных.

Известно, что синтез ПКТ ингибируется интерфероном (ИФН-γ), концентрация которого увеличивается при вирусных инфекциях [20]. Ввиду этого неудивительно, что значение ПКТ остаётся в пределах референтного диапазона у 65, 9 % с лёгким течением COVID-19.

Редуцирование и высвобождение в циркуляцию ПКТ из экстратиреоидных тканей усиливается при бактериальных инфекциях и активно поддерживается повышением концентрации ИЛ-6 [2]. Проведен корреляционный анализ между уровнем ИЛ-6 и ПКТ у больных лёгкой, средней и тяжёлой степени тяжести. При лёгкой степени получена корреляционная связь (r=0,2), при средней степени (r=0,21) и при тяжёлой степени (r=0,26), т.е. отмечалась положительная слабая связь по шкале Чеддока, причём силы связи нарастали с тяжестью заболевания.

Всеми исследователями признаётся, что COVID-19 – это системная инфекция, оказывающая значительное влияние на разные органы и системы [4, 5, 7, 27]. Одним из распространённых осложнений COVID-19 – ассоциированной пневмонии является гиперкоагуляция. Постепенное повышения уровня Д-димера в ходе заболевания тесно связано с ухудшением состояния пациента и неблагоприятным прогнозом. По некоторым данным повышение уровня Д-димера в крови выявлялось в 47,9% случаев [5]. По результатам когортных исследований выявлено повышение Д-димера у 46,4% пациентов (>0,5 pg/ml) [21].

В наших исследованиях повышение уровня Д-димера в крови выявлено у 32 (31,7%) пациентов. При лёгкой степени тяжести повышение Д – димера отмечено у 6 (12,8 %), при средней степени у 13 (38,2%), при тяжёлой у 13 (65%) пациентов. Уровень Д – димера при тяжёлой степени был в 5 раз выше (p<0,001), чем при лёгкой и в 1,8 раз (p<0,05) выше, чем при средней степени тяжести. Полученные данные указывают на то, что повышение уровня Д-димера чаще отмечается у пациентов с тяжёлой формой COVID-19. Многие исследователи предлагают в качестве порогового значения уровень Д-димера выше 2 мкг/мл. Среди наших обследованных больных уровень выше порогового значения (>2 мкг/мл) выявлялся у 18 из 101 больных (17,8%). При лёгкой степени уровень > 2 мкг/л отмечали у 2 (4,2%), при средней у 6 (17,8%), при тяжёлой у 9 (45%).

Выводы: Таким образом, у больных с COVID-19 регистрируется повышение ИЛ-6, воспалительного белка – CRP, ферритина, прокальцитонина и Д – димера в крови. Особенностью воспалительного спектра белков было их значительное повышение при тяжёлой степени по сравнению с лёгкой степенью. При тяжёлом течении COVID-19 уровень ИЛ – 6 был в 75 раз выше, чем при лёгком. Средняя концентрация CRP при тяжёлой степени была в 2,2 раза выше, чем при лёгкой степени. При тяжёлом COVID-19 в сыворотке крови уровни ферритина, прокальцитонина и Д-димера были в 1,5, в 4,5 и в 5 раз выше (соответственно), чем при лёгкой степени. Корреляционный анализ выявил прямые уровни взаимосвязей между концентрацией ИЛ-6 и неспецифическими маркерами воспаления у больных COVID-19.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Андреева Е.А.С-реактивный белок в оценке пациентов с респираторными симптомами до и в период пандемии COVID-19 // Русский медицинский журнал 2021, №6.с. 14-17

2. Воейкова А.В., Рукавишникова С.А., Жукова Н.Л., Пушкин А.С. Интерлейкин-6 и прокальцитонин как прогностические клинико-лабораторные показатели при COVID-19 у пациентов старших возрастных групп // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» 2022, №3, стр.116-129

3. Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версии 7-9" (утв. Министерством здравоохранения РФ 3 июня 2020 (версия 7), 3 сентября 2020 (версия 8),26 октября 2020 (версия 9). URL: https://minzdrav.gov.ru/ministry/med_covid19

4. Гришаева А.А., Понежева Ж.Б. Состояние цитокиновой системы у больных с тяжелой формой COVID-19 //

Лечащий врач 2021; 6(24) с.48-51
5. Кисилева В.В., Ячменев К.С., Зайцева Л.Ю. Маркеры острого воспаление у пациентов с COVID-19 в сочетании с гипертонической болезнью // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2021.Т.10. №4 с.22-28.
6. Муркалимов И.Т. Взаимосвязь маркеров воспаления и морфофункционального состояние эритроцитов и тромбоцитов при новой короновирусной болезни 2019(Covid19) // Вестник КРСУ, 2021;Т21.№1 с 43-52
7. Насонов Е.Л. Короновирусная болезнь – 2019 (COVID-19): значение ингибитров ИЛ-6 // Пульмонология 2020, 30(5) стр.629-644.
8. Насонов Е.Л. Иммунопатология и иммунофармакотерапия коронавирусной болезни 2019 (COVID-19): фокус на интерлейкин-6 // Научно-практическая ревматология. 2020; 58 (3): 245–261. DOI: 10.14412/1995- 4484-2020-245-261.
9. AaR., Jensen J.U.S., Jørgensen K.J. et al. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;11:CD010130. DOI: 10.1002/ 14651858.CD010130.pub2.
10. Aziz M., Fatima R., Assaly R. Elevated interleukin-6 and severe COVID-19: A meta-analysis // J. Med. Virol. 2020: 92 (11): 2283–2285. DOI: 10.1002/jmv.25948.
11. Cooke J., Llor C., Hopstaken R. et al. Respiratory tract infections (RTIs) in primary care: narrative review of C reactive protein (CRP) point-of-care testing (POCT) and antibacterial use in patients who present with symptoms of RTI // BMJ Open Resp Res. 2020;7: e000624. DOI:10.1136/bmjresp-2020-000624.
12. Coomes E.A., Haghbayan H. Interleukin-6 in COVID-19: A systemic review and meta-analysis // Rev. Med. Virol. 2020; e2141. DOI: 10.1002/rmv.2141.
13. Chinese COVID Management Guidelines-19, Version 7; published on 3/3/2020 by R.P.C. National Health Commission and the National Administration of Traditional Medicine of R.P.C. (Electronic resource.) URL:https://www.chinadaily.com.cn/pdf/2020/1. Clinical. Protocols for the Diagnosis.and.Treatment of COVID-19.V7.pdf (access date: 24.04.2021).
14. Clinical Effectiveness COVID-19 Resources Available to All. (Electronic resource.URL: https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/uptodate/resources/covid-19 (access date: 24.04.2021).
15. Chen X., Zhao B., Qu Y. et al. Detectable serum SARSCoV-2 viral load (RNAaemia) is closely correlated with drastically elevated interleukin 6 (IL-6) level in critically ill COVID-19 patients // Clin. Infect. Dis. 2020; ciaa449. DOI: 10.1093/cid/ciaa449.
16. Cheng L., Li H., Li. L. et al. Ferritin in the coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review and meta-analysis // J. Clin. Lab. Anal. 2020. Vol. 34, N 10. Article ID e23618. DOI: https://doi.org/10.1002/jcla.23618.
17. European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA). Rapid assessment of other technologies using the HTA Core Model® for Rapid Relative Effectiveness Assessment: C-reactive protein point-of-care testing (CRP POCT) to guide antibiotic prescribing in primary care settings for acute respiratory tract (RTIS). EUnetHTA Jan 2019. (Electronic resource). URL: https://www.eunethta.eu/wp-
18. Fang Liu, Lin Li, MengDa Xu et al. Prognostic value of interleukin-6, C-reactive protein, and procalcitonin in patients with COVID-19 // J Clin Virol. 2020; 127: 104370. DOI: 10.1016/j.jcv.2020.104370.
19. Gao Y.D., Ding M., Dong X., Zhang J.J. et al. Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: a review // Allergy. 2021. Vol. 76. P. 428-455. DOI: https://doi.org/10.1111/all.14657.
20. Giuseppe Lippia, Mario Plebanib. Прокальцитонин у пациентов с тяжелой формой короновирусного заболевания 2019 (COVID-19); мета-анализ // интернет-ресурс 2020
21. Guan W.J., Ni Z.Y., Y Hu. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China // New England journal of medicine.2020. 382: 18: 1708-1720.
22. Henry B.M., de Oliveira M.H.S., Benoit S. et al. Hematologic, biochemical and immune biomarker abnormalities associated with severe illness and mortality in coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis // Clin. Chem. Lab. Med. 2020; 58 (7): 1021–1028. DOI: 10.1515/ cclm-2020-0369.
23. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China // Lancet. 2020;395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
24. Herold T., Jurinovic V., Arnreich C. et al. Elevated levels of IL-6 and CRP predict the need for mechanical ventilation in COVID-19 // J Allergy Clin Immunol. 2020; 146 (1): 128-136. DOI: 10.1016/j.jaci.2020.05.008.
25. Jose R.J., Manuel A. COVID-19 cytokine storm: the interplay between inflammation and coagulation. Lancet Respir. Med. 2020;8 (6):e46–47. DOI:10.1016/S2213-2600(20) 30216-2.
26. Kernan K.F., Carcillo J.A. Hyperferritinemia and inflammation // Int. Immunol. 2017. Vol. 29, N 9. P. 401-409. DOI: https://doi.org/10.1093/intimm/dxx031.
27. LiH., Liu L., Zhang D. et al. SARS-CoV-2 and viral sepsis: observations and hypotheses // Lancet. 2020; 395 (10235): 1517–1520. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30920-X.
28. Qin C, Zhou L, Hu Z, et al. Dysregulation of immune response in patients with COVID-19 in wuhan, china // Clin Infect Dis. 2020 Mar 12. pii: ciaa248. doi: 10.1093/cid
29. Standiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger am Robert Koch-Institut (STAKOB). Hinweise zu Erkennung, Diagnostik und Therapie von Patienten mit COVID-19. (Electronic resource.) URL: www.rki.de/covid-19-therapie (access date: 24.04.2021).
30. The Italian Society of Emergency Medicine (SIMEU). COVID-19 First Line Report PS/DEA management organisational structure as part of an epidemic or pre-epidemic outbreak. (Electronic resource.) URL: https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/334/dir (access date: 24.04.2021.
31. Tian W., Jiang W., Yao J. et al. Predictors of mortality in hospitalized COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. J. Med. Virol. 2020; 92 (10):1875–1883. DOI: 10.1002/ jmv.26050.

32. Xu Z, Shi L, Wang Y, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome // Lancet Respir Med. 2020 Apr;8(4):420-2. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30076-X.
33. Zhang T., Huang W.S., Guan W., Hong Z. et al. Risk factors and predictors associated with the severity of COVID-19 in China: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression // J. Thorac. Dis. 2020. Vol. 12, N 12. P. 7429-7441. DOI:https://doi.org/10.21037/jtd-20-1743

XÜLASƏ

MÜXTƏLİF AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİ OLAN COVİD-19 OLAN XƏSTƏLƏRDƏ İLTİHABIN MARKERLƏRİ

[1]Tağızadə R.K., [2]Qasımova S.Q., [1]Axundova F.M., [1]Əliyeva M.K., [1]Əhmədova L.M., [1]Əlifəttahzadə S.Ə.
[1]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, klinik-laborator diaqnostika kafedrası, Bakı, Azərbaycan;
[2]"Mediclub" klinikası, Bakı, Azərbaycan

Tədqiqatın məqsədi müxtəlif şiddətdə COVID-19 olan xəstələrdə iltihab markerlərinin (IL-6, CRP, ferritin, prokalsitonin və d-dimer) səviyyəsini müəyyən etmək idi. 101 COVID-19 xəstəsi müayinə olunub. Xəstələr 3 qrupa bölündü: yüngül (n=47), orta (n=34) və ağır (n=20). COVID-19 olan xəstələrdə qanda IL-6 və iltihablı zülalların artması qeydə alınır. IL-6 və zülalların iltihab spektrinin bir xüsusiyyəti onların yüngül COVID-19 ilə müqayisədə şiddətli şəkildə əhəmiyyətli dərəcədə artması idi. Korrelyasiya təhlili məlumatları müxtəlif şiddətdə COVID-19 olan xəstələrdə IL-6 konsentrasiyası ilə iltihabın qeyri-spesifik markerləri arasında müsbət əlaqələri aşkar etdi.
Açar sözlər: COVID-19, şiddət, IL-6, iltihab zülalları.

SUMMARY

MARKERS OF INFLAMMATION IN PATIENTS WITH COVID-19 OF VARYING SEVERITY

[1]Tagizade R.K., [2]Gasımova S.G., [1]Akhundova F.M., [1]Aliyeva M.K., [1]Akhmadova L.M., [1]Alifattahzade S.A.
[1]Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctord named after A.Aliyev, Department of Clinical Laboratory, Baku, Azerbaijan;
[2]"Mediclub" clinic, Baku, Azerbaijan

The aim of the study was to determine the level of inflammatory markers (IL-6, CRP, ferritin, procalcitonin and d-dimer) in patients with COVID-19 of varying severity. 101 patients with COVID-19 were examined. Patients were divided into 3 groups: mild (n=47), moderate (n=34) and severe (n=20). In patients with COVID-19, an increase in IL-6 and inflammatory proteins in the blood is recorded. A feature of IL-6 and the inflammatory spectrum of proteins was their significant increase in severe compared with mild COVID-19. Correlation analysis data revealed positive relationships between IL-6 concentration and non-specific markers of inflammation in patients with COVID-19 of varying severity.
Keywords: COVID-19, severity, IL-6, inflammatory proteins.

Redaksiyaya daxil olub: 09.01.2023
Çapa tövsiyə olunub: 04.02.2023
Rəyçi: dosent T.H.Eyvazov

"DAĞINIQ SKLEROZ XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSI, PROFİLAKTİKASI VƏ ONUNLA MÜBARİZƏ TƏDBİRLƏRİNƏ DAİR DÖVLƏT PROQRAMI" QÜVVƏYƏ MİNDİKDƏN SONRA VƏ ƏVVƏL DAĞINIQ SKLEROZ DİAQNOZU QOYULMUŞ XƏSTƏLƏRİN KLİNİK-EPİDEMİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ TƏHLİLİ

[1]Şirəliyeva R.K., [2]Əliyev R.R.*

[1]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, nevrologiya və klinik neyrofiziologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan;

[2]Azərbaycan Tibb Universiteti, nevrologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Müqəddimə. Dağınıq skleroz (DS) xəstəliyi sinir sisteminin xəstəlikləri arasında rastgəlinmə tezliyinə və cavan yaşda əlilliyin əsas səbəblərindən olduğuna görə aktual tibbi-sosial problemdir. 2013-cü ildən Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 13 noyabr 2012-ci il tarixli, 2542 nömrəli Sərəncamı ilə təsdiq edilmiş "Dağınıq skleroz xəstəliyinin müalicəsi, profilaktikası və onunla mübarizə tədbirlərinə dair Dövlət proqramı" qüvvəyə minmişdir. Bu baxımdan təqdim edilmiş **tədqiqat işinin məqsədi** DS diaqnozu qoyulmuş xəstələrin bəzi klinik-epidemioloji xüsusiyyətlərinin araşdırılması və müqayisəli təhlili olmuşdur. **Material və metodlar.** 10 il (01.01.2013-31.12.2022) ərzində Nevroloji mərkəzə müraciət edən bütün DS xəstələri 2 müqayisə qrupuna bölünmüşdür. I qrupa Dövlət proqramı fəaliyyətə başlayandan sonra nevroloji mərkəzə müraciət edən, lakin DS diaqnozu əvvəlki illərdə qoyulan xəstələr (385 nəfər); II qrupa isə diaqnozu dövlət proqramının əhatə etdiyi 2013-2022-ci illər ərzində qoyulan 1411 nəfər daxil edilmişdir. **Tədqiqatın nəticələri və müzakirə.** I qrupda xəstələrin 29,1±2,3%-i kənd sakini olduğu halda, II qrupda bu göstərici 34,9±1,3% olmuşdur. Dövlət proqramı qüvvəyə mindikdən sonra kənd sakinlərinin müraciəti artmişdir ($p<0,05$). I qrupda dağınıq sklerozun proqressiv gedişli formaları II qrupla müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir ($p<0,001$). Klinik izoləolunmuş sindrom və residivverən DS II qrupda daha çox rast gəlinmişdir – 4,5±0,6 və 83,7±1,0%. Kiçik çanaq orqanlarının disfunksiyası və nitq pozulmaları I qrupla müqayisədə II qrupda daha çox rast gəlinmişdir (müvafiq olaraq $p<0,032$ və $p<0,001$). **Yekun.** Əldə edilmiş müsbət nəticələr Dövlət proqramı çərçivəsində aparılan maarifləndirmə işlərinin hesabına baş vermişdir. Qeyd edilən əlamətlərin daha çox rast gəlinməsinin səbəbi, bu əlamətlərin rast gəlindiyi digər xəstəliklərlə DS-in diferensial diaqnostikasının daha da təkmilləşdirilməsi hesabına olmuşdur.

Açar sözlər: dağınıq skleroz, cins, yaşayış yeri, klinik gediş, həmlə.

Giriş. 2013-cü ildən Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 13 noyabr 2012-ci il tarixli, 2542 nömrəli Sərəncamı ilə təsdiq edilmiş "Dağınıq skleroz xəstəliyinin müalicəsi, profilaktikası və onunla mübarizə tədbirlərinə dair Dövlət proqramı" qüvvəyə minmişdir [1]. Dövlət proqramı 2013-2017-ci illəri əhatə etmişdir. Dağınıq skleroz (DS) probleminin aktuallığını nəzərə alaraq proqram 2018-2022-ci illər üçün də təsdiqlənmiş və davam etmişdir [2].

DS mərkəzi sinir sisteminin demielinizasiyası ilə xarakterizə olunan autoimmun iltihabi xəstəliyidir [3]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə DS nevroloji xəstəliklər arasında cavanlarda əlilliyin əsas səbəblərindən biridir [4]. Bu baxımdan DS-in vaxtında aşkar olunması və müasir yanaşmalarla müalicəsi böyük tibbi-sosial əhəmiyyət kəsb edir.

DS probleminin aktuallığını nəzərə alaraq, təqdim edilmiş **tədqiqat işinin məqsədi** Dövlət proqramı qüvvəyə mindikdən sonra (2013-2022-ci illər) və əvvəl DS diaqnozu qoyulmuş xəstələrin bəzi klinik-epidemioloji xüsusiyyətlərinin araşdırılması və müqayisəli təhlili olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Dövlət Proqramı çərçivəsində DS xəstələrinin müayinə və müalicəsi Akademik M.Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanasının nəzdində yerləşən Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Nevroloji Mərkəzində xüsusi ekspert komissiyası tərəfindən aparılmışdır. Tədqiqat zamanı DS diaqnozu onun klinik gedişinə görə 1996-cı ildə Fred D.Lublin və həmmüəlliflərinin təklif etdiyi təsnifata əsasən təyin edilmişdir [5]. Bu bölgüyə əsasən DS-in 4 klinik gedişi ayırd edilir:

1. Residivverən gediş (Relapsing-remitting MS (RRMS));
2. Birincili proqressivləşən gediş (Primary progressive MS (PPMS));
3. İkincili proqressivləşən gediş (Secondary progressive MS (SPMS));
4. Residivverən proqressivləşən gediş (Progressive-relapsing MS (PRMS)).

Eyni zamanda klinik izolə olunmuş sindromlu

*e-mail: drrahimaliyev@gmail.com

(KİS) pasiyentlər də tədqiqata daxil edilmişdir [6].

Tədqiqat 10 ili əhatə etmişdir (01.01.2013-31.12.2022). Tədqiqat ərzində Nevroloji mərkəzə 2006 nəfər müraciət etmişdir. Bunlardan 1276 nəfər qadın (63,6%), 730 nəfər isə kişi (36,4%) olmuşdur. Bütün müraciət edənlərin 66,5%-ni (1333 nəfər) şəhər əhalisi, 33,5%-ni (673) isə kənd əhalisi təşkil etmişdir. 210 nəfərdə DS diaqnozu inkar edilmişdir. Bütün xəstələr elektron bazaya daxil edilmişdir. Xəstələr 2 müqayisə qrupuna bölünmüşdür. I qrupa Dövlət proqramı fəaliyyətə başlayandan sonra nevroloji mərkəzə müraciət edən, lakin DS diaqnozu əvvəlki illərdə qoyulan xəstələr (385 nəfər – müraciət edən DS xəstələrinin 21,44%-i); II qrupa isə diaqnozu dövlət proqramının əhatə etdiyi 2013-2022-ci illər ərzində qoyulan 1411 (müraciət edən DS xəstələrinin 78,56%-i) nəfər daxil edilmişdir. Statistik təhlil $\chi 2$-Pirson analiz üsulu ilə SPSS-29 statistik paketində aparılmışdır. "0" hipotezi $p<0,05$ olduqda inkar edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirə. Tədqiqat müddəti ərzində mərkəzə müraciət edənlərin (2006 nəfər) minimal yaşı 15 yaş, maksimal yaşı isə 70 yaş olmuşdur. Xəstələrin orta yaşı 36,7±0,2 yaş, diaqnoz qoyularkən orta yaşı isə 34,9±0,2 yaş (min. 11, max. 66 yaş) təşkil etmişdir (Cəd. 1).

Cədvəl 1

Dövlət proqramı çərçivəsində Nevroloji Mərkəzə müraciət edən bütün xəstələrin yaş göstəriciləri (N=2006)

Göstərici	Minimum	Maksimum	Orta yaş
Müraciət zamanı xəstələrin yaşı	15	70	36,7±0,2
Diaqnoz qoyularkən xəstələrin yaşı	11	66	34,9±0,2
İlk əlamət zamanı yaş	11	58	29,8±0,2

Mərkəzə müraciət edənlərdən 1796 nəfərə DS diaqnozu qoyulmuşdur. DS diaqnozu qoyulan pasiyentlərin 65,7%-i qadın (1180 nəfər), 34,3%-i isə kişi (616 nəfər) olmuşdur. Müvafiq olaraq DS zamanı qadın kişi nisbəti 1,9 təşkil etmişdir. DS diaqnozu qoyulan xəstələrin 33,6%-i (604 nəfər) kənd, 66,4%-i (1192 nəfər) şəhər sakinləri olmuşdur (müvafiq olaraq şəhər sakinləri 971 nəfər – 54,1%, qəsəbə sakinləri 221 nəfər – 12,3%) (Cəd. 2).

Cədvəl 2

Dağınıq skleroz diaqnozu qoyulmuş xəstələrin cins və yaşayış yerlərinə görə bölgüsü

Göstərici		n	%	Cəm	
				n	%
Cins	Qadın	1180	65,7	1796	100
	Kişi	616	34,3		
Yaşayış yeri	Şəhər yerləri	1192	66,4	1796	100
	Kənd yerləri	604	33,6		

Qeyd: n – mütləq rəqəm.

Dövlət proqramı fəaliyyətə başlayandan sonra nevroloji mərkəzə müraciət edən DS xəstələrindən 385 nəfərin (21,44%) diaqnozu əvvəlki illərdə, 1411 (78,56%) nəfərin diaqnozu isə 2013-2022-ci illər ərzində qoyulmuşdur. Proqramdan əvvəl və sonra DS diaqnozu qoyulmuş xəstələrin cins tərkibi demək olar ki eyni olmuşdur – müvafiq olaraq xəstələrin 66±2,4%-ni qadınlar (2013-2022-ci illərdə 65,6±1,3%), 34±2,4%-ni kişilər təşkil etmişdir (2013-2022-ci illərdə 34,4±1,3%) (Cəd. 3). Proqramdan əvvəlki müddətdə DS diaqnozu qoyulan xəstələrin 70,9±2,3%-i (273 nəfər) şəhər yaşayış yerlərinin, 29,1±2,3%-i (112 nəfər) isə kənd yaşayış yerlərinin sakinləri olmuşdular. Proqram fəaliyyətə başlayandan sonra isə DS diaqnozu qoyulan xəstələrin 65,1±1,3%-i (919 nəfər) şəhər sakini və 34,9±1,3%-i (492 nəfər) kənd sakini olmuşdur. Göründüyü kimi, Dövlət proqramı qüvvəyə mindikdən sonra kənd sakinlərinin müraciəti artmışdır ($p<0,05$). DS-in klinik gedişi gözlənildiyi kimi hər iki qrupda fərqli olmuşdur. Belə ki, I qrupda dağınıq sklerozun proqressiv gedişli formaları – PPMS (3,4±0,9%), SPMS (36,1±2,4%), PRMS (3,6±1,0%) II qrupla müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir ($p<0,001$). KİS-in rast gəlinməsi isə gözlənildiyi kimi II qrupda daha çox olmuşdur –

4,5±0,6%. Bu da müayinə metodlarının təkmilləşdirilməsi və proqram çərçivəsində xəstələrin daha geniş spektrdə müayinə edilməsinin nəticəsi kimi özünü göstərir. Eyni zamanda dağınıq sklerozun RRMS forması II qrupda daha çox rast gəlinmişdir – 83,7±1,0%. Bu da I qrupda DS diaqnozunun qoyulmasından sonra daha çox vaxt keçməsi səbəbi ilə RRMS tipli klinik gedişinin SPMS klinik gedişinə dəyişməsi ilə ilə izah edilir.

DS-in ilk həmləsi zamanı hər iki qrupda ayrı-ayrılıqda klinik əlamətlər arasında daha çox bulbar simptomlar (61,8±2,5 və 59±1,3%), hərəki pozuntular (46,0±2,5 və 44,3±1,3%), hissiyyat sisteminin zədələnmələri (36,9±2,5 və 40,5±1,3%), görmə pozuntuları (34,8±2,4 və 33,0±1,3%), beyincik simptomatikası (29,1±2,3 və 32,7±1,2%), kiçik çanaq orqanlarının disfunksiyası (13,5±1,7 və 18,1±1,0%), nitq pozulmaları (6,5±1,3 və 12,3±0,9%) rast gəlinmişdir (Cəd. 3). Kiçik çanaq orqanlarının disfunksiyası və nitq pozulmaları I qrupla müqayisədə II qrupda daha çox rast gəlinmişdir (müvafiq olaraq p<0,032 və p<0,001).

Cədvəl 3

Dövlət proqramından əvvəl və sonra DS xəstələrinin bəzi xüsusiyyətlərinin müqayisəli təhlili

Göstərici		**Müqayisə qrupu I**		**Müqayisə qrupu II**		P_{χ^2}
		n	%	n	%	
Cins	Qadın	254	66±2,4	926	65,6±1,3	0,899
	Kişi	131	34±2,4	485	34,4±1,3	
Yaşayış yeri	Şəhər	273	70,9±2,3	919	65,1±1,3	0,033*
	Kənd	112	29,1±2,3	492	34,9±1,3	
DS-in gedişinə görə formaları	KİS	3	0,8±0,4	64	4,5±0,6	<0,001*
	RRMS	216	56,1±2,5	1181	83,7±1,0	
	PPMS	13	3,4±0,9	12	0,9±0,2	
	SPMS	139	36,1±2,4	142	10,1±0,8	
	PRMS	14	3,6±1,0	12	0,9±0,2	
DS-in ilk həmləsi zamanı klinik əlamət	Görmə pozuntusu	134	34,8±2,4	465	33,0±1,3	0,495
	Kiçik çanaq orqanlarının disfunksiyası	52	13,5±1,7	256	18,1±1,0	0,032*
	Hissi pozuntular	142	36,9±2,5	572	40,5±1,3	0,194
	Hərəki pozuntular	177	46,0±2,5	625	44,3±1,3	0,557
	Beyincik simptomları	112	29,1±2,3	461	32,7±1,2	0,182
	Nitq pozuntusu	25	6,5±1,3	173	12,3±0,9	0,001*
	Bulbar simptomatika	238	61,8±2,5	832	59±1,3	0,312
	Digər əlamətlər	120	31,2±2,4	379	26,9±1,2	0,094

Qeyd: müqayisə qrupu I – 2013-cü ildən əvvəl DS diaqnozu qoyulmuş xəstələr; müqayisə qrupu II – 2013-2022-ci illər ərzində DS diaqnozu qoyulmuş xəstələr; n – mütləq rəqəm; KİS – klinik izolə olunmuş sindrom; RRMS – residivverən gediş; PPMS – birincili proqressivləşən gediş; SPMS – ikincili proqressivləşən gediş; PRMS – residivverən proqressivləşən gediş.

Cəd. 3-dən göründüyü kimi qruplarda ilk həmlə zamanı müvafiq olaraq 31,2±2,4 və 26,9±1,2% hallarda yuxarıda sadalanan əlamətlərdən başqa digər əlamətlərə (müştərək və ya izoləolunmuş halda) rast gəlinmişdir – koqnitiv disfunksiyalar, emosional ləbillik, həyacan, depressiya, yorğunluq və s.

Yekun. Beləliklə, Dövlət proqramının qüvvəyə minməsindən sonra DS xəstələrinə diqqət artmış, onların müayinə və müalicəsi təkmilləşdirilmişdir. Belə ki, Proqramın əlçatanlığı sayəsində kənd yaşayış yerlərinin sakinlərinin də 2013-2022-ci illərdə Nevroloji mərkəzə müraciəti artmışdır (Proqramdan əvvəl – 29,1±2,3%, Proqramdan sonra 34,9±1,3%, p<0,05). Bu da kütləvi informasiya vasitələrində və sosial mediada Dövlət proqramı çərçivəsində aparılan maarifləndirmə işləri, tibb işçiləri və əhali arasında DS xəstəliyi barədə çap məhsullarının paylanılması və s. hesabına baş vermişdir [7]. Kiçik çanaq orqanlarının disfunksiyası və nitq pozulmalarının 2013-2022-ci illərdə əvvəlki illərlə müqayisədə daha çox rast gəlinməsinin səbəbi çox güman ki, bu əlamətlərin rast gəlindiyi digər xəstəliklərlə DS-in diferensial diaqnostikasının daha da təkmilləşdirilməsi hesabına olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. "Dağınıq skleroz xəstəliyinin müalicəsi, profilaktikası və onunla mübarizə tədbirlərinə dair Dövlət Proqramı"nın təsdiq edilməsi haqqında Azərbaycan Respublikası Prezidentinin Sərəncamı. Bakı şəhəri, 13 noyabr 2012-ci il, №2542. Azərbaycan Respublikasının Ədliyyə Nazirliyi, hüquqi aktların vahid elektron bazası. https://e-qanun.az/framework/24678
2. "Dağınıq skleroz xəstəliyinin müalicəsi, profilaktikası və onunla mübarizə tədbirlərinə dair 2018-2022-ci illər üçün Dövlət Proqramı"nın təsdiq edilməsi haqqında Azərbaycan Respublikası Prezidentinin Sərəncamı. Bakı şəhəri, 28 fevral 2018-ci il, №3723. Azərbaycan Respublikasının Ədliyyə Nazirliyi, hüquqi aktların vahid elektron bazası. https://e-qanun.az/framework/38051
3. McGinley MP, Goldschmidt CH, Rae-Grant AD. Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis: A Review // JAMA. 2021;325(8):765–779. doi:10.1001/jama.2020.26858
4. Dobson R., Giovannoni G. Multiple sclerosis – a review // Eur J Neurol, 2019, 26: 27-40. https://doi.org/10.1111/ene.13819
5. Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey // Neurology 1996;46:907–911. https://doi: 10.1212/wnl.46.4.907
6. Miller D, Barkhof F, Montalban X, Thompson A, Filippi M. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I: natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis // Lancet Neurol 2005;4:281–288 DOI: 10.1016/S1474-4422(05)70071-5
7. Şirəliyeva R.K., İbadov T.Ə., Həsənov R.L., Əliyev R.R., Babayev M.A., Həsənov X.İ. "Dağınıq skleroz xəstəliyinin müalicəsi, profilaktikası və onunla mübarizə tədbiriərinə dair Dövlət proqramı"-nın icrası barədə // Tibb və Elm. Ə.Əliyev adına elmi-praktik jurnal, N1 (3) 2016, səh. 68-69.

РЕЗЮМЕ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ, ДИАГНОСТИРОВАННЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ДО И ПОСЛЕ ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ «ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ О МЕРАХ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ»

[1]Ширалиева Р.К., [2]Алиев Р.Р.

[1]Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра неврологии и клинической нейрофизиологии, Баку, Азербайджан;

[2]Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра неврологии, Баку, Азербайджан

Введение. Рассеянный склероз (РС) представляет собой актуальную медико-социальную проблему, из-за высокой частоты встречаемости среди заболеваний нервной системы и является одной из основных причин инвалидности в молодом возрасте. С 2013 года вступила в силу «Государственная программа о мерах лечения, профилактики и борьбы с рассеянным склерозом», утвержденная Указом Президента Азербайджанской Республики от 13 ноября 2012 года № 2542. В связи с этим **целью представленной научной работы** было изучение и сравнение некоторых клинико-эпидемиологических характеристик больных РС. **Материал и методы.** В течение 10 лет (01.01.2013-31.12.2022) все пациенты с РС, обратившиеся в Неврологический центр, были разделены на 2 группы сравнения. В I группу вошли пациенты, обратившиеся в неврологический центр после начала реализации Государственной программы, но с диагнозом РС, поставленным в предыдущие годы (385 человек); во II группу вошли 1411 человек, диагноз которых был установлен в течение 2013-2022 годов, предусмотренных гос.программой. **Результаты исследования и обсуждение.** В I группе 29,1±2,3% больных были жителями сельских населенных пунктов, во II группе этот показатель составил 34,9±1,3%. После вступления в силу гос.программы обращения сельских жителей увеличились ($p<0,05$). Прогрессирующие формы РС встречались чаще в I группе по сравнению со II группой ($p<0,001$). Частота клинически изолированного синдрома и рецидивирующего РС была выше во II группе – 4,5±0,6 и 83,7±1,0%. Дисфункция тазовых органов и нарушения речи встречались чаще во II группе, в сравнении с I группой ($p<0,032$ и $p<0,001$, соответственно). **Заключение.** Полученные положительные результаты обусловлены осведомительной деятельностью, проводимой в рамках Государственной программы. Причина более высокой встречаемости указанных симптомов связана с совершенствованием дифференциальной диагностики РС с другими заболеваниями, при которых обнаруживаются эти симптомы.

Ключевые слова: рассеянный склероз, пол, место жительства, клиническое течение, атака.

SUMMARY

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH MULTIPLE SCLEROSIS AFTER AND BEFORE COMING INTO FORCE OF THE "STATE PROGRAM ON MEASURES OF TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL OF MULTIPLE SCLEROSIS"

[1]Shiraliyeva R.K., [2]Aliyev R.R.

[1]Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Department of Neurology and Clinical Neurophysiology, Baku, Azerbaijan;

[2]Azerbaijan Medical University, Department of Neurology, Baku, Azerbaijan

Introduction. Multiple sclerosis (MS) is a current medical and social problem due to its frequency of occurrence among diseases of the nervous system and is one of the main causes of disability at a young age. Since 2013, the "State program on measures of treatment, prevention and control of multiple sclerosis", approved by Decree of the President of the Azerbaijan Republic dated November 13, 2012 No.2542, came into force. In this regard, **the aim of the presented article** was to study and compare some clinical and epidemiological characteristics of MS patients. **Material and methods.** Over the course of 10 years (01.01.2013-31.12.2022), all patients with MS who applied to the Neurological Center were divided into two comparison groups. Group I included patients who applied to the Neurological Center after the start of the State program, but were diagnosed with MS in previous years (385 people); Group II included 1411 people whose diagnosis was established during 2013-2022, as provided for by the state program. **Research results and discussion.** In group I, 29.1±2.3% of patients were residents of rural areas, in group II this figure was 34.9±1.3%. After the State Program came into force, appeals from rural areas increased ($p<0.05$). Progressive types of MS were more common in group I compared to group II ($p<0.001$). Insidence of clinically isolated syndrome and relapsing-remmiting MS was higher in group II – 4.5±0.6 and 83.7±1.0%. Pelvic organs dysfunction and speech disorders were more common in group II compared with group I ($p<0.032$ and $p<0.001$, respectively). **Conclusion.** The positive results obtained are due to awareness-raising activities carried out within the framework of the State Program. The reason for the higher incidence of symptoms mentioned above is associated with the advanced differential diagnosis of MS with other diseases in which these symptoms are common.

Keywords: multiple sclerosis, gender, place of residence, clinical course, attack.

Redaksiyaya daxil olub: 30.01.2023
Çapa tövsiyə olunub: 14.02.2023
Rəyçi: Professor A.K.Məmmədbəyli

KLİNİK HADİSƏ | **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ** | **CLINICAL CASE**

POLİORXİZM

Hüseynov E.Y.*
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, urologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Poliorxizm (poliorxidiya) – kişi reproduktiv sisteminin inkişaf qüsuru olub, bir və ya hər iki xayanın ikiləşməsi ilə səciyyələnir. Ədəbiyyatda 200-ə yaxın bu inkişaf qüsuru təsvir olunmuşdur. Əlavə xaya əsasən zəif inkişaf etmiş olub, 75% halda xayalıqda yerləşir, az faiz hallarda qasıq kanalında, peritonarxası boşluqda təyin olunur. Xayaların embrional inkişafı əsasında poliorxizm 4 tipə bölünür: A tipində xayalar xaya artımı və toxumçıxarıcı axacaqlarsız aşkar olunur. B tipində xayaların artımları var, əlavə xaya normal xaya artımı və toxumçıxarıcı axacaqlarla boylama istiqamətdə birləşə bilər. C variantında əlavə xaya adi xayada olduğu kimi xaya artımı və toxumçıxarıcı axarlara malikdir. D variantında xayanın, onun xaya artımı və toxumçıxarıcı axarlarının tam ikiləşməsi. Müəllif 19 yaşlı oğlanda D tip ikitərəfli poliorxizm ilə klinik müşahidələrdən birini təqdim edir. Pasiyent dispanser müşahidədədir.

Açar sözlər: poliorxiam, reproduktiv funksiya, xaya.

Poliorxizm (poliorxidiya) – kişi reproduktiv sisteminin inkişaf qüsuru olub, bir və ya hər iki xayanın ikiləşməsi ilə səciyyələnir. İkiləşmiş xayalar xayalıqda, qarın boşluğunda, əsasən də soldan təyin olunur. Bu anomaliyanı döldə təyin etmək olmur, çünki xayalar uşaq doğulandan sonra xayalıqda məskunlaşır. Ən çox yeniyetmə dövründə planlı dispanser müayinəsi zamanı poliorxizm aşkar olunur [1, 2].

Ədəbiyyatda 200-ə yaxın bu inkişaf qüsuru təsvir olunmuşdur. Nadir təsadüf olan anomaliyadır. İlk dəfə 1880-ci ildə histoloji müayinə üsulu ilə alman alimi F.Ashfeld, ilk klinik müşahidəni isə 1895-ci ildə ingilis alimi A.Lane təqdim etmişdir.

Əlavə xaya əsasən zəif inkişaf etmiş olub, 75% halda xayalıqda yerləşir, az faiz hallarda qasıq kanalında, peritonarxası boşluqda təyin olunur.

Poliorxizmin klinik gedişatı çox vaxt simptomsuz keçir, bəzi hallarda xaya nahiyyəsində ağrılar, xayalığın ödemi qeyd olunur. Belə klinik gedişat hidrosele, varikosele, epididimit kimi qiymətləndirilə bilər. Poliorxizmin ən çox rast gəlinən fəsadı sonsuzluq, xayanın burulması, şiş törəməsidir.

Bu inkişaf qüsuru daha çox qasıq yırtığı, xayanın şişi və ya burulması ilə əlaqədar aparılan cərrahi əməliyyatlar zamanı aşkarlanır.

Poliorxizm, xayaların sayına görə bir neçə tipə bölünür. Daha çox üçüncü əlavə xaya tipi, əsasən soldan lokalizə olunur (65%), 4,3% hallarda poliorxizm ikitərəfli olub dörd xayalı müşahidə olunur [3, 4].

Normal embriogenezin dölün 6-cı həftəsində kişi qonadı cinsiyyət qabarcığının medial mezonefral axacaqlarından inkişaf edir. 8-ci həftədə xaya öz normal quruluşunu alır. Xaya artımları və toxum çıxarıcı axarlar mezonefral (Wolf) axarlardan inkişaf edir.

Əlavə xaya xəstədə heç bir narahatçılıq yaratmır, ancaq onun, əsasən də hipoplaziyalı xayanın, bədxassəli şişə çönmə ehtimalı yüksək olduğunu nəzərə alaraq (radiasion şüalanma, tez-tez keçirilən infeksion xəstəliklər, orqanizmin güclü soyuması) testikulanın cərrahi üsulla götürülməsi məsləhət olunur.

Poliorxizmin dəqiq yaranma mexanizmləri məlum deyil. Bir sıra alimlərin nəzəriyyəsinə görə, toxum qabarcığının boylama və ya göndələn bölünməsi qonadların ikiləşməsinin səbəbi ola bilər [3, 7].

Xayaların embrional inkişafı əsasında Leung A.K. (1988) poliorxizmi 4 tipə bölür: A tipində xayalar xaya artımı və toxumçıxarıcı axacaqlarsız aşkar olunur. B tipində xayaların artımları var, əlavə xaya normal xaya artımı və toxumçıxarıcı axacaqlarla boylama istiqamətdə birləşə bilər (B2 variantı) və ya heç birləşmir (B1 variantı) [4].

C variantında əlavə xaya adi xayada olduğu kimi xaya artımı və toxumçıxarıcı axarlara malikdir. Poliorxizmin bu tipinə cinsi qabarcıqla Volf axacağının proksimal hissəsinin natamam birləşməsi xarakterikdir.

D variantında cinsi qabarcıqla Volf axacağının tam boylama ikiləşməsi müşahidə olunur – xayanın, onun xaya artımı və toxumçıxarıcı axarlarının tam ikiləşməsi [5, 6].

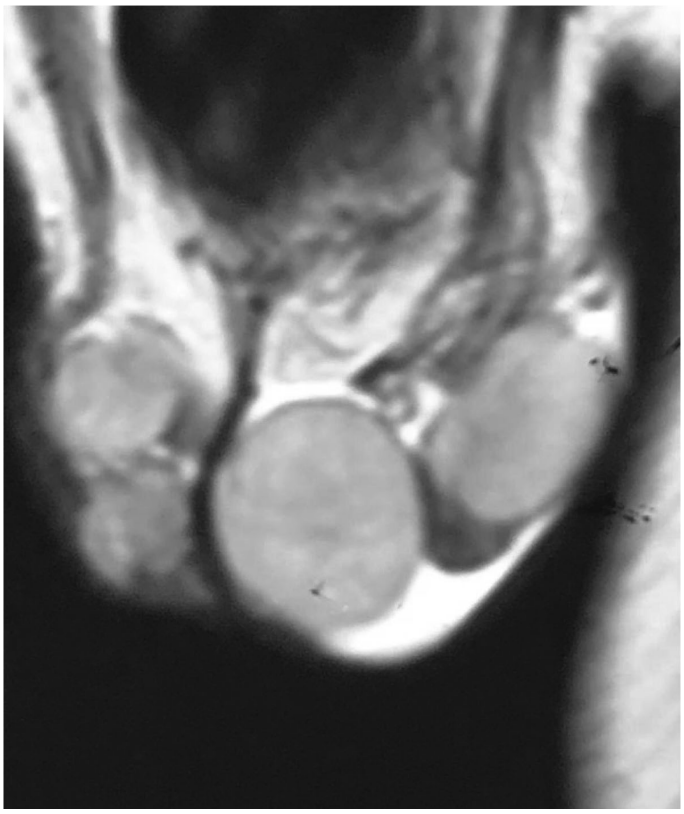
Klinik müşahidə. Xəstə S. 19 yaşlı, klinikaya ambulator müraciət zamanı şikayətləri xayalığa şişvari törəmələrin olmasından idi. İrsi xəstəlik anam-

*e-mail: urologiya_adhti@mail.ru

nezində təyin olunmayıb.

Baxış zamanı xayalığın hər iki yarısında xayalardan əlavə 2 şişvari törəmə əllənir, hərəkətli, ağrısız, hamar səthlidir.

05.04.2021-ci il tarixdə aparılan ultrasəs müayinəsində, xayalığın sağ yarısında iki hərəkətli xaya təyin olunur, ölçüləri 22x16 mm, 24x16 mm olub, hipoplaziyalıdır. Xayalığın sol yarısında həmçinin iki xaya təyin olunur, hərəkətlidir, ölçüləri 33x21 mm, 35x22 mm. (Şək.)



Şək. Ultrasəs müayinəsində, xayalığın sağ yarısında iki hərəkətli xaya təyin olunur (ölçüləri 22x16 mm, 24x16 mm olub, hipoplaziyalıdır). Xayalığın sol yarısında həmçinin iki xaya təyin olunur (hərəkətlidir, ölçüləri 33x21 mm, 35x22 mm).

Xayaların hər birində xüsusi testikulyar və mediastenal arteriyalar vizualizasiya olunur. Xayaların qan dövranı saxlanılıb.

Xayaların, xaya artımlarının, toxum ciyəsinin tam ikiləşməsi qeyd olunur.

Skrotal MRT. Əldə edilmiş tomoqramlarda xəstədə poliorxidizm diaqnozu təyin olunur.

Sağdan iki hipoplastik testis qeyd olunur. Yuxarıda yerləşən testis 19x17mm, aşağı testis 22x15mm.

Soldan medial testis 32x23mm, lateral testis – 31x21mm. Normal epididimis sol medial və lateral testislərdə qeyd olunur.

Sağ medial testisin mediastenal hissəsində pətənəkvari sahə izlənilir.

Laborator analizlər. Qanın və sidiyin ümumi analizi patoloji dəyişiksizdir.

Hormonlar: Follikul stimullaşdırıcı (FSH) – 5,39 mlV/ml; Testosteron ümumi – 6,81 ng/ml; Lüteinləşdirici (LH) – 8,47 mlV/ml; Tireotrop (TSH) – 2,15 mlV/ml.

Spermaqramma. Makro – mikroskopik vəziyyəti patoloji dəyişiksizdir. Astenozoospermiya qeyd olunur (A+B 24%).

Xəstədə aparılan müayinələr əsasında diaqnoz – İkitərəfli poliorxizm, tam forması (D variantı) təyin olundu.

Dispanser nəzarətinə götürüldü. Astenozoospermiya ilə əlaqədar müalicə kursu təyin olundu. Təkrar müayinə 3 aydan sonra.

Beləliklə, poliorxizm nadir rast gələn xəstəliklərdəndir. A və B1 variantında rast gələrsə, hipoplaziyalı xayaların çıxarılması qərarı verilməlidir. Poliorxizmin B2, C, D variantlarında xayaların vəziyyəti qiymətləndirilməlidir. Qonadların saxlanılması və ya hipoplaziyalı xayanın çıxarılması aparılan müayinələrin düzgün təhlilindən asılıdır.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Колесников Г.С. Полиорхизм. Вестник урологии. 2019; 7(4): 49-52
2. Alamsahebpour A, Hidas G, Kaplan A, McAleer IM. Bilateral polyorchidism with diff use microlithiasis:a case report of an adolescent with 4 testes. Urology. 2013;82(6): 1421-1423. https://doi.org/10.1016/j.urology.2013.06.039
3. Baker L L, Hajek PC, Burkhard TK, Mattrey RF. Polyorchidism6 evaluation by MR. AJR Am J Roentgenol. 1987;148(2):305-306. https://doi.org/10.2214/ajr.148.2.305
4. Leung AK. Polyorchidism. Am Fam Physician. 1988;38(3):153- 156. PMID:3046267
5. O´Sullivan DC, Biyani CS, Hneal MR. Polyorchidism: causation and management. Postgrad. Med. J. 1995;71 (835):317-318. https://doi.org/10.1136/pgmj.71.835.317-a
6. Savas M, Yeni E, CiO ci H, Cece H, Topal U, Utangac MM. Polyorchidism: a three-case report and review of the literature. Andrologia. 2010;42(1):57-61. https://doi.org/10.1111/j.1439- 0272.2009.00957.x
7. Singer BR, Donaldson JG, Jackson D. S. Polyorchidism: functional classifi caTİon and management strategy. Urology. 1992;39(4):384-388. https://doi.org/10.1016/0090-4295(92)90220-q

РЕЗЮМЕ

ПОЛИОРХИЗМ

Гусейнов Э.Я.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра урологии, Баку, Азербайджан

Полиорхизм – врожденный порок развития мужской репродуктивной системы, характеризующейся удвоением одного или обоих яичек. В литературе описано около 200 случаев этого порока развития. Дополнительное яичко в 75% случаев располагается в мошонке, редко в паховом канале, забрюшинном пространстве, в основном, слабо развитое. На основании эмбрионального развития яичек разделяют 4 варианта полиорхизма: А вариант – яички выявляются без придатка и семявыводящих протоков; В вариант – полные придатки дополнительных яичек определяются, однако они совместно с семявыносящимися протоками продольно сращены; С вариант – дополнительное яичко обычное, но проксительные концы сращены; D вариант – полное раздвоенное яичко с его элементами. Автор приводит одно из клинических наблюдений 19-ти летнего юноши с двусторонним полиорхизмом D варианта. Пациент находится на диспансерном наблюдении.

Ключевые слова: полиорхизм, репродуктивная функция, яичко.

SUMMARY

POLYORCHISM

Huseynov E.Y.

Azerbaijan State Advanced Training İnstitute for Doctors named after A.Aliyev, Department of Nephrology, Baku, Azerbaijan

Polyorchism is a congenital malformation of the male reproductive system characterized by the doubling of one or both testicles. About 200 cases of this malformation have been described in literature. An additional testicle in 75% of cases is located in the scrotum, rarely in the inguinal canal, retroperitoneal space, mostly poorly developed. Based on the embryonic development of the testicles, 4 variants of polyorchism are divided: A variant – the testicles are detected without an epididymis and vas deferens; In the variant, complete appendages of additional testicles are determined, however, they, together with the seminal efferent ducts, are longitudinally fused; C variant – the additional testicle is normal, but the proximal ends are fused; D option – a complete bifurcated testicle with its elements. The author cites one of the clinical observations of a 19-year-old boy with bilateral polyorchism D variant. The patient is under follow-up.

Keywords: polyorchism, reproductive function, testis.

Redaksiyaya daxil olub: 20.08.2022
Çapa tövsiyə olunub: 10.09.2022
Rəyçi: Professor İ.H.Fiqarov

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ У БОЛЬНОГО С АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ПРОСТАТЫ

[1]Джафаров Р.З., [2]Гулиева И.М.*, [3]Касумова Ф.Н.

[1]Центральный Военный Госпиталь ВС, Баку, Азербайджан

[2]Городская поликлиника №7, Баку, Азербайджан

[3]Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

В данной статье представлен интересный клинический случай сочетания псориатического артрита с аденокарциномой простаты у мужчины 76 лет. Рассматриваются трудности дифференциальной диагностики между данными заболеваниями, В результате проведенного лечения ГИБП, в частности Секукинумабом, удалось снизить высокую активность заболевания, улучшить лабораторные показатели и добиться клинической ремиссии.

Ключевые слова: псориатический артит, аденокарцинома простаты, HLA-B27, секукинумаб.

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое воспалительное заболевание суставов из группы спондилоартритов (СПА), характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов, возникающее у больных с псориазом [1]. ПсА может развиться в любом возрасте и наблюдаться примерно у 35-45% больных псориазом [2].

Этиология и патогенез ПсА остаются до конца не изученным вопросом. Вероятно, развитие ПсА вызвано генетической предрасположенностью в сочетании с такими триггерами, как инфекции, травмы, стресс и лекарственные препараты [3]. Известно, что у пациентов с ПсА отмечается повышенный риск развития коморбидных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых и цереброваскулярных, остеопороза, ожирения, гиперурекимией, злокачественных новообразований, жировой болезни печени, депрессии и тревожности, коррелирующих с активностью суставного синдрома [4-7]. Продолжительность жизни больных псориазом и ПсА снижена по сравнению с популяцией на 5-7 лет [8]. Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний осложняет лечение ПсА, и зачастую способствует увеличению ранней смертности таких пациентов [9].

Псориаз – это воспалительное заболевание, в котором задействованы сверхактивные иммунные клетки в организме. Поскольку псориаз имеет хроническое течение было выдвинуто предположение, что данные пациенты могут быть подвержены более высокому риску развития онкологических заболеваний [10]. Pouplard C. и соавт. обнаружили, что у людей с псориазом повышен риск развития злокачественных новообразований верхних отделов ЖКТ, печени, поджелудочной железы, мочевывовящих путей, а также лимфом [11]. Было проведено ряд исследований, в которых изучался риск развития лимфом у пациентов с псориазом, получавших или не получавших базисную терапию. Согласно полученным результатам, было установлено, что у пациентов, не получавших иммуносупресивную терапию риск развития лимфом увеличивался в 2 раза. Кроме того, Brauchli и соавт. показали, что связь между псориазом и риском развития лимфом сохраняется даже после коррекции таких значимых факторов риска, как употребление алкоголя и курения [12].

В представленной нами статье впервые описывается случай выявления у больного ПсА на фоне имеющегося рака простаты. На данном этапе сложно судить о том, что первично – развитие ревматологического заболевания или онкологического процесса, а также есть ли взаимосвязь между этими процессами.

Остаются также открытыми вопросы:

«Является ли ПсА частью неопластического синдрома или это все же это два изолированных заболевания»? «Является ли онкологический процесс тригером в развитии псориатического спондилита»? «Мог бы изначально клинически никак себя не проявляющий ПсА послужить почвой для развития онкологического заболевания»?

*e-mail: ilkana1990@mail.ru

Проведенный литературный поиск не дал однозначного ответа на эти вопросы, более того, описаний подобных случаев в клинической практике не было обнаружено. Единственное, что на данном этапе мы можем с уверенностью утверждать – это наличие двух данных патологий у одного больного.

Представляем вашему вниманию кинический случай из практики.

В ноябре 2021 года в ревматологическое отделение Центрального Военного госпиталя поступил мужчина 76 лет, с жалобами на боли области пояснично-крестцового отдела позвоночника и в правом тазобедренном суставе, иррадиирущие в бедро, боли в коленных, голеностопных суставах, боли и отёчность энтезисов, утреннюю скованность. Боли возникали во время сна, ближе к утру. Больной просыпался, вынужден был вставать и совершать некоторые физические упражнения, после чего отмечалось некоторое уменьшение болей.

Пациент чувствует себя больным более 2-х лет. Впервые боли возникли внезапно в левом тазобедренном суставе, в связи с чем больной принимал вначале диклофенак 100 мг, затем Мовалис 15 мг, однако боли не уменьшились. Спустя некоторое время боль возникла в правом суставе, в связи с чем, больной обратился за помощью к врачу. После проведенных лабораторных и инструментальных исследований больному был поставлен предварительный диагноз артрит тазобедренных суставов, назначено лечение витаминами группы В, НПВС и хондропротекторами.

Из анамнеза также было известно, что больной долгое время страдает псориазом, у него была выявлена аденокарцинома простаты, и что он находится на учете у онколога и принимает гормональную терапию. Исходя из этого, лечащий врач и онколог не исключали риск метастатического поражения тазобедренных суставов и больной для дальнейшего дообследования был направлен в ревматологическое отделение военного госпиталя г. Баку, где ему было проведено полное клиническое, инструментальное и лабораторное исследования.

При проведении диагностических проб выявлялась болезненность в крестцово-подвздошной области (симптомы Кушелевского I, II, III, Макарова I и II – положительны). Выявляется болезненность в левом тазобедренном суставе, которая иррадиировала в голень и мышцы голени. Также болезненность и отечность выявлялась в области коленного сустава и ахилловых сухожилий (энтезисов).

По другим системам и органам при проведении пальпации и перкуссии патологий выявлено не было.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови (10.11.2021): Hb – 86 г/л, эритроциты – 4,02 $x10^{12}$/л, лейкоциты – 6,32$x10^{12}$/л, тромбоциты – 228x109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 76%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 17%, моноциты – 2%, абсолютное количество лимфоцитов – 0,57, СОЭ – 65 мм/час, Ht – 29,8%.

Биохимическое исследование крови (10.11.2021): общий белок – 60 г/л, креатинин – 171,7 мкмоль/л, мочевина – 6,52 ммоль/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л, общ. билирубин – 15,0, связанный билирубин – 3,0, свобод. билирубин – 12,0, АсАТ – 23,4МЕ/л, АлАТ – 21,6 МЕ/л, Са – 2,05; СРБ – 48, РФ – «-», АСЛ-О – «+» 200, PSA – 0,37 Нг/мл

Общий анализ мочи (10.11.2021): прозрачная, светло-желтая, pH – 5,0, белок – не обнаружен, удельный вес – 1018, эпителий плоский – 13-15 в п/з., лейкоциты – до 7-9 в п/з, эритроциты – 5-7 в п/з.

Больному также был проведен генетический анализ на выявление антигена гистосовместимости к HLA-B27, который оказался положительным. Как известно, данный антиген преимущественно ассоциируются с поражением позвоночника и/или крестцово-подвздошных суставов [13].

В общем анализе крови обращает на себя внимание высокие цифры СОЭ -65 мм/ч. В биохимическом анализе крови уровень креатинина 171,7 мкмоль/л (<110). Из иммунологии РФ отрицательный, уровень СРБ-28 Мг/л (<5), ген HLA-B27-позитивен. В общем анализе мочи выявлялись соли фосфатов, бактерии в умеренном количестве, глюкоза -1000 мг/дл (<30).

Инструментальные исследования. ***МРТ крестцово-подвздошной области позвоночни-***

ка выявило двустороннее симметричное исчезновение четкости краев крестцовых и подвздошных костей, сужение суставных щелей, дегенеративные изменения в илиосакральных сочленениях с элементами очагового кальциноза. На уровне заднемедиальной поверхности подвздошно-поясничной мышцы выявляется отечно-воспалительный очаг.

ЭКГ. Ритм синусовый. ЧСС -78 уд. в мин. Дистрофические изменения миокарда.

ЭхоКГ исследование: EF – 56%. Систола-диастолическая функция ЛЖ в пределах нормы.

МРТ органов малого таза. В правой половины предстательной железы на уровне средней трети картина Cr с признаками инвазии в правый семенной пузырек.

Данные биопсии предстательной железы. На фоне стромально-железистой гиперплазии предстательной железы в трех фрагментах-инфильтративный рост ацинарной аденокарциномы 6 баллов по Глисону (3+3) G1, занимающие от 30 до 70% площади биопсированных фрагментов.

Заключение по Ga-PSMA ПЭТ. В предстательной железе имеется область с высокой накопительной способностью к рецептору ПСМА, показывающая высокую степень злокачественности процесса.

В диафизе левой бедренной кости наблюдается очаг накопления контраста, В L4 – склеротический очаг.

Примечание. Ga-PSMA ПЭТ – галлий ПСМА ПЭТ – Позитронно-эмиссионная томография с применением галлия к рецепторам простат – специфического антигена.

Обоснование диагноза и лечение. Онкологом было исключено у больного метастатическое поражение тазобедренных суставов.

На основание анамнеза, жалоб больного на боли в тазобедренных суставах воспалительного характера (возникающих преимущественно в покое, и проходящих при физической нагрузке), наличия псориаза у пациента, объективного осмотра - положительных симптомов Кушелевского I, II, III и Макарова I, II, болезненности и отечности в области энтезисов, высоких значений острофазовых показателей – СОЭ, СРБ, наличия HLA-B27 антигена и заключения МРТ – больному был выставлен следующий диагноз:

Псориатический артрит, обычная форма, полиартритический вариант, высокая активность (ASDAS 4,0) с внеаксиальными (правосторонний сакроилеит, левосторонний коксит, двухсторонний энтезит) проявлениями, HLA - B27-ассоциировынный, рентгенологическая ст. II-III, ФК II.

Лечение. В связи с выраженной клинической картиной (наличием болей в крестцово-подвздошной области, болезненностью, отечностью, покраснением энтезисов, неэффективностью проводимой терапии НПВС больному был назначен ГИБП – ингибитор İL-17 – Секукинумаб.

Секукинумаб – 300 мг п/к 0, 1, 2, 3, и 4 неделя, а затем каждые 4 недели.

После проведенного лечения состояние больного несколько улучшилось, боли уменьшились. Также у больного отмечалось улучшение и лабораторных показателей – снижение СОЭ и СРБ до нормы. На фоне терапии Секукинумабом у больного отмечается положительная динамика что подтверждает наличие у больного псориатичекого спондилита.

Таким образом, на практике клиническому врачу приходится сталкиваться с огромным количеством труднодиагностируемых, порою запутанных в общий клубок заболеваний, и лишь долгие годы практики и большой объем знаний могут помочь в постановке правильного диагноза. Конкретный клинический случай продемонстрировал, что диагноз псориатического спондилита у пожилых, хоть и редко, но имеет свое место в клинической практике, и что он может сочетаться с другими заболеваниями или быть частью одного патогенетического механизма, в данном случае онкологического процесса. Самое сложное на этом этапе – было проведение тщательной дифференциальной диагностики, (исключение метастатического поражения, а также других заболеваний), постановка правильного диагноза и назначение адекватного лечения.

ЛИТЕРАТУРА – ƏDƏBİYYAT – REFERENCES

1. Мазуров В.И., Гайдукова И.З. Спондилоартриты - основы диагностики и лечения. Методические рекомендации, 2021, 35 с.

2. Мазуров В.И. Клиническая ревматология. 3-е издание, переработанное и дополненное. Руководство для врачей. М.: E-noto, 2021; 696 с.

3. Davidson‘s Principles and Practice of Medicine, 23rd edition, 2021, 544 c.
4. Корсакова Ю.Л., Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю., Губарь Е.Е., Василенко Е.А., Василенко А.А., Кузнецова Н.А., Патрикеева И.М., Насонов Е.Л. Распространенность коморбидных и сопутствующих заболеваний при псориатическом артрите по данным Общероссийского регистра больных псориатическим артритом // Научно-практическая ревматология, 2021;59(3):275–281.
5. Gudu T, Peltea A, Abobului M, Balanescu A, Berghea F, Bojinca V, et al. Prevalence of comorbidities in psoriatic arthritis: a cross-sectional study // Ann Rheum Dis. 2017; 76 (Suppl 2):1460.2-1460. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-eular.5838.
6. Бадокин В.В. Ревматология. Клинические лекции. /Под ред. Проф. В.В. Бадокина / М.: Литтерра, 2014; 592 с.
7. Вест С. Дж. Секреты ревматологии: Пер. с англ. М.: «Издательство ГЭОТАРМедиа», 2018, с.188194.
8. Насонов Е.Л. Российские клинические рекомендации / Ревматология, ГЭОТАРМедиа, Москва, 2019; 464 с.
9. Баткаева Н.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А. Разнообразие коморбидной патологии у больных псориазом тяжелого течения // Альманах клинической медицины, 2018;46(1):76–81. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-1-76-81.
10. Фицджеральд О., Глэдман Д. Псориатический артрит. Оксфордский справочник. М.: ГЕОТАР- Медиа, 2021: 424 c.DOİ: 10.33029/9704-6352-9-ART-2021-1-424.
11. Pouplard C., Brenaut E., Horreau C et. al. Risk of cancer in psoriasis: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies // J Eur Acad Dermatol Venereol., 2013 Aug;27 Suppl 3:36-46. doi: 10.1111/jdv.12165.
12. Brauchli Y.B., Jick S.S., Miret M., Meier C.R. Psoriasis and risk of incident cancer: an inception cohort study with a nested case-control analysis // J. Invest Dermatol., 2009; Vol. 129 (11):2604-2612. doi: 10.1038/jid.2009.113.

XÜLASƏ

PROSTAT ADENOKARSİNOMALI XƏSTƏDƏ PSORIATİK SPONDİLOARTRİT

[1]Cəfərov R.Z., [2]Quliyeva İ.M., [3]Qasımova F.N.
[1]Müdafiə Nazirliyinin Baş Klinik Hospitalı, Bakı, Azərbaycan;
[2]7 nömrəli şəhər poliklinikası, Bakı, Azərbaycan;
[3]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, terapiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Təqdim olunmuş məqalədə 76 yaşlı kişidə psoriatik artritin prostat vəzinin adenokarsinoması ilə yanaşı maraqlı bir kliniki hadisəsi müzakirə olunur. Bu xəstəliklər arasında differensial diaqnostikanın çətinlikləri nəzərdən keçirilir. GMBP, xüsusən Secukinumab ilə müalicə nəticəsində xəstəliyin yüksək aktivliyini azaltmaq, laboratoriya göstəricilərini yaxşılaşdırmaq və klinik remissiyaya nail olmaq mümkün olmuşdur.
Açar sözlər: psoriatik artrit, prostat adenokarsinoması, HLA-B27, sekukinumab.

SUMMARY

PSORIATIC SPONDYLOARTHRITIS IN A PATIENT WITH PROSTATE ADENOCARCINOMA

[1]Jafarov R.Z., [2]Guliyeva I.M., [3]Gasimova F.N.
[1]Central Military Hospital, Baku, Azerbaijan;
[2]City polyclinic 7, Baku, Azerbaijan;
[3]Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Department of Therapy, Baku, Azerbaijan

This article presents an interesting clinical case of a combination of psoriatic arthritis with prostate adenocarcinoma in a 76-year-old man. The difficulties of differential diagnosis between these diseases are considered. As a result of the treatment with DMARDs, in particular with Secukinumab, it was possible to reduce the high activity of the disease, improve laboratory parameters and achieve clinical remission.
Keywords: psoriatic spondyloartitis, prostate adenocarcinoma, HLA-B27, secukinumab.

Redaksiyaya daxil olub: 10.10.2022
Çapa tövsiyə olunub: 01.11.2022
Rəyçi: Dos. S.X.Mehdiyev

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK | В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ДОКТОРУ | HELP TO THE PRACTICAL DOCTOR

TESTİKULYAR FEMİNİZASİYA SİNDROMUNUN ETİOPATOGENEZİ VƏ MÜALİCƏ TAKTİKASI

Hüseynov E.Y.*, Hüseynova T.T.

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

Məqalə hermafroditizmin bir növü olan testikulyar feminizasiya sindromuna (TFS) həsr olunmuşdur. Yalançı kişi hermafroditizmin formalarından biri kimi, TFS genetik və qonad kişi cinsi olan xəstədə qadın xarici cinsi üzvlərin olması və Müller axacağı törəmələrinin (uşaqlıq, uşaqlıq boruları, uşaqlıq yolunun üçdə birinin) olmaması ilə xarakterizə olunur. Müəlliflərin nəzarəti altında 1997-2018-ci il müddəti ərzində TFS ilə 28 xəstə olmuşdur. Yaşa görə, onlardan 7-də pubertatönü, 21-də pubertat dövrü idi. Xəstələrə xarici cinsi üzvlərinin qadın fenotipi kimi cərrahi korreksiya və ardınca əvəzedici hormonal müalicə aparılmışdır.

Açar sözlər: testikulyar feminizasiya sindromu, hermafroditizm, cinsin korreksiyası.

Testikulyar feminizasiyasindromu cinsi inkişafın anadangəlmə qüsuruna aiddir. Yalançı kişi hermafroditizmin formalarından biri kimi, bu sindrom genetik (kariotipi kişi – 46XU) və qonadları kişi cinsi olan xəstədə qadın xarici cinsi üzvlərinin olması və Müller axacağı törəmələrinin (uşaqlıq, uşaqlıq boruları, uşaqlıq yolunun üçdə birinin) olmaması ilə xarakterizə olunur [1-4].

İlk dəfə xəstəlik 1817-ci ildə E.Steglehner tərəfindən təsvir olunmuşdur. 23 yaşlı qadının autopsiyası zamanı, onda kişi qonadları aşkar edilmiş, uşaqlıq və uşaqlıq artımları isə olmamışdır. F.Morris 1953-cü ildə bu xəstəliyi diqqətlə öyrəndikdən sonra "testikulyar feminizasiya" terminini təklif etmişdir.

Ədəbiyyat göstəricilərə görə, bu xəstəliyin yayılması bütün hermafroditizm formalarının təxminən 5%-ni təşkil edir. Xəstəlik irsi xarakter daşıyır və adətən qadın xətti ilə ötürülür. Testikulyar feminizasiya zamanı cinsi fərqləndirmənin genetik pozğunluqları embriogenez dövründə baş verir.Bu sindrom hermafroditizmin bir çox digər formaları kimi, genin mutasiyası, müxtəlif döl-toksik amillər, hamilə qadının hormonal balansının əhəmiyyətli dərəcədə pozulması nəticəsində əmələ gəlir. Döl nə qədər erkən teratogen təsirə məruz qalarsa, belə şəraitdə formalaşmış orqanizmin cinsi orqanlarında interseksual cizgilər bir o qədər çox olur [3, 5].

Nişangah orqanlarının androgenlərə spesifik reaksiyasının pozulması nəticəsində kişi genetik və qonad cinsli döldə qadın fenotipi inkişaf edir. Bu, testosteron metabolizminin (5-a-dihidrotestosteron) əmələ gəlməsinə cavabdeh olan mühüm 5a reduktaza fermentinin kifayət qədər fəal olmaması ilə izah olunur. Bunun nəticəsində dövran edən testosteronun səviyyəsinin normal olmasına baxmayaraq, o, kişi cinsi orqanları əmələ gətirən toxumalara təsir göstərmir. Fetal yumurtalar "antimüller" xüsusiyyətinə malik olur, bu da paramezonefral Müller axacaqlarının tam atrofiyasına gətirib çıxarır, nəticədə xəstədə uşaqlıq, uşaqlıq boruları, uşaqlıq yolunun yuxarı üçdə biri olmur [1, 3, 6, 7].

Hermafroditizmin digər formalarından (yumurtaların diskineziyası, həqiqi hermafroditizm, adrenogenital sindrom v.) fərqli olaraq, testikulyar feminizasiya zamanı daxili cinsi orqanların (uşaqlıq, uşaqlıq boruları, yumurtalıqlar) olmaması əsas fərqləndirici əlamətdir və diferensial diaqnostikanı əhəmiyyətli dərəcədə yüngülləşdirir [3, 4].

Bu sindromun patogenezinin əsasında toxumaların estrogenlərə həssaslığı saxlanmaqla, androgenlərə areaktivlik durur. Odur ki, hormonal təsirin təzahür dərəcəsindən asılı olaraq, testikulyar feminizasiyasının tam və natamam formaları ayırd edilir.

M.C.Cavadzadə adına Respublika Klinik Uroloji Xəstəxanasının müşahidəsi altında 1997-2018-ci il müddəti ərzində testikulyar feminizasiya sindromu ilə 28 xəstə olmuşdur. Yaşa görə, onlardan 7-də pubertatönü, 21-də pubertat dövrü idi. Nəzarətimiz altında olan xəstələrdə bu sindromun natamam forması qeyd edilmişdi. İki ailədə testikulyar feminizasiya iki bacıda təsdiq olunmuşdu. Bütün müşahidə olunmuş xəstələrdə kişi tipli kariotip (46XU) və mənfi cinsi xromatinin olması müəyyən edilmişdir.

Testikulyar feminizasiyanın natamam forması olan xəstələrdə orqanizmin androgenlərə reaktivliyi qismən saxlanılır. Odur ki, xarici cinsi orqanların quruluşunda hipertrofiyalaşmış maskulinizasiya əlamətləri, yəni

*e-mail: urologiya_adhti@mail.ru

"penisəbənzər" klitor, uşaqlıq yoluna qıfabənzər giriş nəzərə çarpır. Yaş artdıqca, küt qurtaran uşaqlıq yolu çıxıntısının dərinliyi artıq və pubertatönü dövrdə 2-dən 4,5 sm-dək, yetişkənlik dövründə 2,5-dən 5,5 sm-dək və gənclik dövründə 7-8 sm təşkil edir.

Testikulyar feminizasiya sindromu olan qızlarda şəxsiyyətin psixi-seksual autoindentifikasiyası və oriyentasiyası qadın tiplidir və cinsi tərbiyə ilə uyğun gəlir. Öz dost-tanışları arasında bu qızlar həmişə lider olmağa çalışırlar.

Hormonal tədqiqat zamanı testosteronun səviyyəsi oğlanlar üçün yaş norması həddindədir, estradiolun səviyyəsi oğlanlar üçün yaş normasını aşır və qızlar üçün olan normaya yaxınlaşır.

Testikulyar feminizasiyanın tam formalı xəstələri irəlicədən ventrofiksasiya olunmuş yumurtalar saxlanmaqla, uzunmüddətli əvəzedici hormonal müalicəyə ehtiyac duymurlar. Natamam formada arzuolunmaz androgenizasiya təzahürlərindən çəkinmək üçün xayalar bəribaşdan kənar edilib, ardınca estrogenlə daimi əvəzedici müalicə təyin edilir.

Əyanilik üçün öz müşahidələrimizdən **klinik müşahidələri** təqdim edirik. 18 yaşlı xəstə A. xarici cinsiyyət orqanlarının qeyri-normal inkişafından, böyük cinsi dodaqların hər iki tərəfində şişəbənzər törəmələrin olmasından, menstrual tsiklin olmamasından, süd vəzilərinin inkişaf etməməsindən şikayətlərlə klinikaya 1999-cu ildə müraciət etmişdir.

Xəstə astenik tiplidir, maskulinizasiya əlamətləri özünü qabarıq büruzə verir: bədən quruluşu əzələlidir, döş vəziləri inkişaf etməmişdir, üzündə və sinəsində aydın təzahür edən hipertrixoz müşahidə olunur, qız üzünü qırxır.Xarici cinsiyyət orqanlarının müayinəsi zamanı , böyük cinsi dodaqlarda şişəbənzər törəmələr əllənir. Klitor hipertrofik, "penisəbənzərdir". Uşaqlıq yoluna qızlıq pərdəsiləörtülmüş qıfabənzər giriş açılır.Kor qurtaracaqlı uşaqlıq yolunun dərinliyi 4,5 sm bərabərdir. Ultrasonoqrafiya. Uşaqlıq, uşaqlıq borularının, yumurtalıqların olmadığı müəyyən edilmişdir. Böyük cinsiyyət dodaqları nahiyəsində kişi qonadları aşkar edilir.

Xəstəyə yalançı kişi hermafroditizmi, natamam formalı testikulyar feminizasiya diaqnozu təyin edildi. Qızın və valideynlərinin istəyilə, habelə onların psixi-seksual oriyentasiyasını nəzərə alaraq xarici cinsiyyət üzvlərinin qadın tipi üzrə cərrahi korreksiyası aparıldı. Əməliyyat zamanı xarici qasıq həlqəsi nahiyəsində hər iki tərəfdən artımları və toxum ciyələri olan kişi qonadları aşkar olundu və çıxarıldı. Hipertrofiyalı klitor qismən amputasiya edildi və uşaqlıq yolu dəhlizi formalaşdırıldı. Kənar edilmiş qonadların heç birində makroskopik ovarial toxuma müəyyən edilməmişdir. Histoloji tədqiqatlar da qadın cinsi qonadlarının olduğunu istina edir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstəyə estrogenlərlə (follikulin inyeksiyası 10, gündə 1 həb sinnesterol bu günədək) əvəzedici hormonal müalicə aparılmışdır.

Bir ildən sonra kontrol müayinəsi zamanı xəstənin xarici görünüşünün qadın tipli inkişaf etdiyi nəzərə çarpır. Aparılmış hormonal müalicədən sonra süd vəziləri -2-ci, 2 ildən sonra 3-cü dərəcəyə qədər inkişaf etmişdir. Hipertrixoz əlamətləri tamam itmiş, xarici cinsiyyət orqanları qadın tipi üzrə formalaşmışdır.

Xəstənin xarici görünüşünün dəyişməsi onun xasiyyətinə təsir göstərmişdir. Əməliyyata qədər qaraqabaq, özünə qapanmış,çatışmazlıqlarını dərk edən idisə, əməliyyatdan sonra açılışmış, daha ünsiyyətli olmuş,həyata maraqları artmışdır.Ailə qurmuşdur.

Klinik müşahidə 2. 17.02.1997-ci ildə 2 bacı: 16 yaşlı T. Və 13 yaşlı P. xarici cinsiyyət orqanlarının qeyri-normal inkişafından, böyük cinsiyyət dodaqlarının hər iki tərəfində şişəbənzər törəmələrin olmasından,menstrual tsiklin olmamasından, süd vəzilərinin inkişaf etməməsindən, bütün bədənini tük basmasından və böyük bacının üzünə tük çıxmasından şikayətlərlə klinikaya müraciət etmişlər. Ailədə onlardan başqa dörd sağlam uşaq – üç böyük bacı və qardaş var. Böyük bacılar ailəlidir və sağlam uşaqları var. Doğum haqqında şəhadətnamədə hər ikisi qadın cinsi kimi qeydiyyata alınmış və ailədə də buna uyğun tərbiyə almışlar.

Klinikada müayinə olunmuşlar. Hər iki qız hündürboylu, astenik tiplidir. Böyük bacıda maskulinizasiya əlamətləri özünü daha qabarıq büruzə verir: bədən quruluşu kimi əzələlidir, döş vəziləri inkişaf etməmişdir, üzündə və sinəsində aydın təzahür edən hipertrixoz müşahidə olunur, odur ki, qız üzünü qırxmalı olur.

Xarici cinsiyyət orqanlarının müayinəsi zamanı böyük cinsi dodaqlarda şişəbənzər törəmələrəllənir. Klitor hipertrofik, "penisəbənzərdir". Uşaqlıq yoluna qızlıq pərdəsi ilə örtülmüş qıfabənzər giriş açılır. Böyük bacıda kor qurtaracaqlı uşaqlıq yolunun dərinliyi 4,5 sm, kiçikdə 3,5 sm-dir. Ultrasonoqrafiya. Uşaqlığın, uşaqlıq borularının, yumurtalıqların olmadığı müəyyən edilmişdir. Böyük cinsiyyət dodaqları

nahiyəsində kişi qonadları aşkar edilir.

Aparılmış kompleks müayinə əsasında bacılara yalançı kişi hermafroditizmi, natamam formalı testikulyar feminizasiya diaqnozu təyin edilmişdir.

Bacıların psixo-seksual oriyentasiyasını nəzərə alaraq, hər ikisinə 21.02.1998-ci ildə xarici cinsiyyət üzvlərinin qadın tipi üzrə cərrahi korreksiyası aparılmışdır. Kənar edilmiş qonadların heç birində makroskopik ovarial toxuma müəyyən edilməmişdir. Histoloji tədqiqatlar da qadın cinsi qonadlarının olduğunu istisna edir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstə qızlara estrogenlərlə (follikulin inyeksiyası 10, gündə 1 həb sinnesterol bu günədək) əvəzedici hormonal müalicə aparılmışdır. Bir ildən sonra kontrol müayinəsi zamanı hər iki bacının xarici görünüşünün qadın tipli inkişaf etdiyi nəzərə çarpır. Aparılmış hormonal müalicəsindən sonra hər iki bacının süd vəziləri II ölçüyədək inkişaf etmişdir.

Bu xəstəliyin tam formalarına androgenlərə həssaslığın tamamilə yox olması xasdır, nəticədə xəstələr düzgün quruluşlu xarici cinsiyyət orqanlarına və qadın fenotipinə malik olurlar. Pubertat dövründə qadın bədən quruluşu formalaşır, süd vəziləri inkişaf edir Cinsi qonadlar peritondaxili yerləşdikdə, xəstəlik uzun müddət özünü büruzə vermir, ancaq aybaşının olmaması valideynləri həkimə müraciət etməyə vadar edir. Cinsi qonadlar böyük cinsiyyət dodaqlarında yerləşdikdə, çox vaxt belə qızlara qasıq dəbəliyindən cərrahi əməliyyat aparılır. Müayinə zamanı daxili cinsi orqanlarının olmadığı, uşaqlıq yolunun küt qurtardığı aşkar olunur. Bu qızların xarici görünüşü cazibəli olur [1, 3, 4].

Testikulyar feminizasiyanın tam forması zamanı aşkar olunan cinsi qonadalar əsasən testikulyar, bir az hissəsi isə ovarial toxumalardan (ovatestis) ibarətdir və aparılan biopsiya da bunu təsdiq edir.

Təzə anadan olmuş və kiçik yaşlı uşaqlarda cinsi fərqləndirmə pozulduqda, xarici və daxili cinsi üzvlərin inkişafını qiymətləndirmək çox çətin olur. Yüksək informativli sitogenetik, rentgenoloji, ultrasonoqrafik, biokimyəvi tədqiqatların tətbiqinə baxmayaraq, körpə yaşlarda xəstəliyin genezini müəyyən etmək, proqnozu müəyyənləşdirmək, müalicə taktikasini işləyib hazırlamaq çox çətindir. Buna görə, bir sıra hallarda, cinsin sonrakı formalaşmasını və cinsi yetkinlik yaşında xəstəninpsixi-seksual oriyentasiyasını aydınlaşdırmaq üçün vaxt amilini nəzərə almaq lazım gəlir.

Gətirdiyimiz misallardan göründüyü kimi, testikulyar feminizasiyanın formalarından asılı olaraq, müalicə taktikası əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir. Ovatestis (sindromun tam forması) aşkar edildikdə, cinsi qonadlar ventrifiksasiya edilir, yalnız kişi qonadları aşkar edildikdə (sindromun natamam forması), xarici cinsi üzvlərinin qadın tipi kimi korreksiya edildikdən sonra kişi qonadları çıxarılır və ardınca əvəzedici hormonal terapiya təyin edilir.

Bizim müşahidələrimiz göstərmişdir ki, cinsi inkişaf qüsurunun natamam forması zamanı cinsin cərrahi korreksiyasını ikincili cinsi əlamətlər təzahür olunanadək başlamaq lazımdır, bu da sonrakı qadın fenotipinin formalaşması zamanı hormonal müalicənin effektivliyi əhəmiyyətli dərəcədə artırır.

Beləliklə, testikulyar feminizasiya sindromu olan xəstələr sonradan ailə qurmaq, normal həyat tərzi sürmək üçün erkən dövrlərdə hərtərəfli müayinə olunmalı, vaxtında,yəni psixo-seksual orientasiyasının təyinindən sonra cərrahi korreksiya olunmalıvə əvəzləyici hormonal müalicə aparılmalıdır. Xəstələrin sosial reabilitasiyası ilə məşğul olmaq isə endokrinoloqların, uroloqların, psixioloqların və seksopatoloqların vəzifəsidir.

ЛИТЕРАТУРА – ƏDƏBİYYAT – REFERENCES

1. Джавад-заде М.Дж., Гусейнов Э.Я., Гусейнова Т.Т., Магеррамов А.Дж.“Коррекция пола при синдроме тестикулярной феминизации”// Урология, 2003, №1, с. 52-55.
2. Джавад-заде М.Дж., Гусейнов Э.Я. Реконструктивно-пластические операции на мочевых путях у детей. Баку, “Чашиоглу”, 2005, 271 с.
3. “Нарушения полового развития” / Жуковский М.А., Лебедев Н.Б., Семичева Т.В. и др., под ред. М.А.Жуковского. М, 1989, с. 271.
4. Hüseynov E.Y. Testikulyar feminizasiya sindromunda cinsin korreksiyası / ATU-nun Uşaq cərrahiyyəsi kafedrasının 80 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konqresin materialları. Bakı, 2019, səh. 40-42.
5. Савченко Н.Е. Гипоспадия и гермафродитизм. Минск, 1974.
6. Миланов Н.О., Адамов Р.Т., Козлов Г.И. Коррекция пола при транссексуализме. Москва, 1999, 151 с.
7. Кирпатовский И.Д. Очерки по хирургической андрологии. Москва, 1989, 186 с.

РЕЗЮМЕ

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ

Гусейнов Э.Я., Гусейнова Т.Т.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева, кафедра урологии, Баку, Азербайджан

Синдром тестикулярной феминизации (СТФ) относится к врожденным заболеваниям полового развития. Являясь одной из форм ложного мужского гермафродитизма, этот синдром характеризуется наличием генетического (кариотип мужской 46XY) и гонадного мужского пола у больных с женскими наружными гениталиями с отсутствием производных Мюллеровых протоков (матки, маточных труб, верхней трети влагалища). Названный синдром составляет около 5% всех форм гермафродитизма, имеет выраженный семейный характер и наследуется по женской линии. В основе патогенеза лежит генетически обусловленная ареактивность тканей к андрогенам при сохраненной чувствительности к эстрогенам. Под наблюдением авторов с 1997 по 2019 г. находились 28 больных с синдромом тестикулярной феминизации неполной формы. Всем им произведена оперативная коррекция наружных гениталий по женскому типу с последующей заместительной гормонотерапией эстрогенами.
Ключевые слова: синдром тестикулярной феминизации, коррекция пола по женскому типу, полная и неполная формы СТФ.

SUMMARY

AETIOPATHOGENESIS AND THERAPEUTIC APPROACH IN TESTICULAR FEMINIZATION SYNDROME

Huseynov E.Y., Huseynova T.T.
Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev, Department of Urology, Bak, Azerbaijan

The testicular feminization syndrome (TFS) refers to congenital disorders of sexual development. Being one of the forms of a male pseudo hermaphroditism, this syndrome is characterized by the presence of a genetic (male karyotype 46XY) and the male gonadal sex in patients with female external genitalia without the presence of Müllerian duct derivatives (uterus, uterine tubes, upper third of the vagina). The named syndrome makes up about 5% of all forms of hermaphroditism. It has an evident family nature and is inherited through the female line. The pathogenesis is based on genetically determined tissue non-responsiveness to androgens with preserved sensitivity to estrogens. From 1997 to 2019, there were 28 patients with incomplete testicular feminization syndrome under the supervision of the authors. All of them underwent surgical reconstruction of female genitalia with subsequent replacement hormone therapy with estrogens.
Keywords: testicular feminization syndrome, reconstruction of female genitalia, complete and incomplete forms of TFS.

Redaksiyaya daxil olub: 29.10.2022
Çapa tövsiyə olunub: 23.11.2022
Rəyçi: Professor İ.H.Fiqarov

HOCKİN LİMFOMASININ MÜALİCƏSİNİN QADINLARDA REPRODUKTİV FUNKSİYAYA TƏSİRİ

Həsənova Ü.F.*

Daxili İşlər Nazirliyi Tibb idarəsi, 2 saylı poliklinika, Bakı, Azərbaycan

Müasir dövrümüzdə onkoloji xəstəliklərin artması müşahidə edilməkdədir. Hockin Limfoması reproduktiv dövrdə olan qadınlar arasında ən çox rast gələn onkoloji xəstəliklərdəndir. Beləki 14 yaşa qədər bu xəstəlik 6% hallarda rast gəlinirsə yeniyetmə yaşlarda bu reqəm 35% təşkil edir. Müasir dövrdə kimya terapiya və radioterapiya vasitesi ilə 85-90% hallarda tam remisiya əldə edildilməsi və reproduktiv funksiyaya müalicənin əlavə təsirinin azaldılması problemi araşdırılmaqdadır.

Açar söz: Hockin limfoması, reproduktiv funksiya, kimya terapiya.

Müasir dövrdə onkoloji xəstəliklərin dünyada və eyni zamanda ölkəmizdə artımı müşahidə olunur. Ən böyük narahatedici hallardan biri isə onkologiyanın uşaq və reproduktiv yaşlarda olan qadınlarda rast gəlmə tezliyinin artmasıdır. Gənc yaşlarda ən çox rast gəlinən onkoloji xəstəliklərdən biri Hoçkin Limfomasıdır. 14 yaşda bu xəstəliyin rast gəlmə tezliyi 6% təşkil etdiyi halda yeniyetmə dövrdə 35% təşkil edərək artir. Klinik gedişatına görə xəstəliyin iki pik nögtəsi müşahidə edilir. Bunlardan biri 15-24 yaş digəri ise 59 yaşdır [1, 4]. 5 illik yaşama faizi adekvant müalicə almamış xəstələrdə 5%-dən yuxarı təşkil etmir. Keçən əsrin əvvələrində hemablstozlar müalicə olunmayan xəstəliklərdən hesab olunurdu. Müasir dövrümüzdə isə polikimyaterapiya və radioterapiya vasitəsi ilə 85-90% hallarda tam remisiya əldə etmək mümkündür. Bu faktlar nəinki xəstəliyin özünün araştırılmasının vacibliyini həmcinin müalicə prinsiplərini və onların qadınlarda fertilliyə təsirinin öyrənilməsinin əhəmiyyətini önə çıxarır [5, 7].

İşin məqsədi. Müasir ədəbi mənbələri araşdıraraq Hoçkin Limfomasının müalicə metodlarının qadınlarda repraduktiv funksiyaya və hamiləliyin gedişatına təsirinin öyrənilməsidir.

Digər neoplastik proseslərdən fərqli olaraq Hoçkin xəstəliyində şiş toxumasının çoxu normal hüceyrələrdən ibarət olur. Neoplastik hüceyrələrə isə Reed-Strenberq hüceyrəsi adı verilərək 2 və daha çox nüvəyə sahib olur. Bu hüceyrələrin tək nüvəli variantı isə Hoçkin hüceyrəsi adlanır. Hoçkin limfoması hemablastozlar içərisində ən çox yayılmış forma hesab olunaraq 17% təşkil edir.

Klinik olaraq əsas xarakterik göstəricisi boyun, mediastenal, müsariqə arxası nadir hallarda qasıq, qoltuqaltı limfa düyünlərinin böyüməsi və konqlamerat təşkil etməsidir. Xəstəliyin gecikmiş mərhələsində prosesin digər limfoid orqanlara yeni dalağa yayılması müşahidə olunur. Klinik olaraq dəri, sümük, nevroloji və mədə-bağırsaq forması və 4 mərhələsi ayırd edilir. Hər mərhələ isə öz növbəsində A (sistem simptomlar olur), B (sistem simptomlar müşahidə edilmir) varianta bölünür.

- 1-ci mərhələ: lokal forma;
- 2-ci mərhələ: regionar forma;
- 3-cü mərhələ: generalizə olunmuş forma;
- 4-cü mərhələ: disseminə olunmuş forma.

Hoçkin Limfomasının əsas müalicə metodu kimyəvi dərman terapiyası və radioterapiyadır. Qadınlarda bu müalicə metodlarının xəstəliyin remisiya dövründə onların reproduktiv fəaliyyətinə necə təsir etməsi çox əhəmiyyətlidir. Müəyyən olunmuşdurki şiş əleyhinə müalicə şiş hüceyrələri ilə yanaşı aktiv bölunən saglam hüceyrələdə toksik və aqressiv təsir etməkdədir. Başlıca ağırlaşmalardan biri erkən ovarial çatmamazlıqdır ki, bu hal normal populyasiyaya nisbətən 50-60 % cox rast gəlinir. Yumurtalıqların repraduktiv hüceyrələrinə toksik təsir edən preparatlardan biri alkilə edici sitostatiklərdir (siklofosfamid, busulfan, lomustin, prokarbazin). Göstərilən preparatlar MOPP və MVPP müalicə sxemlərinə daxildir. Bu müalicə kurslarından sonra yumurtalıq funksiyası 35% hallarda saxlanılır. Bu preparatların sitotoksik təsirindən primordal follikulların azalması və yetkin follikulların tam yox olması müşahidə olunur [6, 7].

Müəyyən olunmuşdurki, alkiləedici sitoststiklərin yumurtalıq hüceyrələrinə təsiri mmüalicə alan pasientin yaşından aslıdır.Beləki hormonal aktiv xəstələrdə geriyə dönməz dəyişiklik artma riski daha yüksək olur [3, 6]. Prepubertat dövrdə olan xəstələrdə alkiləedici sitostatiklərlə müalicə zamanı 85% hallarda menstrual funksiyanın itməsi və ya pozulması müşahidi edilir.

25 yaşa qədər qızlarda bu sitostatiklərlə müalicə 29% hallarda, 25-40 yaşlarda – 85%, 40 yaşdan yuxarı 100% hallarda amenareya əmələ gətirir [1, 3]. Erkən amenoreya oositlərin atreziyası, herminatuiv hüceyrələrin destruksiyası, qonodotropinlerin sekresiyasının pozulması kimi hallarla əlaqəlidir. Ameno-

*e-mail: aadhti@mail.ru

reyanın berpası 20 yaşa qədər olan qızlarda 70% hallarda bərpa olduğu halda 30 yaşdan sonra bu reqəm 20% təşkil edir [5, 7]. Beləliklə belə nəticəyə gəlmək olar ki, cavan pasientlərin ovarial toxuması sitostatiklirə qarşı daha rezistentdir və amenoreyanın əmələ gəlməsi daha yuksek doza sitostatiklerin istifadəsi zamanı rast gəlinir. Beləliklə Hockin limfomasının müalicəsi həmişə qadın sonsuzluğu ilə nəticelənmir. Hockin limfomasının muasir müalicə metodları reproduktiv dövrdə olan qadınlarda fertilliyin qorunması və toxumalara əlavə toksik təsirlərin azaldılması istiqamətində inkşaf etdirilməlidir.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Babayev S.N., Arslan E., Kogan S, Moy F., Oktay K. Evaluation of ovarian and testicular tissue cryopreservation in children. undergoing gonadotoxic therapies // Journal of assisted reproduction and genetics. Jan 2013;30(1):3-9.
2. Демина Е.А. Лимфома Ходжкина. РЛС. М., 2004; с. 605-112
3. Клясова Г.А., Охмат В.А. Антимикробная терапия. В кн. Алгоритмы диагностики и протоколы лечения заболеваний системы крови. Том 2 под редакцией В.Г.Савченко, М., Практика 2018, с. 67-113
4. Breuer R, Reineke N et al. Eur J Haematol 2004; 73 (suppl. 65): 20, abstr. L03.
5. T-Cullen M, Billingham SN, Gaunt C, et. al. Antibacterial prophylaxis after chemotherapy for solid tumor and lymphomas // NEngl J Med 2005;353:988-998 31.
6. Walsh TJ et al. Treatment of Aspergillosis: Clinical Practice Guidelines of the Practice Guidelines of the infectious Diseases Society of America // Clin Infec Dis 2008;46:327-360
7. Boeckh M, Kim HW, Flowers MED, Meyers JD and Bowden RA. Long-term acyclovir for prevention of varicella zoster virus disease after allogeneic hematopoietic cell transplantation- a randomized double-blind placebo-controiied study // Blood 2006;107:1800-1805

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА НА РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИНЫ

Гасанова У.Ф.

Медицинское Учреждение Министерства Внутренних Дел Азербайджанской Республики, Поликлиника №2, Баку, Азербайджан

В современном мире отмечается значительный рост онкологических заболеваний. Одним из ведущих онкологических заболеваний, характерных для молодого возраста является лимфома Ходжкина. В возрасте до 14 лет заболевание встречается в 6% случаев, в подростковом возрасте показатель составляет 35%. Проведение современной химио- и лучевой терапии приводит к достижению полной ремиссии в 85-95% случаев, что выводит на первый план проблему отдаленных последствий лечения, связанных с репродуктивными нарушениями.

Ключевые слова: Лимфома Ходжкина, репродуктивная функция, химиотерапия.

SUMMARY

INFLUENCE OF THE TREATMENT OF HODGKIN'S LYMPHOMA ON THE REPRODUCTIVE POTENTIAL OF A WOMAN

Gasanova U.F.

Medical Department of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Azerbaijan, Polyclinic No. 2, Baku, Azerbaijan

In the modern world, there is a significant increase in cancer incidence. One of the leading oncological diseases characteristic of young age is Hodgkin's lymphoma. At the age of 14 years, the disease occurs in 6% of cases in adolescence, the figure is 35%. Conducting modern chemotherapy and radiation therapy leads to the achievement of complete remission in 85-95% of cases, which brings to the fore the problem of long-term effects of treatment associated with reproductive disorders.

Keywords: Hodgkin`s lymphoma, reproductive function, chemotherapy.

Redaksiyaya daxil olub: 02.02.2023
Çapa tövsiyə olunub: 23.02.2023
Rəyçi: dosent F.Ə.Zeynalov

C VİRUS HEPATİTİNİN AKTUALLIĞI, ETİOLOGİYASI VƏ MÜASİR ANTİVİRAL PREPARATLARLA MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ

Cavadzadə V.N.*

Azərbaycan Tibb Universiteti, yoluxucu xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Məqalədə C hepatit virusunun dünyanın ayrı-ayrı bölgələrində yayılması, virusun quruluşu, genotip və subtiplər barədə məlumat verilmişdir. Həmçinin 2013-cü ildən C hepatit virusunun müalicəsində istifadə edilən bütün virus əlehinə preparatlar haqqında geniş məlumat yazılmışdır. Məqalədə bütün genotip və subtiplərin müalicəsində istifadə edilən antiviral praparatlar və onların digər preparatlarla kombinasiyası haqqında geniş məlumat verilmişdir.

Açar sözlər: C virus hepatiti, genotip, antiviral preparatlar.

C virus hepatiti – əsasən parenteral mexanizmlə yoluxan, qaraciyərin ciddi zədələnməsi ilə gedən antroponoz mənşəli xroniki gedişə meyilli infeksion xəstəlikdir [1].

C hepatit virusu bütün dünyada geniş yayılmışdır. Xəstəlikdən ölüm vərəm və İİV infeksiyası ilə müqayisə edilir. Ölüm hər il artmaqda davam edir. Hər 100.000 nəfərdən 21 nəfərin yoluxma ehtimalı var. Dünyada 150–200 milyon insanın C hepatit virusuna yoluxduğu güman edilir. Hər il təxminən 399.000 insan C virus hepatitindən, sirroz və hepatosellülar karsinomadan dünyasını dəyişir. Təxminən dünyada hər il 1,5 milyon yeni yoluxma baş verir. Dünyada 3,2 milyon uşaq və yeniyetmə xroniki C virus hepatitindən əziyyət çəkir.

C virus hepatiti dünyanın bütün coğrafi bölgələrində geniş yayılmışdır. Ən yüksək yoluxma Şərqi Aralıq dənizi və Avropa bölgəsində müşahidə edilir. Hər bölgədə təxminən 12 milyon insanda xroniki C virus hepatiti aşkar edilir. Hər il Cənub-Şərqi Asiya və Qərbi Sakit okean bölgələrində təxminən 10 milyon, Afrika və Amerika ölkələrində isə 5-9 milyon insan virusa yoluxur. Afrikada aparılan tədqiqatlar nəticəsində anti-HCV aşkar edilən şəxslərin 51%-də CVH RNT-si aşkarlanmışdır. Rusiyada əhalinin təxminən 2,5%-i yəni 5-7 milyonu C hepatit virusuna yoluxmuşdur [2].

Amerika, Avropa, Rusiya, Çin, Yaponiya, Avstraliya və Yeni Zelandiyada bütün virus genotiplərinin 90%-dən çoxunu *1a, 1b, 2a, 2b, 2c* və *3a* subtipləri təşkil edir. Mərkəzi və Cənubi Afrika, Asiyanın Cənubi-Şərqində 4, 5a və 6 genotiplər aşkarlanır. Keçmiş sovetlər birliyində virusun 1b genotipi (70%) üstünlük təşkil etmişdir. Ümumiyyətlə 1b genotipi daha çox (52, 8%) üstünlük təşkil edir. 3-cü genotip orta (36,3%), 2-ci genotip (8,1%) nisbətən az, 1a (2,1%) genotipi isə daha az rast gəlinir. Yaş qrupları arasında genotiplərin yayılması fərqlidir. 1-ci genotip daha çox yaşlılarda xəstəlik törədir. Genotiplərin yoluxma yollarında fərqlər mövcuddur. 1b genotipi posttransfuzion, 2, 3-cü genotiplər hemodializ mərkəzlərində və narkomanlar arasında daha çox aşkar edilir.

Azərbaycanda əsasən 1-ci genotip üstünlük təşkil edir (71,5%).

Etiologiyası. Törədicisi *Flaviviridae* ailəsinə, *Hepacivirus* cinsinə aiddir. Bir zəncirli RNT tərkibli virusdur. RNT 9400 nukleotiddən ibarətdir. Virusun xarici qişası lipid-protein membranından təşkil olunmuşdur. Ölçüsu 30-80 nm-dir. Virus təqribən 10.000 nukleotiddən ibarətdir [3].

Virusun genomu 3 struktur və 7 qeyri-struktur (*p7, NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5A, NS5B*) zülalları kodlaşdırır. Struktur zülallara virusun və onun RNT-nin sintezini təmin edən core protein (*C protein*), və qişada yerləşən, virusun hüceyrəyə daxil olub, xaric olmasını, hüceyrəyə sitopatik təsir göstərməsini və immun cavabın dəyişməsini təmin edən E_1, E_2/NS_1 qlikoproteinlər aiddir. Qeyri-struktur zülallar virusun replikasıyasında və interferonlara (*NS5A*) qarşı müqavimətin inkişafında iştirak edir. Qeyri-struktur zülallara həmçinin virusun hüceyrəyə daxil olmasını təmin edən E_1, E_2 – qlikoproteinlər aiddir. Virus genetik olaraq eyni cinsli olmayıb tez-tez mutasiya edir. Virusun 11 genotipi ($C_1, C_2, C_3 \ldots C_{10}, C_{11}$) və 100-dən artıq subtipləri mövcuddur. 1-ci genotipin *1a, 1b, 1c,* 2-ci genotipin *2a, 2b, 2c. 2d,* 3-cü genotipin *3a, 3b, 3c. 3d, 3e, 3f,* 4-cü genotipin, *4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f, 4g, 4h, 4i, 4j,* 5-ci genotipin *5a,* 6-cı genotipin *6a,* 7-ci genotipin *7a,* 8-ci genotipin *8a, 8b,* 9-cu genotipin *9a,* 10-cu genotipin *10a* və 11-ci genotipin *11a* kimi subtipi mövcuddur.

Virus ətraf mühit faktorlarına qarşı dözümsüzdür. Xlor, spirt və digər dezinfeksiyaedici maddələrin təsiri nəticəsində tez məhv olur. 1000 C-də dərə-

*e-mail: vuqar353@yahoo.com

cədə 2 dəqiqə, 600 C dərəcədə isə 30 dəqiqə ərzində məhv olur. Otaq temperaturunda 3-4 gündən çox yaşamır. Ultrabənövşəyi şüaların təsiri altında 10 dəqiqə ərzində məhv olur. Qan plazmasında, eritrositar kütlədə bir ilə qədər yaşaya bilir. Virus qurumuş qan ləkəsində, ülgücdə, bıçaqda, qayçı və istifadə edilmiş iynənin ucunda bir həftədən çox yaşaya bilir [4, 5].

Müalicəsi. 2013-cü ildən C virus hepatitinin müalicəsində müasir antivirus preparatlar istifadə edilir. Bu preparatlara *NS3/4A* proteaza inhibitorları, *NS5A* proteaza inhibitorları, *NS5B* polimeraza inhibitorları (nukleotid anaoloq) və *NS5B* polimeraza inhibiturları (qeyri-nukleotid anoloq) aiddir (cəd. 1).

Cədvəl 1

Birbaşa təsirli virus əlehinə dərman preparatları

Antiviral preparatlar			
NS3/4A proteaza inhibitorları	NS5A proteaza inhibitorları	NS5B polimeraza inhibitorları (nukleotid anaoloq)	NS5B polimeraza inhibitorları (qeyri-nukleotid anaoloq)
Simeprevir	Velpatasvir	Sofosbuvir	Dasobuvir
Glekaprevir	Daclatasvir		
Grazoprevir	Ledipasvir		
Narlaprevir	Ombitasvir		
Paritaprevir	Elbasvir		
Paritaprevir	Pibrentasvir		
Voxilaprevir			

Bütün bir başa təsirli virus əlehinə preparatlar virusun müxtəlif genotiplərinə qarşı təsir effektivliyindən aslı olaraq 2 qrupa bölünürlər.

1. *Pangenotipik* – bütün genotiplərə qarşı təsirli preparatlar. Sofosbuvir, Daclatasvir, Sofosbuvir+Velpatasvir, Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir və Glecaprevir+Pibrentasvir kimi preparatlar pangenotipik təsirə malikdir.
2. *Genotip spesifik* – bəzi genotiplərə qarşı təsirli preparatlar. Sofosbuvir+ Ledipasvir 1,3,4,5 və 6-cı genotiplərə, Paritaprevir+Ombitasvir+Ritonavir, Dosabuvir və Qrazoprevir+Elbasvir isə 1-ci genotipə qarşı təsirə malik preparatlardır.

Sofosbuvir-400 mq (Sovaldi) və Daclatasvir-60 mq 2013-cü ildən etibarən geniş istifadə edilir. Sofosbuvir ilə müalicənin 12-ci həftəsinə qədər demək olar ki, qanda virus tamamilə məhv olur. Müasir antiviral dərman preparatları 95-99%- hallarda tam virusoloji sağalmanı təmin edir, sirroz və karsinomadan ölüm riskini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır. Sofosbuvir C hepatit virusu əleyhinə birbaşa təsirə malik olub, NS5B-nin ingibitorudur. Sofosbuvir C virusunun replikasiyasında mühüm rol oynayan RNT-dən asılı NS5B zülalını inhibə edir. Preparat kombinə edilmiş virus əlehinə müalicə sxeminin bir komponenti kimi digər preparatlarla birlikdə istifadə edilir. Sofosbuvir gün ərzində bir dəfə olmaqla (400 mq) yemək vaxtı qəbul edilir. Sofosbuvir ribavirin ilə birlikdə istifadə oluna bilər [6].

Daclatasvir (60 mq) preparatı Sofosbuvir ilə eyni vaxtda qəbul edilir. Daklatasvir C virusunun replikasiyası üçün lazım olan, çox funksiyalı protein, qeyri-struktur zülal 5A-nın (NS5A) inhibitorudur. Daklatasvir virus RNT replikasiyasını inhibə edir (cəd. 2).

Cədvəl 2

Sofosbuvir və Daclatasvir preparatlarının kombinasiyalı tətbiqinin sxemi

Genotip	Müalicə	Sofosbuvir + Daclatasvir	
		Sirrozu olmayanlar	Sirrozu olanlar
1a	İlk dəfə	12 həftə	
	Təkrar	12 həftə Ribavirinlə birlikdə və ya 24 həftə Ribavirinsiz	
1b	İlk dəfə	12 həftə	
	Təkrar		
2	Hər iki qrup	12 həftə	
3	İlk dəfə	12 həftə	24 həftə Ribavirinlə birlikdə
	Təkrar	12 həftə Ribavirinlə birlikdə və ya 24 həftə Ribavirinsiz	
4	İlk dəfə	12 həftə	
	Təkrar	12 həftə Ribavirinlə birlikdə və ya 24 həftə Ribavirinsiz	
5 və 6	İlk dəfə	12 həftə	
	Təkrar	12 həftə Ribavirinlə birlikdə və ya 24 həftə Ribavirinsiz	

Sofosbuvir-400 mq+Ribavirin-200 mq kombinasiyası 2 və 3-cü genotipdə 12 həftə müddətinə təyin edilir. Sofosbovir-400 mq+Daklatasvir-60 mq və Ribavirin-200 mq kombinasiyası 1, 2, 3 və 4-cü genotiplərdə 12 həftə müddətinə təyin edilir.

Sofosbovir və Daklatasvir kombinasiyası HCV monoinfeksiyası ilə yanaşı HCV/İİV infeksiyasına yoluxmuş sirrozu olan və olmayan, əvvəlcədən uğursuz müalicə olunub, olunmamasında aslı olmayaraq 12-24 həftə Ribavirinlə (genotiplərdən asılı olaraq) birlikdə istifadə edilə bilər. Sofosbovir-400 mq+ Narlaprevir – 100 mq+Ritonavir – 100 mq kombinasiyası 1-ci getotipdə 12 həftə, Sofosbovir – 400 mq+Qrazoprevir – 100 mq+Elbasvir – 50 mq isə 3-cü genotipdə 12 həftə müddətinə təyin edilir. Sofosbovir – 400 mq+Narlaprevir – 100 mq+Ritonavir-100 mq və Narlaprevir – 100 mq+Daklatasvir – 60 mq+Ritonavir-100 mq kombinasiyaları 1-ci genotipin müalicəsində 12 həftə təyin edilir. Sofosbuvir-400 mq+Velpatasvir-100 mq+Vauxilaprevir-100 mq (Vosevi) NS5a inhibitorudur. 1, 2, 3, 4, 5 və 6-cı genotiplərin müalicəsində tətbiq edilir. Xroniki C virus hepatiti olan xəstələrin müalicəsində gündə 1 tablet olmaqla 12 həftə təyin edilir. Sofosbuvir – 400 mq+Ledipasvir – 90 mq (Harvoni) 1-ci genotipdə 8 həftə, 3, 4, 5 və 6-cı genotiptiplərin müalicəsində gündə 1 dəfə olmaqla 12 həftə müddətinə təyin edilir.

Qrazoprevir-100 mq+Elbasvir-50 mq 1 və 4-cü genotiplərin müalicəsində gündə bir dəfə olmaqla 8 həftə müddətinə təyin edilir. Ribavirin ilə birlikdə 12-24 həftə müddətinə təyin etmək olar [7].

Paritaprevir – 75 mq+Ritonavir – 50 mq+Ombitasvir – 12,5 mq+Dasabuvir – 250 mq (Vikeira Pak) kombinasiyalı tətbiq edilir. Gündə 1 dəfə, 2 tablet Paritaprevir – 75 mq, Ritonavir – 50 mq, Ombitasvir – 12,5 mq həmçinin gündə 2 dəfə Dasabuvir – 250 mg təyin edilir. Viekira Pak preparatı 1a genotipidə 12 həftə, 1b genotipində isə 8 həftə müddətinə təyin edilir. Ribavirin – 200 mq-da müalicəyə əlavə edilə bilər. Vikeira Pak preparatı 98% effektli təsir göstərir.

Qlekaprevir – 100 mq+Pibrentasvir – 40 mq (Maviret) 1, 2, 3, 4, 5 və 6-cı genotiplərin müalicəsində istifadə edilir. Müalicə müddəti 8 həftə təşkil edir. 2019-cu ildən etibarən 12 yaşdan yuxarı uşaqların müalicəsində tətbiq edilir.

Veltasvir-100 mq NS5a inhibitorudur. Preparat gündə 1 dəfə 100 mq olmaqla təyin edilir. Sofosbuvir-400 mg ilə birlikdə istifadə olunur. 1, 2 3, 4, 5 və 6-cı genotiplərin müalicəsində tətbiq edilir.

Asunaprevir NS4A proteaz inhibitorudur. Preparat gündə 100 mq olmaqla təyin olunur. Asunaprevir Daklatasvir – 60 mq ilə birlikdə, həmçinin Ribavirin və interferon ilə birlikdə təyin edilə bilər.

Simeprevir NS 3/4A inhibitorudur. Preparat gündə 1 dəfə olmaqla 150 mq qəbul edilir. Xroniki hepatitlərin müalicəsində 95% müsbət effekt verir.

Antiviral müalicə başlayarkən C hepatit virusunun genotipini təyin etmək çox vacibdir (cəd. 3). Xəstələrinin əksəriyyətində ən çox yayılmış və müalicəyə çətin tabe olan 1-ci genotipdir. Genotip

1a və 1b aşkar edilən xəstələrin müalicəsində kombinə olunmuş preparatlar tövsiyə edilir. Sofosbuvir – 400 mq+Ledipasvir – 90 mq, Sofosbuvir – 400 mq+Simeprevir – 150 mq, Sofosbuvir – 400 mq+Daklatasvir – 60 mq və Sofosbuvir – 400 mq+Velpatasvir – 100 mq təyin edilir. Daha çox iki kombinasiya Sofosbuvir – 400 mq+Daklatasvir – 60 mq və Sofosbuvir+Ledipasvir – 90 mq tətbiq edilir. Daklatosvir-60 mq+Aunaprevir-100 mq kombinasiyası 1a və 1b genotiplərində 24 həftə müddətində təyin edilir. 2 və 3-cü genotiplərin müalicəsində Sofosbuvir – 400 mq+Daklatasvir – 60 mq və Sofosbuvir – 400 mq+Velpatasvir – 100 mq preparatları tövsiyə edilir. Həmçinin 2-ci genotipdə Sofosbuvir – 200 mq və Ribavirin – 200 mq 12-16 həftə müddətinə təyin edilə bilər. 3-cü genotipin müalicəsində Sofosbuvir – 400 mq, Ribavirin-200 mq və ya Sofosbuvir – 400 mq və Daklatasvir – 60 mq olmaqla 12 həftə müddətinə təyin edilə bilər [8-10].

Cədvəl 3

Antiviral preparatların genotiplərə təsiri

Antiviral preparatlar	Müalicə müddəti	Genotiplər				
		1	2	3	4	5,6
Glekaprevir-100 mq+Pibrentasvir-40 mq	8 həftə	+	+	+	+	+
Dasabuvir-250 mq+Ombitasvir-12,5 mq +Paritaprevir -75 mq+Ritonavir-100 mq	8 həftə	+	-	-	-	-
Grazoprevir-100 mq+Elbasvir-50 mq	ancaq 1-ci tipdə 8 həftə	+	-	-	+	-
Sofosbuvir-400 mq+Ledipasvir-100 mq	ancaq 1-ci tipdə 8 həftə	+	-	+	+	+
Sofosbuvir- 400 mq+Velpatasvir-100 mq	8 həftə	+	+	+	+	+
Sofosbuvir-400 mq+Daklatasvir-60 mq +/- Ribavirin-200 mq	8 həftə	+	+	+	+	-
Sofosbuvir-400 mq+Ribavirin- 200 mq	8 həftə	-	+	+	-	-
Sofosbuvir-400 mq+Grazoprevir-100 mq +Elbasvir-50 mq	8 həftə	-	-	+	-	-
Narlaprevir-100 mq+Sofosbuvir-400 mq +Ritonavir-100 mq	8 həftə	+	-	-	-	-
Narlaprevir -100 mq+Daclatasvir-60 mq +Ritonavir-100 mq	8 həftə	+	-	-	-	-

Antiviral preparatlar ilə müalicə müsbət nəticə verməsə, müalicə yenidən təkrarlanmalı, müalicə müddəti uzadılmalı və digər bir dərman kombinasiyasından istifadə edilməlidir [11-13].

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. İsayev C.P., Bəylərova R.R.,. Cavadzadə V.N. Xronik hepatit C-nin inkişafında metabolik və immunoloji pozulmaların rolu // Azərbaycan Tibb Jurnalı. 2022. №3, səh. 37-44.
2. Gane EJ, et al. Sofosbuvir-velpatasvir with ribavirin for 24 weeks in hepatitis C virus patients previously treated with a direct-acting antiviral regimen // Hepatology. 2017 Oct;66 (4):1083-1089.
3. Məmmədov M.Q. “C viruslu hepatit”. M.Q. Məmmədov - Bakı: ELM, - 2014. - 188 s.;
4. Дунаева Н.В, Карев В.Е, Воробьева О.А и др. Противовирусная терапия хронического гепатита С, осложненного системным криоглобулинемическим васкулитом // Журнал Инфектологии 2016;8 (2):40-47
5. Климова Е.А., Бурневич Э.З., Чуланов В.П. и соавт. Нарлапревир, ритонавир и софосбувир у пациентов с хроническим гепатитом С, инфицированных генотипом 1 вируса, без цирроза печени // Инф. болезни: новости, мнения, обучение. – 2020. Том 9, № 1 (9). – С. 50 – 56.
6. Mingshu Li, Jun Chen, Zhixiong Fang, et al. Sofosbuvir-based regimen is safe and effective for hepatitis C infected patients with stage 4-5 chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis // Virology Journal 2019;16:34.
7. Сюткин В.Е., Е.Н. Бессонова М.Н. Терапия возвратного гепатита С после трансплантации печени препаратами прямого противовирусного действия: опыт трёх российских центров // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2018;23 (1):4-14.
8. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни: национальное руководство – 2-е изд., переработанное и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1104 с.
9. Borgia SM, Dearden J, Yoshida EM, Shafran SD, Brown A, Ben-Ari Z, et al. Sofosbuvir/velpatasvir for 12 weeks in hepa-

titis C virus-infected patients with end-stage renal disease undergoing dialysis // J Hepatol 2019;71:660-665.
10. Zohair Ahmed, Umair, et al. Liver function tests in identifying patients with liver disease // Clin Exp Gastroenterol. 2018;11:301-307.
11. Brown Jr RS, Buti M, Rodrigues L, Chulanov V, Chuang WL, Aguilar H, et al. Glecaprevir/pibrentasvir for 8 weeks in treatment-naive patients with chronic HCV genotypes 1-6 and compensated cirrhosis: the EXPEDITION-8 trial // J Hepatol 2020;72:441-449.
12. Eric Lawitz, et al. Short-duration Treatment With Elbasvir/Grazoprevir and Sofosbuvir for Hepatitis C: A Randomized Trial // Hepatology 2017 Feb;65(2):439-450.
13. Gane E, et al. Ledipasvir and sofosbuvir for untreated HCV genotype 1 infection // Gastroenterology 2015;149:1454-64.

РЕЗЮМЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ, ЭТИОЛОГИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА С И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННЫМИ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Джавадзаде В.Н.
Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра инфекционных болезней, Баку, Азербайджан

В статье представлена информация о распространении вируса гепатита С в различных регионах мира, структуре вируса, генотипах и подтипах. Также с 2013 года публикуется обширная информация обо всех противовирусных препаратах, применяемых при лечении вируса гепатита С. В статье представлена обширная информация о противовирусных препаратах, применяемых при лечении всех генотипов и подтипов, и их сочетание с другими препаратами.
Ключевые слова: Вирус гепатита С, генотип, противовирусные препараты.

SUMMARY

RELEVANCE, ETIOLOGY OF HEPATITIS C VIRUS AND PRINCIPLES OF TREATMENT WITH MODERN ANTIVIRAL DRUGS

Javadzade V.N.
Azerbaijan Medical University, Department of Infectious Diseases, Baku, Azerbaijan

The article provides information abaut spreading of hepatitis C virus in different regions of the world, the structure of the virus, genotypes and subtypes. Also, htis article includes extensive information about all antiviral drugs used in the treatment of hepatitis C virus, since 2013. The article provides extensive information about antiviral drugs used in the treatment of all genotypes and subtypes and their combination with other drugs.
Keywords: Hepatitis C infection, genotype, antiviral drugs.

Redaksiyaya daxil olub: 08.12.2022
Çapa tövsiyə olunub: 06.01.2023
Rəyçi: dosent T.H.Eyvazov

Tibb və Elm Jurnalı, №1 (31) 2023, 98-102

SƏHİYYƏNİN TƏŞKİLİ | ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | HEALTH ORGANIZATION

TİBBİ SIĞORTANIN TƏTBİQİNDƏ BEYNƏLXALQ TƏCRÜBƏNİN ROLU

Salmanova V.Y.*

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,
Sosial gigyena və səhiyyənin təşkili kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Məqalədə inkişaf etmiş dövlətlərin səhiyyə sistemində tətbiq edilən qabaqcıl beynəlxalq təcrübə və sosial ədalət prinsipindən istifadə formalarına nəzər salınmışdır. Dünyanın inkişaf etmiş müxtəlif ölkələrində o cümlədən (ABŞ, Almaiya, Yaponiya və s.) tibbi sığortanın əhaliyə tətbiqi formalarına və vasitələrinə nəzər salınmışdır. Bununla yanaşı postsovet ölkələrindən Qazaxstan və Azərbaycanda mövcud tibbi sığortanın fəaliyyəti qarşılaşdırılmışdır. Aparılan müqayisələrdən aydın olurki icbari tibbi sığorta sisteminin ilk təkmil forması Almaniyada yaranmışdır. Lakin müasir dövrdə Yaponiya əhalinin saglamlığının qayğısına qalmaq üçün tətbiq etdiyi tibbi sığorta sistemi sözügedən ölkələr sırasında daha optimal hesab edilə bilər.

Açar sözlər: beynəlxalq təcrübə, icbari tibbi sığorta, dünya təcrübə, postsovet ölkələr

Giriş. Səhiyyə sistemi dünya təcrübəsindən yararlananaraq 4 modelin əsasında formalaşan və bu modellər daxilində vahid forma müəyyənləşdirmiş (büdcə modeli, əsas maliyyə mənbəyi kimi ümumi vergidən tutulma) struktura malikdir. Bu model dünyanın 54 ölkəsindən 22-də (Böyük Britaniya, Avstraliya, Kanada və s.) geniş yayılmışdır. Sözügedən modelə görə işəgötürənlər və işçilər vasitəsi ilə maliyyəşdirilən dövlət bücəsi hesabına formalaşan icbari tibbi sığorta əhalinin tibbi yardımla hərtərəfli əhatə olunmasına zəmanət verir.

Dünyanın 54 ölkəsindən 30-da (Almaniya, Fransa, Yaponiya, Koreya) işəgötürənlər və ya işçilərin özləri tərəfindən könüllü ödəmələr hesabına maliyyələşdirilən könüllü tibbi sığorta (2009-cu ildə Səhiyyə və Xəstə Mühafizəsi İslahatından əvvəl ABŞ) yalnız işləyən vətəndaşların gəlirləri hesabına maliyyələşdirilir. Büdcə modeli yüksək səviyyədə maliyyə sabitliyi və sosial müdafiə ilə xarakterizə olunsa da vətəndaşların öz sağlamlıqları üçün fərdi məsuliyyətinə və tibbi xidmət göstərənlər arasında rəqabətə praktiki olaraq heç bir təsir göstərmir [9].

İnkişaf etmiş dünya ölkələrində İçbari tibbi sığorta modeli Dünya təcrübəsinə əsaslanan İcbari Tibbi Sığorta sistemləri əhalini tibbi yardımla demək olar ki, tam təmin edir. Bu ölkələr sırasında Estoniya, Çexiya, Macarıstan və s. səhiyyəsi icbari tibbi sığorta sahəsində demək olar ki ən yüksək göstəricilərə nail ola bilmişlər.

Müxtəlif ölkələrdə İcbari Tibbi Sığortanın tətbiqi və istismarının məqsədlərindən asılı olmayaraq, İTS-nin davamlılığını və effektivliyini təmin edən fəaliyyət və inkişaf meylləri üçün ümumi mexanizmlər mövcuddur. Belə ki, İTS fondları nəzarət şuraları və ya digər orqanlar vasitəsilə idarəetmədə bütün sosial tərəfdaşlar iştirak edir.

Tibbi sığorta sistemində mövcud olan müxtəlif elementlərinin fəaliyyətinin özünü tənzimləməsi üçün qanunvericilikdə idarəetmə orqanlarının formalaşdırılması, tariflərin təyin edilməsi, texnologiyanın qiymətləndirilməsi, tibb işçilərinin ixtisaslarının tanınması, akkreditasiya, tibb işçiləri və s. kimi müəyyən edilmiş mexanizmlər mövcuddur.

Sığorta yatırımları üçün nəzərdə tütülan işçi və işəgötürən tərəfindən ödənişlərin faizləri həmin ölkənin inkişaf səviyyəsindən asılı olaraq dəyişir (Almaniyada əmək haqqı fondunun 14,1%-i, Avstriyada 6,5%-dən (fermerlər) 11%-ə qədər (pensiyaçılar), Fransada 13,6%-i, Rusiyada 5,1%-i) Tibbi sığorta ilə bağlı mövcud problemlərdən başlıcası xəstələrə görə sığorta fondları arasında aparılan rəqabətlə bağlıdır.

Bu şəraitdə xroniki xəstəlikləri olan yaşlı şəxslər, uşaqlar və hamilə qadınlar 6 sığorta hadisəsinin baş vermə riskinin yüksək olması səbəbindən arzuolunmaz müştərilər hesab olunur. Belə ki onlar imtina səbəbi ilə tibbi yardım sığorta təminatından məhrum ola bilər və ya onun baha olması səbəbindən tibbi yardım almaq imkanlarını itirə bilərlər.

Bu bərabərsizliyi aradan qaldırmaq üçün Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) vahid fond fondunun yaradılmasını tövsiyə edir. Bununla da bir çox ölkələrdə İTS vasitəsilə yalnız bir fond (Koreya, Yaponiya, Macarıstan və s.) yaradılır və ya fondların mərhələli birləşməsi (Estoniya), həmçinin risklərin tənzimlənməsi mexanizmlərinin (Almaniya, Fransa, Belçika və s.) köməyi ilə həyata keçir-

*e-mail: vusala_doctor@mail.ru

ilməsi məqsədəuyğun hesab edir [1, 4].

Bu mexanizmin klassik nümunəsi kimi Almaniyanı nümunə göstərmək olar. Bu ölkədə 130-dan çox sığorta fondu tərəfindən toplanan sığorta haqları riskləri minimuma endirmək üçün vahid fondunda toplanır və federal büdcədən subsidiyalar hesabına sığorta fonduna əlavə olunur. Formalaşdırılmış vəsait fondu cins, yaş, gəlir səviyyəsi və sağlamlıq vəziyyətinin korreksiyaedici amilləri nəzərə alınmaqla tənzimlənir və sığorta fondları arasında yenidən bölüşdürülür.

Hazırda dünyada tibbi sığorta sisteminin kifayət qədər effektiv modelləri fəaliyyət göstərir. Səhiyyənin mailiyyəşdirilməsi sistemi ölkələrdə səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsi dövlət büdcəsi və ya icbari və könüllü tibbi sığorta hesabına həyata keçirilir [1,5]. Məsələn, Böyük Britaniyada təcrübəsinə nəzər salsaq görərəik ki, Böyük Britaniyada səhiyyəyə o cümlədən tibbi sığortaya dəstək məsələsində dövlət sisitemi aparıcı mövqe tutur.

Dövlətin sosial siyasətinin bütöv bir istiqaməti olan bu proses onun inkişafı nəticəsində tibb və sığorta təşkilatlarının fəaliyyətinə təsirini və nəzarətini daha da artırmağa səbəb olur. Beləlıkildə də mövcud sistem vasitəsi ilə əhalinin tibbi xidmətdən nisbətən daha az məsrəf etməklə istifadəsinə şərait yaradır.

Dövlət büdcəsindən ayrılan vəsaitlərin böyük hissəsi mərkəzləşdirilmiş qaydada yenidən bölüşdürülür. Bu isə özlüyündə tibbi və sığorta xidmətlərinin göstərilməsində inhisarın yaranmasına səbəb olur. Bir qayda olaraq xəstələrin həkim və tibb müəssisəsi seçmək imkanı olmadığı üçün xəstələr tərəfindən tibb müəssisəsinin fəaliyyətinə nəzarət etmək olduqca çətindir.

Lakin bəzi ölkələrdə bu prosesə xəstələrin nəzarət etməsi mümkündür. Belə ki, Almaniya, Fransa, Hollandiya, Avstriya, Belçika, İsveçrə, o cümlədən Latın Amerikasının bəzi əyalətləri və Yaponiya həmrəylik prinsiplərinə əsaslanan sığorta sisteminə sahib olduğu üçün bu sistemin bütün iştirakçılarına sığorta vəsaitlərinin istifadəsinə nəzarət etmək, sığortalıya isə həkim, tibb müəssisəsini seçmək imkanı verilir.

Lakin bu sistemin də özüməməxsus problemləri mövcuddur. Məsələn, bu sistemdə yüksək risk qruplarından olan şəxslərə tibbi tibmətin (qocalar, yoxsullar, əlillər) bərabər təmin edilməsi və sığorta olunanlar arasında vəsaitin bərabər bölüşdürülməsi çəkinlik yaradır: Sözügedən ölkələrdə sığorta sistemi 3 mənbədən maliyyələşdirilir:

1) sahibkarların sığorta haqqları – gəlirdən ayırmalar;
2) işçilərin qazancı – əmək haqqından tutulmalar;
3) dövlət büdcəsinin vəsaitləri [2, 6].

Bu dövlətlər içində tibbi sığorta təcrübəsi ilk olaraq Almaniyada formalaşmışdır. Belə ki, Almaniyada müştərilərə tibbi sığorta polisi təklif edən ilk sığorta şirkəti hələ 1848-ci ildə yaranıb. Müəyyən istisnalar olmaqla Alman sistemində dövlət səhiyyəni maliyyələşdirmir, lakin eyni zamanda işəgötürənlər və işçilər tərəfindən sığorta fondlarının yaradılmasını təmin edir.

Almaniyada dövlət mərkəzləşdirilməmiş bütün tibbi sığorta sisteminin fəaliyyətinə nəzarət funksiyasını yerinə yetirir. Burada təxminən peşəkar və ya ərazi əsasda yaradılan 1200-ə yaxın sığorta fondu (və ya kassa) fəaliyyət göstərir. Beləliklə də milli sığorta Almaniya səhiyyəsinin əsasını təşkil edir.

Almaniya dövlətində bütün işçilər, habelə qanunla müəyyən edilmiş məbləğdən artıq olmayan gəliri olan ailə üzvləri tibbi sığortaya malik olmalıdırlar. Məcburi dövlət tibbi sığortadan artıq olan illik gəlirin məbləği isə hər il dəyişir.

2013-cü ilin məlumatlarına görə, Almaniyada ildə 52,200 €-dan çox pul alanlar özəl və ya dövlət sığortasına ehtiyacı olub-olmadıqlarına özləri qərar verə bilərlər.

Sığorta olunanların ümumi sayının təxminən 20%-i dövlətlə yanaşı, özəl şirkətlərdə tibbi sığorta ilə təmin olunmuşdur.

Burada dövlət tibbi sığorta sistemi çərçivəsində stomotoloji xidmətlər istisna olmaqla əsas tibbi xidmətlər pulsuzdur. Eyni zamanda, bəzi sığorta fondları əhaliyə əlavə xidmət paketləri təklif edir, məsələn, müntəzəm şəkildə stomatoloqa müraciət zamanı fond xəstənin xərcinin 90%-ni qarşılaya bilər.

Eləcə də 18 yaşna çatmamış yeniyetmələr üçün hətim xidməti və tibbi ləvazimatlar sığorta vasitəsi ilə qarşılanır [3-5].

ABŞ-nın tibbi sığorta sistemi bir qədər fərqlidir. Belə ki, ABŞ-da tibbi sığorta sistemi könüllülük əsasında təşkil olunub və hər bir vətəndaş sığorta ödənişi xərclərini müstəqil şəkildə öz üzərinə götürür. ABŞ-da əsasən özəl tibbi sığorta siste-

mində dövlət tənzimlənməsi gözlənilmir və bu sığorta sitemi mərkəzləşdirilməmiş sığorta təşkilatlarının yüksək inkişaf etmiş infrastrukturuna malikdir.

Tibbi sığorta sistemi stomatoloq və oftalmoloqun xidmətləri istisna olmaqla hər bir ABŞ vətəndaşının öz hesabına sığortalanma hüququna malik olmasına əsaslanır. Böyük məbləğə başa gələn sığorta bir qayda olaraq, işçi üçün işəgötürən tərəfindən qarşılanır. Belə ki, tam iş günü üçün işəgötürən işçiyə müəyyən sığorta növünü əhatə edən tam "sosial paket" təqdim edir.

Bu sistemin əsas üstünlüyü tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin üstünlüyü ilə bağlıdır. Yüksək keyfiyyət və texnoloji inkişafa əsaslanan ABŞ səhiyyəsi bir çox digər dövlətlərlə müqayisədə daha bahalıdır. Bu isə səhiyyədən yayarlanma zamanı əhalinin maddi cəhətdən daha aşağı təbəqələri üçün çətinlik yaradırır.

Tarixən ABŞ vətəndaşı fövqalədə hallar istisna olmaqla sağlamlığının qayğısına fərdi şəkildə qalmışlar. Bu gün də bu prinsipə əsaslanaraq ABŞ-də həkimlərdən pulsuz xidmət tələb olunmur. Fərdi sığorta planları isə ilk növbədə sığortalının ödəmə qabiliyyətindən və ya işəgötürənin seçimindən asılıdır [4,17].

Bir qayda olaraq ABŞ-da müəyyən tibbi xidmət növlərini əhatə edən sığorta sitemiə görə xəstəlik halında təyin olunan məbləğ sığortanın təyin etdiyi məbləği aşdığı zaman sığortalı şəxs bu xərcləri özü qarşılamalı olur. Adətən, 100% sığorta fərdin ildə bir dəfə həkimə profilaktik müraciətlə bağlı diaqnostikanı əhatə edir.

Tibbi sığorta sistemində ən optimal variantlardan biri də Yaponiyada mövcuddur. Belə ki, Yaponiya səhiyyə sistemi yüksək effektivliyi və dünyada ən aşağı uşaq ölümü ilə diqqət çəkir. Yaponiyada tibbi sığorta sistemi pasiyent xidmətlərin dəyərinin 30%-ə qədərini qarşılayır. Bu ölkədə 1 növ xüsusi qayğı sığortası sistemi və iki növ tibbi sığorta sistemi mövcuddur:

Yaponiyada tibbi sığorta sistemi ambulator xidmətlərin, eləcə də stasionar müalicənin xərclərinin böyük hissəsini qarşılayır. Lakin tibb müəssisəsini sığortalı pasientlər özləri seçdikləri halda onların imkanları məhdutlaşdırılır və bu səbəblə də dərmanları dövlətin müəyyən etdiyi qiymətə uyğun olaraq (bazar qiymətindən nisbətən aşağı) almaq məcburiyyətində qalırlar.

Öz effektivliyi ilə Yaponiya tibbi sığorta sistemi digər dövlətlərlə müqayisədə yüksək nəticələr nümayiş etdirir. Daha dəqiq desək Yaponiya tibbi sığorta sistemi dövlət tərəfindən tənzimlənən və özəl tibbi xidmətlərə əsaslanan dövlət və sosial sığorta modellərini özündə birləşdirir.

Tibbi sığortanın dünya təcrübəsi çoxşaxəlidir. Lakin mövcud modellər ölkədə mövcud olan daxili reallıqları nəzərə alaraq bəzi dəyişikliklərlə tibbi sığorta sisteminə tətbiq olunur. Bu gün inkişaf etmiş dünya dövlətlərində icbari tibbi sığortanın tətbiqinin bütün əhali üçün əlçatanlığının təmin edilməsi, bu xidmət paketlərindən düzgün istifadə, vətəndaşların və dövlətin maraqlarının balanslaşdırılması kimi məsələlər səhiyyənin qarşısında duran əsas problemlərdəndir. necə təmin etmə [6, 14].

Postsovet məkanında İcbari tibbi sığorta

Avropa ölkələri ilə yanaşı postsovet məkanında yaşayan xalqların öz müstəqilliyini əldə etdikdən sonra diqqət ayırdıqları sahələrdən biri də səhiyyə və o cümldən də tibbi sığorta sistemi olmuşdur.

Məsələn, 2017-ci ildən etibarən Qazaxıstanda icbari sosial tibbi sığortanın tətbiqi əhali arasında sağlam yaşama qarşı məsuliyyətin artmasına səbəb oomuşdur. Qazaxıstan Respublikasının Səhiyyə və Sosial İnkişaf Nazirliyi tərəfindən Millət Planının həyata keçirilməsi çərçivəsində hazırlanmış "İcbari sosial tibbi sığorta haqqında" Qazaxıstan Respublikasının Qanunu – beş institusional islahatın həyata keçirilməsi üçün xüsusi tədbirlər planı həyata keçirir.

2016-cı ildən Azərbaycanda icbari tibbi sığortanın fəaliyyə başlaması səhiyyə sahəsində aparılan struktur islahatlarının mühüm tərkib hissəsi sayıla bilər. Belə ki, “2016-cı ildə respublikamızda icbari tibbi sığortanın tətbiqini təmin edən, xidmətlər zərfi çərçivəsində tibbi xidmətlərin maliyyələşdirilməsi üçün vəsaitləri özündə cəmləşdirən, səhiyyə xidmətlərinin alıcısı olan və bununla bağlı zəruri xərclərin ödənilməsini təmin edən publik hüquqi şəxs – İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi yaradılıb” [8].

İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət agentliyinin əsas missiyası əhalinin bütün təbəqələrinin icbari tibbi sığortaya cəlb edilməsi məqasədini daşıyır. Belə ki, xidmətlər zərfi çərçivəsində tibbi xidmətlərin maliyyələşdirilməsi üçün vəsaitləri cəmləşdirməsi

qarşıda duran əsas məqsədlərəndir. Bununla yanaşı tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin yüksəldilməsi üçün tədbirlər planının hazırlanması, "sığortaolunanların hüquqlarını və qanuni mənafelərini qorumaq, icbari tibbi sığortanın tətbiqi ilə əlaqədar toplanmış vəsaitlərdən təyinatı üzrə səmərəli istifadəni və sığorta ödənişlərinin vaxtında icra olunmasını təmin etməkdir" [8].

Hazırda respublikada icbari tibbi sığortanın tətbiqi və idarəetmə sisteminin formalaşdırılması məqsədilə qanunvericilik bazası formalaşdırılmışdır. Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 2016-cı il 29 noyabr tarixli 1127 nömrəli Fərmanına əsasən Azərbaycanın bir çox rayonlarında o cümlədən Mingəçevirdə, habelə, Yevlax və Ağdaşda icbari tibbi sığortanın tətbiqi pilot layihə vasitəsi ilə həyata keçirilir. "Layihə çərçivəsində icbari tibbi sığortanın baza zərfinə daxil olan tibbi xidmətlərin siyahısı və tarifləri təsdiq edilmiş, icbari tibbi sığortanın tətbiqinin üstünlükləri və əhəmiyyəti barədə əhalidə əyani təsəvvür yaranmışdır. Bundan başqa, göstərilmiş tibbi xidmətlər müqabilində tibb işçilərinin mövcud əməkhaqlarına müəyyən olunmuş əlavələr həkimlərin və digər səhiyyə işçilərinin sosial rifahının yüksəldilməsinə səbəb olmuşdur" [9].

Bu funkisiyanı isə Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 2018-ci il 20 dekabr tarixli 418 nömrəli Fərmanına əsasən İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi tərəfindən yaradılan "Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyi" publik hüquqi şəxs (TƏBİB) yerinə yetirir. "TƏBİB-in əsas vəzifəsi icbari tibbi sığortanın tətbiqi ilə əlaqədar tabeliyində olan tibb müəssisələrində əhalinin sağlamlığının qorunması üçün tibbi xidmətlərin təşkilini təmin etməkdən və tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin yüksəldilməsi üçün tədbirlər görməkdən ibarətdir. TƏBİB əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində əhali üçün əlverişli şərtlər yaradır, tibb müəssisələrinin fəaliyyətini icbari tibbi sığorta sisteminin tələblərinə uyğunlaşdırır. Tibb müəssisələrində tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin müasir tələblərə uyğunlaşdırılmasına nəzarət edir" [8].

Nəticə. Bu tədqiqatda inkişaf etmiş dövlətlərin səhiyyə sistemində tətbiq edilən qabaqcıl beynəlxalq təcrübə və sosial ədalət prinsipindən istifadə formalarına nəzər salınmışdır. Dünyanın inkişaf etmiş müftəlif ölkələrində o cümlədən (ABŞ, Almaiya, Yaponiya və s.) tibbi sığortanın əhaliyə tətbibi formalarına və vasitələrinə baxılmaş, bununla yanaşı postsovet ölkələrindən Qazaxstan və Azərbaycanda mövcud tibbi sığortanın fəaliyyəti qarşılaşdırımışdır. Aparılan müqayisələrdən aydın olur ki, icbari tibbi sığorta sisteminin ilk təkmil forması Almaniyada yaransa da, Yaponiya əhalinin saglamlığının qayğısına görə tətbiq etdiyi tibbi sığorta sistemi sözügedən ölkələr sırasında daha optimal hesab edilə bilər. Bu gün Azərbaycanda da qabaqçıl ölkələrin tibbi sığorta modellərinin təkmilləşdirilmiş formaları əhalinin icbari tibbi sığorta sisteminə tətbiq edilməkdədir və bu prosesin daha da inkişafı üçün digər sözügedən ölkələrdə bu prosesin gedişi araşdırılaraq Azərbaycan tibbi sığorta sisteminə tətbiqi üçün yeni modellər işlənib hazırlanır.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. 17 января 2014. 17 с.
2. «В преддверии внедрения обязательного социального медицинского страхования в Казахстане» // Сборник материалов. 2020. 154 с.
3. Назаров Г. Ф. Экономика и организация здравоохранения. - 2006. - 136 с.
4. Ермасов, С. В. Страхование: учеб. Для бакалавров. М.: Юрайт. 2012. 748 с.
5. Ю.П.Лисицин, Н.В.Полунина. Общественное здоровье и здравоохранения. 2005. 346 с.
6. Здоровцов Г.И. Ресурсы здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования. Современное состояние, пути развития (региональный аспект). М.: ТЭИС, 2001. 335 с.
7. Тургамбаева А.К., Л.С. Ермуханова Л.С. Международный опыт применения страховой медицины: особенности ведущих стран мира «Медицинский университет Астана», г.Астана ЗападноКазахстанский ГМУ им. М. Оспанова, г. Актобе УДК 335.58:614.5
8. Icbari_tibbi_sigortanin_tetbiqi_ozunu_dogruldur-1944712 https://azertag.az/xeber/
9. Mingəçevir şəhərinin, Yevlax və Ağdaş rayonlarının inzibati ərazilərində icbari tibbi sığortanın tətbiqinə dair pilot layihənin həyata keçirilməsi ilə bağlı tədbirlər haqqında Azərbaycan Respublikasi Prezidentinin Fərmani. https://eqanun.az/framework/41023.
10. 10.Организация системы здравоохранения в странах СНГ https://remedium.ru/state/detail.php?ID=41830

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ВО ВНЕДРЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Салманова В.Ю.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения, Баку, Азербайджан

В статье рассматриваются передовой международный опыт и формы использования принципа социальной справедливости, применяемые в системе здравоохранения развитых стран. В США, Германии, Японии и др., странах пересмотрены формы и способы применения медицинского страхования населения. В таких постсоветских странах, как Казахстан и Азербайджан также действует система медицинского страхования. При проведении сравнения, было установлено, что первая передовая форма системы обязательного медицинского страхования была создана в Германии. Однако в современное время, система медицинского страхования, внедренная Японией для заботы о здоровье населения, может считаться более оптимальной среди рассматриваемых стран.
Ключевые слова: международный опыт, обязательное медицинское страхование, мировой опыт, постсоветские страны

SUMMARY

THE ROLE OF INTERNATIONAL EXPERIENCE IN THE IMPLEMENTATION OF HEALTH INSURANCE

Salmanova V.Y.
Azerbaijan State Medical Training Institute named after A.Aliyev, Department of Social Hygiene and Health Care Organization, Baku, Azerbaijan

In the article, advanced international practices and forms of using the principle of social justice applied in the health-care system of developed countries are reviewed. In various developed countries of the world, including the USA, Germany, Japan, etc., the forms and means of applying health insurance to the population have been reviewed. At the same time, the activity of the existing medical insurance in Kazakhstan and Azerbaijan from the post-Soviet countries was met. It is clear from the comparisons that the first advanced form of compulsory health insurance system was created in Germany. However, in modern times, the health insurance system implemented by Japan to take care of the health of the population can be considered more optimal among the countries in question.
Keywords: international experience, compulsory health insurance, world experience, post-soviet countries

Redaksiyaya daxil olub: 10.02.2023
Çapa tövsiyə olunub: 01.03.2023
Rəyçi: dosent N.O.Məmmədova

Müəlliflərin nəzərinə!

"Tibb və elm" Ə.Əliyev adına elmi-praktik jurnala tibbin bütün bölmələri barədə original materiallar qəbul olunur. Məqalələr əvvəllər heç bir nəşrlərdə dərc edilməməli və onlara təqdim olunmamalıdır (istisna hallar redaksiya heyəti tərəfindən müzakirə olunur). Məqalələr redaksiya heyəti tərəfindən müsbət rəy aldığı halda 1-6 ay ərzində dərc olunur. Məqalələr azərbaycan, rus və ingilis dillərində qəbul edilir, azərbaycan dilində yazılan məqalələrə üstünlük verilir. Məqalə iş yerinə yetirilmiş müəssisədən rəsmi məktubla müşaiyət olunmalıdır. Məqaləyə imzalanmış və möhürlənmiş rəhbər rəyi əlavə edilməlidir. Hər bir məqalə Microsoft World formatında iki nüsxədə çap olunmuş və CD variantlarında təqdim olunmalıdır (redaksiya heyətinin rəyindən asılı olmayaraq təqdim edilmiş materiallar geri qaytarılmır). Bütün dillərdə Times New Roman şriftindən istifadə edilməlidir. Məqalə A4 ölçülü kağızda çap olunur, şriftin ölçüsü 14pt, sətirarası məsafə 1,5 interval olmalıdır. Orijinal məqalələrin həcmi şəkil, cədvəl və ədəbiyyat siyahısı ilə birlikdə 8 səhifədən, ədəbiyyat icmalları və mühazirələrin həcmi isə 12 səhifədən artıq olmamalıdır. Hər bir məqalə aşağıdakı bölmələrdən ibarət olmalıdır:

- giriş və ya müqəddimə;
- material və tədqiqat metodları;
- tədqiqatın nəticələri və müzakirə;
- istifadə edilmiş ədəbiyyat siyahısı;
- xülasə və açar sözlər (azərbaycan, rus və ingilis dilində).

Ədəbiyyat siyahısı Vankuver sisteminə əsasən əlifba sırası ilə verilir (əvvəlcə azərbaycan, sonra rus, ingilis və digər dillər).

Redaksiya göndərilən materialları ixtisar etmək və düzəlişlər aparmaq hüququna malikdir və çap edilmiş materiallara görə məsuliyyət daşımır.

Information for authors!

“The Medicine and science” scientific-practical journal named by A.Aliyev publishes original articles in all sections of medicine. The articles must not been published or presented for publication in other editions (except the cases of Editorial board's decision). After Editorial Staff's approve articles will be published during 1-6 months. The article must be written in Azerbaijani, Russian and English languages, advantage will have an article on Azerbaijani language.

The official covering letter of Institution and teacher's stamped and signed comment must be applied to the manuscript. The articles must be presented in Microsoft Word format in duplicate printed versions and on CD (not depending on Editorial board's decision the manuscript is not sending back). For the articles in all languages must be used Times New Roman and be printed on A4 format, symbols size 14pt, line-to-line spacing 1.5. The amount of the original article including illustrations, tables and references must not be more than 8 pages, literatures reviews and lectures - 12 pages.

The articles must consist of the next sections:

- introduction
- investigation's material and methods
- results and discussions
- list of references
- abstract and key words (in Azerbaijani, Russian and English languages)

The references must be presented in alphabetical list according to the Vancouver's system (first Azerbaijani, then Russian, English and other languages).

Editorial board has the rights to cancel or edit the presented articles and is not responsible for published information.

К сведению авторов!

В “Медицина и наука” научно-практический журнал имени А.Алиева принимаются оригинальные материалы по всем разделам медицины. Статьи не должны быть опубликованы или предоставлены для публикации в другие издания (за исключением рассмотрения редакционной коллегией). После одобрения редакционной коллегией, статьи будут опубликованы в течение 1-6 месяцев. Статьи принимаются на азербайджанском, русском и английском языках, преимущество будут иметь статьи на азербайджанском языке.

Рукопись сопровождается официальным письмом учреждения, в котором выполнена работа. К статье должен быть приложен отзыв руководителя с подписью и печатью. Каждая статья должна быть представлена в формате Microsoft Word в двух печатных вариантах и на CD (вне зависимости от решения редакционной коллегии, предоставленные материалы не возвращаются). При оформлении статьи на всех языках должен быть использован шрифт Times New Roman. Статьи печатаются на бумаге формата А4 с размером символов 14pt и междустрочным интервалом 1,5. Объем оригинальных статей, включая рисунки, таблицы и список литературы, должен составлять не более 8 страниц, обзоров литературы и лекций - 12 страниц. Каждая статья должна состоять из следующих разделов:

- введения или предисловия;
- материалов и методов исследования;
- результатов исследования и обсуждения;
- списка использованной литературы;
- резюме и ключевых слов (на азербайджанском, русском и английском языках).

Список литературы должен быть представлен по алфавитному списку согласно Ванкуверской системе (сначала азербайджанском, затем русском, английском и др. языках).

Редакция оставляет за собой право аннулировать или редактировать представленные статьи и не несет ответственности за опубликованную информацию.

MÜNDƏRİCAT

Ədəbiyyat icmalı

Əliyev C.Ə., Mansurov E.B., Rəhimzadə S.E., Məlikova L.Ə., Mansurova T.E., Yusifova G.A. Oliqometastatik süd vəzi xərçəngi **8**

Qafarov T.A., Haqverdi E.R. Kəskin və uzun sürən psixogeniyaların şizofreniyanın inkişafı üçün əhəmiyyəti (etiopatogenetik aspektlər) **18**

Məmmədov A.M., Gözəlov S.S., Əliyev A.X., Musayeva S.A. Müxtəlif xarakterli fövqəladə hallara insanların psixoloji hazırlığının formalaşdırılması **22**

Ağayeva X.T., Sultanova S.S. Şəkərli diabetin revmatik təzahürləri **26**

Orijinal məqalələr

Bayramov R.İ. Dərmanlara rezistent ağciyər vərəminin strukturu **31**

Əliyeva R.Q., Nağıyeva S.A., Cəlilova G.C., Abdullayev R.Ş. Uşaqlarda endokrin xəstəlikləri fonunda diş əti iltihabının profilaktikasının yeni üsullarının araşdırılması **36**

Əliyev T.Y., Mahmudova N.M., Feyzullayeva N.E. Hamiləliyin fizioloji və patoloji gedişatında stomatoloji xəstəliklərin xüsusiyyətləri **40**

Şıxəliyev Y.Ş., Məmmədbəyov E.N., Kazımova L.H., Qasımov İ.Ə., İsmayılova A.S., Hüseynəliyeva V.N. İlkin səhiyyə xidmətində aparılan vərəm əleyhinə tədbirlərin gücləndirilməsinin əsas epidemioloji göstəricilərə təsiri **43**

Əliyev N.A., Qafarov T.A., Əliyev Z.N., Haqverdi E.R. Qeyri-kimyəvi asılılıqların (addiksiyaların) müalicə taktikası **50**

Cavadzadə S.M., Fiqarov V.İ., Quliyev F.C. Mini perkutan nefrolitotripsiyada 300 əməliyyatliq təcrübəmiz **54**

CONTENTS

Literature reviews

Aliyev J.A., Mansurov E.B., Ragimzade S.E., Melikova L.A., Mansurova T.E., Yusifova G.A. Oligometastatic breast cancer **8**

Gafarov T.A., Hagverdi E.R. The significance of acute and protracted psychogenies for the development of schizophrenia (etiopathogenetic aspects) **18**

Mammadov A.M., Gozalov S.S., Aliyev A.Kh., Musayeva S.A. Formation of psychological preparation of people for emergencies of different character **22**

Agayeva H.T., Sultanova S.S. Rheumatic manifestations of diabetes mellitus **26**

Original articles

Bayramov R.I. The structure of drug-resistant pulmonary tuberculosis **31**

Aliyeva R.G., Nagıyeva S.A., Calilova G.C., Abdullayev R.Ş. Investigation of new methods of prophylaxis of gum inflammation during endokrin diseases in children **36**

Aliyev T.Y.,Mahmudova N.M., Feyzullayeva N.E. Peculiarities of dental diseases at physiological and pathological course of pregnancy **40**

Shikhaliyev Y.Sh., Memmedbeyov E.N., Kazimova L.H., Gasimov I.A., Ismailova A.S., Huseynaliyeva V.N. The impact of strengthening anti-tuberculosis activities in primary health care facilities on epidemiological indicators **43**

Aliev N.A., Qafarov T.A., Aliev Z.N., Hagverdi E.R. Treatment tactics for non-chemical addictions **50**

Javadzadeh S.M., Figarov V.I., Quliyev F.C. Experience in minipercutaneous nephrolithotripsy: 300 cases **54**

Məmmədova N.O., Şirəliyeva R.K., Həsənov R.L., Sadıxova Z.M. Cavan şəxslərdə insultun klinik xüsusiyyətləri **60** Mammadova N.O., Shiraliyeva R.K., Hasanov R.L., Sadikhova Z.M. Clinical features of stroke in young people

Rəsulzadə Z.İ., İsmayılova R.İ., Xəlilov N.X., Əmirova K.R., Rüstəmova M.R., Sadıxova S.H., Nağıyeva B.A. Taunun düzənlik təbii ocağının Qobustan və Abşeron mezoocaqlarında aparılmış epizootoloji tədqiqatın nəticələri **64** Rasulzade Z.I., Ismailova R.I., Khalilov N.Kh., Amirova K.R., Rustamova M.R., Sadikhova S.H., Nagiyeva B.A. Results of the epizootological survey at the Gobustan and Absheron mesofocies of the plain natural plague foci

Tağızadə R.K., Qasımova S.Q., Axundova F.M., Əliyeva M.K., Əhmədova L.M., Əlifəttahzadə S.Ə. Müxtəlif ağırlıq dərəcəsi olan COVID-19 olan xəstələrdə iltihabın markerləri **68** Tagizade R.K., Gasımova S.G., Akhundova F.M., Aliyeva M.K., Akhmadova L.M., Alifattahzade S.A. Markers of inflammation in patients with COVID-19 of varying severity

Şirəliyeva R.K., Əliyev R.R. "Dağınıq skleroz xəstəliyinin müalicəsi, profilaktikası və onunla mübarizə tədbirlərinə dair Dövlət proqramı" qüvvəyə mindikdən sonra və əvvəl dağınıq skleroz diaqnozu qoyulmuş xəstələrin klinik-epidemioloji xüsusiyyətlərinin müqayisəli təhlili **75** Shiraliyeva R.K., Aliyev R.R. Comparative analysis of the clinical and epidemiological characteristics of patients diagnosed with multiple sclerosis after and before coming into force of the "State program on measures of treatment, prevention and control of multiple sclerosis"

Klinik hadisə **Clinical case**

Hüseynov E.Y. Poliorxizm **80** Huseynov E.Y. Polyorchism

Cəfərov R.Z., Quliyeva İ.M., Qasımova F.N. Prostat adenokarsinomali xəstədə psoriatik spondiloartrit **83** Jafarov R.Z., Guliyeva I.M., Gasimova F.N. Psoriatic spondyloarthritis in a patient with prostate adenocarcinoma

Praktik həkimə kömək **Help to the practical doctor**

Hüseynov E.Y., Hüseynova T.T. Testikulyar feminizasiya sindromunun etiopatogenezi və müalicə taktikası **87** Huseynov E.Y., Huseynova T.T. Aetiopathogenesis and therapeutic approach in testicular feminization syndrome

Həsənova Ü.F. Hockin limfomasının müalicəsinin qadınlarda reproduktiv funksiyaya təsiri **91** Gasanova U.F. Influence of the treatment of Hodgkin's lymphoma on the reproductive potential of a woman

Cavadzadə V.N. C virus hepatitinin aktuallığı, etiologiyası və müasir antiviral preparatlarla müalicə prinsipləri **93** Javadzade V.N. Relevance, etiology of hepatitis C virus and principles of treatment with modern antiviral drugs

Səhiyyənin təşkili **Health organization**

Salmanova V.Y. Tibbi sığortanın tətbiqində beynəlxalq təcrübənin rolu **98** Salmanova V.Y. The role of international experience in the implementation of health insurance

Müəlliflərin nəzərinə! **103** **Information for authors!**

Bakı - RedNLine - 2023, 108 səh
Çapa imzalanmışdır: 31.03.2023
Format 60x84 1/8
Tiraj: 200

Ünvan: Bakı, Mətbuat prospekti 529-cu məhəllə